



**TRAYECTORIAS SOCIOECONÓMICAS Y DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: EL  
CASO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN BUENAVENTURA**

Autores:

SANDRA MILENA MANRIQUE LÓPEZ

JOHANA LISET ROSAS PAREDES

MARIA FERNANDA VARGAS VELASCO

Trabajo de grado para optar por el título de  
Magister en Salud Pública

Directora:

**YADIRA BORRERO**

Médica. Especialista en teoría y métodos de investigación. Magíster en Sociología. Doctora  
en Salud Pública

**Facultad de Ciencias de la Salud  
Departamento de Salud Pública y Epidemiología  
Maestría de Salud Pública  
2017**

# TRAYECTORIAS SOCIOECONÓMICAS Y DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: EL CASO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN BUENAVENTURA

## RESUMEN

**Introducción:** El Cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y se ha constituido en un problema de salud pública. Según la OMS, a nivel mundial en el año 2012 murieron por cáncer 8,2 millones de personas, y más del 70% de las muertes se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica, En América Latina, para el año 2012 aproximadamente 1 millón de personas desarrollaron la enfermedad y cerca de 550 000 fallecieron. Se han encontrado desigualdades en la morbilidad y mortalidad por cáncer entre regiones. En Colombia hay desigualdades territoriales en la mortalidad por cáncer y Buenaventura es uno de los municipios con mayor tasa de mortalidad por cáncer y, paralelamente uno de los más pobres del país.

**Objetivo:** Comprender la relación entre las desigualdades en las trayectorias socioeconómicas y las trayectorias de acceso a la atención sanitaria en pacientes con cáncer en Buenaventura y las posibles vulneraciones del Derecho a la Salud

**Métodos:** Estudio de Caso cualitativo, en el que se reconstruyeron las trayectorias socioeconómicas y de acceso a servicios de salud de 12 pacientes mediante entrevistas a profundidad; adicionalmente se reconstruyó el contexto local mediante observación no participante, análisis documental y entrevistas semiestructuradas a 7 actores institucionales. El análisis cualitativo se realizó mediante Atlas Ti versión 7.5.4 teniendo en cuenta las categorías analíticas: Procesos determinantes de salud, inequidades sociosanitarias y Derecho a la salud

**Resultados:** Con base en los hallazgos de las características sociodemográficas, las trayectorias socioeconómicas de los pacientes y de acceso a servicios de salud se establecieron 4 perfiles de trayectorias socioeconómicas vinculadas al acceso a los servicios de salud. Los resultados mostraron que ha habido vulneración de los derechos económicos y sociales a lo largo de sus vidas y desde generaciones anteriores, específicamente del derecho a la salud.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer, derecho a la salud, desigualdades en salud

## 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer (CA) es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y se ha constituido en un problema de salud pública; la transición demográfica muestra la urgencia de establecer políticas públicas, especialmente para las personas mayores de 60 años en América, ya que estas poblaciones presentan las más altas tasas de incidencia de cáncer ajustadas por edades (Lence, (2006).

Según la OMS, a nivel mundial en el año 2012 murieron por cáncer 8,2 millones de personas, y más del 70% de las muertes se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica; los cinco tipos de CA más frecuentes en hombres fueron: pulmón, hígado, estómago, colon/recto y esófago; mientras que en las mujeres fueron: CA de mama, pulmón, estómago, colon/recto y cuello uterino (OMS, 2014).

En América Latina, teniendo en cuenta datos de 2012 (últimos datos comparables sobre la incidencia y la prevalencia internacional en CA), aproximadamente 1 millón de personas desarrollaron la enfermedad y cerca de 550.000 fallecieron (The Economist Intelligence Unit, 2017). Por su parte en los países con Índice de Desarrollo Humano (IDH) alto los tipos de CA más frecuentes son pulmón, mama, próstata y colorrectal; mientras que en los países con IDH bajo o medio, con altos niveles de pobreza, se suman casos asociados a agentes infecciosos, en particular los CA de estómago, hígado, cuello del útero y esófago (Stewart B, 2014).

Así podemos decir que cuando las condiciones de vida y sanitarias son deficientes aumenta la morbimortalidad por CA y disminuye la supervivencia de los enfermos (Arias, 2009). Las desigualdades sociales en CA se relacionan especialmente con las desigualdades en los determinantes sociales, tales como condiciones materiales de vida y de trabajo, posición socioeconómica -definida por nivel educativo, ocupación e ingreso económico-, configurados por determinantes estructurales, como las políticas sociales, económicas y/o laborales (Arias, 2009). A lo anterior se suma, que las crisis económicas a nivel mundial se han asociado con: aumento en el desempleo, disminución del gasto del sector público orientado a la atención sanitaria y aumento en las tasas de mortalidad por CA, lo cual se evidencia diferencialmente en países de medios y altos ingresos (Maruthappu, 2016). Adicionalmente, algunas investigaciones muestran para el caso de CA que el bajo estatus socioeconómico es el mayor determinante de desigualdades en salud, ellas están relacionadas con el acceso limitado a servicios de prevención y tratamiento, la calidad de la atención, la falta de conocimiento, la ubicación geográfica, y la distribución de los recursos (Chawla Neetu, 2013).

En este contexto y según datos del Banco Mundial, Colombia es un país de ingresos medios y uno de los países con mayor desigualdad económica a nivel mundial<sup>1</sup>, este fenómeno se reproduce a nivel interno, ya que las desigualdades regionales se han mantenido y se han vuelto persistentes, ello se evidencia en las tendencias que existen en la distribución del índice de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) en los censos de 1973, 1985, 1993 y 2005 (Galvis, 2010).

En Colombia, según el informe de perfil oncológico de la OMS, para 2014, se presentaron 17.000 muertes por CA en hombres asociadas principalmente a CA de estómago (17,5%), tráquea, bronquios y pulmón (14,2%), próstata (14,1%), colorrectal (8,4%) y leucemia (6,2%). Según el mismo informe en las mujeres se presentaron 18.400 muertes vinculadas a CA de mama (15,3%), cervicouterino (11,5%), estómago (10,5%), colorrectal (9,3%) y tráquea, bronquios y pulmón (8,7%) (OMS, 2014 a)).

En Buenaventura, para el año 2011<sup>2</sup>, las neoplasias presentaron una tasa de mortalidad ajustada por edad de 145.8 muertes por 100.000 habitantes, (Secretaría de Salud Pública, 2015), la cual es el doble si se compara con la tasa de mortalidad ajustada por edad a nivel nacional para ese mismo año de 71 muertes por 100.000 habitantes (INC, 2011) o incluso sigue siendo muy superior a la Tasa de mortalidad ajustada en Colombia- 2013 de 91 muertes por 100.000 habitantes o la de Bogotá para el mismo 2013 de 89,5/ 100.000 habitantes (SDS, 2016). Adicionalmente en Buenaventura durante el periodo 2013-2015, se presentaron 55 muertes por CA de Estómago, 50 muertes por CA de próstata, 44 por CA de tráquea, bronquios y pulmón, 41 muertes por CA hematológico, 36 muertes por CA de mama, 33 muertes por CA de útero y 20 muertes por CA de colon; entre otros (DANE, 2016).

---

<sup>1</sup> Datos del Banco Mundial señalan un Coeficiente de Gini de 53,5. El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso entre individuos se aleja de una distribución perfectamente equitativa. Así, que un índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 100 representa una inequidad perfecta, estos datos ubican a Colombia como el 7º más desigual del mundo y el 2º en América Latina después de Honduras. (Banco Mundial, 2014)

<sup>2</sup> No se cuenta con datos más recientes para Buenaventura.

Buenaventura<sup>3</sup> es un Distrito Especial, ubicado en el suroccidente de Colombia, es el municipio más grande del Departamento de Valle del Cauca, cuenta con 6.788 km<sup>2</sup> y se localiza entre el Océano Pacífico y la parte izquierda de la Cordillera Occidental; por su ubicación geoestratégica ha sido considerado y utilizado como puerta de entrada al continente, y actualmente es el puerto más importante para el comercio exterior colombiano. (Suárez Reyes, 2010) (Defensoría del Pueblo, 2017) (Pérez, 2007).

De acuerdo con las proyecciones de población del DANE en el 2017 en el territorio habitan 415.640 personas y al 2020 serán 440.995 (Senado República, 2017), su población está constituida principalmente por población afrodescendiente e indígena y en menor proporción mestizos; posee una gran riqueza natural y cultural sin embargo las condiciones de calidad de vida de sus habitantes están ligadas a altos niveles de pobreza<sup>4</sup> por dificultades para el acceso a servicios públicos, salud, vivienda digna, educación, además de los altos niveles de violencia que han padecido sus pobladores desde hace mucho tiempo (Defensoría del Pueblo, 2017). Esta última ha estado ligada especialmente al conflicto armado, con múltiples actores -guerrillas de izquierda, paramilitares de derecha y grupos sucesores de paramilitares después de su desarme parcial-; lo anterior ha provocado desplazamiento forzado. Desde el año 2000, se estima que cada año aproximadamente 10.000 residentes de Buenaventura han huido de sus hogares (Human Right Watch, 2014).

Además, como se ha mencionado, las tasas de empleo han sido bajas, así que para el año 2013 se evidenció una menor afiliación de población al régimen contributivo- 26,5%, frente al 50,9% a nivel departamental y un mayor porcentaje de población pobre no asegurada-19,7%, frente al 9,8% en el departamento (Fedesarrollo-Cerac, 2013) .

Sumado a lo anterior, en el sector sanitario también se presentaban situaciones que evidenciaban la generación de una crisis hospitalaria y en El CONPES 3410 de 2006 se plantea la posibilidad de cerrar los hospitales ESE Departamental de Buenaventura,<sup>5</sup> de segundo nivel de complejidad, y la ESE de primer nivel Luis Ablanque de la Plata, argumentando alto costo de la planta de personal y problemas financieros (Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES, 2006). En ese sentido para el año 2007, los hospitales del Departamento del Valle del Cauca presentaban problemas de infraestructura, dificultades para atender a los usuarios, falta de equipos tecnológicos y de personal,

---

<sup>3</sup> En el año 2007, el Senado mediante acto legislativo organizó la ciudad de Buenaventura como Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico. Hasta el 5 de febrero de 2013, el Congreso de la República promulgó la Ley 1617 de 2013, la cual definió el Régimen para los Distritos Especiales y contempló las disposiciones que definieron el Estatuto Político, Administrativo y Fiscal de los mismos.

<sup>4</sup> Buenaventura es uno de los municipios más pobres del país, según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), indicador que refleja el grado de privación de las personas o los hogares en las áreas de trabajo, salud, condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, servicios públicos domiciliarios y calidad de la vivienda; el 63,5 % de hogares del área urbana y el 91,6 % del área rural, viven en condiciones de pobreza. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015). Según datos de 2016, el 64 % de su población se considera pobre, el 9,1% está en la miseria y el desempleo afecta al 62%; adicionalmente, el 50% de la población se autoreconoce como víctima del conflicto armado; además, la cobertura de acueducto y alcantarillado es del 76% y de 60% respectivamente, la cobertura en educación media es del 22% y la tasa de mortalidad infantil es de 27,6 por cada mil nacidos vivos. (DNP, 2017) Las tasa de incidencia de pobreza multidimensional para 2016 en el Valle del Cauca (sin tener en cuenta la región pacífica) fue del 12,0%, y en otras regiones como Bogotá fue del 5,9% (DANE, 2016)

<sup>5</sup> El 1 de diciembre de 1976 mediante ordenanza N 11 de la Asamblea Departamental del Valle del Cauca, fue creado el Hospital Regional de Buenaventura, el cual mantuvo esta figura hasta mediados de los años 90 (Gobernación del Valle, 2013). Con la reforma al sistema de salud, mediante la ley 100 de 1993, han surgido cambios legislativos y administrativos a nivel nacional y local que han influido en la prestación de los servicios de salud en Buenaventura. Así que mediante decreto 1808 de 7 de noviembre de 1995, el Hospital Regional de Buenaventura se transformó en Empresa Social de Estado-Hospital Departamental de Buenaventura. Posteriormente en 2012 el Ministerio de Salud mediante Resolución 2509, clasificó los hospitales según la sostenibilidad financiera y tanto el Hospital Departamental, como la ESE Luis Ablanque fueron catalogadas como IPS en alto riesgo; esta clasificación incidió en el cierre y liquidación del Hospital Departamental mediante Decreto 1091 del 1 de noviembre de 2013. (Cárdenas, 2012) (Gobernación del Valle, 2013)

demora en la contratación con las Administradoras de Planes de Beneficios<sup>6</sup> y en la entrega de recursos económicos; todo lo anterior originó una crisis hospitalaria tanto en Buenaventura como en el Valle. (El País, 2007).

En ese contexto, esta investigación se preguntó *¿Qué relación hay entre las desigualdades en las trayectorias socioeconómicas y las trayectorias de acceso a la atención sanitaria en pacientes con cáncer en Buenaventura y si en ellas se configuran posibles vulneraciones del DS?* De acuerdo con los aspectos mencionados, en el distrito de Buenaventura, es evidente la existencia de desigualdades tanto sociales como en salud con relación a otras zonas del país.

## 2. REFERENTES TEÓRICOS

Las desigualdades sociales en salud (DSS) son conceptuadas como variaciones significativas en los resultados en salud entre diferentes grupos sociales (medidos con indicadores como expectativa de vida, mortalidad infantil o morbilidad, etc.) y, generalmente se encuentra que el grupo con menor posición social presenta peor estado de salud en relación con grupos situados en mejores condiciones socioeconómicas (Peter, 2001).

Las DSS son un subconjunto muy específico de diferencias valoradas como inequitativas, por ello son dignas de especial atención dado los valores sociales, la justicia distributiva y principios básicos de derechos humanos (DH) (Braveman P. , 2006). Desde el punto de vista de la ética y los DH cabe señalar las siguientes apreciaciones sobre equidad en salud hechas por Paula Braveman y colaboradores (2011):

- a. Todas las personas deben ser valoradas igualmente por su condición propiamente humana, y en ese sentido el punto central de los principios de DH radica en que todo ser humano tiene igual valor y por lo tanto poseen igual dignidad e iguales derechos.
- b. La salud tiene un valor particular para el individuo y es esencial para su bienestar y para participar activamente en la vida social, productiva y económica de su sociedad; así pues la mala salud significa potencial sufrimiento, discapacidad y/o pérdida de la vida, amenaza la capacidad de ganarse la vida, y es un obstáculo para expresar plenamente sus puntos de vista y participar en procesos políticos.
- c. Son principios básicos la no discriminación y la igualdad, es decir que cada individuo debe ser capaz de lograr su salud óptima sin distinción basada en edad, raza, religión, idioma o nacionalidad; recursos socioeconómicos; identidad de género u orientación sexual; situación de discapacidad o condición emocional; ubicación geográfica; afiliación política u otras características que puedan generar discriminación o exclusión frente a los derechos sociales, económicos o políticos. (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2009)
- d. La salud es importante para la sociedad porque la prosperidad depende de la salud de toda la población, así que los trabajadores sanos son más productivos y generan menos costos de atención médica; además la salud puede facilitar la participación política, que es esencial para la democracia. (LaVeist TA, 2009) (Lerner D, 2005)
- e. Derecho a la salud y estándares de vida adecuada para la salud: en ese sentido los gobiernos deben respetar, proteger, cumplir y promover todos los derechos así como el derecho al

---

<sup>6</sup>En el artículo 4o. del Decreto 1018 de 2007, se señala que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud” (Supersalud, 2009)

máximo estándar alcanzable de salud y el derecho a un nivel de vida adecuada para la salud y el bienestar; esto incluye el derecho a la igualdad de acceso a la atención médica, educación, vivienda, protección del medio ambiente, y otros factores que son también cruciales para la salud y el bienestar. (UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000)

- f. Las diferencias de salud que afectan a los grupos sociales desfavorecidos son particularmente inaceptables porque la mala salud puede ser un obstáculo para superar esas desventajas.
- g. Los recursos necesarios para permanecer sanos, es decir, los determinantes de la salud, incluida las condiciones de vida y de trabajo, así como atención médica, deben distribuirse equitativamente.

Estas reflexiones previas fundamentan el reconocimiento de las DSS como un asunto de DH. En este sentido, el marco internacional de los DH cuenta con un conjunto de instrumentos jurídicos como: La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que en su Artículo 1 señala que: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos"; esta declaración fue la base preliminar para la construcción de seis tratados fundamentales sobre DH: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención sobre los Derechos del Niño; Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; Convención internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; y Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU, 2007).

Los DH son alcanzables de acuerdo a la capacidad de los ciudadanos para demandar del Estado el cumplimiento efectivo de las obligaciones que contrae al incluir este marco en su Constitución o al firmar tratados internacionales, de manera que estos sean respetados, protegidos y satisfechos, en la medida que sus beneficiarios posean la capacidad para exigir su cumplimiento (López & López, 2015), a través de mecanismos de exigibilidad jurídica, social o política.

La teoría internacional de DH -TIDH, plantea que estos responden jurídicamente a la evolución del concepto de persona y al respecto de su dignidad y, bajo ese marco no son construcciones a-históricas, separadas del desarrollo político, social y económico de las naciones, y su importancia como instrumentos capaces de contener el uso indebido del poder y limitar los poderes del Estado (López & López, 2015).

El desarrollo de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se concretó en 1966 mediante la adopción de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos; sin embargo fue solo hasta 1976 que entraron en vigencia tanto el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). En cuanto a los alcances del Derecho a la Salud (DS), este se logró definir solo hasta el año 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), en la Observación General N°14 (ONU, 2007) .

El PIDESC, en el Artículo No 12, reconoce el DS y plantea que comprende una amplia variedad de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas pueden llevar una vida sana, tales como: alimentación, vivienda, acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y medio ambiente sano; de manera que el DS no es entendido como mera asistencia sanitaria (UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). Teniendo en cuenta lo anterior, se puede considerar que la garantía de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) se relaciona con los determinantes sociales de la situación de salud de las comunidades.

La Observación General N° 14 del CDESC señala además que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos” (UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000).

De acuerdo con está, el DS involucra cuatro dimensiones esenciales e interrelacionadas y cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado: a) *Disponibilidad*, entendida como el número suficiente de recursos humanos, centros de atención, bienes y servicios públicos de salud, así como programas suficientes para la población b) *Accesibilidad*, entendida como que los bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, deberán estar al alcance geográfico, contar con acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades, ser asequibles económicamente y brindar derecho a la información en salud c) *Aceptabilidad*, relacionada con la ética médica, el respeto de la cultura de las personas, el género y el ciclo de vida, y el respeto a la confidencialidad . d) *Calidad*, los bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, esto requiere personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000)

Bajo este marco jurídico internacional, asumido a nivel nacional por la Corte Constitucional como parte del bloque de constitucionalidad del país, entender las DSS como un asunto de DH pasa por comprender sí las trayectorias socioeconómicas de los pacientes se relacionan con las trayectorias de acceso a los servicios de salud, y si en estos procesos se configuran inequidades en salud y vulneraciones del DS.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Está investigación correspondió a un estudio de caso cualitativo, de tipo instrumental, con enfoque hermenéutico. El estudio de caso es considerado un método para aprender sobre un fenómeno a partir de una instancia compleja, entendida como un todo y que tiene en cuenta su contexto; busca aportar descripciones densas con el propósito de interpretar y teorizar sobre el caso (Cabrera, 2005 ) (Galeano, 2012) Se utilizó el estudio de caso para comprender como se relacionan las trayectorias socioeconómicas de los pacientes con cáncer, con las trayectorias de acceso a servicios de salud en Buenaventura.

#### **3.2 Selección del Caso**

Se seleccionó la reconstrucción de las trayectorias socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de Buenaventura- debido a:

- a) Municipio de región del pacifico históricamente con condiciones socioeconómicas precarias para sus habitantes pese a ser el principal puerto marítimo de Colombia
- b) Crisis de red pública hospitalaria
- c) Presencia de actores armados que se disputan el territorio y altos índices de violencia
- d) Altas tasas de morbimortalidad por cáncer

#### **3.3 Técnicas de investigación**

### 3.3.1. Técnicas para reconstruir el contexto local

- **Observación no participante:** se observaron los territorios donde vivían los pacientes, se estuvo en instituciones prestadores de servicios de salud oncológicos, en las instituciones de apoyo como Unicancer, instituciones de defensa derechos humanos en Buenaventura y en la Secretaria de Salud. Todas las visitas se registraron en diarios de campo independientes por parte de cada una de las investigadoras
- **Análisis documental:** A partir de las fuentes primarias y secundarias se reconstruyó el contexto local de Buenaventura. En nuestra investigación se emplearon como **fuentes primarias** los Planes de Desarrollo y CONPES para comprender históricamente el contexto socioeconómico, sociopolítico y de salud; y como **fuentes secundarias** documentos procedentes de las bibliotecas de la Universidad del Pacífico, Universidad del Valle y Luis Ángel Arango, así como prensa local y nacional (Tabla 1). Tanto las fuentes primarias y secundarias permitieron reconstruir el contexto socioeconómico, sociopolítico y de salud del distrito de Buenaventura (ver anexo de base de datos y ficha de lectura).

**Tabla 1. Fuentes primarias y secundarias**

Tipo de Fuente	Tipo de documentos	Total revisados	Año
<b>Fuentes primarias</b>	Planes de Desarrollo	2	2008-2015
	CONPES	13	1974-2015
<b>Fuentes secundarias</b>	Libros, trabajos de grado	18	1997-2015
	Artículos Prensa Revista semana	26	2005-2015
	Artículos Prensa El País	19	2007-2017
	Artículos Prensa Espectador	12	2011-2016
	Artículos Prensa El tiempo	3	2012-2016
<b>Total Documentos</b>	-	93	-

Fuente: Elaboración propia

- **Entrevistas semiestructuradas a actores claves del contexto:** Se realizaron cinco entrevistas a actores que han ocupado cargos en la administración pública, una a actor de la iglesia católica líder municipal y una a profesional trabajadora en el Hospital Departamental (Tabla 2). Para la selección de los participantes se realizó un muestreo teórico. Los actores claves escogidos cumplieron con los siguientes criterios: haber ocupado cargos administrativos en el sector salud o de bienestar social del municipio, al menos por un periodo de dos años, o ser reconocidos localmente como líderes sociales y/o de salud y, aceptar voluntaria participar en la entrevista (ver anexo Guía de Entrevista).



**Tabla 2. Actores claves entrevistados**

N. Actor	Profesión	Cargos
<b>Actor 1</b>	Ingeniero industrial	2001-2004 Director de planeación municipal, exalcalde encargado, 2012: secretario de planeación departamental.
<b>Actor 2</b>	Contador	Exconcejel, profesor Universidad del Valle, secretario de hacienda del distrito 2012-2014
<b>Actor 3</b>	Médico	Secretario de salud 2007-2011
<b>Actor 4</b>	Abogado	Exsecretario de gobierno municipal dos ocasiones Ex Gerente Findeter Buenaventura
<b>Actor 5</b>	Abogado	Concejel, alcalde distrital 2012-2015
<b>Actor 6</b>	Sacerdote	Sacerdote -Pastoral Social de Buenaventura actualmente
<b>Actor 7</b>	Médica	Médica Urgencias Hospital departamental de Buenaventura 1980-2000

Fuente: Elaboración propia

### 3.3.2 Técnicas para reconstruir las trayectorias de los pacientes

- Entrevistas a Profundidad a 12 pacientes: mujeres (7), hombres (5). Se realizó un muestreo por conveniencia, cuyos criterios de inclusión fueron: hombres y mujeres mayores de 18 años con cáncer, residentes en Buenaventura, que conocieran su diagnóstico y que aceptaran voluntariamente participar en la entrevista; como criterios de exclusión: pacientes con déficit neurológico, déficit en condiciones de salud, pacientes con cánceres agresivos y menores de edad (ver anexo Guía entrevista).

Para contactar los pacientes, inicialmente se realizó un acercamiento a dos pacientes conocidos por el grupo investigador, quienes aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado (ver anexo Consentimiento Informado). Posteriormente se utilizaron tres vías para contactar el resto de pacientes: Liga de Lucha Contra el Cáncer - Unicancer Buenaventura, Secretaria de Salud Distrital de Buenaventura e Instituciones de alta complejidad en la ciudad de Cali, estas últimas dada la atención a pacientes procedentes de Buenaventura.

A partir de estas instituciones, inicialmente se obtuvo un listado de 107 pacientes, de los cuales 45 no presentaron datos de contacto, adicional se excluyeron 5 pacientes menores de edad; entonces se procedió a contactar telefónicamente a los restantes 57 pacientes, de los cuales:

- 27 pacientes: presentan número de teléfono errados y/no existentes
- 5 pacientes habían fallecido
- 12 pacientes fueron excluidos -presentan déficit condiciones de salud o CA agresivos y se encontraban en muy malas condiciones de salud.
- 13 pacientes aceptan participar; sin embargo, al momento de realizar la entrevista personalmente se excluyen 3 pacientes (2 no conocían su diagnóstico y 1 presentaba déficit neurológico)
- Al final se logró obtener un grupo de 10 pacientes más, mayores de 18 años con distintos diagnósticos de CA y quienes conocían su enfermedad, y quienes aceptaron participar voluntariamente y habían sido contactados telefónicamente.

Finalmente, previa aceptación y firma del consentimiento informado se realizaron entrevistas a doce pacientes -dos contactos inicialmente y diez a partir de instituciones-. Las entrevistas fueron realizadas en dos momentos: una entrevista inicial con una duración aproximada de una (1:30) hora y media, con momentos de pausa para los pacientes; y una segunda entrevista para completar los datos relacionados con las trayectorias de vida y/o de acceso; en algunos casos participaron los familiares cuidadores, completando algunos aspectos en diálogo con el paciente; adicionalmente algunos pacientes en compañía de sus familiares representaron gráficamente los itinerarios terapéuticos asociados al proceso atención de CA.

### **3.4 Proceso de análisis**

El análisis cualitativo de los documentos se realizó así: inicialmente, todos los documentos fueron registrados en una Base de Datos diseñada en Excel, posteriormente fueron leídos y fichados de manera individual y, finalmente se realizó análisis de contenido usando matrices de Excel con las categorías definidas preliminarmente y pertinentes para el análisis documental, ellas fueron: procesos determinantes de la salud con sus subcategorías situación socioeconómica de Buenaventura y situación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); inequidades en salud en la subcategoría concepciones institucionales frente a las inequidades en salud y; derecho a la salud con la subcategoría derecho a la salud desde la política pública municipal. Las dos últimas categorías no lograron saturación de los datos. Producto de la revisión documental se construyeron tres documentos grises sobre estas categorías y se realizaron líneas de tiempo.

El análisis cualitativo de todas las entrevistas y los diarios de campo se realizó mediante el uso del software AtlasTi, versión 7.5.4, teniendo en cuenta un sistema categorial preestablecido así: procesos determinantes de salud, con las subcategorías situación socioeconómica de Buenaventura, situación del SGSSS, trayectorias socioeconómicas y trayectorias de acceso a los servicios de salud; categoría inequidades socio-sanitarias, con las subcategorías concepciones y experiencias de las personas frente a las desigualdades sociales en salud y concepciones y experiencias de las personas frente a las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y; finalmente la categoría derecho a la salud y su subcategoría significado del derecho a la salud desde los pacientes.

Estas categorías lograron la saturación de los datos con excepción de la última sobre significado del derecho a la salud (ver anexo categorías analíticas). Este proceso de codificación se realizó de manera independiente por al menos dos de las investigadoras para cada una de las entrevistas, los resultados se contrastaron entre ellas y las diferencias se consensuaron teniendo en cuenta los referentes teóricos.

Adicionalmente, durante las entrevistas emergieron las categorías de empleo de medicina tradicional y movilización social. Después de la saturación de las categorías se contrastaron los resultados del proceso de codificación de las entrevistas y de las matrices de análisis de los documentos logrando una triangulación de la información.

### **3.5 Consideraciones Éticas**

Esta investigación se considera investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con el Artículo 11 de la resolución 008430 de 1993, fue aprobada por el comité de ética de la Pontificia Universidad Javeriana -Seccional Cali, el día 7 de diciembre de 2016. Tanto los pacientes como los actores firmaron el consentimiento informado y autorizaron la grabación de audio de las entrevistas para realizar el correspondiente análisis. Se garantizan condiciones de confidencialidad de todos los participantes en el estudio.

## 4. RESULTADOS

**4.1 Caracterización de los pacientes.** A continuación, se presentan las características sociodemográficas de los pacientes entrevistados.

**Tabla 3 características sociodemográficas**

Paciente	sexo	edad	Estado civil	escolaridad	Barrio/ Estrato	Lugar de origen Años vivir Bvra	Principal Ocupación	Nº hijos	Reg. Afiliación EPS	Diagnostico
1	M	69	Casado	Primaria incompleta	La Playita-Zona Humanitaria Estrato : 0-1	Buenaventura 69 años	Pescador	9	Subsidiado-Coosalud	Tumor maligno del estomago
2	F	49	Casada	Técnico	El Jorge: Estrato 2	Buenaventura 42 años	Oficios varios	3	Subsidiado-Coosalud	Tumor maligno del estomago
3	F	18	Soltera	Bachillerato	La Independencia Estrato 3	Buenaventura 18 años	Estudiante	0	Subsidiado-Emsanar	Cáncer de colon
4	M	75	Viudo	Primaria incompleta	Miraflores Estrato 1	Antioquia 20 años	Campeño (60 años) Ventas ambulantes (10 años)	7	Subsidiado-Coosalud	Tumor maligno de la piel
5	F	19	Unión libre	Técnico	Bosque Municipal Estrato 2	Buenaventura 19 años	Estudiante	1	Subsidiado-Coosalud	Leucemia linfoblástica aguda
6	F	71	Unión libre	Primaria incompleta	Vista Hermosa Estrato 1	Tumaco 36 años	Oficios varios (10 años) Restaurantes (10 años)	5	Subsidiado-Coosalud	Tumor maligno de la piel
7	M	68	Casado	Primaria incompleta	Bajo Calima- Zona Rural Estrato 1	Buenaventura 68 años	Extracción, corte de madera (40 años) 1988-2008: agricultura 2009-minería	7	Subsidiado-Coosalud	Tumor maligno de la piel
8	F	76	Viuda	Primaria incompleta	El Dorado Estrato 3	Risaralda 54 años	1962-1967: venta arepas, venta petróleo 1970-actual: hogar	2	Contributivo-Cafesalud	Linfoma no Hodgkin  Cáncer vesícula biliar
9	M	58	Soltero	Primaria incompleta	Viento Libre Estrato 0-1	Buenaventura 58 años	1974:ventas 1984-1995-2010: trabajo en muelle- 2010-2014: minería 2014-2015: construcción	0	Subsidiado-Coosalud	Linfoma no Hodgkin
10	F	62	Separada	Posgrado	Estrato 4	Buenaventura 62 años	Medica de urgencias y consulta externa	1	Contributivo-Nueva EPS	Cáncer pulmón
11	F	77	Casada	Ninguno	LA Bocana- Zona Rural - Estrato 1	Buenaventura 77 años	Trabajo campo, pesca, venta cocadas	11	Subsidiado-Coosalud	Cáncer tiroides

12	M	52	Casado	Bachillerato	Barrio el Triunfo Estrato 2	Sucre 17 años	1996: motorista 1999-2006: compraventa- exposición ácidos 2006-2009: Cooperativa de crédito 2009-2015: Frucom (auxiliar de bodega)	6	Contributivo -Cooimeva	Cáncer pulmón
----	---	----	--------	--------------	-----------------------------	------------------	--	---	---------------------------	------------------

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2 Resultados de trayectorias socioeconómicas y de acceso a servicios de salud:

Con base en los hallazgos de las características sociodemográficas, las trayectorias socioeconómicas de los pacientes y de acceso a servicios de salud se establecieron 4 perfiles de trayectorias socioeconómicas vinculadas al acceso a los servicios de salud.

##### 4.2.1 Trayectorias tipo 1. Atención sanitaria crónicamente postergada.

Dentro del grupo de pacientes que se caracterizaron como trayectorias tipo 1 “Atención sanitaria crónicamente postergada”, se encuentran 6 personas de estrato 0 ó 1 (pacientes N° 1,4,6,7,9 y 11), tienen un rango de edad entre 58 a 75 años, sus padres fueron personas analfabetas dedicados a la agricultura, pesca, u actividades del hogar, provienen de familias numerosas, y a lo largo de su vida tuvieron trabajos precarios, dos de los pacientes viven en las zonas más precarias del municipio y en construcciones palafíticas<sup>7</sup>. El paciente “tipo” de esta trayectoria corresponde a un hombre o mujer, adultos mayores sin pensión, quienes dependen económicamente de los familiares, especialmente de sus hijos, y sólo dos de ellos cuentan con subsidios estatales, en su mayoría tienen alto número de hijos; los hijos de estos pacientes también tienen baja escolaridad y ocupaciones informales de bajos ingresos<sup>8</sup>.

*“Tuve 11 hijos, de los 11 hijos tengo 10 mujeres y un sólo varón, son de bajos recursos; hace como 3 meses que no voy, una sola vez me pusieron carro, porque yo no pagué; yo soy de pocos recursos, por lo menos yo no estoy trabajando ahora, y mis hijas son de pocos recursos y mi hijo no tiene, antes me mantiene...él ya tiene 30 años, y como no tiene trabajo a veces sale a vender algunas sandías” (Paciente N° 11 - 9:2)*

Por otra parte, cuentan con afiliación al SGSSS en el régimen subsidiado. La atención de este grupo de personas se caracterizó como **atención sanitaria postergada**. Las trayectorias mostraron que: las personas tardaron entre dos y sesenta meses para: buscar ayuda una vez empezaron los síntomas vinculados a su patología, después asistieron al médico general y tuvieron que ir en reiteradas ocasiones a consulta, allí recibieron inicialmente tratamientos no adecuados como cremas o antiácidos; una vez el cuadro no presentaba mejoría fueron remitidos a especialidades médicas – dermatólogos, cirujanos, internistas-, las citas con los especialistas se realizaban principalmente en la ciudad de Cali y el tiempo de asignación de las mismas oscilaba entre tres y seis meses; una vez fueron evaluados por especialista y este ordenó pruebas diagnósticas las cuales se realizaron en un

<sup>7</sup> Palafito: Construcción que se alza en la orilla del mar, dentro de un lago o en terrenos anegables, sobre estacas o pies derechos. (Rae, 2017)

<sup>8</sup> La tasa de desempleo alcanza el 29%, el subempleo el 35%, y el 63% de las personas ocupadas devengan menos de un salario mínimo legal vigente. (Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES, 2006)

rango de tiempo entre dos y doce meses; posteriormente la nueva valoración especializada tardó entre uno y siete meses; el rango de inicio de los tratamientos osciló entre dos y veintiún meses. Incluso dos pacientes aún no han iniciado tratamiento.

*“nos mandan al departamental<sup>9</sup>, tocó pedir cita con el dermatólogo y a él lo vieron dos veces, la última vez dijeron que había que pedir una cita con el otorrinolaringólogo, y ahí si ya y hasta la fecha no volvieron a llamar, los dermatólogos ya vieron los resultados de la biopsia de marzo de 2016, lo que no han es programado la cirugía” (Paciente N° 4, 8:23)*

Esta ruta de atención se caracterizó porque los pacientes y sus familias tuvieron dificultades para conseguir las citas con médicos generales y especialistas, falta de recursos económicos para asistir a citas y pruebas diagnósticas, desconocimiento de sus derechos y falta de comprensión clara sobre su diagnóstico.

#### **4.2.2 Trayectoria tipo 2. Atención sanitaria mediada por relaciones sociales con actores de nivel medio**

Dentro del grupo de pacientes que se caracterizaron como trayectorias tipo 2 “Atención sanitaria mediada por relaciones sociales con actores de nivel medio”, se encontraron 3 personas de estratos 2 y 3 (pacientes No 2,3 y 5), con un rango de edad entre 18 y 49 años y con familiares pensionados o con vinculación laboral a la economía formal. La paciente N° 2 tuvo abuelos pensionados de Colpuertos<sup>10</sup> y prácticamente toda la familia dependía económicamente de ellos, incluso después de su muerte; sin embargo, ahora que los abuelos no están han desmejorado sus condiciones de vida, lo cual llevó a dejar el cuidado de uno de sus hijos en manos de otro familiar.

*“Mis abuelos eran jubilados del puerto y mi mamá siempre colaborándole a mi abuelo, porque a ella pues nunca la vi trabajando y siempre con los dos viejos, acompañándolos como la vieja nunca ha trabajado, siempre había cuidado los dos viejos, entonces ahora que quiso trabajar también, está ya enferma. “(Paciente N° 2- 6:4)*

Por su parte las pacientes N° 3 y 5, crecieron sin la figura paterna y sus madres las criaron solas, con el apoyo de los abuelos, las madres de las pacientes trabajan formalmente y han tenido estudios de bachillerato y una de las abuelas es pensionada de un hotel. Las pacientes están iniciando sus estudios técnicos / universitarios. En síntesis, este grupo se caracteriza por pacientes con mayor nivel educativo, así como sus cuidadores o familiares, familias más pequeñas por menor número de hijos

---

<sup>9</sup> En el año 2012 el Hospital Departamental, contaba con servicios de nivel II de complejidad y recibía pacientes no solo de Buenaventura sino de los más apartados rincones del litoral Pacífico, sin embargo se enfrentaba en medio de la crisis a las EPS privadas y además gran parte de la cartera que ascendía a 8.000 millones de pesos estaba en las EPS del régimen subsidiado (Tiempo, 2012.) En noviembre de 2013 el hospital de segundo nivel fue cerrado, en ese entonces la deuda sumaba \$20.000 millones y en junio del 2016 fueron aprobadas regalías por \$7094 millones para su remodelación; sin embargo la Secretaría de Salud del Valle, señala que el hospital no se puede reabrir hasta que culminen las remodelaciones y que al ser Buenaventura un Distrito, la Gobernación no tendría competencias sobre el mismo (País, 2017)

<sup>10</sup> Los orígenes de Colpuertos se remontan al 28 de diciembre de 1959 cuando fue aprobado mediante la ley 154, es así que para 1971 - Colpuertos era la principal fuente de trabajo con 2.780 trabajadores; en 1991 Cesar Gaviria firma la ley 01 de 1991, por la cual se privatizan todos los terminales marítimos del país y establece un periodo de transición de 3 años para liquidar Colpuertos. En diciembre de 1993 entra en operación la sociedad portuaria regional de Buenaventura S.A, cuyo capital es principalmente particular. (Moreno, 2013) (Aricapa, 2006)

(entre 1 y 3 hijos), mayor estabilidad en el ingreso por vinculación de familiares o cuidadores al sector formal de la economía y estrato socioeconómico medio bajo (2 y 3).

Al igual que la trayectoria 1, este grupo de pacientes se encuentra afiliado al SGSSS en el régimen subsidiado, sin embargo, los tiempos de atención son un poco menores, especialmente vinculados al inicio del tratamiento específico para el manejo del cáncer. La reconstrucción de las trayectorias mostró que: las personas tardaron entre dos y seis meses para: buscar ayuda una vez empezaron los síntomas vinculados a su patología, después asistieron al médico general, pero este grupo buscó ayuda con médicos particulares y ellos ordenaron pruebas diagnósticas generales; una vez se tuvieron los resultados de los paraclínicos iniciales fueron remitidos a especialidades médicas –dermatólogos, cirujanos, pediatras, las citas con los especialistas se realizaban principalmente en la ciudad de Cali y el tiempo de asignación de las mismas oscilaba entre tres y seis meses; una vez fueron evaluados por especialista y este ordenó pruebas diagnósticas, se realizaron en un rango de tiempo entre dos y doce meses; posteriormente la nueva valoración especializada tardó entre uno y siete meses; el rango de inicio de los tratamientos osciló en dos meses. En este sentido, las diferencias centrales con la trayectoria 1 son: menores demoras en la atención desplegada por médico general quienes remitieron más rápido a especialistas y un inicio más rápido del tratamiento específico del cáncer una vez se conoció el diagnóstico.

En general estas pacientes lograron acceder a los servicios de salud mediante el empleo de relaciones de amistad o familiaridad con personas vinculadas a las EPS o a los centros médicos de alta complejidad, esto para agilizar la atención sanitaria una vez tuvieron claridad del diagnóstico médico. No mediaron medidas de exigibilidad jurídica del DS, ni se encontró en los relatos un conocimiento o reconocimiento de la salud como DH. Esto lo podemos ejemplificar en estos textos:

*“Hay una tía que es voluntaria en Imbanaco, entonces las citas se las dan más rápido, y ahí empezó todo el procedimiento en Imbanaco (Paciente N° 3 - 1:15)*

*“Pues que todos tenemos derecho a tener un buen servicio de salud, el cual no nos están brindando en estos momentos” (Paciente N° 3, - 1:35)*

#### **4.2.3 Trayectoria tipo 3. Atención sanitaria mediante uso de mecanismos de exigibilidad jurídica**

Dentro del grupo de pacientes que se caracterizaron como trayectorias tipo 3 “Atención sanitaria mediante uso de mecanismos de exigibilidad jurídica” se encontraron dos personas de estratos 2 y 3 (pacientes N° 8 y 12), cuentan con 76 y 52 años respectivamente, ambos pacientes proceden de fuera de Buenaventura, descendían de familias numerosas y sus padres sabían leer y escribir y trabajaban como mayordomos de fincas. La paciente N° 8 cuenta con pensión de sobrevivencia, su esposo fue trabajador y pensionado de Colpuertos<sup>11</sup> y el paciente N° 12 tiene vinculación laboral propia en una empresa del puerto<sup>12</sup>. Los hijos de estos pacientes son bachilleres. Pese a no tener niveles de educación alta, la mejoría en las condiciones socioeconómicas y con ello en las condiciones de vida está mediada por el acceso personal o familiar a formas de empleo formal, con afiliación a régimen de pensiones.

<sup>11</sup> Antes de 1993 Colpuertos era el único empleador de los trabajadores portuarios, los trabajadores tenían reivindicaciones (salarios altos, servicio de salud, auxilio educativo para los hijos del trabajador y subsidio familiar entre otros), así mismo las incapacidades, indemnizaciones por accidentes laborales y enfermedades profesionales favorecían a los trabajadores (Aricapa, 2006)

<sup>12</sup> Al constituirse la Sociedad Portuaria Regional de Buenaventura S.A, los procesos de contratación difieren a lo manejado por Colpuertos; actualmente se basan en un modelo de tercerización laboral o flexibilización; según estadísticas de Sintramarítimos durante los últimos 12 años han muerto 24 trabajadores dentro de las instalaciones portuarias, y 60 trabajadores han quedado inválidos por accidentes de trabajo. (Aricapa, 2006)

Este grupo de pacientes se encuentra afiliado al SGSSS, en el régimen contributivo, sin embargo, los tiempos de atención son semejantes en términos generales a las trayectorias anteriores, a pesar de la utilización de mecanismos de exigibilidad jurídica. La reconstrucción de las trayectorias mostró que: las personas tardaron entre dos y doce meses para: buscar ayuda una vez empezaron los síntomas vinculados a su patología, una vez se tuvieron los resultados de los paraclínicos iniciales fueron remitidos a especialidades médicas; las citas con los especialistas se realizaban principalmente en la ciudad de Cali y el tiempo de asignación de las mismas oscilaba entre quince días y doce meses; una vez fueron evaluados por especialista y éste ordenó pruebas diagnósticas, se realizaron en un rango de tiempo entre cuatro y once meses; posteriormente la nueva valoración especializada tardó entre cuatro y once meses; el rango de inicio de los tratamientos osciló en dos meses. Sin embargo, vale la pena resaltar que la paciente N° 8, consultó inicialmente en 2007 y en repetidas ocasiones por los mismos síntomas en 2008 y sólo hasta febrero de 2009 es diagnosticada con Linfoma.

En este sentido, las diferencias centrales con las trayectorias anteriores son: menores demoras en la atención desplegada por médico general, quienes remitieron más rápido a especialistas y un inicio más rápido del tratamiento específico del cáncer una vez se conoció el diagnóstico. En ambos casos los pacientes presentaron tardanza en la atención sanitaria y recurrieron a acciones legales como derechos de petición y acción de tutela (AT). Estos se usaron o por aprendizajes previos –familiares con cáncer en cuyos casos aprendieron a usar AT- o por recibir apoyo de compañeros de trabajo con experiencias de uso de AT. En ningún caso se encontró que recurrieran al uso de desacatos, sin embargo, esperan pacientemente varias semanas para garantizar la atención integral.

*“Llamaba a la Clínica de Occidente y siempre me decían que estaba la agenda copada, que llamara, que siguiera llamando y, pues yo me cansé tanto llamar y procedí. Procedí a colocar derecho de petición a Coomeva, entonces ese derecho de petición lo coloqué en el mes de mayo del 2016, coloqué derecho de petición a Coomeva y ahí si ya entonces autorizaron para el mes de Julio para que me hicieran la broncoscopia” (Paciente N° 12. - 12:21)*

#### **4.2.4 Trayectoria tipo 4. Atención sanitaria mediada por relaciones sociales con actores de aseguramiento de nivel alto**

Dentro del grupo de pacientes con trayectorias tipo 4, se encontró 1 persona (paciente N° 10), profesional de la salud, de 62 años de edad, estrato 4 y quien cuenta con estudios de postgrado. Procede de una familia que ha ascendido socialmente, sus abuelos fueron analfabetos, agricultores, y, sus padres profesionales; fue hija única, cuenta con empleo estable y afiliación al régimen contributivo, es conocedora de sus derechos, y tiene relaciones personales de alto nivel en instituciones de salud, especialmente en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y en EPS, para agilizar la atención sanitaria; tiene un hijo profesional.

Dentro de la reconstrucción de esta trayectoria se encontró una búsqueda de consulta inicial más temprana, aproximadamente tres meses después del inicio de los síntomas; el rango de atención entre la consulta inicial y la realización de pruebas diagnósticas básicas con la atención especializada fue de quince días; el rango entre la valoración especializada, la definición final del diagnóstico y el tratamiento quirúrgico fue en total de quince días; posteriormente los rangos para el resto del tratamiento quimioterapia y radioterapia fue de quince días. Las citas de seguimiento por parte de especialistas nunca tardan más de quince días en asignarse. La manera como se accedió inicialmente a los servicios de salud especializados fue a través de relaciones de alto nivel entre actores del SGSSS.

Esta trayectoria en la única en que los tiempos han sido efectivamente más cortos y la atención ha tenido continuidad y oportunidad, tal como se cita a continuación.

*“Entonces llamé a mi jefe y le dije “Doctor vea tengo un cáncer” el ahí mismo mando una carta a la Nueva EPS que yo era trabajadora de la I institución y que por favor se me diera la ayuda pertinente” (Paciente N°.10).*

*“No, gracias a Dios, yo tuve todo, ahí, ahí se me dio, en parte porque pues yo buscaba las cosas por mis medios, ¿no? si no se me daba ahí en seguida yo buscaba de forma particular hasta que me llegara la, las ordenes y todo entonces yo nunca tuve necesidad de pedir o hacer una tutela” (Paciente N° 10 - 3:47).*

### **4.3 Barreras de acceso a los servicios de salud.**

La clasificación de las barreras de acceso se realizó de acuerdo a las dimensiones del DS planteadas en la Observación General Número 14 del CDESC, la cual señala que el goce efectivo del derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales: disponibilidad accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En ese orden ideas se presentan las barreras de acceso a los servicios de salud vividas por los participantes de las trayectorias 1, 2 y 3.

#### **4.3.1 Barreras relacionadas con la disponibilidad de los servicios de salud**

Actualmente la oferta de prestación de servicios de salud, tanto pública como privada, es deficiente; esta situación empeoró a partir del 2013 con el cierre y liquidación del Hospital Departamental de Buenaventura que prestaba servicios de segundo nivel de atención a los habitantes de la Región Pacífico y, lo cual fue transferido a entidades privadas como la clínica Santa Sofía<sup>13</sup>.

*“La oferta en salud tanto institucional como privada, que hay aquí en Buenaventura es altamente deficiente, normalmente la comunidad por sus propios medios tiene que ir a Cali, a buscar que le presten el servicio” (Actor N° 1. 2:21)*

*“Aquí en Buenaventura, tenemos hospital, pero no tenemos recursos humanos, los médicos, los especialistas para las enfermedades que el paciente requiere, entonces la única solución era irse a Cali, porque allá en Cali están los especialistas que uno necesita para sus enfermedades” (Paciente N° 9 - 4:31)*

En relación con la oferta de servicios de la Clínica Santa Sofía, uno de los actores entrevistados señala:

*“No te remiten el paciente, saben que se te va a morir, pero les da vergüenza decir –no, nosotros estamos clasificados como tercer nivel- a donde la vamos a mandar, ¿a un segundo nivel? -no podemos mandarla y dejan el paciente ahí, y ¿cuál va a ser la terminación de esto? que el paciente termina muriéndose sin respetar edades, genero, la calidad humana, nada se respeta...absolutamente nada. Cosas crueles, pero así está sucediendo” (Actor N° 3. 4: 54)*

Así mismo los pacientes señalan que en el área rural cuentan con algunas infraestructuras, pero no hay recursos humanos ni equipos; y se cuestionan sobre los traslados de seis horas al día que deben

---

<sup>13</sup> Según la página del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS del Ministerio de salud consultada el 11 de octubre de 2017, la Clínica Santa Sofía del Pacífico cuenta con una capacidad instalada de 6 sillas de quimioterapia y cuenta con el servicio de oncología clínica habilitado en consulta externa. (Minsalud, 2017)



hacer a Cali, para ser atendidos por un especialista en el segundo nivel, durante 20 minutos, señalan organización deficiente de los servicios:

*“Nosotros llegábamos a las 8:30 de la mañana, a las 9:00 la pasaban, eso fue en la Clínica Blanca, la que queda al lado del terminal, de SaludCoop en el séptimo piso. Y vea que le parece que ese tratamiento duraba escasamente 20-30 minutos y ahora si para Buenaventura, entonces era lo que decimos y porque no le aplican eso acá, que no se podía, porque aquí no había la estructura, la infraestructura para sólo 20 minutos, y vea muchas veces llegábamos, vea esos trancones, esa vía que es horrible” (Paciente N° 8. 10:42)*

#### **4.3.2 Barreras relacionadas con accesibilidad a los servicios de salud.**

Entendida como que los bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, deberán estar al alcance geográfico, contar con acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades, ser asequibles económicamente y brindar el derecho a la información en salud

##### **Barreras geográficas**

En las entrevistas se encontró que las personas enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud de tipo geográfico, las más importantes son: traslados desde el área rural<sup>14</sup> de Buenaventura hacia la cabecera urbana y traslados de la cabecera urbana a la ciudad de Cali. El traslado desde el área rural como Bajo Calima y La Bocana al conglomerado urbano es todo un reto; desde la zona de Bajo Calima el traslado se hace por vía terrestre, sin embargo, la disponibilidad de vehículos no es suficiente y las vías terciarias para salir a la vía principal se encuentran en malas condiciones; en la zona de La Bocana el traslado debe hacerse en lancha y la disponibilidad es generalmente diurna. Luego de la llegada a la zona urbana, los pacientes con CA deben emprender un nuevo viaje a la ciudad de Cali, este suele durar entre tres a cuatro horas; sin embargo, algunos pacientes desisten debido a las condiciones clínicas y/o la avanzada edad, dadas las incomodidades y el sufrimiento físico que les implican los traslados durante ocho horas al día contando los dos trayectos y sumado a los efectos secundarios de los tratamientos o a los síntomas de su enfermedad.

*“y todo el desplazamiento vale son 120.000 pesos, entonces no están en una situación económica en la parte rural de Buenaventura como para decir me enferme... o esto necesito que me lo vea un médico...no, sino es una cosa de urgencia y una cosa vital, el paciente no se te desplaza por la situación de la barrera económica” (Actor N°3)*

*“Al más cercano como dos horas, mientras consigue carro, más de uno se ha muerto en el camino; han pasado muchos casos, una vez una muchacha tuvo su bebecito y de aquí a que buscamos el carro, se murió el bebecito” (Paciente N° 7 - 7:50)*

---

<sup>14</sup>Buenaventura cuenta con una extensión de 6.785 km<sup>2</sup> es el municipio con mayor extensión y dispersión del departamento del Valle del Cauca (Pérez, 2007); el 99,6%(6.759 km<sup>2</sup>) son de área rural y se encuentra dividida en 19 corregimientos; los asentamientos que más se destacan son: Puerto Merizalde; San Francisco del Naya, Juan Chaco, Ladrilleros, Zacarías, Sabaletas, Cisneros, la Bocana, San Antonio de Yurumanguí, Silva, Papayal, Málaga, entre otros. (Secretaría de Salud Pública, 2015)  
El desplazamiento desde la zona rural de Buenaventura es muy costoso, porque implica el pago de pasajes de ida y vuelta en lancha o vehículo con costo que puede oscilar entre \$20.000 y \$50.000 por persona y cuando deben acudir a Cali los costos de transporte oscilan entre \$50.000 y \$70.000 por persona por ambos trayectos; sin embargo al ser pacientes vulnerables preferiblemente deben viajar acompañados lo que implicaría costos exorbitantes teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población.

## **Barreras económicas**

La mayoría de pacientes entrevistados no cuenta con recursos económicos suficientes para los gastos relacionados con traslados, alimentación entre otros, lo que se convierte en una barrera adicional para acceder a los servicios de salud; para los pacientes procedentes de área rural, esos costos se incrementan debido a falta de disponibilidad de medios de transporte para salir de la vereda y llegar al conglomerado urbano y los altos costos de la gasolina para las lanchas.

*“Yo perdí la cita por falta de plata, porque de a donde la conseguía, aquí como le digo, cuando la señora no tenía, tenía que perderlas... y ahora, que el marido de ella me saca de aquí las cuatro de la mañana, porque tengo que coger el carro en el gallinell, a las cuatro de la mañana me sacan en la moto hasta allá y de ahí nos llevan, nos traen y vuelve por la tarde y me recoge otra vez” (Paciente N° 7 - 7:39)*

## **Barreras de información en salud**

En el grupo de pacientes con mayores desventajas socioeconómicas y educativas se observó falta de claridad sobre su enfermedad y su diagnóstico, suelen referirse en términos coloquiales al CA; así mismo señalan falta de explicación y comunicación asertiva con el médico, ya que según algunos de ellos nunca les fue nombrada la palabra CA, esto seguramente debido al empleo de los términos médicos específicos sin tener en cuenta el contexto socioeconómico y educativo de los pacientes.

*“El médico me dijo que era un linfoma no maligno” (Paciente N° 9 - 4:21)*

## **Barreras Administrativas**

En cuanto a las barreras administrativas, se encontró falta de oportunidad en la asignación de citas médicas o como se le conoce mejor: *“No hay agenda”*. Esta falta de oportunidad se presenta porque se terminan los contratos entre las EPS y los prestadores, quedando los pacientes a la deriva. Así mismo las consultas, tanto con médicos generales como con las distintas especialidades, generaron ordenes de paraclínicos los cuales se demoraron en autorizar y al momento de consultar con los resultados estos son obsoletos y debieron, en muchos casos, volver a iniciar el proceso para aclarar los diagnósticos; últimamente -como señalan muchos pacientes- las EPS o los prestadores les indican que deben esperar la llamada por parte de ellos, la cual se presenta de manera tardía y cuando los pacientes o sus familiares se dirigen personalmente a EPS o instituciones prestadoras de servicios, les siguen indicando que deben esperar la llamada. La mediación de autorizaciones para los servicios, la asignación telefónica de citas para pruebas diagnósticas o atención médica se configuran como barreras administrativas para la atención en salud. A manera de ejemplo:

*“Nos mandan al Departamental, tocó pedir cita con el dermatólogo y a él lo vieron dos veces, la última vez dijeron que había que pedir una cita con el otorrinolaringólogo, y ahí si ya y hasta la fecha no volvieron a llamar, los dermatólogos ya vieron los resultados de la biopsia de marzo de 2016, lo que no han es programado la cirugía” (Paciente N°. 4 - 8:23)*

*“Hasta ahora no podemos viajar porque no nos han llamado, todavía no, ya vamos para dos años que no viajamos porque no nos han llamado a la cita médica” (Paciente N°. 5 - 2:25)*

*“Sí, que teníamos que esperar a que nos llamaran y no nos han llamado todavía de allá, ¿no? Y una vez fueron la mujer y la hija, y nos llamaron y nos dijeron que tanto apuro tenía, que teníamos que aguantar a que nos llamaran” (Paciente N°. 1. 5: 34)*

Adicional a las barreras administrativas mencionadas, se suman barreras en el reconocimiento de derechos en los dos regímenes; en un caso de afiliación en el régimen subsidiado y, otro caso de una paciente viuda, quien tuvo demora en la afiliación y prestación de servicios de salud por cuenta de tardanza en el reconocimiento de los derechos adquiridos por pensión de sobreviviente, lo que la obligó al pago como cotizante independiente al SGSSS para recibir los servicios de salud.

*“Entonces me fui pa Coosalud y que estaba desactivado, entonces me fui pa Emsanar y no se podía porque Coosalud tenía que bajar paciente” (Paciente N° 7 - 7:32)*

*“Cuando él murió, ahí mismo me sacaron de la salud y yo ya enferma, enfermosa, yo ya sentía los síntomas de la enfermedad, y entonces me llevó Fernanda allá al Sisben, a sacarme el carnet para que me atendieran y no quisieron, vinieron y me dijeron que yo vivía aquí, que no sé qué. Y no me dieron, hasta que llegó la pensoncita, porque mientras me llegaba la pensión ahí si pase trabajos” (Paciente N° 8 - 10:20)*

#### **4.3.3 Barreras relacionadas con la calidad de la atención**

En las entrevistas los pacientes contaron que consultaron por los mismos síntomas en muchas ocasiones, y no les fue diagnosticado su enfermedad tempranamente; en general fueron tratados por otros diagnósticos y al cabo de pocos años, cuando el proceso de la enfermedad había avanzado, esta fue detectada, de manera que señalan demoras en el diagnóstico y algunos casos diagnósticos equivocados, tales como osteoporosis en lugar de linfoma no Hodgkin; así mismo manifiestan algunos sentimientos de desconfianza hacia el personal médico y dudan ante las respuestas dadas por los profesionales de Buenaventura.

*“Si, venía con cojera, y fui a SaludCoop y me examinaba el médico y todo eso y que era osteoporosis y me mandaba las pasticas pal dolor y una radiografía y que salía con osteoporosis y duré dos años en esas, y yo enferma, enferma, bien adolorida y no dormía a veces de noche del dolor en la pierna” (Paciente N° 8 - 10:25)*

Por otro lado, los pacientes y familiares señalan falta de competencias y deficiencias en cuanto a la calidad de los exámenes diagnósticos, lo que genera complicaciones en la salud e incluso podría generar pérdida de vidas humanas; esta calidad en los exámenes diagnósticos realizados en Buenaventura es cuestionada por los médicos de las ciudades a donde acuden los pacientes en búsqueda de un segundo concepto:

*“Entonces los médicos nos dijeron en Cali: Que pasa en Buenaventura, porque los pacientes en Buenaventura se mueren todos, porque si vienen acá a Cali, no saben que es lo que tienen” así nos dijo el mismo médico que atendió a mi hermana” (Familiar Paciente N° 6. 11:29)*

#### **4.3.4 Barreras relacionadas con la aceptabilidad de la atención**

Los pacientes manifiestan, en algunos casos, que el diagnóstico fue dado de manera ruda y atemorizante; además en algunos casos se encontraban solos al momento de recibir el diagnóstico lo que les ocasionó confusión e inicialmente les ocultaron el diagnóstico a sus familiares; adicionalmente señalan que hay un acceso a los servicios de salud diferencial, según estrato socioeconómico, ciclo de vida o régimen de afiliación al SGSSS

*“Entonces cuando él me dice: tiene cáncer y tiene cáncer del malo; si dura de seis meses a un año, sin hacerse como un procedimiento, se va de cajón. Tiene cáncer” (Paciente N° 2 - 6:28)*

*“Los médicos de ahí nunca lo atienden a uno con gusto, con cariño; si fuera una persona de plata no lo atendían a las carreras, que necesita, que le duele, a tocarlo, acariciarlo; pero como es uno pobre, feo y viejo a uno no le paran bolas” (Familiar Paciente N° 6, 11:36)*

#### **4.4 Estrategias usadas para solucionar los problemas de salud**

En general los pacientes adoptaron cinco estrategias para solucionar los problemas de salud, las cuales no son mutuamente excluyentes y usualmente utilizan dos o tres de estos mecanismos:

##### **4.4.1 Aceptación y resignación**

De acuerdo con las entrevistas se encontró que las personas de las trayectorias tipo 1, especialmente, han naturalizado sus condiciones de vida, las barreras de acceso, y han visto esta situación como algo “normalizado”, en general debido a la falta de conocimiento de sus derechos, así como una fuerte explicación de lo que pasa como voluntad de Dios.

*“Uno tiene que amañarse a todo, lo que manda Dios tiene que uno amañarse a todo, o tenerle envidia a otros, rogarle a Dios que le dé el pan todos los días, porque eso es lo más duro, que no tenga que mascar” (Paciente N° 11 - 9:25)*

*“Aquí no hay nada de seguridad, aquí vive uno en las manos de Dios” (Paciente N° 7. 7:51)*

##### **4.4.2 Uso de plantas medicinales**

Los pacientes, en su mayoría, sin distinción de clase social o nivel educativo, acudieron al empleo de la medicina tradicional, con uso de plantas naturales como sábila, pipilongo, jugo de espinaca, lenteja, pringamoza, zapallo, jugos de uva, zanahoria, anamú, bicarbonato con agua, la sangre de gallinazo, hierba china y albahaca. Estos tratamientos fueron usados concomitantemente con los tratamientos médicos. Sin embargo, uno de los entrevistados debido a barreras administrativas del SGSS y en su deseo de obtener la curación fue engañado y pago altos costos.

*“Se echaba tres hojitas de anamú y eso lo tomaba en la mañana antes del desayuno y al acostarme también, entonces yo descansaba del Anamú cogía el Pipilongo, descansaba del Pipilongo cogía la sábila, la sábila eso si lo bajaron por internet, de un cura de un fraile que se había curado del cáncer con eso de miel abeja con sábila y una copa de whisky” (Paciente N° 10 - 3:40)*

##### **4.4.3 Apoyo familiar y vecinal para el pago de servicios de salud**

Los pacientes que pudieron asistir a consultas particulares, bien sea a consultas con especialistas o realización de exámenes de diagnóstico, lo hicieron en Cali, con el fin de obtener un diagnóstico certero; para ello recurrieron a préstamos y recolectas con sus familiares y conocidos, casi ninguno tiene las condiciones económicas para acceder a consultas especializadas, pruebas diagnósticas o tratamientos.

*“Nos fuimos de casa en casa, y la gente paque, la verdad que recogimos una plástica, y entonces ya lo llevamos no al Departamental, sino a la clínica de Coosalud- entonces la cosa cambió, le mandaron los exámenes, entonces él pensaba que le iban a mochar el pie, él ya iba con esa idea, el salió de aquí pálido, pálido, pálido...iba muy mal...pero ya gracias a Dios cuando ya llegó allá, entonces lo llamábamos que como iban ...y gracias A Dios no le mocharon el pie” (Familiar Paciente N° 7 - 7:33).*

#### **4.4.4 Uso de relaciones sociales para acceder a los servicios de salud**

Algunas pacientes lograron acceder a los servicios de salud mediante el empleo de relaciones de amistad o familiaridad con personas vinculadas a las EPS o a los centros médicos de alta complejidad, así mismo, gracias a relaciones personales de alto nivel en instituciones de alta complejidad se logró la oportunidad y continuidad en la atención; adicionalmente se encontró que el nivel de reconocimiento que tenga el paciente o un familiar dentro del municipio favorece el acceso a la atención sanitaria

*“Hay una tía que es voluntaria en Imbanaco entonces las citas se las dan más rápido, y ahí empezó todo el procedimiento en Imbanaco (Paciente N° 3 - 1:15)*

*“Entonces llame a mi jefe y le dije “Doctor vea tengo un cáncer” el ahí mismo mando una carta a la Nueva EPS que yo era trabajadora de la Institución y que por favor se me diera la ayuda pertinente” (Paciente N°10).*

#### **4.4.5 Uso de mecanismos de exigibilidad jurídica**

De los pacientes entrevistados solamente tres utilizaron mecanismos de exigibilidad jurídica para poder acceder a los servicios de salud o para acceder a manejo integral de la atención a la enfermedad; en general se observó desconocimiento por parte de los entrevistados acerca de la salud como derecho humano fundamental y de los mecanismos jurídicos de exigibilidad como la acción de tutela o derecho de petición, así como desconocimiento de la presencia de instituciones garantes de los derechos para la población, tales como la defensoría del paciente de Buenaventura.

Los pacientes que emplearon mecanismos de exigibilidad jurídica y sus familias, señalan que el fallo se presentó en promedio a los 10-15 días hábiles de interpuesta la acción legal

*“Cuando uno no conoce los derechos, entonces los derechos de uno quedan vulnerados porque como no los conoce, si uno conoce los derechos ahí si tiene derechos como va a reclamar sus derechos, pero cuando los desconoce, prácticamente lo embolatan y ahí lo dejan a uno” (Paciente 9- 4:41)*

*“Llamaba a la Clínica de Occidente y siempre me decían que estaba la agenda copada, que llamara, que siguiera llamando y, pues yo me cansé tanto llamar y procedí. Procedí a colocar derecho de petición a Coomeva, entonces ese derecho de petición lo coloqué en el mes de mayo del 2016, coloqué derecho de petición a Coomeva y ahí si ya entonces autorizaron para el mes de Julio para que me hicieran la broncoscopia” (Paciente N° 12. - 12:21)*

### **4. DISCUSIÓN**

De acuerdo con los resultados y la literatura disponible en la discusión se desarrollarán tres aspectos a saber: a) Las condiciones socioeconómicas de los pacientes con CA y del municipio y, el SGSSS como determinantes y reproductores de inequidades sanitarias; b) La violencia estructural que viven los pacientes oncológicos en el municipio de Buenaventura y; c) El déficit de ciudadanía social por la no garantía de los DESC en la población estudiada.

Frente al primer asunto, las condiciones socioeconómicas de los pacientes y del municipio y el SGSSS como determinantes y reproductores de inequidades sanitarias: de un lado; investigaciones a nivel mundial señalan mayor prevalencia de CA asociado a desigualdades territoriales, socioeconómicas, educativas (Puigpinós-Riera, 2011) (Solidoro, (2014)) (Thakur, 2011. ) (Eberle, Luttmann, Foraita,

& Pohlabein, 2010), este trabajo encontró, con base en la información de fuentes secundarias disponibles, que la mortalidad por CA es mayor en Buenaventura comparado con el promedio nacional (INC, 2011) (Secretaría de Salud Pública, 2015) (SDS, 2016). En este sentido y dados los altos niveles de pobreza este trabajo ratifica lo que ha sido demostrado en la literatura frente a inequidades territoriales en salud, las regiones más pobres –como Buenaventura- pueden tener una mayor prevalencia de CA. Adicionalmente, es probable que entre la población más pobre del territorio existan casos de CA que no han sido diagnosticados, dado la falta de conocimientos sobre la enfermedad, las dificultades para acceder a los servicios de salud y la calidad en los mismos.

De otro lado, diferentes estudios muestran que otro elemento que genera desigualdades frente al CA en el mundo es cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios de salud. En el caso particular de esta investigación, los pacientes de todos los grupos sociales, pero especialmente los más pobres, además de las condiciones de precariedad y pobreza en que viven y han vivido, enfrentaron barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con la disponibilidad, accesibilidad aceptabilidad y calidad de los mismos, lo cual se relaciona con investigaciones a nivel mundial que señalan que los pacientes con cáncer enfrentan barreras económicas y geográficas para recibir el tratamiento, tienen tiempos de consulta insuficientes, falta de oportunidad, poca disponibilidad de prestadores, falta de habilidades o competencias clínicas, así como también barreras administrativas dadas por la imposibilidad de contactar a la clínica o al prestador y la falta de elección del profesional de salud. (Pigott C, 2009) (Arraras J R. M., 2010) (Arraras J I. J., 2013) (Ifrangis C, 2011)

A lo anterior es preciso sumar que un estudio sobre calidad en los servicios de salud en la India, muestra bajos niveles en el entrenamiento médico entre los proveedores de servicios de salud generales; lo cual se hace evidente en la zona rural de Madhya Pradesh donde el 67% no presentan calificaciones médicas, además, señalan amplia discordancia en el número de diagnósticos correctos, prescripción incorrecta de tratamientos; lo cual sugiere la necesidad de medir sistemáticamente la calidad de los servicios de atención médica y mejorar la calidad de la educación médica y la educación continua. (Jishnu Das, 2012).

Esta situación se ha hecho evidente en investigaciones a nivel nacional que muestran las barreras de acceso, tanto geográficas, administrativas o económicas, que tienen que enfrentar pacientes en el actual SGSSS, debido a la falta de disponibilidad de instituciones y/o profesionales en sus regiones, los múltiples trámites administrativos, los costos de desplazamiento, entre otros. (Tovar & Arrivillaga, 2014.) (Echeverry, 2013) (Abadia, 2009. ) (García-Ubaque, 2008. )

Para el caso específico de pacientes con CA de mama en Colombia, investigaciones señalan que las barreras de acceso a los servicios de salud en este grupo se originan en los determinantes sociales de la salud y, así mismo, el empleo de herramientas para enfrentar esas barreras, lo cual incide en la oportunidad de obtener un diagnóstico y un tratamiento oportuno y con calidad; además se evidenció que el acceso real al tratamiento para CA de mama en Colombia es inequitativo, dado que las mujeres más vulnerables enfrentan mayores barreras de acuerdo al modelo de salud vigente y según su condición de afiliación a la seguridad social. (Sánchez G, 2014) (Piñeros, 2011) (Velásquez-De Charry LC, 2009)

El segundo asunto que se quiere discutir es la violencia estructural que viven los pacientes oncológicos en el municipio de Buenaventura. El concepto de violencia estructural fue acuñado por Galtung (1996.) y hace referencia a formas de violencia más invisibles, que no se ejercen directamente haciendo uso de la fuerza sobre una persona o grupo social, en las cuales no se puede identificar el agresor de manera directa, se configuran socialmente en el marco del sistema mundo y no permiten el bienestar ni el florecimiento de los proyectos de vida que quieren vivir individuos, familias, y comunidades. (Parra & Tortosa, 2003) (Jiménez-Bautista, 2012). Esta violencia es producto de

ejercicios de poder desigual, en el cual los intereses de unos grupos se imponen sobre los intereses de las mayorías poblacionales. Para el campo de la salud es Paul Farmer quien en muchos de sus análisis plantea la violencia estructural como el eje explicativo de los efectos del sistema mundo sobre las condiciones de precariedad y los malos resultados de salud de grandes grupos socioeconómicos (Farmer, 2004)

Para el caso particular estudiado, Buenaventura, el municipio es considerado la puerta de entrada al Pacífico, para el 2016 contaba con una capacidad de neta 911.533 contenedores al año, el 28% de la carga movilizada del país, esto lo convierte en el principal puerto de importación colombiano; en 2016 movilizó más de 15 millones de toneladas de mercancías y recaudo \$5,47 billones en procesos de comercio, ocupando el primer lugar a nivel nacional (DNP., 2016). Sin embargo, los indicadores sociales son opuestos a la generación de riqueza del puerto, el 64 % de su población se considera pobre, el 9,1% está en la miseria y el desempleo afecta al 62%. Adicionalmente, según los mismos datos del Departamento Nacional de Planeación - DNP, el 50% de la población se auto-reconoce como víctima del conflicto armado. Además, la ciudad apenas tiene una cobertura de acueducto del 76% y de 60% en alcantarillado, la cobertura en educación media es del 22% y la tasa de mortalidad infantil es de 27,6 por cada mil nacidos vivos. (DNP, .2017).

Las entrevistas mostraron que la mayoría de los pacientes oncológicos entrevistados de Buenaventura viven en condiciones de precariedad económica y laboral, estas condiciones las han vivido a lo largo de sus vidas, así como sus padres y abuelos y, actualmente se mantienen en sus hijos. Son familias que reproducen intergeneracionalmente un círculo de pobreza y precariedad que no permite el florecimiento de los proyectos de vida que les gustaría vivir. El SGSSS, segmentado según posición socioeconómica, reproduce a su interior la estratificación de la sociedad colombiana (Álvarez, 2000.). Esta enorme paradoja que se configura dado que Buenaventura es uno de los municipios del país donde más circula la riqueza nacional, pero cuyo desarrollo socioeconómico ha dado la espalda a los habitantes del territorio, con indicadores de condiciones de vida precarios y con múltiples dificultades para garantizar un manejo adecuado de los pacientes con CA, es lo que se plantea como una expresión de violencia estructural. De acuerdo al desarrollo teórico sobre violencia estructural y los datos empíricos de Buenaventura y de la vida de los pacientes con CA, podemos afirmar que sobre los pacientes con CA se han configurado formas de violencia estructural a lo largo de la vida y que éstas se intensifican a través del proceso de enfermedad, en circunstancias en las que el proceso vital humano se asume desde lugares de mayor fragilidad como es la enfermedad.

Finalmente, el tercer aspecto a discutir corresponde al déficit de ciudadanía social que se ha constituido, dada la no garantía de los DESC de la población estudiada. Esta investigación evidenció un déficit de ciudadanía social en relación a la no garantía de los DESC; al respecto varios autores han señalado que para hacer realidad la ciudadanía social, el reconocimiento de los derechos sociales, como derechos fundamentales, implica una redistribución económica (Arango, 2004) (Uprimny Yepes, 2006) (Echeverry, 2013). En ese sentido, la no concreción de una ciudadanía social está relacionada con el modelo económico y con los derechos que este permite (o no) reconocer y alcanzar a los miembros de una sociedad. Al respecto, Dahrendorf señala que existe una tensión, en la cual el crecimiento económico coexiste con la pobreza, las necesidades del mercado compiten con las demandas de justicia social y, la consolidación de los derechos de ciudadanía está acompañada de una sensación de pérdida en las condiciones de vida, tendientes a la exclusión y la marginación (López, 2001.) (Dahrendorf, 1990)

Como se ha dicho, Buenaventura es un territorio con grandes grupos poblacionales en condiciones de precariedad, entendida esta como una experiencia de miseria social, en el que la precarización de las condiciones de trabajo, la ampliación significativa de la pobreza, conlleva a la vulnerabilidad de cada vida, con el agravante de que su viabilidad no está garantizada y, a partir de ello, enfrenta rechazo e

incluso la calificación como vidas potencialmente indignas, en todos los casos ya deshumanizadas por el hecho mismo de su fragilización; desde esa perspectiva estas vidas que ya están mutiladas se convierten en responsables de sus males y busca las causas psicológicas de la pobreza, olvidando que las condiciones sociales son las causantes de la existencia precaria. (Le Blanc, 2007). Esta investigación encontró que la mayoría de los pacientes enfrentan condiciones de precariedad y sufrimiento social.<sup>15</sup>

Sin embargo, el déficit de ciudadanía social, cristalizado en la vida cotidiana de la gente como condiciones de precariedad, producto de violencia estructural y, generadora de sufrimientos social, no es el único rostro de esta experiencia. Está investigación también encontró que los pacientes y sus familias buscaron alternativas para dar solución a los problemas de salud. El abanico de alternativas ha sido muy diverso y amplio y dependió del capital social y cultural de los actores, entre estas alternativas tenemos: empleo de tratamientos alternativos y complementarios desde saberes populares y tradicionales; viajes para insistir a instituciones de alta complejidad en Cali agendar sus citas con las respectivas implicaciones de gasto de bolsillo; el establecimiento de redes de apoyo con conocidos y familiares al interior de instituciones y el empleo de mecanismos de exigibilidad jurídica. Sin embargo, pese al empleo de estos mecanismos en defensa de la vida y la existencia de sí mismos o de sus seres queridos, el cansancio, el sufrimiento y el sentimiento de impotencia se hacen evidentes en algunos casos al perpetuar la falta de resolución de sus problemas y frente a lo cual enfrentaron la situación con resignación y amparándose en sus creencias religiosas.

Una investigación realizada en la ciudad de Medellín, Colombia, acerca del empleo de mecanismos de exigibilidad jurídica del DS, señala que si bien la Acción de Tutela es un mecanismo eficaz de protección del DS, los aseguradores y prestadores retrasan y/o acatan parcialmente el cumplimiento de esa decisión judicial, lo cual aumenta el sufrimiento y genera agravamiento o complicaciones de la enfermedad; además deja en evidencia que los ciudadanos recurren a este mecanismo como última opción, generalmente después de intentar otras formas de resolución de su problema, lo cual coincide con lo encontrado en esta investigación (Echeverry, 2013)

Para terminar y como señala (Benach, 2005), en los países pobres, en los barrios donde viven los pobres y los ciudadanos con bajos recursos se presenta discriminación social múltiple, de tal forma que los recursos socio económicos son menores, no tienen el poder en la toma de decisiones, la atención sanitaria es peor en comparación con los ciudadanos de mayor nivel económico y están más expuestos a factores de riesgo que desmejoran la salud asociados a lo social y a lo ambiental. En ese sentido podemos considerar que los derechos económicos y sociales, que incluyen las condiciones mínimas que todo ser humano necesita para desarrollarse como un sujeto libre y que en la medida que se garanticen dichos derechos se podría llevar a cabo el ejercicio de los derechos políticos e individuales, dependen del papel activo del Estado en su función de ser garante de derechos y no solo un regulador de mercados.

## CONCLUSIONES

La reconstrucción de las trayectorias socioeconómicas y de atención a pacientes con CA en Buenaventura mostró que ha habido vulneración de los derechos económicos y sociales a lo largo de sus vidas y desde generaciones anteriores, específicamente del derecho a la salud. Además, es evidente la falta de conocimiento frente a los mismos, vinculada al bajo nivel educativo y la

---

<sup>15</sup> El sufrimiento social hace referencia al dolor, pesadumbre, angustia que se sienten desde diversas dimensiones de la experiencia humana, incluida la salud, la moral, la religión, la legalidad y el bienestar, y “resulta de lo que los poderes políticos, económicos e institucionales le hacen a la gente y, recíprocamente, de cómo estas formas de poder influyen en las respuestas a los problemas sociales” (Almarío García, 2008. )



precariedad económica, con la consecuente pérdida de la dignidad humana; es decir que el valor de los seres humanos y la vida y la garantía de los DESC y del DS son transgredidos en un territorio de enclave para generar riqueza. Esa pérdida de la dignidad humana conlleva a la existencia de ciudadanos o sujetos sin derechos, es decir la ausencia de una ciudadanía social, que puede ser aprovechada por distinto tipo de actores. Además, y de acuerdo con lo evidenciado en las trayectorias socioeconómicas y de acceso en los pacientes oncológicos, el sistema de salud reproduce la segmentación social, tal como sucede en el país.

## **LIMITACIONES**

En cuanto a las limitaciones, hay déficit en el desarrollo de apuestas teóricas que articulen trayectorias socioeconómicas, trayectorias de acceso a servicios de salud y derechos humanos/derecho a la salud, como problemas de equidad y justicia social. En cuanto a las limitaciones metodológicas, hay pocas investigaciones cualitativas que desarrollen propuestas de análisis de trayectorias de acceso a servicios de salud y socioeconómicas, lo cual sigue siendo aún un asunto por desarrollar. Además, por las técnicas utilizadas puede haber sesgo de memoria. Adicionalmente este es un caso que hace referencia a las trayectorias socioeconómicas y de acceso en los servicios de salud en pacientes oncológicos de la ciudad de Buenaventura, en ese sentido no podemos hacer generalizaciones, sin embargo, permite hacer una aproximación teórico- metodológica, que se puede ampliar al realizar el análisis de nuevos casos no sólo al interior del país sino con otros países y otros sistemas de salud para entender cómo se da esa relación. Por último, surgieron limitaciones dadas por la dificultad para acceder a los pacientes, en el sentido de barreras institucionales (falta de información, datos incorrectos para contactar a los pacientes) y barreras culturales dado que un paciente con cáncer en el territorio de Buenaventura es estigmatizado y rechazado, y quizás por esto algunos familiares tienden a ocultarles su diagnóstico.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo con los resultados de esta investigación se recomienda: a) Fortalecer el conocimiento de derechos y deberes en la ciudadanía, especialmente en las poblaciones con menores niveles de escolaridad y mayor precariedad económica, de manera que se logren promover estrategias de construcción de ciudadanía en salud. b) realizar esfuerzos conjuntos para mejorar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, basados en el contexto socioeconómico y educativo del paciente para explicar adecuadamente diagnósticos, tratamiento y rutas de acceso. c) Propender por el fortalecimiento de las redes y mecanismo de inspección, vigilancia y control para garantizar la oportunidad, calidad, pertinencia y continuidad en la atención de pacientes oncológicos. d) Teniendo en cuenta la transición demográfica que enfrenta el país y bajo el contexto de los derechos humanos, es pertinente realizar investigaciones que generen insumo para el desarrollo de políticas públicas que garanticen la atención integral y oportuna de pacientes oncológicos y el cierre de brechas sociosanitarias en este aspecto. e) Garantizar una política de desarrollo de la infraestructura de servicios de salud que la mejore, especialmente en regiones y territorios con mayores desventajas sociales, como es el caso de Buenaventura, que se podría extrapolar al pacífico colombiano

## **AGRADECIMIENTOS**

El equipo de investigación agradece de manera muy especial a los pacientes, hombres y mujeres privados de la posibilidad real y efectiva de acceder de manera oportuna a los desarrollos de la “ciencia médica moderna” para mejorar sus condiciones de salud. A ellos y ellas, por darnos su tiempo, por acogernos en sus casas, por abrirnos una puerta a parte de sus historias de vida, mil y mil gracias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadia, C. E. (2009. ). Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. . *Social Science & Medicine*, 68(6), 1153-1160.
- Almario García, Ó. D. ( 2008. ). *Sujetos del dolor, agentes de dignidad.* . Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Instituto CES.
- Álvarez, M. H. (2000.). La fractura originaria en la organización de los servicios de la salud en Colombia 1910-1946. . *Anuario Colombiano de Historia social y de la Cultura*, (27), 7-26.
- Arango, R. (2004). Constitucionalismo, Estado Social de Derecho y realización integral de los derechos. Capítulo II . In *Derechos, constitucionalismo y democracia.* . Bogotá : Universidad Externado de Colombia.
- Arias, S. (2009). Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. , . *Facultad Nacional de Salud Pública;*, 27(3) 341-348.
- Aricapa, R. (2006). *Las cooperativas de trabajo asociado en el puerto de Buenaventura. Caos y degradacion laboral.* Bogotá: Escuela Nacional Sindical.
- Arraras J, I. J. ( 2013). Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology Day Hospital and its relationship with quality of life. *Psychooncology.* ;22(11), 2454–61.
- Arraras J, R. M. (2010). The EORTC cancer outpatient satisfaction with care questionnaire in ambulatory. *Psycho-Oncology* 19.6: , 657-664.
- Benach, J. M. (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud.* Editorial El Viejo Topo.
- Braveman, P. (2006). Health Disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167-194.
- Braveman, P. A. (2011.). Health disparities and health equity: the issue is justice. *American journal of public health*, 101(S1), 149-155.
- Cabrera, F. C. (2005 ). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. . *Theoria*, 14(1), 61-71.
- Cárdenas, A. (2012, octubre). *Periodico El Pais*. Retrieved from Hospitales de Buenaventura continúan con pronóstico reservado: <http://www.elpais.com.co/valle/hospitales-de-buenaventura-continuan-con-pronostico-reservado.html>
- Centro Nacional de Memoria Històrica. (2015). *Buenaventura: un Puerto sin comunidad.* Bogotá: CNMH.
- Chawla Neetu, K. D.-S.-B. (2013). Health Disparities around the World: Perspectives from the 2012 Principles and Practice of Cancer Prevention and Control Course at the National Cancer Institute. *Journal of Oncology Practice*, 9(6), e284-e289. doi: 10.1200/jop.2013.001129.
- CIMDER. (2011). *Resultados y análisis municipal.* Buenaventura.

- Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES. (2006). *CONPES 3410. Política de Estado para mejorar las condiciones de vida de la población de Buenaventura*.
- Dahrendof, R. (1990). *El conflicto social moderno. Ensayo sobre la política de la libertad*. Madrid: Mondadori,.
- DANE. (2016). *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*. Retrieved from Defunciones por causa: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co).
- DANE, a. (2016). *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*. Retrieved from Pobreza Monetaria Y Multidimensional 2017: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/bol\\_pobreza\\_16.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_16.pdf)
- Defensoria del Pueblo. (2017). *Informe de derechos humanos, paro cívico*. Buenaventura.
- DNP. (.2017). *Buenaventura, la puerta de entrada al Pacífico, comienza a diseñar su desarrollo a 20 años*. Retrieved from <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Buenaventura,-la-puerta-de-entrada-al-Pac%C3%ADfco,-comienza-a-dise%C3%B1ar-su-desarrollo-a-20-a%C3%B1os.aspx>
- DNP., D. d. (2016). *Indicadores competitivos de Buenaventura*. Retrieved from <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PublishingImages/BUENAVENTURA%20SEGUNDO-03.jpg>
- Eberle, A., Luttmann, S., Foraita, R., & Pohlabein, H. ( 2010). Socioeconomic inequalities in cancer incidence and mortality - a spatial analysis in Bremen, Germany. *Journal of Public Health 18* , 227-235. DOI: <http://dx.doi.org/1>.
- Echeverry, M. E. (2013). *Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- El País. (2007, 01 de abril). *Periodico el País, Cali*. Retrieved from Diagnóstico. Las ‘dolencias’ de los hospitales: <http://historico.elpais.com.co/paionline/notas/Abril012007/dolencias.html>
- Farmer, P. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor (Vol. 4)*. Univ of California Press.
- Fedesarrollo-Cerac. (2013). *Hacia un desarrollo Integral de la ciudad de Buenaventura y su área de Influencia*". Bogotá. .
- Flores, S. L. (2015). *Temas actuales de los derechos humanos de última generación*. Puebla México: Universidad Autónoma de Puebla,.
- Galeano, E. (2012). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Universidad Eafit.
- Galtung, J. (1996.). Peace and conflict, development and civilization. In *Peace by peaceful means*. London: Sage.
- Galvis, L. A. (2010). Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial. *Centro de Estudios Económicos Regionales—CER Banco de La República*.

- García-Ubaque, J. &.-M. (2008. ). Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. *Rev. salud pública (Bogotá)*, 10(4),, 583-92.
- Gobernacion del Valle. (2013). *Decreto 1091* .
- Human Right Watch. (2014). *La crisis en Buenaventura, desapariciones,desmembramientos y desplazamientos* . Buenaventura.
- INC. (2011). *Instituto Nacional de Cancerologia*. Retrieved from Magnitud del càncer en el país-Mortalidad por grandes causas: [http://www.cancer.gov.co/cancer\\_en\\_cifras](http://www.cancer.gov.co/cancer_en_cifras)
- Jiménez-Bautista, F. (2012). Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia*, 19(58), 13-52.
- Jishnu Das, A. H. (2012). Urban And Rural India, A Standardized Patient Study Showed Low Levels Of Provider Training And Huge Quality Gaps. *Health Affairs* 31, no.12, 2774-2784.
- LaVeist TA, G. D. (2009). The Economic Burden of Health Inequalities in the United States. *Joint Center for Political and Economic Studies*.
- Le Blanc, G. ( 2007). *Vidas ordinarias, vidas precarias: sobre la exclusión social*. Nueva Vision.
- Lence, J. J. ((2006). Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3).
- Lerner D, A. S. (2005). Work disability resulting from chronic health conditions. *J Occup Environ Med* ;47(3):, 253---264.
- lifrangis C, K. L. (2011). The experiences of cancer patients. . *QJM* 104(12);, 1075–81.
- López, M. (2001.). Capitulo: Derechos económicos y sociales, derechos diferenciados y ciudadanía. In J. RAMÍREZ, *Ciudadanía y derechos humanos sociales*.
- López, S., & López, A. O. (2015). *Derecho a la salud en México*. Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Luño, A. P. (2013 ). Las generaciones de derechos humanos . *Revista Direitos Emergentes na Sociedade Globalvol. 2, no 1*, 163-196.
- Maruthappu, M. W. (2016). Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: a longitudinal analysis. *Lancet*.
- Minsalud. (2017). *Minsiterio de Salud*. Retrieved from Registro Especial de Prestadores de salud: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Moreno, C. (2013). *Buenaventura a la dervia: Historia de un puerto en contravia de su pueblo 1945 hasta el presente*. Cali: Universidad del Valle.
- OMS. (2014 (a)). *Perfil càncer en Colombia*. Retrieved from [http://www.who.int/cancer/country-profiles/col\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/cancer/country-profiles/col_es.pdf?ua=1)

- OMS. (2014). *10 datos sobre el cáncer*. Retrieved from <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/> (Ed.)
- ONU. (2007). *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. Retrieved from El Sistema de Tratados de Derechos Humanos de las Naciones Unidas Folleto informativo N° 30.: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet30sp.pdf>
- País, E. (2017, Mayo 21). *Las 'promesas inconclusas' que detonaron el paro cívico en Buenaventura*. Retrieved from <http://www.elpais.com.co/valle/las-promesas-inconclusas-que-detonaron-el-paro-civico-en-buenaventura.html>
- Parra, L., & Tortosa, J. M. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación social*, 131(3), 57-72.
- Pérez, J. (2007). *Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura*. Bogotá: Banco de la República.
- Peter, F. (2001). Health equity and social justice. *Journal of applied philosophy*, vol. 18, no 2, 159-170.
- Pigott C, P. A. (2009). Unmet needs in cancer patients: development of a supportive needs screening tool. *Support Care Cancer*;17(1), 33–45.
- Piñeros, M. S. (2011). . Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *salud pública de México* 53(6), 478-485.
- Puigpinós-Riera, R. M.-D. (2011). Cancer mortality inequalities in urban areas: A Bayesian small area analysis in Spanish cities. *International Journal of Health Geographics*, 10(1) . doi: 10.1186/1476-072x-10-6, 6-15.
- Rae. (2017). *Real Academia Española*. Retrieved from Definición palafito: <http://dle.rae.es/?id=RVXVkgi>
- Sánchez G, L. C. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 32(3), 305-313.
- SDS, S. d. (2016). *Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Bogotá*.
- Secretaria de Salud Pública. (2015). *Análisis de situación de salud. Modelo de los determinantes sociales de salud*. Buenaventura: Distrito de Buenaventura.
- Senado República. (2017). *Proyecto de Ley 045. Fondo desarrollo integral de Buenaventura*. Retrieved from <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20045-17%20Fondo%20Buenaventura.pdf>
- Solidoro, A. ((2014)). Pobreza, inequidad y cáncer. *Acta méd. peruana*, 204-206.
- Stewart B, W. C. (2014). *World Cancer Report*. International Agency for research on Cancer.

- Suàrez Reyes, F. (2010). Buenaventura una ciudad Puerto, globalizante, diversa y multicultural. *Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica*.
- Supersalud. (2009). *Título II Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)*. Retrieved from [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularUnica/CIR%20U\\_T\\_II.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularUnica/CIR%20U_T_II.pdf)
- Thakur, J. S. ( 2011. ). Social and Economic Implications of Noncommunicable diseases in India. *Indian Journal of Community Medicine, 36*, , S13-S22. doi: 10.4103/0970-0218.94704.
- The Economist Intelligence Unit . (2017). *Control del càncer, acceso y desigualdad en America Latina. Una Historia de luces y sombras*. Londres: The Economist.
- Tiempo, E. (2012., 24 de agosto <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12157319>). Buenaventura se resiste a la liquidación de su hospital.
- Tovar, L. M., & Arrivillaga, M. (2014.). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica." . *Revista Gerencia y Políticas de Salud 13.27*.
- UN Committee on Economic, S. (n.d.).
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2009). *General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*.
- UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). *The Right to the Highest Attainable Standard of Health. General Comment No. 14. (E/C.12/2000/4)*.
- Uprimny Yepes, R. R. (2006). *¿Justicia para todos?: sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Velásquez-De Charry LC, C. G.-G. (2009). Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Publica Mex 51 supl 2, S246-S253*.