

LA PRECARIZACIÓN DE LA VIDA EN EL SISTEMA DE SALUD DISTRITAL

LEIDY VANESSA ARENAS HERNÁNDEZ
LAUREN CAROLINA BARBOSA RODRIGUEZ
WALTER ALBERTO MARULANDA CARRILLO

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
BOGOTÀ DC. I -2011

LA PRECARIZACIÓN DE LA VIDA EN EL SISTEMA DE SALUD DISTRITAL

LEIDY VANESSA ARENAS HERNÁNDEZ
LAUREN CAROLINA BARBOSA RODRIGUEZ
WALTER ALBERTO MARULANDA CARRILLO

Trabajo de grado para obtener el título de
Psicólogos

Asesor: YAIR GONZÁLEZ SÁNCHEZ
Psicólogo

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
BOGOTÀ DC. I -2011

Dedicatoria

Dedicado con todo mi amor y cariño a Dios quien me dio la oportunidad de vivir y darme una familia maravillosa.

A mi hija Mariana, por ser la luz que alumbra mi vida

A mis padres Pedro Nel Arenas y Nayibe Hernández por su apoyo incondicional, por enseñarme el amor al estudio y el valor de la perseverancia

A mí esposo Marco González por su apoyo incondicional

Vanessa Arenas Hernández

Dedicado con agradecimiento infinito a mi madre, por su fortaleza, perseverancia, en el apoyo a mi proceso formativo.

Fue un gran esfuerzo que ha sido recompensado en la culminación de esta etapa de mi vida

A mi amor Andrea Velasco por su paciencia en muchas ocasiones cuando sacrificamos nuestro tiempos juntos y su amor incondicional

*A mi viejita por haberme criado y soportado durante mi infancia y adolescencia, las amo a todas profundamente. **Walter Marulanda Carrillo***

Dedico este triunfo con gran afecto a mi madre María Nífa Rodríguez por ser un ejemplo a seguir, por ser la mejor guía en mi vida, por su amor y apoyo incondicional, a mi padre Adolfo Barbosa por regalarme la vida y por su interés en mi formación profesional, a mis hermanas Sol y Jacqueline por siempre confiar en mí. Los amo profundamente.

Carolina Barbosa Rodríguez

Agradecimientos

Esta investigación fue posible gracias al apoyo de la Facultad de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia quien nos brindo los conocimientos necesarios para poder realizarla.

Al profesor Lenin Yair González Sánchez por su dedicación en la asesoría y dirección del trabajo.

A las profesoras Karin Viviana Suarez Puentes y Claudia Patricia Roa Mendoza por ser nuestros jurados, quienes con sus críticas y sugerencias ayudaron a fortalecer la investigación.

A la asociación Salud al derecho por la confianza y el apoyo brindado durante este proceso.

A la generosidad, paciencia y confianza de las tres personas con las que se realizo el trabajo, ya que sus experiencias de vida ayudaron en la investigación.

Y en especial a nuestras familias quienes nos apoyaron incondicionalmente en el desarrollo de la tesis.

Tabla de contenido

Resumen	7
INTRODUCCIÓN	8
Justificación	13
Planteamiento del problema	14
Objetivos	14
MARCO TEÓRICO	15
Contexto Histórico de la salud	15
Marco Contextual	25
Marco conceptual	33
METODO	47
Diseño	47
Teoría Fundada	47
Participantes	49
Instrumentos	50
Procedimiento	51
RESULTADOS	53
ANÁLISIS DE RESULTADOS	59
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	73
Sugerencias	75
REFERENCIAS	76

Lista de figuras

Figura 1. Matriz axial condicionada

58

RESUMEN

Se pretende identificar los procesos de precarización de la vida, bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema distrital de salud, esto desde una postura crítica en psicología. Se hizo uso de la metodología cualitativa, basada en la teoría fundada (Glaser y Strauss, 1967) citado en Cuñat, R. 2007, utilizando como instrumento una guía de entrevista semiestructurada. Los sujetos de investigación fueron seleccionados de manera intencional ya que estas personas tienen una condición particular, padecer de una enfermedad considerada dentro del sistema de salud de alto costo. Los resultados obtenidos permiten afirmar que el sistema de salud distrital, la acción u omisión de los responsables de este, lleva a que se precarice la vida de las personas en el mismo, tanto en su esfera social, laboral, familiar, física como psicológica, debido a que la salud en Colombia se encuentra "restringida por las reformas realizadas por parte del estado al sector salud, y la globalización de la economía, donde éstas no han logrado conseguir responder a las demandas de la población en mejorar los servicios de salud y calidad de vida". (Organización Panamericana de la salud 2001). Así mismo se esperaba que al hablar de salud este fuera considerado un derecho y no como un servicio como lo estipula la Constitución Política de Colombia de 1991, siendo este uno de los mayores dispositivos de poder ejercidos por parte del estado, ya que al ser considerada como un servicio solo pueden adquirirlo las personas que tengan recursos económicos.

ABSTRACT

The aim of this work is to identify the processes by which life becomes precarious under power conditions developed in the context of health care in the District Health System. This will be done from a critical stance in psychology. A qualitative methodology based on grounded theory (Glaser & Strauss, 1967) cited in Cuñat, R. 2007, was used. The main tool was a semi-structured interview. The research subjects were selected intentionally as these people have a particular condition: they suffer from what is considered in the health system as high-cost diseases. The results confirm that the District Health System, the act or omission of those in charge of it, makes the lives of those patients precarious. This is so in their social, labor and family life both physically and psychologically, due to health in Colombia "restricted by the reforms undertaken by the state health sector, and the globalization of the economy, where they have not managed to get to meet the demands of the population to improve health services and quality of life"(Pan American Health Organization 2001). Also one would expect when talking about health this was considered a right and not as a service as required by Constitution of Colombia of 1991, being one of the greatest devices power exercised by the state, as being considered as a service can only buy those with economic resources.

La Precarización de la Vida en el Sistema de Salud Distrital

Acorde con la postura epistemológica crítica desde la cual vamos a trabajar nuestro proyecto de investigación y teniendo presente que este paradigma estudia los complejos de la vida social, donde podemos encontrar a la persona con diversos elementos como: actitudes, normas, valores, entre otras, siendo el comportamiento del sujeto expresado en diferentes planos en donde este expone su realidad subjetiva, permeado por el comportamiento social, por tanto el marco de análisis de estas realidades debe ser integral, sin reduccionismos e individualidades (Fernández. Jiménez, González, Romero, Sloan TS., 1994).

Desde esta visión se puede hablar de una perspectiva crítica, como una manera de hacer psicología; teniendo en cuenta el contexto socio histórico y cultural particular dentro del cual se desarrollan significados de sujetos. Se pretende con esta dimensión epistemológica, hacer una interpretación de ¿Cuáles son los procesos de precarización de la vida bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema de salud distrital en Colombia?, partiendo del ejercicio narrativo (entrevistas), de tres personas que acudieron a la asociación Salud al Derecho que es una asociación voluntaria, privada, sin ánimo de lucro, conformada por profesionales del derecho, ciencias de la salud, ciencias humanas, y de personas interesadas y comprometidas en proteger y exigir el derecho fundamental a la salud en Colombia, garantizando su derecho a la salud a través de acciones legales

Se pretende identificar entonces bajo la panorámica histórica y actual legislación colombiana, cómo funciona el sistema de salud a nivel distrital y establecer una posición crítica frente al mismo, y vincularlo con lo mencionado en estudios anteriores en el tema desde lo teórico: Abadía y Goretty (2009); Díaz (2004). Abadía, Cortés, Fino, García, Goretty, Pinilla & Valdés, (2008). Entre muchos otros de esta manera buscamos generar reflexiones desde la academia, que contribuyan de alguna manera a forjar un cambio en el sistema de salud Colombiano.

Mencionado esto, podemos considerar a nivel reflexivo, se genere un punto de partida para investigaciones futuras en el tema aquí trabajado desde la disciplina de la psicología, el cual permitirá seguir construyendo una perspectiva crítica en las ciencias humanas.

Por tanto este tema de salud nos compete a todos, en especial a una parte significativa de los bogotanos que se encuentran vinculados a un sistema de salud en los diferentes regímenes: el primero de ellos es el Contributivo donde las personas que tienen un contrato de trabajo, los pensionados, los trabajadores independientes, aportan un porcentaje de su salario con el fin de comprar un seguro de salud, lo cual se debe establecer por ley.

Otra de las formas de encontrarse vinculado al sistema de salud es en calidad de *subsidiado*, estas son un grupo de personas que no tienen capacidad de pago para las cuales existe un fondo común establecido por el gobierno para comprar una póliza de seguro a estos.

De igual manera existen en el sistema de salud un grupo de personas que por incapacidad de pago, deben cambiar de un régimen contributivo a un régimen subsidiado pero debido a fallas administrativas del sistema no puede llevar acabo el traslado, estableciendo la ley que deben ser atendidos en calidad de vinculados por los hospitales del Estado o instituciones privadas que tengan contrato con el mismo.

Pre-pagada Esta es una forma especial de aseguramiento voluntario, donde se establece una relación contractual del asegurado y la entidad aseguradora, en el cual se contratan un paquete de servicios en salud, por un monto determinado en un período preestablecido de tiempo bajo unas condiciones específicas de la prestación del servicio.

En este sentido tenemos que ser componentes reguladores de estos procesos en el sistema de salud, aún más si nosotros como investigadores nos hacemos llamar científicos sociales, teniendo como idea fundamental ser un factor que dé cuenta de procesos sociales de interés general, contribuyendo a movilizaciones desde los espacios académicos y sociales que contribuyan de alguna manera a generar cambios en el sistema actual.

La seguridad social de los sujetos corresponde a todo aquel sistema que tienen los Estados buscando proteger los derechos de toda la población garantizando una mejor calidad de vida, esta afirmación se sustenta en la concepción que tienen hoy algunos estudiosos de tema de la salud en Colombia, y que han aportado la idea de la salud como un derecho fundamental, así mencionan (Abadía, et al., 2008):

“Hemos avanzado en entender los procesos de salud-enfermedad como interacciones complejas de los individuos con su entorno. Tanto en la visión inicial como en las conceptualizaciones actuales subsiste la idea de la salud como un derecho humano fundamental a cargo del Estado, y por tanto, como una condición sine qua non (sin la cual no) de las modernas ciudadanías” (p. 177)

Lo cual afirma que la salud es entendida como una condición innegociable, en su carácter de derecho humano, y que además dicha condición debe ser labor del Estado en que la salud se encuentra contemplada.

Se puede mencionar que a partir del tratamiento de los datos obtenidos en las entrevistas semiestructuradas y mediante la puesta en práctica de la estrategia metodológica: la teoría fundada de las tres personas vinculadas al sistema y en conjunción con algunos postulados teóricos que se trataran en profundidad en el marco conceptual, que los procesos de precarización de la vida y los mecanismos de poder tienen mucho que decir acerca del tema de salud, ya que el proceso de precarización de la vida entendida como, acciones u omisiones de las entidades de salud generan un deterioro de la enfermedad afectando así la calidad de vida de la persona, gracias a las condiciones estructurales del sistema.

Al respecto mencionan Abadía y Goretty (2009) para afirmar que:

“El sistema de salud del país debería ser considerado en sí mismo, como una barrera de acceso estructural. Además clasifican estas dificultades de acceso en cinco categorías, problemas administrativos con el sistema basados en el aseguramiento (PASBA), Barreras Económicas (BE). Las deficiencias Institucionales (DI). Problemas de Cobertura Limitada de la

Póliza, (PCLP), cuando el servicio que está requiriendo no está cubierto por el POS (Plan Obligatorio de Salud)”. (p. 16).

Esto muestra las dificultades de acceso a nivel del sistema que no permite a los usuarios tener una atención adecuada y como lo demuestran las historias de vida de nuestros actores, una calidad de vida deteriorada o precaria.

En este orden de ideas es pertinente mencionar algunos conceptos que le dan fundamento a la investigación los cuales se expondrán a grandes rasgos, dado que el análisis propio de estos conceptos se hará con mayor profundidad en el marco conceptual del presente trabajo. Es así como, la precarización de la vida constituye un elemento de análisis de importancia en esta investigación, por tanto es entendida como el detrimento de la vida en relación con la enfermedad a causa de acciones u omisiones en el proceso de atención en salud. El sistema de salud apoyado en sus dispositivos de poder, esta precarizando la calidad de vida y enfermedad de la personas mediante una serie de modelos que el mismo sistema o estructura del sistema se han propuesto para que sus fines de acumulación de capital no se vean afectados. Al respecto tiene que decir (Yepés y Sánchez, 2000 como se citó en Abadía, et. al, 2008; p.178):

“Por el contrario, los intereses privados aumentarían su participación en la prestación de servicios de este sector, finalmente, las transformaciones del marco legislativo nacional permitirían la aprobación y posterior implementación de la ley 100 de 1993, que se ejecutó con la política de atención gerenciada bajo el modelo regional propuesto por Londoño y Frenk (1997) conocido como (pluralismo estructurado)”.

Siendo este concepto definido por Londoño y Frenk, 1997 como se citó en Abadía, y Goretty, (2009, p.2): una estructura organizadora con funciones y normas explícitas para que interactúen la población y su capacidad de escogencia, un estado regulador, una red de instituciones de seguridad social que financian, y una amplia gama de proveedores de servicio.

Es por todo lo anterior que pretendemos, indagar las dinámicas de funcionamiento del sistema de salud, sus pros y sus contras, desde una postura crítica frente a los objetivos específicos que pretenden identificar los dispositivos de poder involucrados en el proceso de precarización de la vida en el sistema distrital de salud.

Además analizar la influencia que tiene el sistema distrital de salud en la precarización de la enfermedad de las personas que hacen uso del mismo, dada la no accesibilidad a la atención en salud, como ejemplo de ello esta el caso de los actores estudiados en este trabajo, quienes acuden a una organización (salud al derecho) que los asesora legalmente para que puedan reclamar su derecho a la salud, evidenciado esto en la falta de medicamentos apropiados para el tratamiento de sus enfermedades, pocos recursos médicos de tipo humano, citas con especialistas, aparatos que permiten mantener su salud en condiciones dignas, tales como sillas anti-escaras, pañales, suplementos nutricionales, procedimientos quirúrgicos que mejoren su calidad de vida, entre muchas otras que requerían los actores de esta investigación antes de interpuesta la acción legal que obligo a sus Eps a cambiar las condiciones de atención.

Justificación

El fenómeno social que se presenta actualmente en la ciudad de Bogotá en cuanto al tema de la Salud, es una realidad que debe interesarle a todos los ciudadanos, dado que tiene una afectación directa con el bienestar de las personas. Se ha decidido indagar sobre esta problemática intentando develar los procesos de precarización de la vida bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema de Salud Distrital.

La importancia de esta investigación se encuentra en querer dar a conocer las consecuencias y afectaciones que tienen las personas usuarias del sistema de salud, evidenciado esta situación en los casos de tres personas, a las cuales les fue negado el derecho a la salud, cuya atención era necesaria para que se legitimara este derecho.

Para llevar a cabo el desarrollo de este estudio se contó con la participación de tres personas (que posteriormente serán llamados actores 1-2-3, con el fin de salvaguardar su identidad) quienes comparten varias características en común, una de ellas es la de haber sido diagnosticados con enfermedades de alto costo. Se utilizó una metodología cualitativa, basada en la teoría fundada que nos permite interpretar y explicar el fenómeno que se está trabajando; utilizando como herramienta la entrevista semiestructurada, la cual nos permitió conocer la experiencia relacionada con la entidad prestadora del servicio de salud, donde estas personas se encuentran vinculadas, evidenciando así el fenómeno a trabajar.

Pregunta Problema

¿Cuáles son los procesos de Precarización de la Vida bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema de Salud Distrital?

Objetivos**Objetivo general**

Identificar los procesos de Precarización de la Vida bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema de Salud Distrital, para evidenciar la responsabilidad de quienes están a cargo del sistema en dichos procesos.

Objetivos específicos

1. Identificar los dispositivos de poder que se ven involucrados en el proceso de Precarización de la Vida en el sistema de salud distrital.
2. Analizar la influencia que tiene el sistema de salud distrital sobre la Precarización de la Vida.

Marco Teórico

Contexto Histórico de la salud

Cuando se va a estudiar el tema de la salud, es pertinente antes que nada definir lo que por salud entienden algunos estamentos científicos, legales y sociales, es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978; como se citó en Abadía, cols., 2008) define a la salud como estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La constitución Colombiana de 1991 define la salud como un servicio público: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado”. Constitución de la República de Colombia, 1991, art. 49, (Abadía y Goretty, 2009. p. 8).

Seguido a esto la manera en la que entienden Abadía y Goretty (2009) el concepto de la salud: “procesos de salud-enfermedad como interacciones complejas entre los individuos y su entorno.

El problema de la salud, no es solo de la actualidad, ni de hace unos pocos años, es un fenómeno que ha transcurrido con el “crecimiento” de nuestro país, y aunque se esperaría que con el paso de los años se perfecciona, se ha visto todo lo contrario, llegando hasta tal punto de declarar emergencia por el exceso en los costos de las enfermedades.

A partir de los años 60 se venía construyendo en Colombia diversas formas de atención en la salud; por tanto se intenta poner a la salud en manos del estado donde se asumiría como una inversión pública, en el cual el servicio de ésta fuera administrado por el estado (Hernández, 2000).

Como menciona Hernández (2000) el modelo de salud en Colombia al encontrarse bajo lógicas de mercado, produce desigualdad y discriminación hacia el beneficiario, además de esto se establecen diversos tipos de afiliación al sistema determinado por el factor económico, la salud para las personas que tienen un alto ingreso económico, pueden estar afiliados a (medicina prepagada), salud para los trabajadores régimen contributivo, salud para las personas de bajos ingresos (régimen subsidiado). Todo esto tiene una finalidad

quienes más tienen oportunidades económicas son favorecidos a diferencia de los que menos tienen.

Antes de la reforma que se llevó a cabo en el año de 1993 y partiendo de la historia de la salud en Colombia en el año de 1975, hasta la ley 100 de 1993, algunos comienzan con la creación del Sistema Nacional de Salud, estructurado para su operación en los niveles nacional, departamental y municipal e integrado funcionalmente por los subsectores público, privado y de la seguridad social, proceso que además incluyó una reorganización del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS).

A mediados de la década de los años 70 el país inicia el camino de descentralización territorial, buscando fortalecer las democracias locales al permitir darles mayor autonomía, incluyendo la elección popular de alcaldes y la descentralización en el sistema de salud que fue complementado con la expedición de la ley 10 de 1990, dicha ley promulgó la delimitación de las competencias y responsabilidades a nivel nacional y territorial de la nación, los departamentos y municipios en cuanto al manejo de salud, norma que fue inválida al no asignar a los entes territoriales, los recursos necesarios para el cumplimiento de sus nuevas obligaciones, significando esto invalidez en su aplicación ya que más de 15 de los mil municipios del país se descentralizaron en salud. Luego de haber promulgado dicha ley fue dada a conocer la ley 60 que consta de: la precisión en los recursos que debían ser asignados a los territorios, para que pudieran asumir las responsabilidades en el sistema de salud conferidas por la ley 10 de 1990. (Hernández; 2000)

Por otro lado redes públicas como centros y hospitales eran articulados en la atención y prevención de enfermedades obteniendo más adelante el nombre de Sistema Nacional de salud (SNS). En 1980 empieza el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, dando cuenta en los diversos sectores de estos se fundamentaba en un ideal de mercado donde se ofertaba la salud. Se evidencia entonces que SNS sirvió únicamente para legalizar y legitimar la equidad que existía en cuanto a la asistencia sanitaria, acto que se

evidenciaba en el sector privado de la salud y en la parte pública (Hernández, 2000).

En 1991 en medio de las posiciones de la carta Magna parafraseando a Hernández, (2000) la salud queda enunciada como un servicio público y no como un derecho. Era establecido como derecho a poblaciones con vulnerabilidad como los ancianos, los niños y en algunos casos se tenía en cuenta también a la mujer; como menciona el autor la constitución de 1991 logra dar posibilidades para que la salud sea vista como un derecho.

“Donde se encuentra el derecho a la vida, directamente relacionado con casos desatendidos de urgencia con inminencia de muerte. El derecho al bienestar, expresado en términos de contar con las mejores condiciones para la realización de la vida de los ciudadanos, en casos de franco daño ambiental por residuos industriales o mal manejo sanitario” (p.128).

Seguido a esto en 1993 se instaura el Sistema General de Seguridad Social en Salud, este modelo se basa en un régimen subsidiado que se ajusta con la autonomía territorial e institucional y también con los principios de “descentralización”; donde el nuevo régimen de seguros sociales, Instituto de Seguros Sociales (ISS), se convertirá en Entidades Promotoras de la salud (EPS), articulando junto con las demás cajas de compensación, sistemas familiares un sistema unificado y descentralizado del sistema de salud Colombiano. Una de las características fundamentales de este esquema de seguridad Social que se encuentra bajo el principio de descentralización es la libre elección que los usuarios hacen de las diferentes Instituciones prestadoras de Servicio (EPS) y de los profesionales de Salud que se acomodan a sus necesidades (Christopher, 1996).

Así mismo es plasmado en la Ley 1122 de 2007 en el capítulo V donde se habla de la Prestación de Servicios de Salud en el Artículo 25 ítem D que:

“Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como

porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado” (Ley 1122, 2007)

Apoyada esta idea en el Parágrafo 1 de esta misma ley 1122 de 2007 menciona que el usuario al que le sean vulnerados sus derechos a la libre escogencia de IPS, ya sea por promesas de mejores servicios podrá cambiarse de aseguradora sin importar el tiempo de afiliación o permanencia que la persona tenga.

Teniendo presente la reforma neoliberal que se le ha hecho a la salud establecida bajo principios económicos en busca del beneficio del sector privado, pretendiendo regular la calidad de los bienes y servicios médicos, con el fin de aumentar la satisfacción de las personas, se encontró que el banco Mundial de la salud, considera que esta reforma no es la más adecuada para mostrar esta realidad (Ugalde y Homedes 2005); evidencia de ello es la situación presentada con los hospitales de “beneficencia” o asistencia privada que se fueron a la quiebra y decidieron vender; como sucedió en el caso de la Fundación San Juan de Dios, dueña de los Hospitales San Juan de Dios y Materno infantil de Bogotá.

Es así como el sistema de salud Colombiano evidenciado en la literatura, se convierte en si mismo en una barrea de acceso para los usuarios con menor capacidad de pago por los servicios de salud Abadía y Goretty menciona un concepto que da cuenta de esto, denominado itinerarios burocráticos Abadía y Goretty (2009) el cual puede que contribuya a entender un poco más la concepción de la salud desde un sistema mercantilizado capitalista neoliberal. Y menciona al respecto:

“la máxima expresión de legitimación de los intereses de capitales extranjeros en el país y las compañías que representan estos intereses, principalmente aseguradoras norteamericanas, que exportaron sus modelos de atención en salud gerenciada”, (Stocker cols., 1999 como se citó en Abadía, y Goretty, 2009; p.2)

La ley 100 de 1993, cambió el sistema de salud Colombiano, por un nuevo sistema basado en el aseguramiento, haciendo de esta manera que se

modificará el sistema bajo supuestos criterios de corrupción, ineficacia e inequidad en las redes públicas de salud, pasando de un modelo de subsidios a la oferta (transferencia directa de recursos a los hospitales públicos) a los subsidios a la demanda, donde los gobiernos locales compran seguros para las personas de bajos recursos económicos, a las compañías de seguros que compiten en el mercado (Gaviria, Medina y Mejía, 2006; Plaza, Barona, y Hearst, 2001 como se citó en Abadía, y Goretty, 2009).

En este panorama además, se debe adoptar un modelo denominado “pluralismo estructurado” en la prestación de servicios. Este es un gran experimento de competencia gerenciada que se dio en nuestro país, esta estructura depende de la regulación estatal del mercado de las nuevas compañías de aseguramiento en el sistema de salud, (Empresas Promotoras de Salud, EPS), instituciones prestadoras del servicio (clínicas privadas que se convirtieron en Instituciones Prestadoras del servicio, IPS y los hospitales públicos que se transforman en empresas, Empresas Sociales del Estado, ESE) y los consumidores que podrían ejercer su poder eligiendo el mejor servicio entre diferentes opciones. (Londoño y Frenk, 1997; Plaza, Barona, y Hearst, 2001 como se citó en Abadía, y Goretty, 2009).

Con el cambio del sistema vienen algunas modificaciones en la forma para clasificar a las personas en éste, con motivo de financiación del mismo que acarrea a las personas los siguientes cambios, como está definido en la resolución 5261 de 1994 como se citó en Abadía, y Goretty (2009), existen ahora unos nuevos niveles de atención de acuerdo a la figura de prima ajustada seguidamente esto genera una estratificación de las personas en el sistema con razón a su capacidad de pago, por un lado están quienes tienen capacidad de pago y deben comprar una póliza (régimen contributivo) obligatoria donde invierten el 11 % de su salario, esto establece “un paquete de servicios” que incluye tres niveles de atención, “los cuales gozan estas personas”, estos son I básico, II intermedio y III complejo, y conforman el llamado POS-C, Plan Obligatorio de Salud-contributivo, sumado a ello se deben transferir el 1.5% de sus ingresos los cuales van a un fondo, que paga o ayuda a pagar el régimen

subsidiado junto con otros dineros que el estado invierte. El régimen subsidiado es el que dentro de esta ley cobija a quienes no tienen capacidad de pago de una póliza de seguro privada, estas personas dentro del régimen subsidiado recibe los beneficios básicos (nivel I) y algunos de los niveles II Y III del contributivo Resolución 306 de 2005 (como se citó en Abadía, y Goretty, 2009), a esto se le llama Plan Obligatorio de Salud subsidiado, POS-S.

En este sentido, la idea de universalidad de este sistema llevaría a pensar que estas diferencias no permanecerían en el tiempo, se conoce que esto (la diferenciación de los dos sistemas subsidiado y contributivo) ha llevado a unas desigualdades históricas en la salud, teniendo a la clase social como factor de exclusión. Hernández 2002 (como se citó en Abadía, y Goretty, 2009), esta misma estructura de sistema conlleva aún más desigualdades y además de ello desigualdades paradójicas, por ejemplo en la figura de vinculados, quienes están en el limbo dentro del mismo sistema, ya que no hacen parte ni del contributivo, ni del subsidiado, y menos de la medicina pre-pagada, debido a que por un lado no pueden pagar una póliza de seguro privado y por otra el régimen subsidiado los rechaza argumentando “falta de capacidad instalada para atender a estas personas”, estas personas son atendidas en los hospitales públicos a través de unos fondos que les asignan la secretaria de salud, pero aunque se encuentren en esta situación todos los usuarios del sistema ya sean contributivo o subsidiado, deben pagar una cantidad fija de dinero por razón de cada una de las consultas, examen o fórmula médica, un porcentaje del servicio particular o evento que necesiten, y este monto se fija de acuerdo a la capacidad de pago y tipo de afiliación que tengan en el sistema.

En este contexto desde la reforma hasta la actualidad, se plantean discusiones profundas acerca de si ésta benefició o no a la sociedad Colombiana, al respecto hay posiciones encontradas, por un lado quienes impulsaron la reforma alegan que el cubrimiento en salud aumento de 13.4% en 1993 a 82,7% en 2005, y otorgándole un éxito a la misma (Abadía y Goretty, 2009; p 3), por otro lado quienes no están de acuerdo con tal éxito de la reforma, afirman que existen sesgos en las cifras oficiales y plantean que es

cuestionable el hecho de si tener seguro es equiparable a acceder a los servicios necesarios o a recibir atención de mejor calidad (Abadía y Goretty, 2009; p 3). En este sentido la discusión sigue a razón si la reforma mejoró o no, y si lo hizo que tanto benefició al sistema de salud en Colombia, más adelante se seguirá aportando argumentos a favor y en contra de la misma.

La ley 100 de 1993 condujo a la implantación de un sistema de seguridad social que debe darse en términos universales, permitiendo así extender el acceso de la población al servicio de salud, fundamentados en la disponibilidad de recursos humanos suficientes para garantizar el poder y hacer uso del servicio

La reforma de la salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, que brinda aseguramiento a la población pobre del país. (Ley 100 de 1993).

Por otro lado en la coyuntura más reciente en Colombia de ocho años para acá, se han venido dado una serie de reformas de carácter legislativo, y la legislación en materia de salud no ha sido la excepción, con esto se pretende resaltar la reciente crisis que se presentó en el país a raíz de la declaración de los decretos de emergencia social, donde el gobierno colombiano, consideraba basado en las facultades que le otorga al presidente de la república la constitución nacional en el artículo 215 de la misma, acorde con la ley 137 de 1994, y el decreto 4975 de 2009, que el sistema de salud en Colombia estaba en una profunda crisis financiera, y que era necesario establecer la emergencia social para salvaguardar los “servicios” de salud de los colombianos, al respecto, los decretos menciona en su primera hoja que se decreta:

“...el crecimiento de abrupto, y acelerado de la demandas de servicios y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud

comprometen de manera significativa los recursos destinados al aseguramiento, generando un grave deterioro de la liquidez de numerosas entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud y de sostenibilidad del sistema general de seguridad social en salud”, (Ministerio de la Protección Social, 2009; Hoja No. 2)

El anterior es apenas un aparte de los ocho párrafos que anteceden a los decretos, donde el gobierno justifica su posición al declarar la emergencia social, con base a unos argumentos que son cuestionables desde luego, además de ellos algunos de los decretos que se plantean en este texto y que a nuestro juicio afecta gravemente las condiciones del acceso a los derechos en salud de los Colombianos son los siguientes:

“Artículo 1, capítulo 1 del decreto 128 de 2010: ÁMBITO DE APLICACIÓN, el presente decreto define y regula los principios, mecanismos, condiciones, instituciones y recursos, destinados a la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, en adelante Prestaciones Excepcionales en Salud”. (Ministerio de Protección Social, 2010; p. 2)

Es decir que establece como excepcionales todas aquellas prestaciones de “servicio” fuera del POS-C, donde se empiezan a limitar las condiciones del derecho a la salud aún más, además siendo ilógicos con su idea inicial de los párrafos introductorios al decreto, dado que al final “dice le goce efectivo del derecho a la salud y a la vida...” y definen a la salud como un “servicio”, por tanto los investigadores del presente trabajo se cuestionan al respecto preguntándose ¿cómo puede ser un “servicio” un derecho?; y siguen:

“Artículo 2, capítulo 1, decreto 128 del 2010: DEFINICIÓN: Se Denominan prestaciones excepcionales en salud aquellas atenciones que exceden las incluidas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, que requieran de manera extraordinaria las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado, las cuales serán ordenadas por el médico tratante y autorizadas por el Comité Técnico de Prestaciones Excepcionales en Salud, de conformidad con los principios y reglas

establecidas en el presente decreto”. (Ministerio de Protección Social, 2010; p. 2)

En este sentido establece el Ministerio de Protección Social unas condiciones bajo las cuales se deben prestar esos “servicios” excepcionales determinando unos criterios que restringen el acceso a la salud, sumado a ello en uno de los apartes del artículo 3, establece unos principios en los cuales se prestaran esos “servicios” excepcionales, y menciona en el numeral 7 de dichos principios: “es la condición según la cual los recursos públicos disponibles y destinados a la cofinanciación de las prestaciones excepcionales en salud son finitos y, por lo tanto, hasta esa cuantía se puede responder anualmente por las prestaciones excepcionales de salud, y por ello deben ser priorizadas” (Ministerio de Protección Social, 2010; p. 2). Lo cual no quiere decir más que estas deben estar sujetas a que se establezca un presupuesto anual, que además debe ser “priorizado”, lo cual establece de nuevo un interés presupuestal por encima de los derechos de salud de los Colombianos, dado que si esos recursos no son suficientes, llegará un momento en el año en que no habrá dinero para costearlo y entonces las personas que requieran el acceso a una de dichas situaciones excepcionales en el sistema de salud, estaría condenada a la precarización de su enfermedad y tal vez a algo mas grave.

Sumado a estos podríamos citar los 21 artículos que comprenden el decreto 128 del 2010, y que en igual medida van en detrimento de la salud de los Colombianos, tanto los vinculados al sistema como los pacientes y los mismos médicos quienes veían en su ejercicio profesional restricciones serias, esta posición las respaldan artículos de los diarios más leídos del país, para citar uno de ellos, el periódico el Tiempo en su página web el día 02 de febrero del 2010 titula: “La federación de Personeros pide revocar decretos de la emergencia social” y dicen algunos apartes del artículo:

“la Federación advierte que aunque el Decreto 128 del 2010 señala la creación del Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (FONPRES), para confinar a quienes no tengan suficiente capacidad de pago, los recursos son finitos”, además agregan, “la medidas recientemente expedidas en el marco del Estado de Emergencia Social son totalmente

inconvenientes puesto que obligan a los usuarios a pagar de su bolsillo los servicios que no estén incluidos en el POS, poniendo en riesgo su vida si no cuentan con los recursos para hacerlo” (El Tiempo,2010, párrafo 1)

Como es evidente este es un precedente que sientan algunos sectores de la sociedad, quiénes no están de acuerdo desde ningún punto de vista de la puesta en marcha de dicho decreto, donde evidencian la afectación sobre las personas que acceden al sistema de salud ya que los restringe.

Todo lo anterior implica una clara responsabilidad del gobierno colombiano en el detrimento de la calidad de vida, y la violación del servicio a la salud, mediante los decretos de la emergencia social, e insta a sentar una voz de protesta y a derogar estas leyes, que dejarían una marca imborrable en la salud y en la vida de los colombianos.

Finalmente el Diario Portafolio en su versión impresa del día 23 de febrero de 2010, titula: La dictadura fiscal en los problemas de la salud, escrito por Oscar Rodríguez Salazar, en uno de sus párrafos evidencia la vulnerabilidad en el ejercicio de la profesión médica frente al panorama de los decretos y lo subrayan así:

“La declaratoria de la emergencia social ha suscitado malestar en diversas capas de la población , por cuanto la aplicación de los decretos se traduce en recortes al acceso del sistema de salud; el incremento del gasto de bolsillo, en un sistema que hace énfasis solo en los procedimientos de primer nivel, y en limitaciones al ejercicio de la práctica médica, al sancionar con multas entre 10 y 50 salarios mínimos legales vigentes (SMLV) al profesional de la salud que sin justificación se aparte de los estándares adaptados en su respectiva profesión y que además afecte las finanzas del sistema” (Rodríguez, 2010)

Al respecto se tendría que decir muy poco, en términos adaratorios del contexto de Colombia en el momento en que se declaró estado de emergencia social, es claro que esto afecta la práctica médica, limitándola y coartándola con la imposición de multas si los profesionales de la salud no cumplen con unos “estándares” de su labor, pero que son establecidos por la estructura del sistema, también buscaban instaurar una serie de reformas a la luz de una

supuesta emergencia social que terminaban estableciendo unas condiciones aun más precarias para la atención de la salud en el contexto nacional de nuestro país.

Marco Contextual

Al abordar los antecedentes que marcaron el sistema de salud en Colombia, desde lo propuesto por la CEPAL (1997), se pueden ver reflejados grandes cambios al sistema desde años antes de la modificación total del mismo debido a la puesta en marcha de la ley 100 y las subsiguientes reformas que se le han hecho, muestra de ello ocurrió desde 1975, por aquel entonces se crea el sistema nacional de salud, el cual funcionaba tanto a nivel de todas las divisiones administrativas del país, en donde se integraba varios sectores como son el privado, público y la seguridad social.

Este proceso de cambios vertiginosos indujo la re-estructuración del antiguo instituto colombiano de seguros sociales (I.C.S.S.), proceso que se lleva a cabo desde 1977 hasta 1980, donde se cambiaría la razón social del antiguo I.C.S.S. por el nuevo Instituto de seguros sociales (I.S.S) por medio de los decretos 1650, 1651, 1652 y 1653 de 1997. Las nuevas condiciones de funcionamiento del I.S.S. sería como lo menciona (CEPAL 1997):

“Descentralización administrativa, reorganización interna a nivel Nacional, Seccional y Local; nueva planta de personal; los funcionarios se diferenciarían en empleados públicos, funcionarios de seguridad social y trabajadores oficiales; nuevo régimen laboral, se adoptaría la carrera administrativa del funcionario de la Seguridad Social; modificación en los sistemas de atención en salud y prestaciones económicas; reorganización financiera: se estableció la separación de los riesgos económicos y de salud” (p.10)

Con respecto a ello, el funcionamiento del sistema de salud, antes de las leyes 60 y 100 de 1993, operaba por un subsistema de seguridad social representado en los trabajadores del sector formal de la economía, quienes eran atendidos por el I.S.S. y las cajas de previsión públicas, existía un segmento de la población a los que no se le prestaban servicios en el subsistema anterior, por tanto estas personas eran atendidas por una red de

hospitales públicos, algo así como otro subsistema dentro del sistema macro (CEPAL 1997).

Por otro lado en el año 2011 se encuentran unas características especiales que han llevado a las personas que tienen que hacer uso del sistema de salud a movilizarse muchas veces por el reclamo de sus derechos, un ejemplo claro de esto es lo que hacen entidades como salud al derecho, quienes velan por los derechos en salud de los Colombianos, pretendiendo así empoderar a las personas para que sean artífices de los cambios en la atención de sus casos particulares. En este sentido, la entidad salud al derecho lleva a cabo procesos de capacitación en varias localidades, lo que se busca con estas es informar a las personas excluidas social y culturalmente para que se empoderen con respecto a las cuestiones propias a sus derechos en salud, además participen en la construcción de políticas públicas desde sus propias comunidades, sumado a ello estos talleres ofrecen conceptos claros junto con ejemplos sencillos acerca de las temáticas concernientes a la salud en el marco de esta como un derecho, haciendo énfasis en las problemáticas del sistema de salud, en la defensa individual o colectiva de su derecho a la salud.

Es así como muchos individuos también pertenecientes a salud al derecho, han realizado algunas campañas para movilizarse y exigir sus derechos en salud, vinculándose al Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social en Colombia (MNSSC), movimiento al cual tuvimos acceso a través de salud al derecho, (MNSSC) esta es una organización nacional compuesta por 259 organizaciones sociales y comunitarias, cuentan en su mayoría con trabajadores de la salud, asociaciones de clínicas y hospitales, indígenas del Cauca, organizaciones de mujeres, estudiantes de educación superior y contratistas de entidades públicas, dicha información fue recopilada por las personas que desarrollaron este trabajo, quienes asistieron al evento realizado en el mes de noviembre de 2009 entre los días 12, 13 y 14 en la ciudad de Bogotá, en el centro comunitario Simón Bolívar asistieron 660 personas integrantes de las 259 organizaciones sociales y comunitarias, provenientes de todas las regiones del país participaron en el III congreso

nacional por la salud y la seguridad social, dentro algunas de ellas se encontraban: central unitaria de trabajadores-CUT-, asociación nacional de trabajadores de hospitales, clínicas y consultorios de Colombia-ANTHOC-, asociación nacional de enfermeras de Colombia -ANEC-, coalición de movimientos sociales-COMOSOC-confederación de pensionados de Colombia-CPC-, consejo regional indígena del Cauca-CRIC-, movilización nacional de cristianos por la paz, grupo Guillermo Fergusson -GGF-, entre otras.

Los frutos de este evento en el que se logró evidenciar por parte de los participantes de diferentes regiones del país, “las malformaciones del sistema, cierre de hospitales públicos, precios astronómicos de los medicamentos, paseo de la muerte para agonizantes, miles de afiliados al sistema subsidiado, con atención paupérrima pero pródigos en votos” (memorias III Congreso nacional por la salud y la seguridad social, realizado en Bogotá del 12 al 14 de Noviembre de 2009). Estas personas y organizaciones sociales se unieron con el fin de afrontar críticamente la situación actual del sistema de salud y seguridad social.

Además se buscó debatir sobre los lineamientos generales de un nuevo modelo de salud y seguridad social, luego de ello se realizó una tribuna pública de las denuncias sobre vulneración al derecho a la salud y la seguridad social, con la presentación de diversos casos y una marcha en las calles de la ciudad de Bogotá, hubo invitados internacionales, como es el caso de representantes del movimiento mundial de los pueblos, que tiene como objetivo *“articular la dinámica nacional en un proceso continental por el derecho a la salud”*.

Este evento reafirmó la necesidad de que en Colombia se genere unidad, se articulen discusiones y discernimientos entorno al tema de la salud y seguridad social mediante una perspectiva de movimientos y organizaciones sociales, desde la mirada de quienes trabajan en el sector y usuarios del sistema de seguridad social y de salud.

Lo cual evidencia los esfuerzos de algunas organizaciones sociales en el país que se movilizan desde la puesta en marcha de la ley 100 en nuestro país con el fin de la revocatoria de la misma ley, la legitimación y reconocimiento del

derecho a la salud, pero que aún así no conforman el grueso de la población colombiana que tras las elecciones presidenciales, congresionales, de concejales, gobernadores, entre otros de los últimos 20 años, han legitimado una y otra vez los intereses de las fuerzas políticas tradicionales en el país.

Durante el periodo presidencial de Álvaro Uribe Vélez (2002-2010) se presentó una situación difícil en el sistema, ya que dicho presidente declaró estado de emergencia social en salud en el territorio nacional, mediante el decreto 4975 de 2009 el cual expone que:

“el propósito de conjurar la grave crisis que afecta la viabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sector salud en general que amenaza con la parálisis en la prestación de los servicios de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de todos los habitantes” (Decreto 128 de 2010;p.1).

La puesta en marcha de la ley 100 de 1993, y en relación a las continuas modificaciones de la misma, con un fin aun no claro, frente al argumento constante de la iliquidez del sistema de seguridad social en salud, se ha generado esta coyuntura política y social relacionada con la crisis de la salud, al respecto se quiere mostrar aquí algunas de las opiniones de los periodistas y otros sectores del país. Así escribieron en el espectador uno de los diarios más reconocidos en la ciudad de Bogotá el día 16 de febrero del 2010, textualmente dice en el artículo titulado: “culpan a Uribe de quiebra del sistema de salud”:

“Antes de hablar directamente de las dificultades de los decretos expedidos por el Gobierno al amparo de la emergencia social, los liberales analizan por qué se llegó a la “enfermedad de la salud”, suma argumentos en el mismo artículo: “la senadora Cecilia López culpó al presidente Álvaro Uribe de la actual coyuntura que sufre la salud y acusó al mandatario del quiebre del sistema”, según la senadora “el jefe de Estado sabía que el pilar fundamental del esquema del régimen subsidiado creado desde la promulgación de la ley 100 era efectivo siempre y cuando el régimen contributivo creciera, pero este

debe estar anclado al crecimiento del empleo formal y recordó que cada día el desempleo va creciendo”

Es así como se relaciona a la crisis del sistema con la instauración de la ley 100 y los problemas estructurales de esta en relación con la situación de empleo del país, teniendo en cuenta a este como factores macro dentro del funcionamiento del país. Además *“el presidente entra en el 2002, en este momento se dispara el régimen subsidiado y ya en 2004 supera a las del régimen contributivo, explica Cecilia López”*, haciendo énfasis una vez más en la relación entre la puesta en marcha del gobierno de Uribe y el mal funcionamiento del sistema.

Seguido a esto se publicó en la revista gerencia y políticas de salud (2001) en el mes de noviembre por Hernández y Román (2001), evidencian que el sistema de seguridad social en salud presenta la crisis más grave en toda la historia debido a sus fracasos y poca cobertura en el cubrimiento de la población:

“El sistema colombiano de seguridad social en salud presenta hoy la más grave crisis de toda su historia. Corrupción generalizada, desorganización administrativa, competencia desleal entre sus actores, fuerte intervención de algunas agencias del gobierno en favor el sector privado y en detrimento del sector público, cierre generalizado de hospitales, huelgas continuas de los trabajadores de la salud, rechazo de la racionalidad administrativa y económica del sistema por importantes sectores de practicantes de la medicina y de otros profesionales de la salud” (p.49).

La situación presentada en el mes de mayo del año 2011, a propósito de los escándalos de la corrupción en el Fondo de Solidaridad y Garantía adjunta al ministerio de Protección Social y la intervención a varias Eps en el país dentro de ellas la más grande de todas SaludCoop y sus múltiples filiales, donde se desfalcaron miles de millones de pesos al sistema de seguridad social en salud, ratifica la postura de Hernández y Román (2001), mencionada con anterioridad, con hechos concretos, al respecto de esta situación ha habido gran polémica mediática, que se ha traslapado a diversos sectores del país, una

muestra de esta realidad se ejemplifica en distintas publicaciones importantes en el país:

En la edición virtual del periódico el tiempo el 2 de mayo de 2011 en el artículo titulado “policía halló nuevas evidencias en el caso de corrupción en la salud” se relata la gravedad del desangre a las finanzas del sistema de salud, menciona que un grupo especial de la policía judicial de Colombia incauto material probatorio de la investigación, los allanamientos dejan 5 capturados, entre ellos un alto funcionario del ministerio de protección social y un funcionario de una importante Eps del país, sumado a ello evidencia que existen muchas personas involucradas en este desfalco, una mafia completa encargada de coordinar en las oficinas del segundo piso de la sede del ministerio de protección social, donde funciona el fosalga . Con relación a lo establecido en el artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del decreto 1283 del 23 de julio de 1996, se determina que el fosalga es una cuenta adscrita al ministerio de protección social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión de la salud, Ministerio de la Protección Social (2011).

Esta situación ha sido evidenciada en todas las operaciones en donde se efectuaban los recobros de los servicios y medicamentos por fuera del POS, por parte de las Eps, muchos de estos recobros hacían parte de medicamentos que debían ser entregados a personas con enfermedades terminales y que nunca llegaron, esto evidencia una vez más que la forma inadecuada en la que funciona el sistema, lleva a que se precarice la vida de las personas que están vinculadas a las Eps, y un agravante de esta situación hace parte de vivir con una enfermedad terminal, lo cual se convierte en un criterio para que la calidad de vida de estas personas empeore cada vez más.

Sumado a esto , se puede mencionar, la coyuntura reciente del escándalo en el fosalga, por el robo de cifras astronómicas de los dineros destinados a la salud de quienes pertenecen al sistema de salud, se conoce la intervención de Saludcoop la más grande de las Empresas Promotoras de salud, debido a como dice el artículo “*la caída de Saludcoop*” del diario el espectador en su

versión online del 12 de mayo de 2011, donde se menciona la intervención de la Eps, por parte de la superintendencia de salud, debido a irregularidades en la finanzas de la aseguradora y la supuesta iliquidez que pone en tela de juicio la atención en salud de los casi cuatro millones de usuarios de la misma, esto lo demuestra el artículo:

“La razón: en una reciente inspección a la Eps entre el 14 y el 18 de marzo se encontraron “situaciones administrativas y financieras (...) que ponen en riesgo la estabilidad de la aseguradora y la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud a 3’978.822 afiliados”

Seguido a esto , menciona el artículo que la Eps ha sido investigada en repetidas ocasiones, debido a irregularidades en sus procesos, un ejemplo de ello es la investigación llevada a cabo por la Superintendencia de salud un año atrás, donde la empresa de salud fue obligada a devolver \$627.000 millones de pesos, a razón de la utilización de estos dineros que giraba el fosalgo por conceptos de atenciones en salud que presto la entidad, para inversiones en la compra de propiedades y activos, decisión que luego se revoco por parte de la misma Supersalud (Superintendencia de salud), la segunda ocasión que tuvo la vinculación a un escándalo se sucedió debido al denuncia del senador Jorge Robledo en el mes de marzo del presente año (2011) :

“denunció que las tres Eps Cafesalud, Saludcoop, y Cruz Blanca le estaban generando mayores costos al Gobierno por cuenta de la sobrefacturación de medicamentos. El senador Robledo citaba un estudio de la Universidad Nacional según el cual estas tres Eps estaban generando un sobre costo al Gobierno de \$825.760 millones en medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)”

Como es común en estos casos en la jurisprudencia en nuestro país hasta el momento no ha pasado nada, debido a los repetidos escándalos y vinculación de esta Eps en varios procesos administrativos, adicionalmente perdura su figura de Cooperativa de salud, a pesar de tener cerca del 30% de la población general afiliada al sistema de seguridad social en salud y tener

control directa sobre 26 clínicas, cooperativas, laboratorios y empresas de salud, y según lo cual sobrepasaría lo permitido por la ley menciona el artículo.

Toda esta situación de escándalos recurrentes, de los robos de cantidades millonarias por parte de funcionarios corruptos tanto de ejecutivos como de las Eps contrastan con lo que pretende en teoría el establecimiento de la ley 100 que buscando el beneficio para los usuarios, donde se diera una cobertura universal, y el mejoramiento en cuanto calidad de la atención en salud, junto con las demás obligaciones que el Estado tiene con el pueblo colombiano.

De esta manera se encuentra evidencia en la literatura científica la crisis y el fracaso del actual sistema de salud, esto con relación a políticas que profundizan las desigualdades y problemas de acceso (De Groote, De Paepe, y Unger, 2005; De Vos, De Ceukeraire, y Van der Stuyft, 2006; Homedes y Ugalde, 2005b. Citado en Abadía y Goretty, 2009, p.5.).

La reforma que se le realizó al sector de la salud se estableció bajo los principios de universalidad, equidad, eficiencia, integridad y participación; pero esto no se llevo acabo por las siguientes causas:

“la transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda, de tal forma que las "nuevas empresas públicas de la salud" deberán subsistir exclusivamente con el producto de la venta de servicios. El recorte o el incumplimiento de las obligaciones económicas del gobierno para con el régimen subsidiado de salud, con la consecuente disminución de la cobertura y la inadecuada calidad de los servicios” (OPS, 2001).

Marco conceptual

Se considera como eje principal la conceptualización de la precarización de la vida para el presente trabajo, por tanto es oportuno mencionar a una escritora Estadounidense que puede aportar desde el punto de vista teórico a esta perspectiva, hablamos de Judith Butler y la vida precaria, permitiendo ciertas analogías próximas a la realidad abordada en este trabajo, Butler (2006) se refiere en especial a dos conceptos relevantes para el análisis de esta investigación; por una parte hace alusión a la soberanía parafraseando a Foucault “la legitimación del estado de derecho y la garantía para representar el poder estatal” y el segundo término es la gobernabilidad el cual establece Butler como alternativa surgida a partir del descrédito del primer concepto, definiendo este como “un modo de poder relacionado con el mantenimiento y el control de cuerpos e individuos, con la producción y regulación de individuos y poblaciones y con la circulación de cosas en tanto mantienen y limitan la vida de la población”.

De esta manera evidencia la autora que la gobernabilidad es una forma característica de poder en nuestra modernidad, determinante esto para representar el caso Colombiano de la Salud a merced de estas formas modernas de gobierno de las que habla Butler, donde por una parte el estado hace uso del poder legislativo y su prerrogativa de establecer, o mejor de utilizar la ley como una táctica que responda a unas necesidades propias de otros sectores que representan ese poder de gobernabilidad, representados en las aseguradoras y empresas prestadoras de la salud y que estas a su vez utilizan sus privilegios de poder mediante estrategias burocráticas legitimadas por la ley, en donde éstas hacen que se establezca un control sobre las personas que deben acceder al sistema de salud y además un control de los productos que consumen y las formas de atención médica a las que acceden dentro de los parámetros establecidos ya por la ley, establecen una serie de trabas burocráticas, un ejemplo tangible de ello sucedió con la puesta en marcha de la ley 100 de 1993, la cual le otorga a las aseguradoras privadas el manejo del sistema de salud Colombiano.

Además de ello la Sociedad Internacional por la equidad en salud citado en (Abadia, cols 2008) afirma que:

“Hay indicios de una profunda crisis en la salud pública del país y en el derecho a la salud, que se evidencia en el cierre de varios hospitales públicos, en la pauperización de los trabajadores de la salud. Esta flexibilización laboral y su pérdida de autonomía, el aumento constante de las acciones legales para garantizar el derecho a la salud, la aparición y crecimiento de *los paseos de la muerte* son fenómenos sociales que simbolizan la ausencia total de garantías al derecho a la vida por las fallas del sistema de salud”.

Los paseos de la muerte hace parte de una situación que se presenta en el sistema de salud colombiano, donde a las personas no se les atiende por no cumplir con los pagos del seguro médico, o por tener inconsistencias en el sistema, varias afiliaciones, o algún tipo de barrera de acceso y se le lleva de una Institución Prestadora de salud a otra hasta causar la muerte por la demora en la atención a la persona.

Aunque Butler (2006) hace referencia a la soberanía al parecer como una forma digna de ejercicio del poder mediante la legitimación de estado de derecho y la garantía de los derechos para representar el poder estatal, menciona más adelante que esta forma de poder no necesariamente excluye a la gobernabilidad y que de hecho al interior de esta última, surgen nuevas formas de soberanía que terminan legitimando ese poder de control, limitante de la vida y de ejerció burocrático como rector de los destinos de las personas y más aún de los destinos en aspectos fundamentales de las existencia de las personas como lo son la salud y la vida misma.

En este sentido es de vital importancia para nuestros propósitos investigativos explicar e interpretar como funcionan estos dispositivos de poder representado en la gobernabilidad y la soberanía, entendido este poder para Foucault como una concepción jurídica y liberal del poder político:

“El poder es un derecho que uno posee como un bien y que puede transferir o enajenar de manera total o parcial mediante un acto jurídico. El poder es el que todo individuo posee y que puede ceder total o

parcialmente para constituir un poder o soberanía política” (Ávila F, 2007; p. 2)

Una característica fundamental que rescata Butler (2006), de la gobernabilidad como dispositivo de poder es que esta es una forma no legítima que se ejerce como se ha mencionado antes por medio de “instituciones y discursos estatales y no estatales, los cuales no están legitimados ni por elecciones directas ni por una autoridad establecida”.

Seguido a esto, las prácticas establecidas por quienes hacen uso del poder de gobernabilidad, en los términos de Butler, poseen una serie de tácticas difusas, las cuales no provienen de una única fuente, no tienen sentido, y están diseñadas con el propósito de “producir y reproducir sujetos, sus prácticas, sus creencias”, todo ello con relación a unos fines políticos específicos.

Todo este tema está relacionado con los mecanismos de poder propuestos por Michael Foucault quién afirma que existen dos esferas, la ciencia y la cultura, las cuales permiten la consolidación del poder Foucault (2006), se puede decir que:

“Los individuos a medida que se relacionan van entrecruzando poderes, donde este debe ser analizado como algo que circula, o más bien como algo que no funciona sino en cadena. No está nunca localizado aquí o allí, no está nunca en las manos de algunos, no es un atributo como la riqueza o un bien. En otros términos, transita transversalmente, no está quieto en los individuos”.

Seguidamente es importante mencionar en esta investigación el concepto de la Nuda Vida, (Quintana, 2006; p. 46) define a la Nuda vida como “una vida que se encuentra entre el umbral de lo humano y lo no humano, incluida solo por exclusión”, es decir, exceptuada de la existencia política. La Nuda Vida es, pues, aquello que, al no poder ser incluido de ninguna manera, “se incluye en la forma de la excepción”, para contextualizar un poco al lector quien le resulte desconocido el postulado del trabajo desarrollado por Agamben, es preciso reconocer que para él, existen unas categorías de pensamiento en occidente relacionadas con un concepto que retoma de Michel Foucault el Biopoder,

entendido como el movimiento por medio del cual el Estado hace de la vida, y en particular el cuerpo y sus funciones, su principal objeto de preocupación, de administración y de adiestramiento (Bacarlett, 2010; p. 31).

Estas categorías son las concepciones de *Bíos* y *Zoé*, siendo la primera de ellas: la vida políticamente cualificada y la segunda una mera vida natural, la cual como dice el mismo autor “debe ser excluida del ámbito público y relegada al espacio invisible de lo privado”. Para Agamben, esta forma de pensamiento se ha dado desde la época griega hasta nuestros días, esto nos permite evidenciar que las concepciones antes citadas no surgen de un vacío histórico, por el contrario demuestra que tienen un origen y se mantienen hasta la época actual, esta idea la reafirma Bacarlett, (2010; p. 32):

“Quizás una de la mayores diferencias entre Foucault y Agamben, en relación a la Biopolítica, es que mientras para el primero es un fenómeno ligado a la emergencia del poder moderno como el hecho de” hacer vivir y dejar morir; para Agamben la política occidental ha sido la Biopolítica desde sus inicios; es decir, es en la toma de la vida por el poder político donde encontramos desde siempre la fuente de la soberanía, en el mundo occidental, desde la Grecia Clásica hasta nuestros días”

Mientras esas categorías (*Bíos* y *Zoé*) de pensamiento relacionadas con el concepto del Biopoder y la Biopolítica sigan vigentes en el pensamiento Occidental, siempre se estará en peligro de caer en nuevas formas de exterminio como lo sucedido en la época Nazi con los campos de concentración; es esta una herramienta pertinente para ejemplificar la concepción propia de Agamben acerca de la forma de ver el estado de excepción, para Agamben

“los estados de excepción tienen su modelo en la dictadura de la antigua Roma, una forma jurídica que permitía al senado, con participación de los cónsules y, en algunos casos, de los tribunos de la plebe, es decir, por acuerdo de todos los poderes del estado declarar una emergencia y nombrar, por un plazo de seis meses, a un dictador con plenas facultades para enfrentarla” (Heiss, 2005 p. 1)

Concepto ligado de manera importante a la concepción de Nuda Vida estudiada por el autor, y a su vez relacionado con la forma en que el mismo escritor interpreta lo sucedido en la época nazi, en el contexto alemán, donde ocurrió dicho estado de excepción representado en la privación de la libertad del pueblo judío residente en Alemania, donde se restringían sus derechos políticos. Por tanto esta situación nos hace preguntarnos como investigadores, ¿Fue esta una forma radical de Nuda Vida en la historia?; esta pregunta es pertinente para establecer un trasfondo histórico de un fenómeno que ocurre hoy en países como Colombia; en el estado de excepción ocurre una división entre lo legalmente establecido, facultado por poderes Estatales institucionalmente constituidos y una forma legal no común a un pueblo; o más bien en los términos de (Agamben, 1998; 212):

“Tales campos no nacen del derecho ordinario (y todavía menos, en contra de lo que pudiera creerse, de una transformación y un desarrollo del derecho penitenciario), sino del estado de excepción y de la ley marcial”

De esta manera, es relevante ejemplificar las funciones extrajudiciales otorgadas al Estado como un mecanismo que le permite generar estados de excepción que son heredados institucionalmente, con el argumento de resguardar los estamentos “democráticamente” establecidos; Colombia es considerado como un estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y en la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. (Constitución Política de Colombia, 1991, artículo 1). Seguido a esto se puede decir que en ocasiones se encuentra que la acción de un grupo determinado, frente a la de uno institucionalmente establecido puede poner en juego sus intereses, utilizando dichos mecanismos extralegales no consensuados, por lo menos en lo que respecta a un convenio común de los representantes legales del pueblo y que tiene un curso en los entes que legislan en un Estado; es así como podemos hacer alusión a ciertas situaciones de excepción surgidas a lo largo de nuestra

investigación y que evidencia estas formas de acción por parte de los entes estatales facultados para hacer uso de su poder y delimitar la acción del pueblo, en el momento en que se ven en peligro sus intereses, y que se han plasmado en el marco contextual de este trabajo.

Agamben plantea la concepción de Biopoder que tiene relación directa con la Biopolítica, dicha correspondencia se da desde la misma concepción de Biopoder, entendido como una forma de administración del propio cuerpo por parte del Estado, y más específicamente por el interés que despierta en éste la vida, las funciones de ese cuerpo al que adiestra, es allí donde se encuentra una estrecha vinculación con la Biopolítica, como menciona (Bacarlett, 2010. p.31):

“sea en la fábrica, dentro de la escuela, en la propia prisión, el cuerpo se convierte en un espacio de disciplina y optimización de fuerza. Frente a este poder más individualizado, dirigido al cuerpo individual, la Biopolítica se dirige a la población como un todo sobre el cual trata de gestionarse los procesos biológicos: muertes, nacimientos, enfermedades”.

Esta idea es reafirmada por la autora diciendo “aunque ambas formas de ejercicio del poder se dirigen a procesos distintos, uno a nivel del cuerpo-individuo y otro a nivel del cuerpo-especie, sin duda ambos son gestos hermanos que comparten este nuevo interés por la vida”

Al parecer estas formas de poder han estado presentes desde siempre en la política de occidente y se incluyen en el modelo de poder soberano actual, en este sentido afirma Quintana (2006):

“en contraste con Foucault, Agamben piensa que la “biopolítica” no es una forma de poder que empieza a imponerse en el mundo moderno junto al paradigma de la soberanía, si no que es el horizonte desde el cual se ha comprendido desde siempre la política occidental, y como tal está presente y, de manera ejemplar, en el modelo soberano de poder”

En este sentido para Agamben existe una concepción centrada en la *Nuda Vida*, la cual es incluida por exclusión en la vida política, de esta manera la política occidental se trata desde el principio de una Biopolítica, entendida como una política moderna en el desarrollo más extremo de esa idea de *Nuda Vida*,

esto se evidencia en el hecho mencionado por (Quintana 2006), donde explica la radicalidad de la posición que toma Agamben en *Homo Sacer I*, y advierte que para poder entender esta tesis se hace necesario también entender la oposición existente entre “Bíos – Zoé”, y para ello se vale de la diferenciación que hacen los griegos en la época antigua de la concepción de la vida, y al respecto dice:

Según la cual la mera vida natural (la *Zoé*) debe ser excluida del ámbito público y relegada al espacio invisible de lo privado, al terreno del *oïkos* (*Casa, intimidad del hogar*). Pues con ello se supone, justamente, que hay una mera vida natural separable y distinta de la vida cualificada, de la existencia política. Se trata de la oposición entre “el simple hecho de vivir (*tozén*)” y la “vida políticamente cualificada” (*tòeûzên*), (Política, 1252, 30 citado en Quintana, 2006. Pág. 45).

Según Agamben, plantea la “exclusión inclusiva”, la *exceptio* de la *Zoé* en la polis, y desde la cual la política se concibe como el lugar en el que “vivir debe transformarse en vivir bien” (Quintana, 2006. p. 46)”. Es decir que para Agamben existe una radical diferenciación en la política actual, frente a lo que significa, vivir una vida natural desprovista de valoración política, y una vida cualificada políticamente, con derechos y con formas de participación en las cuestiones propias de las sociedades del presente, teniendo como ámbito del ejercicio o no de esos derechos en la ciudad.

Es allí donde Agamben empieza a diferenciarse de Foucault, para el segundo existe una preocupación más cerca a la ética y al cuidado de sí, como menciona (Bacarlett, 2010 p. 32)

“la crítica a las sociedades disciplinarias y liberales y el interés por los fenómenos vitales llevaron a Foucault a preguntarse por otras formas de subjetivación distintas aquellas que los esquemas modernos de poder han impuesto sobre los individuos”.

Con relación a todo lo anterior, y a través de esta concepción política en la que “vivir debe transformarse en vivir bien” se puede llegar a entender en que medida la *Zoé*, el simple hecho de vida natural, se incluye por exclusión en la polis, en este sentido lo político no se concibe como exclusión absoluta del

mero vivir sino como el lugar en el que el mero vivir debe convertirse en bien vivir, Quintana, (2006), es así como el lugar en el que el hombre, definido “como animal viviente y, además capaz de existencia política”, debe traspasar el umbral que lo hace un mero viviente para induirse en lo que lo distingue y lo hace hombre: la vida política.

En este sentido la autora (2006) ratifica una vez más la idea de que dentro de esta política la concepción de humanidad, al determinar la pertenencia a la comunidad, está sujeta a la exclusión de todo aquello que no entra en los parámetros de esa idea, que está representado en la Nuda Vida, lo cual es nuevamente una “vida que se encuentra entre el umbral de lo humano y lo no humano, incluida solo por exclusión, (Quintana, (2006).

Es importante dar a conocer la relación existente entre exclusión e inclusión dentro de la temática de la Nudificación de la Vida y los Mecanismos de poder; evidenciado en acciones relacionadas con el poder, entendido éste como: ser capaz, tener fuerza para algo, ser potente para lograr el dominio o posesión de un objeto físico, (Ávila,2007; p. 2) , teniendo en cuenta que el sujeto se encuentra en espacios de interacción donde cada acto que realiza está representado por un significado, en que la gran mayoría de las veces se está buscando ejercer la acción de mecanismos de poder, por tanto es importante distinguir el poder que se ejerce sobre las cosas, permitiendo este, relacionar a los sujetos a través de elementos particulares como: signos, símbolos, lenguaje, siendo el poder regulado por quién lo tiene o por diversos sistemas que lo regulan.

En palabras de Schmitt (1984) como se citó en Marcos (2004) considera “que lo político está estrechamente vinculado al Estado, y que éste debe constituir el poder supremo, además afirma que cada Estado es una unidad política, teniendo como criterios de determinación de esa unidad la exclusión y la inclusión, evidenciado en la pertenencia y no pertenencia de un pueblo, donde la exclusión es planteada en el ámbito de la democracia, por tanto el fenómeno político solo tiene sentido dentro de la lógica de conflicto, donde esta es entendida como la posibilidad que tiene el pueblo para constituirse como

unidad, capaz de identificar al enemigo; esto se puede entender en los postulados propuestos por Hobbes citado por Marcos (2004 p. 52) quien plantea que “la supremacía y superioridad de poder del Estado, al cual deben subordinarse todas las demás asociaciones o grupos políticos y sociales. Este carácter absoluto de la soberanía se sustenta en que el Estado representa como un todo las voluntades que prestaron su asentimiento a su constitución”

Respecto a lo anterior Foucault plantea una diferencia tangencial en cuanto a la concepción de soberanía en el siglo XIX, donde quienes poseen el poder soberano utilizan estrategias para acabar con la vida de las personas que no compartían sus intereses, y dejar vivir a quienes si lo hacían, “*Hacer morir y dejar vivir*”. Luego vendría una nueva perspectiva del derecho de soberanía modificado del anterior de forma inversa donde los poseedores de ese poder le dan la posibilidad de vivir a todos aquellos que benefician a sus intereses, dejar morir por omisión a quienes no contribuyan a sus propósitos “*hacer vivir y dejar morir*”

El derecho de soberanía es, entonces, el de hacer morir o dejar vivir, luego se instala el nuevo derecho: el de hacer vivir y dejar morir”. Foucault (2000, Pág. 218)

Es importante resaltar que Foucault (1998) ha intentado develar el discurso de derecho desde la edad media y la modernidad como instrumento de dominación afirmando que: “el sistema de derecho, el campo judicial, son los trámites permanentes de relaciones de dominación de técnicas de sometimiento polimorfos. El derecho visto no desde el lado de la legitimidad que se instaura, sino desde los procedimientos de sometimiento que pone en marcha (Foucault, 1996 p.30).

Además el concepto de soberanía propuesto por Foucault, existe un concepto denominado biopolítica en relación con dicha noción propuesto por Giorgio Agamben, definido para el primero como un fenómeno ligado a la emergencia del poder moderno, y para el segundo como, la política occidental ha sido biopolítica desde sus inicios: es decir es en la toma de la vida por el

poder político donde encontramos desde siempre la fuente de la soberanía en el mundo occidental. (Bacarllett, 2010; p. 32):

Por tanto Agamben establece una relación entre vida y soberanía, estos términos para el autor son indisociables afirmando que: “solo hay soberanía ahí donde la vida puede ser a la vez “excluida e incluida “en el Estado; Por tanto se podría decir de hecho que la producción de un cuerpo biopolítico es el acto originario del poder soberano. (Agamben, 1998)

Según Foucault el poder no le pertenece a nadie ni es propio de tal o cual instancia. El poder no es local pero puede ser localizado en la emergencia concreta de formas de gobierno y apartados disciplinarios (González, 2008; p. 46)

En otro sentido establecemos nuestro análisis en el marco político desde el poder legislativo el cual ideó y puso en marcha la ley 100 de 1993 y las reformas subsecuentes hasta el año 2011, teniendo como base la Constitución de 1991. Al respecto la influencia de la ideología Capitalista Neoliberal que se implanta en el país con la llegada de la apertura económica impulsada por el Gobierno de 1990 a 1994, durante el período presidencial de César Gaviria Trujillo. (Abadía, Cortés, Fino, García, Goretty, Pinilla, Valdés, 2008). Con el fin de entender mejor el funcionamiento del sistema en sí mismo, Abadía y Goretty generan un constructo teórico que nos va a permitir comprenderlo, este el llamado por ellos como Itinerarios burocráticos: “son un constructo teórico y metodológico que vincula las experiencias personales de enfermedad con la estructura del sistema y que podría ser una herramienta importante para entender, evaluar y comparar el funcionamiento de diferentes sistemas de salud” (2009, p.1), mencionando al respecto lo que contribuyó este concepto para su propio estudio “nos permitió concluir que la atención gerenciada en Colombia ha creado burocracias complejas que retrasan y limitan la atención por medio de mecanismos de contención de costos, lo cual ha dado como resultado consecuencias deletéreas para la vida de las personas”(2009,p.1), concepto que contribuyó en gran medida a la explicación del funcionamiento del

sistema a partir de la perspectiva de las personas que desarrollaron este trabajo.

Estos autores permiten dar argumentos para sustentar esta posición, la cual no se pretende atribuir enteramente al sistema capitalista como tal, sino a las condiciones particulares en la que se ha desarrollado éste dentro de la perspectiva neoliberal en el país, es así, como proponen los autores, que las raíces de este sistema se dan en la caída en los ochentas del bloque socialista europeo y de la puesta en marcha del nuevo modelo neoliberal, (Abadía cols, 2008), en este orden de ideas, el autor, le atribuye al modelo neoliberal en salud de Colombia, unas nuevas formas de entender la lógica del sistema, donde este pasa a ser parte de la idea de acumulación de capital que permea a muchos sectores desde la propuestas neoliberal y dentro de los sectores al que nos atañe el presente análisis; de esta manera este modelo establece influencias puntuales en el país, desde entes que manejan la economía mundial, tal es el caso de las alianzas que establecen las organizaciones que trabajan sobre el nuevo mercado de la salud, con instituciones como el Banco mundial, quien establece “como los Estados deben invertir en salud, esto plasmado en su informe de 1993” (Abadía cols 2008).

En relación al análisis detenido del informe del BM (Banco Mundial) en el año 1993, que hacen Fernández, Pereira y Torres (1995, pág. 387), haciendo alusión a las políticas de funcionamiento de los sistemas de Salud a nivel mundial, *“En algunos países una parte de la población no tiene acceso a seguros médicos privados, debido a que no puede financiar las primas o por tener un alto riesgo de enfermarse”*; Esto puede ser comparable con lo que sucede en Colombia desde la reforma de 1993, aun siendo ilegal, a cerca de las denominadas preexistencias (el Artículo 164 ley 100 de 1993), los cuales son indicadores acerca de ciertas enfermedades que tienen en cuenta las Administradoras de Salud, para no permitir el acceso de los usuarios, dado que podrían generar sobrecostos a sus finanzas, lo cual se evidencia en el análisis de resultados del presente trabajo, en el discurso de un funcionario de una aseguradora en la ciudad de Bogotá (remitirse análisis de resultados p. 62).

Seguidamente Fernández, Pereira y Torres (1995, pág. 387) mencionan que entendiendo la visión gerencial y administrativa que tienen para aquel entonces los sistemas de salud latinoamericanos y que persisten hasta hoy es reafirmada en su informe, se deben según el documento de BM, reducir costos, por ejemplo implementando medidas que dejan mucho que desear desde los ordenes éticos, como implementar listas de medicamentos (ver aparte de análisis de resultados; p 61) que ellos (BM) llaman esenciales, los cuales son productos menos costosos con los que se pretendería tratar los problemas de salud más importantes de la población, lo cual sucedió en Colombia con la ley 100.

Otros autores reafirman las ideas críticas de Fernández, Pereira y Torres con respecto al cuestionado informe y llegan a puntos de vista comunes, con los postulados de Adadía, cols (2008). Ugalde y Jackson (1995), se cuestionan sobre los intereses que tendría una institución BM al invertir fuertes cantidades de dinero en el sector salud de los países en vías de desarrollo, al respecto aseguran que el BM se ha convertido en la principal fuente de préstamos y ayudas al sector de la salud, superando a otras organizaciones como el Fondo de naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y La OMS (Organización Mundial de la salud) (Ugalde y Jackson, 1995).

Haciendo referencia al incremento de esta financiación viene acompañado de documentos que hacen alusión a la posición que tiene el BM frente al sector de la salud, en este sentido Ugalde y Jackson (1995) se preguntan examinando críticamente el informe de BM en 1993, *¿es la consecución de la salud pública compatible con los demás intereses del Banco, incluyendo la búsqueda de utilidades?, ¿se podría decir que el control que los países industrializados tienen del Banco Mundial obstaculiza, como sostienen sus críticos, el mejoramiento de la salud de los pobres?, ¿son las decisiones del BM típicas de una burocracia rígida, condenada a fracasar, tal como sus críticos, tanto conservadores como progresistas sugieren?*. Con base a estos cuestionamientos comienzan su análisis, el cual menciona en algunos de sus apartes “el modelo de modernización promovido por el BM ha tenido

consecuencias devastadoras tanto para el medio ambiente como para la salud humana (Weir y Shapiro, 1981; Borrini, 1985 citado en Ugalde y Jackson, 1995) y continúan aplicando los propios principio del BM, podemos decir que en la medida en que la salud de la población empeora, es decir, en alguna medida el BM es responsable del empeoramiento de la salud de los pobres.

Consecuentemente con lo anterior, se preguntan los autores dadas las características de este Banco, “¿por qué el BM toma ahora la responsabilidad, sin que nadie se lo pida, de definir políticas de la salud para todo el mundo?, y reafirman su idea preguntándose como una posible respuesta a este interrogante Ugalde y Jackson (1995.p. 50) mencionan de manera directa su razón:

Establecen la necesidad del BM de intervenir en la políticas de salud de los países en los que sus financiamientos se realizan, dado un vacío en estos lugares de otras entidades financieras que así lo hagan y lo cual le da la potestad al banco de definir dichas políticas y que este a su vez pueda exigir a los Gobiernos el cumplimiento de la misma

Para finalizar la reseña que hacen Ugalde y Jackson (1995) acerca del informe desarrollado por el BM en 1993, se puede mencionar lo que los autores consideran es el principal objetivo de este documento, en sus palabras es promover en el sector de la salud la propia ideología de desarrollo que tiene este ente financiero, sumado a ello mencionan que pretenden restar importancia de la intervención de los gobiernos en la salud pública de cada uno de los países en los que tiene dineros invertidos y hacia los cuales va dirigido el informe; colocando la mayor parte de la responsabilidad de la salud en los individuos, dando menor importancia a la responsabilidad que tienen las empresas en la producción de la enfermedad, afirman los autores , a través del deterioro del medio ambiente o de los accidentes de trabajo, apoyando a industrias como la Farmacéutica y Agropecuaria, las cuales obtienen el mayor provecho de los países del tercer mundo.

En este sentido, se puede decir que a partir del vuelco de las aseguradoras estadounidenses hacia Latinoamérica y el Caribe dada la saturación de su mercado local y sumado esto a la oportunidad que veían

estas organizaciones en los países de América Latina y con el aliciente del pago de la deuda externa, disminuyó costos del Estado y aumentó los aportes de las personas (recuperación de costos), donde se estratifica a las personas según su capacidad de pago (Abadía, Cols, 2008); Parafraseando a (Hernández, 2002; citado en Abadía, cols, 2008; pág.178): Es evidente la influencia que tuvo el poder legislativo sobre la puesta en marcha y diseño de la propuesta legislativa que legaliza el nuevo sistema de salud, basado en la acumulación de capital.

Método

Diseño

Tipo De Estudio

Dentro de la presente investigación se hizo uso de la metodología cualitativa, basada en la teoría fundada que pretende explicar un fenómeno e interpretarlo, donde la teoría emerge de los datos (Glaser y Strauss, 1967) citado en Cuñat, R. 2007, que no cumple con unos parámetros probabilísticos sino que permite establecer una relación con el fenómeno estudiado, apoyado en una estrategia de recolección de información como la entrevista semiestructurada, siendo este el sustrato de la metodología, que tiene como ventaja el uso uniforme de una guía de entrevista que aumenta la capacidad de los datos para la comparación y que su estructuración se incrementa como resultado de las preguntas incluidas en la guía, por tanto esta metodología es la más indicada para el desarrollo del presente trabajo ya que las entrevistas tienen como objetivo la recogida de datos de afirmaciones concretas sobre una cuestión. (Flick, U, 2007).

Teoría Fundada

Es una metodología que tiene por objeto la identificación de procesos sociales básicos (PSBs) como punto central de la teoría. A través de esta metodología podemos descubrir aquellos aspectos que son relevantes de una determinada área de estudio (Strauss y Corbin, 1990).

Strauss y Corbin (1990) citado en Cuñat, 2007: "Aseguran que el aspecto cualitativo de esta metodología favorece el desarrollo de respuestas a fenómenos sociales respecto a lo que está ocurriendo y por qué". En nuestra investigación ha sido importante trabajar desde esta teoría como menciona Glaser (1992) citado en Cuñat, 2007) : "ya que es útil para investigaciones en campos que conciernen a temas relacionados con la conducta humana dentro de diferentes organizaciones, grupos y otras configuraciones sociales"; permitiéndonos así esta teoría construir conceptos , hipótesis y proposiciones , partiendo directamente de los datos y no de los supuestos a priori de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes (Cuñat , R ,2007)

En estos términos el proceso de investigación inicia cuando los investigadores tienen un interés, a partir de éste, quienes realizan el proceso investigativo deben construir la teoría desde la base. Glaser (1978 citando en Cuñat, 2007, p.3), menciona que los datos se pueden extraer desde fuentes directas como la entrevista y el cuestionario e indirectas como la experiencia percibida por el autor.

Esta herramienta nos permite generar conocimientos de manera inductiva a partir de datos cualitativos y por consiguiente si se hace en los términos adecuados permite establecer una relación con la realidad del fenómeno estudiado. (Cuñat, R 2007). Es pertinente la utilización de esta metodología en la presente investigación ya que considera la perspectiva de caso más que de variable, donde existe similitud en los casos con muchas variables pero a su vez encontrados distintas respuestas, que luego son comparados para poder ubicar la clave de las diferencias, de igual manera analiza los casos en los que las respuestas son las mismas para interpretar las características que tienen en común, sumado a ello utiliza el método comparativo constante, el cual le permite al investigador simultáneamente codificar y analizar datos para generar conceptos, comparando constantemente como dice (Cuñat.R,2007) “los incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica las propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente”.

Con relación a lo anterior se dice que desde esta propuesta metodológica el objetivo es el descubrimiento de una teoría explicativa comprensiva acerca de un fenómeno en particular (Cuñat, 2007, pág.2-3). Las técnicas y procedimientos analíticos utilizados en la teoría Fundamenta permiten a los investigadores generar una teoría sustantiva, la cual es significativa y además compatible con el fenómeno observado, sumado a ello es generalizable, reproducible y rigurosa.

Al respecto menciona Cuñat, (2007). Algunas características de esta estrategia metodológica, la teoría Fundamentada es deductiva e inductiva. 1) Inductivamente, la teoría surge desde las observaciones y genera datos; 2) a

partir de la inducción permite la explicación exacta del fenómeno estudiado, más que su generalización; 3) su poder explicativo está en la posibilidad de explicar un suceso.

Participantes

Se trabajó con un grupo de tres personas quienes compartían las características de haber instaurado una acción legal debido a la negación del derecho a la salud; diagnosticados con enfermedades que al ser tratadas de manera inadecuada por parte del sistema van en detrimento de la calidad de vida. Los sujetos de investigación fueron seleccionados de manera intencional ya que estas personas tienen una condición particular, padecer de una enfermedad considerada dentro del sistema de salud de alto costo.

El primer participante para efectos de esta investigación lo denominaremos actor 1, de sexo masculino, está casado, tiene 4 hijos, el sustento de la familia proviene del trabajo informal realizado por esta persona, los fines de semana en un lugar de la ciudad de Bogotá, Colombia denominado “mercado de las pulgas”. El actor 2 de la investigación, nos referiremos de esta manera para guardar su identidad, este actor representa a sus dos hijos dado que por sus patologías no pueden dar cuenta de sus procesos con el sistema, este actor en realidad se compone de los discursos de sus hijos y por quienes se impuso la acción legal, es una mujer de 39 años, desempleada, la cual tiene tres hijos el mayor de 19 años, y sus dos hijos menores el niño de 13 y la niña de 15 años, quienes padecen la enfermedad de parálisis cerebral severa, síndrome convulsivo en el caso del menor, y la hija mayor esta diagnosticada con parálisis cerebral, sus hijos se encuentran en el sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiarios de su padre, en el régimen contributivo, quien es la única persona del núcleo familiar que está vinculado a una empresa. Vive en unión libre con el padre de 42 años, el cual trabaja en una fábrica al sur de la ciudad, siendo el proveedor económico de la familia. Sus hijos menores ha padecido la enfermedad desde su nacimiento hasta el día de hoy, de

esfínteres, requieren siempre del cuidado de la madre para su alimentación, aseo, y protección, deben estar la mayor parte de su tiempo acostados en una cama común y corriente y/o en sillas rústicas que no cumplen las condiciones técnicas para ellos. Finalmente el actor 3, es un señor de 70 años esta casado hace ya más de 20 años y tiene 3 hijos, actualmente se encuentra incapacitado por las múltiples enfermedades que se han desarrollado a causa de la diabetes, perdió la visión en un ojo, sufre de la próstata y de los riñones; por el grado de incapacidad de este actor, es uno de sus hijos quien se hace cargo de los trámites jurídicos para que se le preste la atención requerida; estas personas han sido diagnosticadas con enfermedades que van en detrimento de la calidad de vida.

Instrumentos

Estrategias de recolección

Se utilizó como herramienta metodológica la entrevista semiestructurada (ver anexo 1); la cual se compone de las categorías de análisis conformadas por preguntas que permiten recolectar información relevante para cada una de las categorías que se definirán a continuación:

Judicial: consiste en indagar acerca de las acciones y el proceso legal que se llevo a cabo luego de interponer diversas demandas jurídicas por parte de los tres actores entrevistados, compuestas de cuatro preguntas

La precarización de la vida: es el detrimento de la vida en relación con la enfermedad a causas de acciones u omisiones en el proceso de atención en salud, esta se compone de tres preguntas

Nuda vida, *entendida como la característica de estar en una sociedad que marca la diferencia entre seres con derechos y seres sin derechos*, conformada por dos preguntas.

Encontrando además en el encuadre de la entrevista, 5 preguntas.

Procedimiento

Fases de la investigación

Fase 1. Se hizo una exploración previa a cerca del estado de arte de la temática de la salud en Colombia, frente a lo cual se encontraron muchos estudios que se ocupaban del tema desde distintas disciplinas, administración de empresas, el sector salud como enfermería, medicina, las ciencias sociales como la psicología, entre otras pero ninguno de estos desde la perspectiva de la concepción de precarización de la vida como parte de dicho proceso.

Fase 2. Posterior a esto se hizo un acercamiento con la entidad privada sin ánimo de lucro, Salud al Derecho, con el fin de definir nuestros sujetos de estudio y hacer una contextualización en el campo directamente sobre el tema que nos convoca, nos contactamos con las personas que estarían involucradas en el estudio, se les plantearon a estas mismas fines y objetivos del estudio y las razones por las cuales nos interesaba investigar sobre el tema, luego de ello se le pidió su opinión sobre su disponibilidad a trabajar con nosotros y construir una nueva propuesta frente a dicha temática a lo cual accedieron.

Fase 3. Luego de ello se conformo el grueso teórico y metodológico del trabajo de investigación, se plantearon las estrategias metodológicas, bosquejadas con anterioridad en el presente apartado, se realizaron entrevistas semiestructuradas con el fin de indagar sobre las narrativas de las personas vinculadas al sistema de salud en la ciudad de Bogotá, luego de ello se realizó una revisión de la literatura que pudiese ser útil para los planteamientos de la investigación y su temática principal los procesos de precarización bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema de salud distrital.

Finalmente se reunió toda la información fruto de la aplicación de las estrategias metodológicas mencionadas con anterioridad, se realizó la discusión de este material a la luz de la perspectiva crítica emergente y las concepciones de Nuda Vida, Dispositivos de Poder y Precarización de la enfermedad, todo ello con el fin de llegar a unas conclusiones sobre el tema y los planteamientos

del estudio que permitieron dar respuesta a la pregunta problema y cumplir los objetivos propuestos.

Resultados

Este proceso de investigación inicia con un interés por parte de quienes desarrollaron el trabajo, acerca de un tema en particular, en este caso la relación entre algunos aspectos teóricos ya mencionados en apartes anteriores y la situación actual del sistema de salud en la ciudad de Bogotá, capital de Colombia. Luego se establecieron una serie de acercamientos a las posibles fuentes de información después de identificados los actores de la investigación, quienes dieron sus opiniones por medio de relatos logrados a través de la realización de la entrevista semi-estructurada diseñada por los autores del presente trabajo.

Fruto de la utilización esta herramienta metodológica, se lograron varias entrevistas a los diferentes actores del trabajo investigativo. En este sentido con el paso de las etapas anteriores, se fueron identificando y depurando los conceptos por medio de la codificación abierta en las transcripciones de las entrevistas. Lo cual permitió establecer categorías por medio de los códigos sustantivos, y códigos “in vivo” emergentes de los datos.

A medida que estas categorías se hacían más importantes para los propósitos de la consolidación de la teoría, se fueron realizando nuevas entrevistas, esta vez relacionadas específicamente con las categorías emergentes de análisis, a lo cual Cuñat, (2007), denomina muestreo teórico, la primera fase de la integración teórica del proceso investigativo, permitiendo saturar los componentes de análisis mencionados, lo cual genera mayor solides a la teoría sustantiva desde el punto de vista de validez de los datos, frente a esto menciona Cuñat (2007, p.3), “la credibilidad final de la teoría generada depende menos del tamaño de la muestra que de la riqueza de la información recogida y las habilidades analíticas del investigador”.

En este orden de ideas, la teoría fundada permite como dice Cuñat (2007), recolectar los datos y analizarlos en el mismo tiempo, es así como desde las primeras entrevistas se pueden generar códigos, lo cual da la posibilidad de buscar información importante para investigar con base a ella, determinando el camino que tomarían las entrevistas posteriores, de acuerdo a la relevancia

dentro de la teoría emergente, este fue un proceso arduo, de gran esfuerzo intelectual, que permitía dar luces acerca de donde llegaría el análisis posterior, se generaron un gran número de cuestionamientos más que certezas, existía cada vez más dudas frente a cómo sucedía el fenómeno, y los procesos sociales al interior de éste.

Todo lo anterior permitió que el trabajo se fuera dirigiendo a los temas centrales dentro de la teoría emergente, lo cual llevo a establecer prioridades, a medida que los conceptos surgían se estructuraban las categorías de análisis, decidiendo eliminar algunas de ellas, relacionadas con conceptos que no aportaban mucho a la coherencia de la teoría, también esto llevo a la reformulación de la preguntas con la necesidad de encontrar el insumo necesario para responder a los cuestionamientos que surgían.

A medida que los incidentes dentro de las categorías y sub-categorías, se iban haciendo recurrentes y repetitivos, estas se saturaban, permitiendo enfocar a los investigadores en otros aspectos aun con “vacíos”, frente a la posibilidad de explicación de los datos, logrando así encontrar similitudes cada vez más frecuentes con relación a los datos.

Todo ello hasta lograr que los conceptos permitan la consolidación de la categorías descriptivas, lo cual admite ahora establecer una serie de relaciones entre dichas categorías, esto crea como en el caso presente el surgimiento en etapas avanzadas del proceso de sub-categorías de análisis que daban mayor grado de explicación a la teoría.

Con respecto a esto Cuñat (2007), alude “los códigos sustantivos surgen directamente a partir de los datos empíricos originales del campo de estudio; mientras que los códigos teóricos se generan a partir de la clasificación, ordenación, e integración de los memos en la teoría” (memos son opiniones de los investigadores que permiten analizar los datos, con relación a la forma que los mismos toman, en el desarrollo del proceso). Estos códigos dice Cuñat son más abstractos, que los sustantivos, ayudan a estructurar un marco teórico que le da mayor significado a los aspectos relevantes de los códigos sustantivos.

Por su parte existen códigos “in vivo”, referentes al lenguaje utilizado directamente por los actores de la investigación, lo cuales son relevantes porque, quienes los mencionan le dan un significado explícito, lo que genera un valor en su interpretación, haciéndolo mucho más importante.

Finalmente esto permitió la construcción de las ya mencionadas categorías centrales, un nivel más alto de codificación como lo menciona Cuñat (2007, p.7):

“A través del proceso de codificación y abstracción de los datos nos sumimos en un orden más alto o categorías centrales que el investigador tiene que justificar como la base de la teoría emergente. Tienen un significado teórico y deben estar respaldadas por los datos”

Al respecto alude Cuñat (2007, p.8), que sin embargo para que cumplan este carácter central, deben tener como requisito la característica de haberse saturado completamente. Es así como menciona el autor a través de los planteamientos de Glaser (1978), esta categoría central simboliza un patrón de conducta, dado que son el reflejo de lo que dicen los datos de investigación, asumiendo que deben saturarse con rapidez y deben poder explicarse con relación a la importancia que tienen frente a otras categorías.

Posteriormente se realiza una codificación axial de las categorías y sub-categorías, esto significa un proceso de relacionamientos entre los códigos representados en la unidades de análisis (categorías), estableciéndose como dice Cuñat (2007, p.7), más que una mirada de clase de relaciones, se enfatiza en las relaciones causales; por ejemplo código A causa el código B, el código A contradice el código B. En este proceso se dio una codificación selectiva, lo cual implica seleccionar una categoría para que sea la principal, y relacionarla a su vez con todas las demás que juegan un papel secundario, pero no menos relevante.

Al final se pueden encontrar dos tipos de teoría emergente, según dice Cuñat (2007, p.8), la teoría sustantiva y la teoría formal, en este aspecto el autor menciona:

“la teoría sustantiva da cuenta de las realidades humanas singulares, ya que se alimenta directamente de los datos procedentes de la investigación en curso, de una manera dinámica y abierta. Esta teoría un nexo estratégico en la formulación y generación de la teoría formal fundamentada.”

Por su parte aunque la teoría formal puede surgir directamente de los datos, el autor afirma que una de las formas más comunes de su origen es a partir de las categorías centrales emergentes, este proceso se realiza mediante la comparación de una categoría central con las categorías sustantivas secundarias, esto se hace acudiendo a la literatura, relacionada con las unidades de análisis centrales, de sus dimensiones o sus propiedades, Cuñat (2007, p.8), o de lo que el investigador recuerde de las experiencias o incidentes durante todo el proceso, para culminar con la redacción luego de las relaciones de las categorías en un texto que dé cuenta de la explicación del fenómeno con base en las relaciones establecidas necesarias para dar estructura a la teoría formal fundamentada.

Es así como surge en la investigación producto de todo este proceso, la matriz axial condicionada, esta es resultado del tratamiento dado a la información producto de las entrevistas realizadas, donde se codificaron los fragmentos de los párrafos, otorgándole a cada uno de ellos un significado por similitudes en los relatos de los tres actores de la investigación o por diferencias en los datos, en el transcurso de este mismo proceso se establecieron notas en memos, donde se plasmaban las dudas o aportes frente al camino que iba tomando el análisis, luego de esta codificación de la información y la resolución de los memos era necesario acudir a la literatura científica en el tema de la salud, para pulir las ideas de las temáticas principales y secundarias emergentes de los datos. En conjunción de las transcripciones de las entrevistas codificadas, sumado a una serie de categorías teóricas producto de la bibliografía en el tema y las propias concepciones de los autores de este trabajo, en los memos se fueron estructurando las ideas del funcionamiento de las categorías que surgieron.

Se establecieron categorías, sub-categorías, categoría principal. Elementos que pasaron a conformar una serie de relaciones de acuerdo a la manera en que iban tomando los datos en el desarrollo de la investigación, posterior a ello se concertó la validez o no para la generación de la teoría sustantiva de algunas de la categorías y sub-categorías, omitiendo algunas de ellas, que se consideraban no cumplían un objetivo claro dentro de las relaciones en las categorías y sub-categorías. También se tomaron los fragmentos con mayor relevancia como códigos en vivo, y se relacionaron con cada una de las categorías emergentes de análisis. Para finalmente plasmar todo lo anterior en una matriz con base a unas relaciones, que se consideraron pertinentes para generar la teoría fundada.

Luego de esto se procedió a realizar un análisis escrito de las relaciones establecidas dentro de la matriz axial condicionada, por medio de una serie de convenciones que hacen clara la interpretación de la misma.

Por último se llegó a la discusión frente a la información emergente en el análisis de los resultados, llevando a formular conclusiones precisas en el tema, información que se profundizará en los apartes de análisis de resultados, discusión y conclusiones en la parte final del presente escrito.

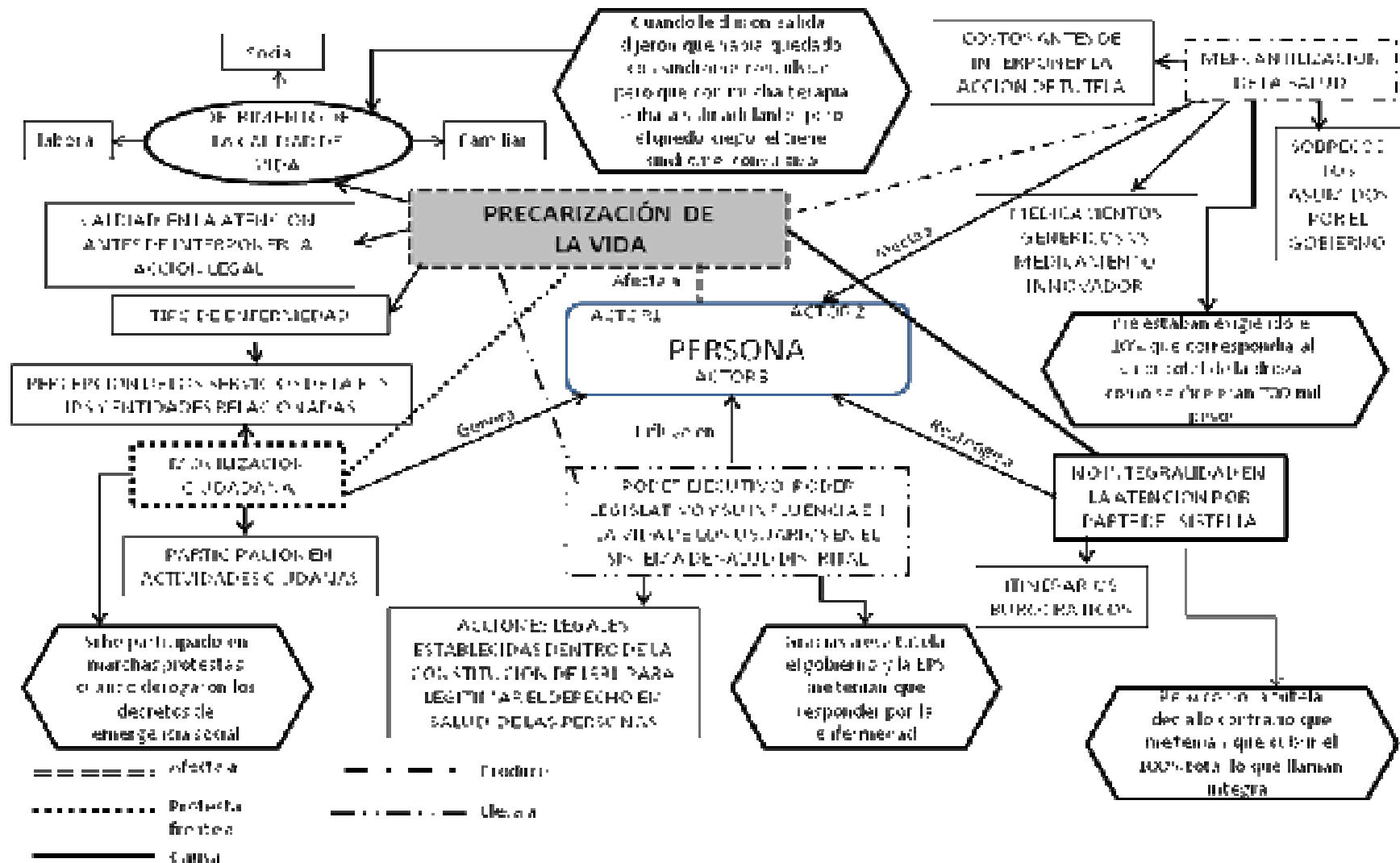


Figura 1. Matriz axial condicionada. Fuente: Elaboración de la autora.

Figura 1. Matriz axial condicionada

Análisis de Resultados

Teoría Fundada

El punto de partida de nuestro análisis acerca del funcionamiento del sistema de salud distrital comienza dentro de un contexto histórico que permite dar cuenta de la coyuntura en la que se encuentra actualmente el sistema de seguridad social, como mencionan Abadía y Goretty (2009, pág.2):

“siguiendo el mandato constitucional de 1991 que no otorgo a la salud el estatus de derecho humano fundamental, sino que lo definió como un servicio público, la ley 100 de 1993 cambió la manera como la atención en salud era concebida y practicada en Colombia al establecer el final del antiguo Sistema Nacional de Salud y el inicio del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual está basado en el aseguramiento”

Evidenciado esto en el artículo 49 del título II del capítulo II:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. (Constitución Política de Colombia, 1991).

Lo anterior contextualiza el inicio de esta etapa en la que cambió el Sistema de Salud en Colombia, como lo menciona Hemández (2002), históricamente en nuestro país, se han dado una serie de cambios a nivel legislativo, en lo referente a la seguridad social en salud, esto acarreó una serie de consecuencias para quienes estaban en el sistema de la época y los nuevos usuarios del mismo hasta la fecha, restricción en la atención en salud, por parte ahora de aseguradoras privadas que ofrecen paquetes de atención de acuerdo al monto de la póliza de seguro que compra la persona que se debe vincular de manera obligatoria a la seguridad social en salud.

Esto hace parte de la relación de dos categorías emergentes durante el proceso de análisis comparativo constante de los discursos de quienes participaron en esta investigación, por una parte se encuentra la categoría emergente de *poder ejecutivo, poder legislativo y su influencia en la vida de los usuarios en el sistema de salud distrital (1)*, entendida esta como el ejercicio del poder de los entes legislativos de Estado y el ejecutivo del mismo, en pro de intereses económicos de terceros que no pertenecen al Estado, ejercicio que termina precarizando la vida de las personas, dada su acción en contra de las

garantías del derecho a la salud, evidenciado esta situación en varios estudios y documentos legales de carácter constitucional, tales como Abadía y Goretty (2009) y sentencia T-760 de 2008, esta categoría estructura o permite establecer un aparato burocrático que hace del mismo sistema una barrera gigantesca de no acceso a la atención de las personas dentro del sistema, Abadía y Goretty (2009). Dadas unas condiciones históricas relacionadas con la legislación, la forma como se constituyen las leyes, para el beneficio del sector privado que ha invertido millones en el sector de la salud en Colombia, un ejemplo de ello, se demuestra en el marco contextual de la salud, la intervención de unas de las más grandes empresas administradoras en salud en términos de capital y de personas afiliadas a ella, Saludcoop, de acuerdo a una inviable liquidez, a pesar de tener capitales exagerados, con inversiones en el extranjero.

Dentro de la categoría del poder ejecutivo, poder legislativo y su influencia en la vida de las personas en el sistema distrital de salud(1), surge la subcategoría, que explican de manera específica el fenómeno, esta subcategoría emerge como *las acciones legales establecidas dentro de la constitución de 1991 para legitimar el derecho a la salud de la personas dentro del sistema(1.2)*, la cual representa una serie de acciones legales que permiten a los usuarios mostrar su descontento frente a la negación de procedimientos, medicamentos, aparatos que le permiten tener una calidad de vida digna, entre otras formas de atención; dado que en algunos casos ha permitido el reconocimiento de su derecho a la salud, por lo menos parcialmente ofreciendo más beneficios, los cuales no están contemplados dentro de la póliza de aseguramiento inicialmente, existiendo así una relación de esta subcategoría (1.2) con la categoría (1), como una forma de poder también que naturaliza la situación de las personas con respecto a su salud física, atención que no tenían antes de interponer la acción legal, pero que hace de su casos particulares algo privado, individual, como algo ajeno muchas veces a los padecimientos de otras personas.

Muestra de ello sucede al analizar los relatos del después del proceso jurídico de nuestros actores, cuando la tutela ha sido fallada a su favor, y le dan los beneficios que no tenían antes, como un medicamento más costoso:

Actor 3:

“Después de empezar el tratamiento ha cambiado mi vida para bien, porque después de que no podía caminar, que llegue en silla de ruedas, pues pude salir caminando, y con la inyección siento que ha mejorado mi organismo”

Esto lo reafirma el actor 1:

“No, no, conozco mucho solo sé que es un cáncer, la enfermedad se ha mantenido estable, debido a que la última droga que me recetaron, la no genérica, me ha servido mucho, me siento bien, antes de la enfermedad pesaba 75 kilos y cuando me la descubrieron baje a 66 kilos y la última vez que me pesaron pese 72 kilos, gracias a la acción del medicamento”

De esta manera la estructura legislativa de la seguridad social en salud, ocasiona un encapsulamiento donde se atrapa a las personas que hacen uso de esta, por una parte restringe los beneficios que le concedan y por otra le da la posibilidad de sentirse bien porque le dan un poco de bienestar, es una forma de control de sus cuerpos (Butler 2006; p. 81), de sus pensamientos, y de su bienestar psicológico.

Además de ello la puesta en marcha de la reforma de Administración en Salud, estructuró un sistema *no integral en cuanto a la atención*(2) que ofrecía, lo cual trajo consigo mayor desigualdad y mayor exclusión, Hernández, (2002); Abadía y Goretty,(2009). Emerge entonces la categoría de análisis denominada *No integralidad en la atención por parte del sistema*, la cual expresa todas las barreras a nivel administrativo que establece el sistema con el fin de reducir costos (Hernández 2002) y de restringir el acceso a servicios que son vitales para las personas que así lo requieran.

Dentro de esta categoría surge la subcategoría de *Itinerarios Burocráticos* (2.1), también a partir de la relación con el concepto teórico del trabajo de Cesar Abadía y Diana Oviedo Goretty en 2009, titulado de la misma forma. Entendiendo esta categoría como una serie de barreras que no permiten el acceso a diferentes formas de atención, tales como valoración médica dentro la

cita con el médico/a, citas con especialistas, controles o cambios de la institución prestadora del servicio, pruebas de laboratorio, el tratamiento requerido incluyendo medicamentos, cirugías, aparatos y equipos, (Abadía y Goretty 2009). En esta medida interpretamos luego del análisis comparativo constante de los discursos de las personas que participaron en la investigación, que el poder legislativo, poder ejecutivo influencia la vida de las personas en el sentido que estructura todo un sistema no integral por medio de la ley 100 de 1993 y las reformas correspondientes, además de la ley 60 del mismo año, ambas generan una sistema administrado por empresas privadas, con planes de aseguramientos que restringe el acceso de manera evidente el POS tanto del régimen contributivo y más aún en el régimen subsidiado como una muestra de ello, dado que tiene múltiples formas de no acceso como los mencionados con anterioridad, permitiendo esto establecer la relación desigual entre la estructura el sistema y la persona que esta en el mismo.

Esto lo evidencia los discursos de las personas en nuestra investigación, al respecto el actor 1 uno menciona:

“una de las encargadas de salud total me propuso que renunciara a la tutela, y lo que me proponía era la renuncia y que me seguían dando el medicamento, pero eso es negocio y estrategias de ellos para no brindar el servicio”

Demostrando la intención evidente de las aseguradoras de manipular a las personas siempre a su favor, esto mediado por la instrucción a sus funcionarios de realizar estas acciones. Con respecto a esto menciona el actor en cuanto a la no integralidad en la atención por parte del sistema:

“hace más de siete meses que no me la coloco y por eso mi Hijo Mario fue a poner una tutela y después empezaron como se dice vulgarmente a (tomarme de el pelo) que venga pasado mañana, que dentro de ocho días entonces ahorita tengo que pedir una cita para el Urólogo y ahí toca esperar lo que él diga a ver que hay que hacer, haber si me ponen las inyecciones”

Dando a conocer así que no se ofrecen los servicios que son importantes para que la calidad de vida de las personas sea óptima, lo cual es muy recurrente en el sistema actual, es así como Abadía y Goretty (2009) indican

que de enero de 2006 a diciembre de 2007 de las 458 personas que presentaron acciones legales en contra de las EPS, en Salud al derecho, el 45% de estas personas se les negó el tratamiento requerido y dentro de este el 21,4% incluyó la negación de medicamentos.

Es decir la No integralidad en la atención por parte del sistema genera una restricción en cuanto al acceso a muchas condiciones que comprenden una calidad de vida digna, esta y la categoría de poder legislativo, poder ejecutivo, y su influencia en la vida de las personas del sistema de salud distrital se relaciona por contraposición con la categoría de análisis *movilización ciudadana* (3) que emerge debido al malestar por parte de grupos sociales en Colombia con motivo de la crisis estructural del sistema, la calidad deficiente de la atención del mismo que afecta sus vidas en varias esferas, comprendemos esta categoría como movimientos sociales que se generan en la coyuntura de la crisis en el sistema, movilizaciones que pretenden generar espacios reflexivos y críticos con respecto al funcionamiento actual del sistema con el ánimo de lograr que se generen cambios al interior de la seguridad social en salud y la legitimación y reconocimiento de la salud como un derecho.

Como parte complementaria a esta categoría de análisis surgen dos sub-categorías denominadas participación en actividades ciudadanas y percepción de la atención de las entidades prestadoras de salud, e instituciones relacionadas, las cuales tienen mucho que ver con el tema de la movilización. En primera medida queremos rescatar el hecho que los actores se hayan vinculado a Salud al derecho debido a una necesidad de legitimar sus derechos en salud, donde parte de ese proceso consiste en la capacitación de las mismas personas en cuanto al funcionamiento del sistema, generando de esta manera una percepción totalmente diferente frente al mismo, entendiendo que ellos son los gestores de su propio cambio y de la modificación del sistema, un ejemplo de ello se evidencia en el discurso del actor 1:

“Si he participado en marchas, protestas, cuando derogaron los decretos de emergencia social, el ministro de protección social, entonces hubo unas marchas de protesta e inclusive de los mismo médicos, esos decretos perjudicaban a los mismos médicos, nosotros decidimos asistir a esas

marchas para pedir que derogaran los decretos que habían salido y si esas marchas *fueron efectivas*, se hicieron por la carrera 7, convocado por salud al derecho”

Al mencionar el actor 1 “que fueron efectivas”, resalta que lograron que la Corte Constitucional de Colombia derogara específicamente del decreto 128 del 2009, evidenciando una relación por empoderamiento que se contrapone a las categorías que generan no acceso a la atención eficiente para con las personas en el sistema (2) y la que se encarga de emitir leyes, reformas y decretos en beneficio de capitales privados en el sector de la salud (1), puesto que son fuerzas que lucha en el campo de la opinión pública y la movilización ciudadana para defender cada una sus intereses, afortunadamente en el caso del decreto 128, las fuerzas se equilibraron hacia las organizaciones sociales que representan el derecho a la salud, pero esto no sucede con frecuencia en Bogotá, se puede asegurar que tampoco en Colombia. Abadía y Goretty (2009).

De este modo a partir de nuestros análisis fruto de la metodología fundada y el insumo discursivo resultado de nuestra investigación encontramos que una categoría transversal a todas las anteriores, es la categoría de *la Mercantilización de la salud (4)* que emerge a raíz del cambio del sistema de seguridad social en salud en Colombia, el cual viene con la puesta en cumplimiento de la ley 100 de 1993, y así la entrada en vigencia de la misma, el sector de la salud se mercantiliza, ahora las multinacionales y organizaciones emergente locales en el sector, empiezan a tener una mayor participación del mercado Colombiano, ocasionado deficiencias en la atención en el sistema, que son resultado de la crisis actual.

Nos permiten entender mejor esta unidad de análisis, las sub-categorías emergentes de *sobrecostos antes de interponer la tutela*, la cual explica los montos económicos que deben asumir las personas, a precios de particulares, para poder acceder a muchas de las formas de atención de sus enfermedades, tales como citas con especialistas, médicos generales, aparatos necesarios para sus patologías, procedimientos quirúrgicos, entre otros tantos. Esta

subunidad de análisis se relaciona al llevar a la deficiente calidad en la atención y la vulneración del derecho a la salud y a la vida, con la subcategoría emergente de *medicamentos genéricos vs medicamento innovador*, la cual representa la diferencia en la eficacia en el tratamiento de la enfermedad en cuanto al medicamento producido originalmente por la firma farmacéutica que es dueña de su patente, y el medicamento genérico que vende la mayoría de los laboratorios.

Frente a la diferencia existente entre *medicamentos genéricos vs medicamento innovador* y en el panorama de la legislación colombiana existe una duda que cobija al hecho de si los medicamentos genéricos se producen bajo las normas adecuadas de calidad y eficiencia Vacca, Fitzgerald y Bermúdez (2006). Al respecto la misma ley genera incertidumbre soportada esta en el decreto 1938 de 1994: medicamentos esenciales definidos como “aquel que reúne las características de ser más efectivo en el tratamiento de la enfermedad” (artículo 23 del decreto 1938 de 1994 citado en Díaz, 2004), esto permitiría pensar entonces que existen medicamentos más efectivos que otros, y que si se suministraría otro tipo de fármacos no efectivo, o menos efectivo en el tratamiento de la enfermedad, esto podría llevar a consecuencias funestas para la salud de quienes padecen la enfermedad que requiera del mismo.

Teniendo presente algunos aspectos relacionados con la calidad de los medicamentos genéricos se puede decir que:

“la calidad del medicamento se refiere a todos los requisitos de fabricación que deben cumplirse para que el medicamento logre el efecto esperado, con el menor daño posible sobre quien lo consume. Los requisitos de calidad sobre los medicamentos se logran mediante el cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)” Universidad Nacional de Colombia (2010).

Por tanto nos queda duda si la ley colombiana define algunos medicamentos como más eficaces que otros, el hecho de que este control se haga tan rigurosamente como otros países en el mundo, incluso en Latinoamérica, países como México y Brasil tiene listados de medicamentos que se diferencian de los genéricos, conociendo las

personas en este sentido que es lo que están comprando y como puede ser más efectivo.

Al respecto el actor 1, hace alusión sobre la situación de su enfermedad antes de interponer la tutela:

“Al comienzo del tratamiento me recetaron un medicamento genérico y me estaba afectando y yo se lo mostré al médico que me está atendiendo en la actualidad y yo le dije mire doctor esto me lo dieron en el hospital Kennedy esta droga y el me dijo, no esto no sirve para nada”

Y reafirma su idea con una aseveración de su médico:

“y a mí me hicieron el traslado del hospital al instituto de cancerología entonces y el médico me dijo, no esto no sirve para nada que peligro”

En este sentido encontramos una relación entre las categorías de mercantilización de la salud, la cual genera no integralidad en la atención por parte del sistema, teniendo como consecuencia la medicación de fármacos no eficaces para el tratamiento de la enfermedad, es decir el tipo de medicamento es una consecuencia de inequidad presentada en el sistema. Además también encontramos la sub-categoría de *sobrecostos asumidos por el gobierno*, la cual representa las cantidades de dinero importantes que gira a las aseguradoras privadas, el Estado por intermedio del Fosyga, estos dineros representan por una parte la alianza evidente entre el sector privado, el legislativo por medio de la promulgación de los artículos de la ley 100 que obligan a entes del Estado a asumir los sobrecostos del sistema de salud dado que no hay un plan de atención que sea integral y económico.

Al respecto el relato del señor Pedro a quien llamaremos de esta manera para proteger su identidad, soporta la idea anterior, el cual es un funcionario de una EPS en la Ciudad de Bogotá, quién menciona al respecto:

“en la parte de salud, yo siempre he pensado esto es un negocio, si no fuera negocio lo hubiera asumido solamente el Estado”

Además menciona:

“realmente las EPS hoy en día ven es cifras, porque es que lo que hablamos esto es un negocio, las EPS no son fundación sin ánimo de lucro, entonces al no ser fundación, sino una entidad con ánimo de lucro,

pues obviamente es cuando yo veo y es cuando, los usuarios ya detectados que tienen este tipo de enfermedad, le dicen no váyase y lo atiende tal entidad, o lo que comúnmente, llego el señor que siempre viene por su medicamento, y digamos el señor tiene cáncer, hay no mire que pena don Jorge, es que se cayó el sistema, pero es un manejo”.

Las enfermedades como el cáncer según el decreto número 1938 de 1994 se consideran catastróficas o ruinosas, son enfermedades que implican altos costos al sistema, por los tratamientos complejos (Díaz, 2004; p. 3)

Esto demuestra que la acción conjunta de las categorías mercantilización de la salud, no integralidad en la atención por parte del sistema y las sub-categorías de medicamento genérico vs medicamento innovador, sobrecostos asumidos por el gobierno y costos antes de interponer la tutela, de acuerdo a las relaciones establecidas anteriormente termina precarizando la vida de cientos de los usuarios del sistema de salud en el distrito. (Abadía y Goretty 2009, pág. 7 y 8). Allí emerge la categoría de análisis *precarización de la vida*, la cual es definida por quienes desarrollaron este trabajo como: *implican un deterioro de la salud física y mental del usuario y su núcleo familiar a causa de acciones u omisiones de las entidades prestadoras del servicio de salud (Eps), que generan un deterioro en la calidad de vida, gracias a las condiciones estructurales en el sistema; al respecto mencionan (Abadía y Goretty, 2009, pág.16), “para afirmar que el sistema de salud del país debería ser considerado en sí mismo, como una barrera de acceso estructural”*

Una forma de entender mejor la interacción de esta categoría con la otras mencionadas, es por medio de las sub-categorías emergentes de esta, como primera medida encontramos que la precarización a causa del sistema de salud en las personas sucede en cuatro frentes que representan esas categorías, *la precarización de la vida familiar*, entendida como el deterioro de la relaciones familiares a casusa de la carga física y psicológica que implica el cuidado, traslado, lucha por los derechos de las personas enfermas, y el tiempo que deben emplear sus familiares para ello, llevando a los miembros de la familia a convertirse en cuidadores permanentes eso conduce a que por ejemplo en el caso de los esposos en el actor 2, no puedan compartir su vida familiar a causa

de la inexistencia de sillas especiales para los niños que el sistema les ha negado reiteradamente y con las cuales podrían disfrutar su vida en familia, sin restricciones.

Al respecto dice el actor 2:

“calidad de vida en la familia, mi esposo pues él trabaja, casi no salimos, no la pasamos acá encerrados, cuando eran pequeñitos si podíamos salir, pero entre más grande, uhm que la silla, es que ya ni un taxi lo recoge a uno, ni con una silla siquiera, entonces brega uno mucho, hasta ni religión, ya uno no haya ni en quién creer, por ejemplo ayer y hoy he estado como con depresión”

Esto está conectado directamente con el *detrimento de la calidad de vida social*, sub-categoría, que representa el deterioro de la vida social a causa del deterioro de otra sub-categoría emergente de análisis, el *deterioro de la vida física*, es decir la enfermedad se agrava con el tiempo debido a quien padece la enfermedad no recibe la atención necesaria, esta persona se convierte en el centro de la vida de sus familiares cercanos, los cuales se alejan de su círculo de amigos, contribuyendo esto además al deterioro de las relaciones familiares, conflictos, discusiones frustraciones y enfermedad psicológica como lo expresa el actor 2.

Seguido a esto emerge otra sub-categoría muy importante, el *detrimento de la calidad de vida laboral*, representada en la pérdida de empleo a causa de la enfermedad, las constantes visitas a la EPS para que brinde la atención necesaria, el múltiple papeleo, diligencia que implica tiempo y por supuesto condiciones que no permiten trabajar, debido al agravamiento de la enfermedad llevan a que los actores pierdan sus empleos y no puedan ser personas productivas, afectando así en gran medida la esfera psicológica. Las personas en esta situación pierden la esperanza de vida, como lo evidencian los relatos de los actores 2 y 3:

“yo hace más de cinco años no puedo trabajar, y uno se siente mal porque la familia es la que tiene que responder por uno, y como uno es la cabeza que llevaba el diario a la casa”

Finalmente emerge la última sub-categoría en relación con la categoría de análisis de precarización de la vida, llamada *la calidad en la atención antes de interponer la acción legal*, que representa las formas de atención deficiente por parte de las IPS y las EPS, falta de recursos físicos y humanos, barreras de acceso, como lo mencionan los actores falta de medicamentos vitales para sí mismos, no acceso a citas con especialistas, aparatos especializados, esto se evidencia en el relato del actor 2:

“esa hipoglicemia yo pienso que fue lo que lo dejo en coma y duro como una semana ahí entubado, un mes hospitalizado”.

Lo cual ratifica el actor 2 y 3:

“mala, porque yo llevaba a mis hijos, y los vea un médico general y me les daba acetaminofén, loratadina o terapia era lo único”.

“ Nos ponían peros para atendernos que tenía que pedir cita con el urólogo, que una cosa que la otra”

En síntesis encontramos que el sistema de salud precariza la vida de las personas que sufren enfermedades complejas en su tratamiento como lo define el mismo sistema, enfermedades catastróficas, además de deteriorar la calidad de vida de quienes padecen la enfermedad, también lo hace con sus familiares cercanos, no solo a nivel físico, sino también a nivel psíquico, social, familiar; igualmente existe una relación entre el ejercicio histórico del poder político y la influencia de ese poder en la mercantilización y no integralidad en la atención en salud, como lo ratifican los estudios de Abadía y Goretty (2009); Hernández (2002); Díaz, L (2004); Abadía, C; Cortés, G; Fino, E; García, C; Goretty, D; Pinilla, M; Valdés, E. (2008). Fernández, J. Pereira, J. Torres, A. (1995).

Discusión

La presente investigación motivada a partir del interés que se tiene por conocer cuales son los procesos de Precarización de la Vida bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema de Salud Distrital, siendo esta la idea principal para profundizar en las discrepancias presentadas en el contexto social Colombiano en la ciudad de Bogotá, respecto a la situación actual del fenómeno de la salud, y la implicación que esto tiene en la vida de las personas . El propósito que tiene un investigador desde el marco del paradigma crítico, a través de la aproximación de los sujetos trabajados en dicha investigación perteneciente a la asociación Salud al derecho, es comprender la forma como dichos individuos perciben que su calidad de vida en términos de salud se ha visto afectada por la crisis que enfrenta el sistema de salud actual, debido a todas las reformas que se le han venido realizando al mismo, evidenciado en los relatos de los actores.

La salud en Colombia, ha ido adquiriendo mayor interés en los distintos escenarios sociales que hacen parte de ésta, puesto que existe un trasfondo histórico cultural con la aprobación de la ley 100 de 1993, esta idea es reafirmada por CEPAL (1997):

“se inicia en Colombia un proceso de cambios profundos en la administración y prestación de los servicios de salud, conducidos hasta entonces mediante un esquema dicotómico de carácter monopólico, desarticulado e ineficiente”.

Esta situación ha venido cambiando en Colombia a medida que han transcurrido los últimos años ya que el sistema de seguridad social en salud define como idea principal la mejora en la calidad de los servicios y aprovechamiento de los recursos por parte de las aseguradores y prestadores. CEPAL (1997):

En lo que respecta a la salud, según González A, O. Mogollón (2000.):
“la mayor parte de los países se enfrentaron a la necesidad de transformar sistemas sumamente ineficientes, formados en el período de la posguerra, que venían operando bajo los mismos principios desde

hace más de 50 años. De ahí que haya surgido un consenso en cuanto a la necesidad de reformarlos”

Ligado a esto se puede mencionar que el sistema de seguridad social en Colombia fragmenta la tradición de lo que ha sido la administración del sector salud en dicho país, donde se han formulado diferentes reformas que sin duda alguna generarán reacción y efecto por parte de las personas afiliadas al régimen en salud. La idea principal de todo esto está centrada en que dichas reformas sean garante de los principios de universalidad en la cobertura, equidad en la distribución de los recursos y calidad en la prestación de los servicios para todos los colombianos.

De acuerdo con los hallazgos, es importante precisar que la salud en Colombia se encuentra “restringida por las reformas realizadas por parte del estado al sector salud, y la globalización de la economía, donde éstas no han logrado conseguir responder a las demandas de la población en mejorar los servicios de salud y calidad de vida”. OPS (organización Panamericana de la salud 2001).

De igual manera se puede mencionar las dificultades presentadas por parte del sistema en cuanto a la prestación en sus servicios se refiere, evidenciado esta situación en los relatos de los actores trabajados en el siguiente trabajo, los cuales tienen que pasar por situaciones difíciles para ser atendidos, como lo expresa el actor 3:

“Nos ponían peros para atendernos que tenía que pedir cita con el urólogo, que una cosa que la otra y cuando ya por fin la autorizaban, y era el día de poneme la inyección, y estábamos en el pasillo del hospital la enfermera pasaba yo creo que con una caja vacía y nos decían tranquilo que aquí la tengo pero tiene que esperar un momento y así nos tenía como dos horas esperando y siempre mostrándome la caja de la supuesta inyección”:

Es a este tipo de situaciones a la que las personas vinculadas al sistema de salud se exponen diariamente cuando recurren a utilizar los servicios ofrecidos por éste, donde perciben que el estado tiene una intención y es la de interponer “trabas” para negar el servicio.

Dicho lo anterior se puede decir que la calidad de vida de esta persona esta en detrimento ya que como lo afirmó el actor 2 a sus hijos el sistema le negaban los servicios que requerían para mejorar su condiciones de vida; la OMS define a la calidad como: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del paciente y un impacto final en la salud”, citado en OPS (2001). Desafortunadamente esto no es evidente en nuestro sistema de salud Colombiano ya que como lo menciona Esteban A, Amaro J, Basallo A (2004):

“El sistema de salud Colombiano sufre como en otros países Latinoamericanos las consecuencias de las políticas de ajuste macroeconómico preconizadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI). Estas políticas se caracterizan por la implantación del Modelo económico neoliberal a escala mundial: apertura sin limitaciones de los mercados nacionales a las importaciones; privatización de las empresas estatales; recorte del gasto público con eliminación de las coberturas sociales”.

Como consecuencia de lo anterior el “sistema de salud” colombiano debía cambiar organizativa y financieramente, lo cual finalmente se logró de manera secuencial con la expedición, primero, de la Ley 10 de 1990 y, luego, con el Libro II de la Ley 100 de 1993 en la cual, finalmente, se consagraron las líneas centrales del llamado modelo de “pluralismo estructurado” en salud que el Banco Interamericano de Desarrollo había impulsado en toda la región como alternativa técnica y política a los sistemas hasta entonces existentes.

Conclusiones y Sugerencias

La presente investigación permitió evidenciar una realidad que se vive actualmente en la ciudad de Bogotá, como son las fallas que el sistema de salud distrital tiene con respecto a la atención que se les brinda a los usuarios pertenecientes a los regímenes en salud : EPS e IPS. Fallas que afectan de manera significativa la vida de las personas que requieren de los servicios en salud; esta situación lleva a la precarización de la vida de los individuos, donde la enfermedad no solo se agudiza al avanzar el tiempo, repercutiendo esto de forma negativa en las áreas, laboral, social y familiar de las personas, presentado así dificultades en la salud, donde se hace imposible trabajar; como sucede con el actor 2, quien la mayor parte de su tiempo lo dedica al cuidado de sus hijos debido a la enfermedad que estos padecen, evento que afecta su área laboral al no tener el tiempo indispensable para poder trabajar.

Sumado a esto en el área social los actores trabajados en la presente investigación, tienen pocas relaciones sociales, no frecuentan otros lugares fuera de sus casas, no comparten con amigos y no tienen el estado físico para participar en eventos sociales, como se evidencia en el Actor 1. En la parte familiar, las personas pueden pasar de ser un proveedor económico, la “cabeza del hogar” a ser simplemente una persona que no puede “valerse” por sí misma y no poder seguir aportando económicamente, como lo menciona el Actor 3 haciendo referencia a cuando “no se produce no se puede exigir”. De igual forma cabe resaltar la afectación psicológica que han tenido los actores debido a la situación vivida con las EPS y su constante desgastamiento al luchar por un derecho que se les ha flagelado.

Como se mencionó anteriormente la salud se ha establecido como un servicio, no obstante al ser definido de esta manera, se ha vuelto un producto. Producto que se encuentra clasificado en el régimen de salud contributivo, subsidiado, o vinculado; siendo esto una demostración notoria de los mecanismos de exclusión utilizados por parte del Estado, donde solo pueden acceder al mismo las personas que pagan para adquirir los servicios, ya sea con la cuota moderadora, o pagando un porcentaje económico de los servicios

requeridos. Pero el esfuerzo económico es mayor cuando se tienen enfermedades que se han denominado de alto costo, donde los medicamentos y servicios son cada vez más costosos y las personas no tienen los medios suficientes para adquirirlos.

A pesar del impacto negativo que tiene el fenómeno de la Salud en la vida de las personas dado por las condiciones en las que se encuentra estructurado el sistema de salud, cuyo fin es regular y administrar el sistema, y no promocionar la prevención de la enfermedad, ni garantizar calidad en el servicio, lo cual no ha sido un motivo para generar prácticas de empoderamiento grupal por parte de la población colombiana; contrario a esto se ha evidenciado las experiencias negativas que han tenido las personas con el sistema de salud, llevándolos a asumir una postura individualista, donde lo único importante es conseguir el bien propio, a través de una acción legal (la tutela o derechos de petición), que al fallar a favor del individuo, éste consigue el beneficio propio, así sean muchos más sujetos los que se encuentren en situaciones similares, escenario que provoca conformismo en los actores ya que al recibir los beneficios requeridos no los motiva a seguir buscando un método útil para defender el derecho de la salud en toda la población y no simplemente de una persona.

Por otro lado al hablar de Salud o bienestar de un Pueblo, se esperaría que el Estado lo tuviera presente dentro de los principios o estatutos; pero sucede todo lo contrario en Colombia cuando se considera la salud como un servicio y no como un derecho, establecido así en la constitución política de 1991 en el artículo 49. Siendo este uno de los mayores dispositivos de poder impuestos por el Estado, porque al ser planteado como servicio solo pueden adquirirlo las personas que tengan recursos económicos; pero si la salud estuviera establecida como un derecho sucedería todo lo contrario, el estado estaría en obligación de garantizar la cobertura total de todo el pueblo independientemente si se poseen o no los recursos.

Sugerencias

Se sugiere que en futuras investigaciones se reflexione sobre el tema desarrollado en el presente trabajo utilizando la estrategia metodológica de la teoría fundada, con el fin de que esta amplíe el insumo teórico en posteriores investigaciones con respecto al sistema de salud desde la perspectiva crítica. Además es importante dentro de la responsabilidad social del psicólogo generar espacios de empoderamiento a una parte representativa de los usuarios del sistema con el fin de que éstos se movilicen para que así se reafirme el derecho a la salud.

Referencias

- Abadía, C y Goretty, D. (2009). Itinerarios Burocráticos en Colombia. Una Herramienta Teórica y Metodológica para Evaluar los Sistemas de Salud Basados en la Atención Gerenciada. Bogotá DC. Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia.
- Abadía, C; Cortés, G; Fino, E; García, C; Goretty, D; Pinilla, M; Valdés, E. (2008). Perspectivas Inter-situadas Sobre el Capitalismo en la Salud: desde Colombia y Sobre Colombia. Bogotá DC. Universidad Nacional de Colombia.
- Agamben, G (1998). Homo Sacer: el poder soberano y la nuda vida I. Valencia, España: Pre-textos
- Ávila, F. (2007, Septiembre). El concepto del Poder en Michel Foucault. [en línea]. Madrid, España: A Parte Rei Revista de Filosofía. Recuperado 11 de junio 2011, de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila53.pdf>
- Bacarlett, M. (2010). Giorgio Agamben, del Biopoder a la comunidad que viene. [En línea], Vol. 12 N°24. Recuperado 1 febrero de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/282/28214786002.pdf>.
- Butler, J. (2006). Vida Precaria: el Poder de Duelo y la Violencia. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- CEPAL/GTZ. (1997). El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Santiago de Chile, Chile. [en línea]. Santiago de Chile, Chile: CEPAL/GTZ. Recuperado 6 Abril de 2011, <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/4239/lcl1037e.pdf>.
- Christopher, A. (1996). Régimen Actual de Atención en Salud, Ética y Profesionalismo Médico. Bogotá., Colombia: Ed. Universidad Nacional de Colombia.
- Constitución Política de Colombia (1991). Leyes de Colombia, página Web de la presidencia [en línea]. Recuperado el 9 de diciembre de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/constitucion/index.pdf>.

- Cuñat, R. (2007). Aplicación de la Teoría Fundamentada (groundedtheory) al estudio de proceso de creación de empresas. (En línea), Palma de Mallorca, España: Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM, Vol. 2, 2007 (comunicaciones) pp-44. Recuperado el 10 de marzo de 2010, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>.
- Decreto 1283 (1996, 23 de julio). Leyes de Colombia. Ministerio de protección social. [en línea]. Recuperado el 15 de mayo de 2011, de <http://www.fosyga.gov.co/AcercadelFOSYGA/Qu%C3%AeseIFOSYG/Atabid/103/Default.aspx>.
- Decreto 128 del 2010. (2010, Enero). Leyes de Colombia. Ministerio de protección social [en línea]. En página web de la Biblioteca Jurídica. [en línea]. Recuperado el 8 de marzo de 2011, de http://www.bibliotecajuridica.com.co/DECRETO_920_DE_2011.pdf.
- Decretos del Estado de Emergencia Violan el Derecho a la Salud de los Colombianos, Por lo Que Deben ser Inaplicados (2010, 26 de febrero). Bogotá, Colombia: Colectivo de Abogados. [en línea]. Recuperado el 26 de abril de 2010, de <http://www.colectivodeabogados.org/Decretos-del-estado-de-emergencia>.
- Decreto 4975 (2009, 23 de diciembre). Por el cual se declara el estado de emergencia social. Ministerio de protección social, República de Colombia [en línea]. Recuperado el 25 de octubre de 2010, de web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2009/dec497523122009.pdf
- Díaz, L. (2004, 5 de junio). Estudio de Antecedentes. Acceso a Medicamentos Esenciales y de Alto Costo. Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, Congreso de la República de Colombia, Programa de Fortalecimiento Legislativo, Oficina de Asistencia Técnica Legislativa. [en línea]. Recuperado el 30 de abril de 2011, de http://www.medinformatica.com/OBSERVAMED/Propiedad_intelectual/AccesoMedEsencialesYaltocosto.pdf

- Esposito, R. (2007). Bíos: biopolítica y filosofía. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Esteban A y Amaro J, Basallo A. (2004, mayo). La privatización de la Salud en Colombia (Una reflexión para todos). [en línea], N° 64. Recuperado el 11 de Abril 2011, de http://www.medicinageneral.org/revista_64/pdf/311_315.pdf
- El Tiempo. (2010, 17 de febrero). Federación de Personeros pide revocar decretos de emergencia social Bogotá, Colombia. El Tiempo [en línea]. 2010. Recuperado el 15 de marzo del 2010, de http://www.eltiempo.com/colombia/occidente/federación-de-personeros-pide-revocar-decretos-de-la-emergencia-social_7102787-1
- Redacción el Tiempo.com (2011, 2 de mayo).Policía halló nuevas evidencias del caso de corrupción en salud. El Tiempo [en línea], 2011. Recuperado 15 de mayo de 2011, de http://www.eltiempo.com/justicia/ARTICULO-WEB_NEW_NOTA_INTERIOR-9254840.html.
- Fernández, P. Jiménez B, González F, Romero, O. y Sloan TS. (1994). Construcción y crítica de la psicología social. (1ª Ed.).Barcelona, España: Anthropos
- Fernández, J. Pereira, J. Torres, A. (1995, Septiembre- Octubre). Una agenda a debate: El Informe del Banco Mundial "Invertir en Salud". [en línea]. Vol. 69. Recuperado el 23 de Abril de 2011, de http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_5_385.pdf
- Flick, U. (2007). Introducción a la Investigación Cualitativa. Madrid, España: Ed. Morata.
- Foucault, M. (1991) Microfísica del poder. (3ra Ed.). España: La Piqueta
- Foucault, M. (1998). Genealogía del Racismo. La Plata, Argentina: Altamira

- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad: Curso en el Collège De France (1975-1976)*. Argentina: Fondo de cultura Económica
- Foucault, M (2006). *Arqueología del saber*, México DF, México: Siglo XXI
- González, S (2008, junio). *Genealogía de las prácticas confesionales en la reforma protestante: un análisis histórico de las relaciones de poder, ensayos sobre lenguaje, política y poder*. [en línea], N°13. Recuperado el 15 de abril de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/954/95401304.pdf>
- González, A y Mogollón, O. (2000, noviembre). *La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad*. [en línea], N°16. Recuperado el 2 de febrero de 2011, de <http://www.scielosp.org/pdf/gsv16n1/v16n1a04>.
- Hernández, M (2000, julio). *El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su realización*. Bogotá, Colombia; Departamento de Salud Pública y Tropical, facultad de medicina; Universidad Nacional de Colombia. [En línea]. Recuperado el 9 de junio de 2010, de www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/.../19840 pág. 121-144.
- Hernández, A y Vega, R. (2001, noviembre). *El Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud: Desigualdad y Exclusión*. [En línea]. Bogotá, Colombia; Gerencia y Política en Salud. Recuperado el 5 de Abril de 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/545/54510109>.
- Hernández, M (2002, agosto). *Reforma Sanitaria, Equidad y Derecho a la Salud en Colombia*, [en línea]. Medellín, Colombia: Cademos de Saùde Pública. Recuperado 3 agosto de 2010, de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000400007&lng=es&nrm=iso.
- Heiss, C. (2005). *Reseña de "State of exception" de Giorgio Agamben*, revista de ciencia política. [en línea]. N° 001. Recuperado el 4 de

- abril de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/324/32425124.pdf>
- Ley 100 de 1993 (1993, 23 de diciembre). Leyes de Colombia Congreso de Colombia. (En línea). Recuperado el 21 de diciembre de 2010, de <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
- Ley 1122 de 2007 (2007, 09 de enero). Prestación de servicios de salud capítulo V [en línea]. Recuperado el 2 de Noviembre de 2010 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/nomas/Norma1.jsp?i=22600>
- Londoño J y Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. [en línea]. Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de trabajo 253. Recuperado el 5 de marzo de 2011, de http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/pluralismo_estructurado.pdf
- Marcos, D. (2004). Acerca de los conceptos de política y soberanía en Carl Schmitt y Thomas Hobbes. [en línea]. N° 4. Recuperado el 6 de marzo de 2011, de <http://revistas.ucm.es/cps/15784576/articulos/FOIN0404110045A.PDF>
- Ministerio de Protección Social, República de Colombia [en línea]. Recuperado el 15 de mayo de 2011, de <http://www.fosyga.gov.co/AcercadelFOSYGA/Qu%C3%A9eselFOSYGA/tabid/103/Default.aspx>
- Organización Panamericana De La Salud (2001). Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. OPS. Recuperado el 6 de abril de 2011, de <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf>
- Organización Panamericana de La Salud, (2002). Perfil del sistema de servicios de Salud de Colombia. OPS. Recuperado el 7 abril de 2011, de

<http://www.lachs.r.org/documents/perfildeelsistemadesaluddecolombia-ES.pdf>

- Quintana, L. (2006, diciembre). De la nuda vida a la “foma-de-vida”. Pensar la política con Agamben desde y más allá del paradigma del biopoder. [en línea]. Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. Recuperado el 4 de febrero de 2011, de http://www.biopolitica.cl/docs/Quintana_texto%202.pdf
- Redacción vivir. (2011, 12 de mayo). La caída de SaludCoop. El espectador (en línea).2011. Recuperado el 15 de mayo de 2010, de <http://www.elespectador.com/impreso/vivir/articulo-269475-caida-de-saludcoop>.
- Rodríguez, O. (2010, 23 de febrero). La Dictadura Fiscal en los problemas de la salud. [En línea]. Recuperado el 2 de marzo de 2011, de <http://www.portafolio.co/archivo/documento/MAM-3852221>
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2005). Las Reformas Neoliberales del Sector de la Salud: Déficit Gerencial y Alienación del Recurso Humano en América Latina. [En línea], Vol.17, N° 3. Recuperado 17 Abril de 2011, de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000300011&script=sci_arttext.
- Ugalde, A. y Jackson, J.T. (1995). Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. Cuadernos médicos sociales. (En línea). Número 73, p. 45-60. Recuperado el 23 de Abril de 2011 de <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n73a335.pdf>.
- Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia (2010, 24 de agosto). Centro de Información de Medicamentos, (En línea). Bogotá, Colombia, Recuperado el 24 de agosto del 2010, de <http://www.unal.edu.co/cimun/genericos.htm>
- Vacca, C., Fitzgerald, J., Bermúdez J. (2006). Definición de Medicamento Genérico ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas. [en línea]. N° 5. Recuperado el 16 de abril de 2011, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n5/04.pdf>

APÉNDICES

Apéndice A.
Guía de Entrevista Semiestructurada

GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE COMO SE
VEN LAS PERSONAS USUARIAS DE SISTEMA DE SALUD CON
RELACIÓN A ESTE

NOMBRE _____

FECHA _____

ENTREVISTADOR _____

Encuadre inicio de la entrevista

Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de cómo se ve usted dentro del sistema de salud al cual pertenece o está afiliado, la idea de estas preguntas es que usted responda lo más sinceramente posible, le recordamos que su nombre no va a ser mencionado en la entrevista, vamos a utilizar un seudónimo que le permita expresar sus experiencias con su entidad de salud lo más abiertamente posible, está usted de acuerdo.

1. A qué EPS está usted afiliada, hace ¿cuánto tiempo? ¿Es usted beneficiario o cotizante? ¿Qué tanto conoce de su EPS? ¿Por qué se afilió a esa EPS y no a otra?

2. ¿Qué enfermedades tiene, hace cuánto tiempo que la tiene, en qué consiste?, en términos de dinero y costo ¿qué implicación tiene para usted padecer de esta enfermedad? ¿Cómo manejan en la EPS el término de preexistencia? (elementos válidos para ser parte de esa EPS)

3. Cuéntenos en términos de su experiencia y de su enfermedad ¿cómo ha afectado su área familiar, social, laboral?

4. Díganos cual persona de su familia padece la enfermedad y qué tipo de enfermedad tiene, descríbala los más completamente posible. (Destacando que quién se encuentra relatando la situación no es la persona que padece la enfermedad sino un familiar)

5. ¿Cómo ha sido la atención por parte de la EPS con respecto a su enfermedad desde el momento en que se inició hasta hoy en día?

Categoría judicial

6. Ha instaurado alguna tipo de acción legal para mejorar el servicio o para que lo atiendan, Ha instaurado derechos de petición antes de imponer la acción legal de una demanda.

7. En el proceso que ha llevado con relación a la enfermedad, ¿qué dificultades ha tenido para que puedan brindarle la atención que requiere (la persona enferma según el caso)? y ¿qué ha tenido que hacer para que esto se pueda dar?, cuéntenos de la manera más detallada posible.

8. Cuéntenos un poco a cerca del proceso, cuanto tiempo lleva en este proceso, (instancias, personajes, tiempo) relacionados con la experiencia vivida por la persona.

9. Y qué cambios ha tenido la salud de (la persona enferma según el caso), ¿qué ha sucedido?, ¿en qué ha incidido el tratamiento?, ¿qué clase de tratamiento es?

Categoría de precarización de la Vida

10. Cuéntenos cómo era la atención de (la persona que este enferma según sea el caso) antes de instaurar la acción legal (tutela, derecho de petición, etc., cuéntenos como era el proceso, por ejemplo para que le dieran los medicamentos, citas con especialistas, exámenes que requiere o requería la persona que se encuentra enferma.

11. Antes de interponer la acción legal de tutela cómo era la calidad en el servicio y ¿cómo es ahora? , se ha interesado por documentarse frente a temas relacionados con la garantía de los servicios en salud. (por ejemplo procesos legales).

12. Cuéntenos acerca de ¿cómo es la salud actualmente de la persona enferma, como es el tratamiento, que tiene que hacer usted como familiar para que le den un adecuado tratamiento a la persona enferma, ha recurrido a otros medios alternativos de tratamiento?

Categoría de nuda vida

13. Usted percibe la intención que la EPS quiera negar el servicio que ofrece en el sistema de salud, ¿por qué?

14. Ha participado en marchas, protestas, movilización referidas a garantizar el servicio en salud de los ciudadanos

Apéndice B.

Tabla de códigos en vivo, categoría principal, categorías, y Relación con los autores.

Concepto	Relación con Autores	código en vivo	categorías	categoría central
Itinerarios Burocráticos	Abadía, C y Goretty, D. 2009	"pero como la tutela decía lo contrario, que tenía que cubrir el 100% total lo que que llaman integral"	no integralidad en la atención parte del sistema	Precarización de la Vida
Acciones Legales Establecidas Dentro de la Constitución 1991 para legítimar el derecho a la salud de las personas	Mejía, D(2007),	"gracias a esa tutela el gobierno y la Eps me tenía que responder por la enfermedad"	poder ejecutivo, poder legislativo y su influencia en la vida de los usuarios en el sistema de salud distrital	Precarización de la Vida
Medicamentos Genéricos vs Medicamento Innovador	Vacca González, Fitzgerald, Cortés, Cols (2009) Acción Inter-Nacional para la Salud (2004) Consumers Unión (2007)	"al comienzo del tratamiento me Recetaron un medicamento genérico y me estaba afectando" "el médico me dijo no, esto no sirve para nada que peligro"	Mercantilización de la salud	
Costos artes De interponer la tutela	decreto 128 2010	"me estaban exigiendo el 10% que correspondía al valor total de la droga, como se dice Eran 700 mil pesos"		
Sobrecostos Asumidos por el gobierno	Abadía y Cols (2008) González, (2000) decreto 128 de 2010 ley 100 de 1993 (art. 156)	"la droga mía vale 7 millones de pesos mensuales". "entonces pues a mí la secretaria de salud me está cubriendo la droga y salud total por ejemplo me está cubriendo o que es el examen de control médico".		

Ugalde y Homedes (2005);

Participación En actividades Ciudadanas	España de Salud Pública, 2005, Vol.79., Nº 6; Atención Primaria En Salud, APS, Restrepo y Vega (2009).	"he participado en marchas protestas cuando Cuando derogaron los decretos de emergencia social"	Movilización Cudadana
Percepción De los servicios de la Eps, Ips, y entidades relacionadas		"pues cambio desde la tutela cuando yo coloque la tutela entonces ya empe- zaron las terapias" "pues a mí me pare- cerla atención en un principio fue regular pues por lo de la inyección pero ahora ha mejorado"	
Tipo de enfer- medad	Esposito (2007) Quintana (2006) Novoa, Caicedo, Aguillón y Suarez (2008)	"Cuando me dieron salida, dijeron dije- que había quedado con síndrome Con- vulsivo, pero que Mucha terapia èl iba a salir a delante pero èl quedo ciego èl tiene síndrome Convulsivo y parálisis Cerebral Severa" "tomaron la decisión de sacarlo por cesárea"	Detrimiento de la calidad de vida
Detrimiento de la calidad de vida familiar	Esposito (2007) Quintana (2006)	"casi no salimos nos la pasamos ahí encerrados cuando eran pequeñitos si podíamos salir, pero entre más grandes Uhm que la silla es que ya ni un taxi lo recoge a uno ni con una silla si quiera entonces briega uno mucho"	
detrimiento de la vida laboral	Quintana (2006) Butler (2006)		

	Esposito (2007)	yo hace mas de circo años que no puedo trabajar y uno se siente mal porque la familia es la que tiene que res- ponder por uno” “pues en lo social porque uno no tiene vida social yo no puedo decir voy a ir a, me invitaron a un almuerzo. “pues esa hipoglisemia yo pienso que fue lo que lo dejo en coma, y duro Como una semana ahí Entubado y un mes hos- pitalizado” “mala porque yo llevaba a mis hijos y los veía un médico general y me les daba acetaminofén, Loratadina o terapia era Lo único.
detrimiento de la calidad de vida social	Butler (2006) Quintana(2006) Esposito (2007)	
Detrimiento de Salud física	Butler (2006) Quintana (2006) Esposito (2007)	
Calidad en la Atención antes De interponer La acción legal	Abadía y Cols (2008, p.178)	

FUENTE: Arenas, Barbosa, Marulanda.

Apéndice C.

Transcripciones de entrevistas actor 1, 2, y 3.

Actor 1.

1. A qué EPS está usted afiliado, hace ¿cuánto tiempo? ¿Es usted beneficiario o cotizante? ¿Qué tanto conoce de su EPS? ¿Por qué se afilió a esa EPS y no a otra?

Yo soy beneficiario , subsidiado por la secretaría de salud , es que resulta que nosotros mi esposa y yo éramos atendidos en los centros distritales, en los centros de higiene por el barrio, lo que llaman el sisben, entonces el gobierno le mando esa responsabilidad a las EPS, creo que sí eso distribuyeron todo el personal que había en el sisben , se los distribuyeron a varias EPS, entre esas estoy yo en Salud Total, con mi esposa, inclusive mi hija con los dos hijos que tiene, entonces cuando yo me enferme estaba afiliado a la EPS de salud total, pero entonces resulta que ellos con lo que es la droga de alto costo ellos le responden a uno como es el caso mío que la droga mía vale 7 millones de pesos mensuales, bueno aquí tengo otra droga que vale como 30 mil pesos, esa es para el ácido úrico de 300 mg para tomar una diaria, la enfermedad del ácido úrico no es consecuencia de la enfermedad que tengo actualmente , hace parte de una enfermedad aparte, esa enfermedad ya la tengo hace tiempo antes de la leucemia, entonces por ejemplo ellos salud total, en el caso de la droga llegan a un dicho tope de la droga que cubren 3 o 4 dosis, y después queda bajo la responsabilidad de la secretaría de obras públicas, por el asunto que yo puse la tutela allá en salud al derecho , entonces pues a mi la secretaría de salud me esta cubriendo la droga y salud total por ejemplo me esta cubriendo lo que es el examen de control médico cada mes y lo que es el examen de sangre cada mes a y la otra droga , la más cómoda que vale 25- 30 mil pesos algo así, los exámenes que me hacen son para el control de la enfermedad de la leucemia, por ejemplo ahora tengo cita de control médico que es cada mes , aquí dice el 30 de agosto, entonces el examen de sangre me lo hacen dos días antes de la cita con el médico, entonces este examen que me lo sacan mensualmente de sangre para controlar la enfermedad mía, entonces esto pasa a la historia médica mía directamente con el médico, entonces cuando yo tengo la cita a los dos días allá el medico me revisa , me pesa, haber como voy de peso, y vuelve y me da la droga cara y la barata también me la receta de nuevo, en el factor

económico, pues al comienzo de la enfermedad económicamente no podía cubrir , a mi me estaban exigiendo como se dice para darme la primera dosis, me estaban exigiendo el 10 % que correspondía al valor total de la droga como se dice eran 700 mil pesos, ese valor no lo tenía que pagar a la EPS, sino al hospital, ese valor era mensual que me correspondía pagar por tener el sisben en nivel 2 , y eso era para darme el medicamento, entonces en vista de que yo no podía cubrir ese porcentaje , porque estaba desempleado , no tengo trabajo, ni nunca he tenido trabajo fijo, si pues para la prueba de un botón cuando uno depende del sisben es porque no tiene trabajo, porque al momento en que uno tenga trabajo eso si es una ley es una obligación , de que instantáneamente usted pasa a una EPS, siendo un pago prepago, ósea lo que llaman un pago contributivo, entonces el gobierno ya sabe que si no esta en un pago contributivo de una EPS naturalmente tiene que estar es en el sisben o en manos de la secretaria del distrito es el caso aquí en Btá uno esta amparado es por ellos, uno no esta amparado por nadie más, claro que existe un porcentaje para pagar pero en vista de que yo no tenia con que pagar ese porcentaje, fue cuando recurrí a la tutela porque me negaron la droga, porque no tenía con que pagar ósea que si yo no pagaba me tenía que morir porque no tenia recursos para pagar el porcentaje de la droga y fue cuando me toco recurrir allí a salud al derecho, entonces gracias a esa tutela el gobierno y la EPS me tenían que responden por la enfermedad , tanto como la secretaria, si yo dependía ahí si como se dice para el pago estoy dependiendo de las dos, ahí si como se dice lo más barato lo cubre el POS, que eso si esta en el POS y según eso ellos tanto como el hospital y la EPS salud total ellos dicen que esto no esta en el POS entonces no lo cubren , pero como la tutela decía lo contrario que me tenían que cubrir el 100% total lo que llaman integral, entonces pues así estoy yo en este momento ya hace como se dice ya hace 1 año, como se dice lo que es en este momento el examen mensual, el control con el médico y el examen de sangre que es mensualmente , más la droga que es para el ácido úrico que son 30 tabletas una diaria, eso vale como 25 mil pesos, eso me lo esta cubriendo salud total, pero como ellos arreglan con el gobierno después esas cuenticas, eso no es regalado tampoco, eso lo regala como se dice la secretaria lo cubre , la secretaria de salud, y la droga cara , el imatinib, la droga que es para el control de la enfermedad mía , pues que es la leucemia, me la esta cubriendo es la secretaria de salud, la cara, la que vale 7 millones, la enfermedad la tengo hace 1 año, mi enfermedad consiste en que es a la sangre, directamente pues uno a veces no lo quiere reconocer pero es la realidad es cáncer a la sangre, si las

células bajas , en caso de los glóbulos rojo, lo que pasa es que hay niveles de leucemia, hay varias, y pues bendito sea Dios a mi me dio la mas bajita, por eso es que después de un año usted me encuentra así , a veces me dan decaimientos, me dan mareos porque a veces la droga reacciona en mi así, pero ahí si como dicen la fé mueve montañas, la EPS en el momento que me diagnostican la enfermedad, ella desde un comienzo pedía la EPS para la droga era el 10 % , tenía que cubrirlo yo porque ese era el nivel mio el 2, se sabe que el 1 paga el 5 % , y el nivel 3 paga el 20 %, por ejemplo cuando a mi comenzó la enfermedad me tuvieron que llevar de urgencia al hospital de Kennedy, estuve 6 días hospitalizado, me pusieron suero, me pusieron oxígeno y me hicieron unos exámenes, me tomaron unas plaquetas esos 6 días , les sumo a ellos el valor de 3 millones de pesos y pues como me estaba cubriendo la secretaría como se dice , me toco pagar, allá si me toco pagar en el hospital el 10% , que eran 3 millones , equivaldrían a 300 mil pesos. Desde que tengo la enfermedad ha afectado mi parte familiar, pero mi familia siempre estuvo pendiente , tanto como mi señora y mis hijos, , porque yo tengo 4 hijos , tengo 2 hijos y 2 hijas adultos , inclusive todos con hijos , hubo comprensión lo que es el vínculo de mi familia, de mi hogar sobre la enfermedad y socialmente pues ya sabe que amigos no existen y la parte laboral no pudo decir mucho porque estoy sin trabajo, la atención por parte de la EPS desde me diagnosticaron la enfermedad ha sido ahí si como se dice peleando con ella, no me han demorado nunca la entrega del medicamento, las ordenes que da la EPS para la entrega del medicamento. Al comienzo del tratamiento me recetaron un medicamento genérico y me estaba afectando y yo se lo mostré al médico que me esta atendiendo en la actualidad y yo le dije mire doctor esto me lo dieron en el hospital Kennedy esta droga y el me dijo, no esto no sirve para nada , y a mi me hicieron el traslado del hospital al instituto de cancerología entonces y el médico me dijo, no esto no sirve para nada que peligro, un médico especialista que es el doctor cancelado ,sin embargo yo no me quede con la duda y entonces yo como se dice por el intermedio de la tutela , el juez obligaba a que me tenían que hacer el tratamiento y tomar la droga en menos de 24 horas , osea que no me faltara la droga, entonces el mismo médico , entonces en la farmacia le pregunte a la doctora que me entregaba la medicina , perdón doctora tengo una inquietud , porque el doctor que me acaba de atender me dice que esta droga no sirve para nada, me dijo mire lo que pasa es que independientemente que la una sea mas cara o la otra se mas barata lo que pasa es que esta droga es eso que llaman genérica, algo así que no era más , pero era

la misma, y este medicamento si es efectivo, y a mi desde el comienzo me toco interponer la acción de tutela para que me dieran la primera dosis, desde que dependía de Kennedy todavía. No instaure antes ningún derecho de petición, y fui directo a la tutela, que eso me lo recomendaron en salud al derecho, la EPS dependía de la tutela , una de las encargadas de salud total de esa sede , ella me propuso que renunciara a la tutela que ellos me seguían cubriendo lo del tratamiento y del medicamento , pero que renunciara a la tutela, y yo le dije señorita pero yo no se nada de esto yo tengo que hablar con los abogados , allá donde puse la tutela en salud al derecho, y yo creo que ella me esta proponiendo eso porque son estrategias de ellos , y ahí si como se dice a mi me están cubriendo todo sin pagar nada es por el asunto de la tutela, y lo que me proponían era renuncia y le seguimos dando el medicamento, para después ellos negar el servicio y que tiene que pagar el 10 % y esa es la ley , y como ya conoce uno todas esas historias e inclusive de gente que lleva 10 años pagando , la gente que paga no son subsidiados por la secretaría , osea lo que llaman contributivos yo conozco esas historias allí en el hospital mucho y en salud al derecho también y yo estoy siendo más protegido por la acción de la tutela que los que están pagando la mensualidad, como se dice la que llaman , pagando mensualmente, si es decir los que trabajan que tienen por ley pagar. Desde el momento en que interpuse la tutela no he tenido ningún problema para que me atiendan, me he hecho atender a través de la tutela , aunque si han querido rechazarla , y han querido rechazar los tratamientos y los otros tratamientos como las biopsias, a mi ya me han hecho 3 biopsias una que me hicieron en el hospital para cerciorarse y comprobar la enfermedad y dos que me han hecho allí en cancerología , dos que me han hecho y eso es para mirar y le sacan a uno una muestra del hueso de la médula, de lo que llaman científicamente de la médula de ese hueso entonces de ahí le sacan a uno una muestra para comprobar la enfermedad y saber como va, como se desarrolla , como ha evolucionado. Tener esta enfermedad es indeseable por la situación económica, sin poder trabajar y sin poder hacer nada, por culpa de la misma enfermedad , siempre tienen uno una crisis como se dice de decaimiento moral , de estrés de muchas cosas, cambia mucho la vida si de lo que estaba uno antes de enfermarse a la actual. Cuando hay decaimientos, que entra uno como se dice que le hacen dar de pronto disgustos o como uno se decae moralmente entonces dicen que se bajan un poco las plaquetas. No conozco para que es que me están dando el tratamiento, ellos se han limitado es a que no me falte la droga mensualmente para tomar me una pastilla diaria de 400 mg, osea la imatinib , es

la que ataca la enfermedad, entonces ellos van teniendo un control sobre uno mensualmente para ver como va evolucionando la droga, ni yo he preguntado que tipo de tratamiento es , ni ellos me han prohibido nada , ni me han dicho tiene que tomar algo para la misma enfermedad, porque yo si sé que la droga barata , esa si es para el ácido úrico y esta pues es para la enfermedad, pero no, no me han puesto otro tratamiento. Yo no tengo nada que decir de salud total, pues hasta la presente no me han faltado, el problema que hubo con la EPS fue por el alto costo de la medicina que era para controlar mi enfermedad, entonces fue allí donde me vi obligado a recurrir a la acción de tutela, no me he interesado por otros procesos legales, porque no he tenido la necesidad como se dice de recurrir a otros procesos porque si eso llegase a suceder ahí si como se dice me tocaría recurrir de nuevo a otra tutela, si o recurrir a salud al derecho, para que me ayudaran. Yo llegue a salud al derecho porque yo trabajo los domingos , ya esa palabra trabajo no cabe ahí con lo malo que esta eso, yo trabajo con un mercado popular que se llama el mercado de san alejo, osea el mercado de las pulgas los domingos, y los días festivos y entonces cuando ellos supieron que yo estaba en el problema de la enfermedad que estuve en el hospital de Kennedy , entonces ellos me dijeron vea váyase allí a esta oficina, aquí esta la dirección, ellos tenían ese contacto lo que llaman la junta tenia contacto con salud al derecho , entonces yo fui allá y la doctora Martha me atendió y allí fue donde se llevo a cabo todo el proceso. A veces la gente le dice a uno que haga cosas que tome , que es muy bueno, para curar la enfermedad, que tome cosas naturales , que tal jugo natural, pero entonces resulta que no lo he hecho, no lo he practicado , únicamente estoy con el medicamento que me están dando , si primero creo en Dios en el poder de él y segundo la droga. La EPS tiene el pretexto de las cosas que no están en el POS, que ese tratamiento o que esa droga no esta dentro del Pos, yo no he podido comprender que es eso para ellos, entonces si no esta en el POS no la dan, por ejemplo el otro día que estaba en salud al derecho, había una señora que le recetaban dos inyecciones que valían 12 millones de pesos, 2 ampolletas y ella tenía que hacer un poco de vueltas porque se la estaban negando. La intención de la EPS no es negar porque según eso yo tengo amigos míos que tienen la enfermedad mía hace 10 años, 5 años, 8 años y no créame que con los que he hablado no me han cobrado nada todavía y yo tengo esa fé y esa esperanza que tampoco a mi me vayan a cobrar, si he participado en marchas protestas cuando derogaron los decretos de emergencia social , el ministro de protección social entonces vieron unas marchas de protesta e inclusive de los

mismo médicos, esos secretos perjudicaban a los mismos médicos, nosotros decidimos asistir a esas marchas para pedir que derogaran los decretos que habían salido y si esas marchas fueron efectivas, se hicieron por la Kra 7, convocado por salud al derecho. Pues no encuentro que decir, pues así como me están atendiendo en el momento yo me siento bien, aunque otras personas que padecen las mismas dificultades que tuve yo, pero desde como se dice la secretaria responde por uno como responde en este momento y también la EPS con sus partes. Yo no pago por ser beneficiario por la secretaria de salud. Lo único que me dice el médico es que no me falte la droga en ningún momento porque me muero, no me han puesto problema para reclamar la droga, siempre que voy a reclamar la droga llevo un papel que lo da salud total mensualmente, una carta de direccionamiento que es para que me den la droga junto con la tutela.

EL día 27 de agosto de 2010, se tuvo que recurrir de nuevo a este factor, para obtener información relevante y correspondiente con respecto a unas preguntas que eran importantes de realizar para el soporte teórico de la investigación a desarrollar.

Don Juan afirma que va a tener que va a volver a interponer la acción de tutela, porque el día 20 de agosto del presente año, 2010 recibió una llamada por parte de salud total, donde la Sra. Adriana Carrillo de atención al usuario de salud total, le afirmaba que fue negada la solicitud a la droga. Yo creo que esta situación se está presentando por nuevos reglamentos a la salud, creo que me quieren cobrar el 10 % del valor, como lo intentaron hacer desde un comienzo.

¿Qué percepción del servicio tienen usted frente a las instalaciones y profesionales de la E.P.S?

Al señor Juan le prestan el servicio en la sede de Salud Total ubicada en la Kra 30 con calle 45, yo creo que las instalaciones y la atención son buenas.

¿Antes de la enfermedad recuerda haber asistido a la E.P.S? ¿Cómo era el servicio antes de interponer la acción de tutela y ¿Cómo es ahora que interpuso la tutela?

Antes había solicitado cita con el gastroenterólogo, me hicieron una endoscopia, por orden de salud total, y después me hicieron un proceso odontológico, no necesite nada más. Al comienzo de la enfermedad siempre hubo trabas por parte de la E.P.S antes de interponer la acción de tutela y la secretaria siempre debía dar orden y autorización a salud total para entregar el medicamento.

¿Conserva usted evidencias, órdenes de todo su proceso durante la enfermedad?, ¿Alguna vez le han negado el servicio para realizar exámenes?

Si conservo todas las autorizaciones, nunca me han negado el servicio.

¿Por qué considera usted que la secretaría de salud asume enfermedades y costos que serían obligación de la E.P.S?

Yo creo que es la secretaría de salud quiere aligerar trámites, el distrito le dio esa responsabilidad a las E.P.S para aligerar trámites de tanto usuario que hay, y el estado entonces debe responder por las E.P.S, yo nunca he tenido que pagar una cuota moderadora porque estoy representado por la tutela. En el momento en que se interpuso la tutela y el fallo salió a mi favor, la secretaria de salud mando carta autorizando 5 dosis, y de esas 5 dosis una vez me negaron una, entonces yo recurrí a donde la Dra. Martha en salud al derecho y ella llamo que porque me estaban negando la droga y a través de ella me dieron la dosis. Después de esto me llegó una carta enviada por salud total dirigida a la secretaria que ellos habían cumplido con un tope con el paciente Juan Acevedo y que la responsabilidad de la droga de ahora en adelante corría por cuenta de la secretaria de salud, es decir la E.P.S se zafó de darme la droga cara, y la secretaría entonces autoriza medicamento, porque la carta enviada por Salud total decía que el paciente llegaba al tope para eventos NO POS, favor hacer cargo al subsidio a la oferta. El instituto Nacional de Cancerología es quién me entrega el medicamento, la entrega la hacen porque es NO POS, y yo voy con la tutela y el médico me autoriza el medicamento cada mes que voy a control, plan de tratamiento: mono quimioterapia, tratamiento indefinido, y este se formula mes a mes. El médico receta este medicamento: interferon ampolla, dosis de 3.5 mill/m², 3 veces a la semana, en caso de no adquirir el medicamento aplicar esta ampolla.

¿Usted conoce la diferencia que existe entre un medicamento genérico y un medicamento no genérico?

El medicamento genérico es más barato, no va a tener el mismo efecto que tiene el medicamento real y esto no es viable para la salud de un paciente porque están jugando con la vida humana.

¿Qué tanto conocimiento tiene usted de su enfermedad, sabe que funciones cumple el medicamento que le están recetando?

No, no, conozco mucho solo sé que es un cáncer, la enfermedad se ha mantenido estable, debido a que la última droga que me recetaron, la no genérica, me ha servido mucho, me siento bien, antes de la enfermedad pesaba 75 kilos y cuando

me la descubrieron baje a 66 kilos y la última vez que me pesaron pese 72 kilos, gracias a la acción del medicamento, yo nunca he preguntado por mi enfermedad nunca me dicen cómo va la enfermedad.

¿Alguna vez la E.P.S ha tenido en cuenta otros aspectos, teniendo en cuenta que el sujeto es un ser integral y que la enfermedad termina afectando otras esferas de la persona?

Antes no me había tratado nada aparte de la enfermedad, pero yo he necesitado atención psicológica por problemas de tipo sentimental, se confunden con la enfermedad y uno no es comprendido sentimentalmente por parte del cónyuge y esto me desmoraliza, tengo decaimiento del estado de ánimo, ahora lo estoy viviendo, en el aspecto sentimental soy rechazado y esto no le conviene a un hombre o viceversa, así no esté enferma (o). Yo antes iba a solicitar psicólogo al hospital, pero de la secretaría me enviaron a un psicólogo hace 2 meses y me hizo 2 visitas, yo tengo mucha fe en Dios y por eso me encuentro sano, la fe mueve montañas, lo que no hace la medicina lo hace Dios, la semana pasada llegó una nueva psicóloga porque en secretaría de salud los mandan a visitar al enfermo, las visitas del psicólogo duran media hora y ellos me preguntan que como me siento, que como ha funcionado la droga, que ha pasado en los últimos días.

¿Cómo manejan en la E.P.S el término de preexistencia?

En mi caso no tuve que hacer nada, porque aquí donde yo vivo, vivía una señora que era afiliada a salud Total y entonces mi esposa le dijo a la persona que en ese momento se encontraba haciéndole la afiliación a la señora que vivía en mi casa que ella quería afiliarse a esa E.P.S y él le dijo que bueno, que lo único que necesitaba era una copia de la cédula y que a los dos meses volvía, y así fue a los dos meses volvió ya con la afiliación lista para mi esposa y para mí también y no nos preguntaron nada, ni nos toco llenar nada.

Actor 2. Realizada el 31 de Julio de 2010.

Entrevistador: Bueno entonces, buenos Días Doña E, ¿Cómo se encuentra?

Entrevistador: Bien gracias a Dios

Entrevistado: bueno Doña E, me gustaría hacerle algunas preguntas a cerca de ¿Cómo le ha ido a usted, dentro del sistema de Salud al Cual está afiliada?, la idea de estas preguntas es que usted responda lo más sinceramente posible y le recordamos que su nombre no va a ser mencionado en el momento de que se transcriba la entrevista, vamos a utilizar un seudónimo y para que esto le permita expresar sus

experiencias abiertamente en cuanto a su entidad de salud y que pueda hacerlo libremente, ¿le parece?, ¿está de acuerdo?

Entrevistado: si, señor

Entrevistador: bueno entonces, quisiera preguntarle a cerca de la EPS que usted está afiliada, ¿hace cuánto tiempo está afiliada?

Entrevistado: ¿a la Nueva EPS?

Entrevistador: aja

Entrevistado: desde que empezó, y el seguro social siempre

Entrevistador: en términos de tiempo ¿cuánto?

Entrevistado: en términos de Tiempo Veinte años, llevamos más o menos

Entrevistador: Veinte años, usted es la beneficiaria o es cotizante

Entrevistado: he fui cotizante y ahora soy beneficiaria

Entrevistador: ahora es beneficiaria, ¿qué tanto conoce de su EPS?

Entrevistado: pues por parte de mis hijos he conocido mucho, pero a base de tutelas porque si uno va y solicita un servicio, voy saco una cita tal y por ejemplo hay cosas no POS y entonces empieza ahí que el comité, que la cosa, que otra

Entrevistador: aja

Entrevistado: no es lo mismo, bueno ellos ha estado en todo eso, en proceso de supervisión, comité y por ultimo ya la tutela

Entrevistador: aja

Entrevistado: que es la forma en que ellos ha obtenido por ejemplo las terapias, eso, o sea programas de atención domiciliaria

Entrevistador: aja, y qué cosas más conocen a raíz de las acciones legales que ha instaurado

Entrevistado: de las acciones legales pues

Entrevistador: o digamos de la estructura de la EPS, ¿cómo funciona?

Entrevistado: no pues la verdad no se Como funciona porque a mi me ha tocado hacerlos funcionar, a las, a las malas poniendo quejas, con derecho de petición y muy rara la vez que haya sido, pues que ellos digan mire salio esta cita o no salio, por lo menos ahorita que hace, desde junio habíamos colocado un derecho de petición, porque no me le han dado las citas de neumología, ni física y a pesar que tiene tutela, y hasta el viernes recibí la respuesta para que dijeran que pasa, y de eso pasaron meses y eso todo fue porque yo hice una llamada a la superintendencia (de Salud), comunicándole que me habían hecho cancelar unas citas en la Misericordia teniendo

ya los niños citas me toco cancelarlas porque ellos dijeron que no que ellos no tenían convenio, entonces me las pasaban a otra clínica y ellos mismo sacaron la cita, y el martes,... este lunes fue festivo

Entrevistador: aja

Entrevistado: el martes me llego, el, un sobrecito con la respuesta hasta ahora del derecho de petición y con la cita

Entrevistador: y ¿qué decía la respuesta?

Entrevistado: pues ya me viene con las citas de cirugía pediátrica y neumología

Entrevistador: aja

Entrevistado: automáticamente ellos me la sacaron rapidito, pero...no y por ejemplo la ¡gastro! que lleva también meses en espera

Entrevistador: y qué paso con lo de la operación de la niña

Entrevistado: no, no la han podido valorar

Entrevistador: ¡no! La han podido valorar

Entrevistado: nada, o sea eso está ahí desde que está la, la solicitud, ya lleva, va pa' tres meses y yo tenía ya la cita allí en le Misericordia, ahora ya el 17

Entrevistador: aja

Entrevistado: y ellos me la cancelaron que porque no había convenio y si hay convenio porque la mamita que me la ayudo a sacar es de la Nueva Eps y a ella la atienden allá en Gastroenterología y pues por eso me atreví a sacarla allá, y ellos me la cancelaron, esta es la hora que no me... me dijeron que me llamaban el viernes, que ayer o que hoy, y acá estoy esperando la llamada

Entrevistador: Doña E, usted por qué escogió esta Eps y no otra

Entrevistado: pues la verdad nunca me he cambiado, porque, por las historias de mis hijos son muy grandes

Entrevistador: aja

Entrevistado: para estar uno así vuelve y empieza de nuevo en otra Eps, y pues yo ya conozco más o menos a donde me tengo que dirigir, conozco las IPS, las EPS, las clínicas más o menos que están con la Eps, entonces desde bebés han estado, mis hijos nacieron en el seguro y siguen con el seguro pero entonces por eso estoy ahí

Entrevistador: ah con respecto a lo anterior que usted me decía, la enfermedad de sus hijos, yo le quería preguntar, ¿qué enfermedades tienen ellos y hace cuánto las tienen y en qué consisten?

Entrevistado: pues la enfermedades de ellos es diferente, la patología de la niña por lo menos la tiene desde que ella nació, ella nació en la San Pedro cuando eso era la San Pedro Clavel, y ella me la tuvieron en observación o sea no me dijeron nada así... cuando yo la traje aquí, ella se puso muy amarilla y se le subieron demasiado las bilirrubinas, tuvieron que hacerle sanguíneo-transfusiones y a pesar de eso le quedaron secuelas en el cerebro y pues quedo con su problema de parálisis cerebral

Entrevistador: la patología es parálisis cerebral

Entrevistado: exacto

Entrevistador: y la del niño

Entrevistado: y la del niño, el fue, el fue en los controles eso fue en la clínica San Rafael, yo fui al control de ocho meses y ellos empezaron a hacerme monitoreos, que no lo sentían, que no se movía, me tuvieron un día en observación y al otro tomaron la decisión de sacarlo por cesaría, cuando nació entonces lo llevaron a observación y me dijeron que y tenía hipoglisemia

Entrevistador: aja

Entrevistado: pero que eso era tratable

Entrevistador: aja

Entrevistado: entonces como era cesaría como al segundo día yo baje a mirarlo, y a mí me tenían en un piso y al él en otro, cuando yo le estaba dando pecho el se desmayo y quedo en coma

Entrevistador: aja

Entrevistado: esa hipoglisemia yo pienso que fue lo que lo dejo en coma y duro como una semana ahí entubado, un mes hospitalizado y pues cuando lo traje a la casa, él no, cuando le dieron salida, dijeron que había quedado con síndrome convulsivo, pero que con mucha terapia él iba a salir adelante, pero el quedo ciego, él tiene síndrome convulsivo, parálisis cerebral severa

Entrevistador: ah y hace cuánto ellos tienen las enfermedades, bueno desde que nació

Entrevistado: desde que nació

Entrevistador: y en términos de dinero o de costo ¿qué implicaciones tiene para usted que, que ellos padezcan la enfermedad?

Entrevistado: hace un tiempo era muy costoso

Entrevistador: ¿por qué?

Entrevistado: porque por lo menos nosotros teníamos que costear los pañales,

Entrevistador: aja

Entrevistado: transporte

Entrevistador: aja

Entrevistado: corra con urgencias, pagar una terapeuta, porque yo me enfermaba a veces o a veces no podía llevar a uno o estaba hospitalizado, entonces a mi me tocaba pagar una persona quién vea del otro niño

Entrevistador: aja

Entrevistado: y pues mi esposo, es siempre el que ha trabajado solito, cuando eso mi niño mayor estudiaba, venia a hacer de comida, hacer servicios, pañales... todo, entonces nos tocaba, entonces nos endeudamos mucho con el Banco (Colpatria), nosotros tenemos una tarjeta de crédito y nos tocaba estar en deuda, entonces a veces uno prácticamente, uno pague y pague al Banco y entonces uno se veía en problemas de, de eso de Bancos y entonces, dejaba, o no comida uno bien,

Entrevistador: entonces antes de la tutela ustedes asumían prácticamente todos los costos

Entrevistado: todos, nosotros asumíamos todo, todo

Entrevistador: ya y usted tiene más o menos un estimado, en ese proceso antes de establecer usted la tutela, de un costo, de una cifra

Entrevistado: no pero yo por ahí pues guarde, cuando yo puse la tutela, menos mal que yo tenía lo de las deudas del banco, he lo de la terapeuta porque yo empecé a endeudarme con ella y también los recibos por ahí uno que otro pañal, por ahí con eso eran casi \$140.000 pesos mensuales en solo pañales de los dos

Entrevistador: aja y otras cosas

Entrevistado: y otras cosas transporte, en la mañana en la noche, en la madrugada a la hora que ellos se enfermaran nos tocaba pagar taxi,

Entrevistador: y más o menos cuánto, mensualmente

Entrevistado: mensualmente más o menos unos seiscientos, setecientos mil pesos

Entrevistador: ya, Doña E bueno entonces cómo maneja la EPS en términos de preexistencias o, esto quiere decir que elementos que son validos para ser parte de la EPS, por ejemplo los, los recibos que le daban a usted para que certificara que servicios que le dieran, ese tipo de cosas

Entrevistado: cómo así, no entiendo, no entiendo la pregunta

Entrevistador: he o sea, lo que, todas esas, ese tipo de documentación que usted tiene que diligenciar de digamos que o sea cuando usted tiene los comités, he la...las aprobaciones

Entrevistado: la papelería

Entrevistador: la papelería, eso son preexistencias, cómo, cómo maneja eso la Eps, en cuanto a los tramites que hace dentro de la Eps

Entrevistado: pues ahorita un poquito, ahí mismo, pero por lo menos ahorita sacaron eso de que toca ir a pedir un Recobro, uno para ir a pedir una cita a especialista, tengo que pasar primero a médico general, el médico general me lo manda al especialista, el especialista me da la orden, esa orden la hace la IPS y da una, una, un papelito que dice recobro a la capita, y ahí con ese recobro a la capita ahí si voy a la Eps a que autoricen

Entrevistador: aja

Entrevistado: y ahí me mandan pa' una clínica, pues ahorita me están cogiendo así de que, de ping pong yo les dije, porque me manda que para San Rafael a averiguar supuestamente, y me voy pa' allá y no que mire, vengo a este lado, y entonces para la San Ignacio y no que tampoco, eso no es justo que lo pongan a uno, o sea cuando podrían decir ellos haber en que clínica tienen convenio, y qué especialidades hay allá, y así mandarmen para allá, pero no, me manen vaya, vaya haber si allá de pronto la atienden y toda esa papelería del recobro y todo eso yo no, yo digo que ahorita con la, la que, la tecnología que ellos tienen, ya no debería existir tanto papel, si no por sistema

Entrevistador: aja

Entrevistado: que tuvieran, ellos ya saben que tienen tutela porque ya la, han registrado en la EPS y en la IPS y para que tengan un mejor... por ejemplo ese papel de recobro, hoy tengo que ir por lo menos a eso ahorita, a pedir ese recobro y para que me autoricen eso la cita allá, y haber para donde me mandan los niños

Entrevistador: y ese requisito es nuevo o ya ha venido de bastante tiempo atrás

Entrevistado: no, cuando me salio la tutela, ellos me autorizaban todo rápido, esto es ahorita, pero eso es aquí, eso no es con todas las mamás

Entrevistador: aja

Entrevistado: yo he visto una que otra mamá con eso del recobro, pero no entiendo, no entiendo ese papelito para qué, y hay otras que pues fácilmente pues se lo entregan

Entrevistador: bueno entonces Doña E, cuéntenos en términos de su experiencia la enfermedad cómo ha afectado sus esperas familiar, social, laboral

Entrevistado: en todo

Entrevistador: en qué sentido

Entrevistado: pues en lo social porque uno no tiene vida social, yo no puedo decir voy a ir a, me invitaron a un almuerzo, por qué, porque mis hijos están ahí, tengo que estar pendiente del uno del otro, el medicamento del uno, el medicamento del otro, que las terapias, que las citas; he familiar bueno pues mi hijo como lo pueden ver, cuando medio tiene un descanso ahorita porque dentra más tarde, está por allá colaborándome porque si no yo no podría estar, esta, colaborándole con esta entrevista, mi esposo pues él trabaja, casi no salimos, no la pasamos acá encerrados, cuando eran pequeñitos si podíamos salir, pero entre más grande, uhm que la silla, es que ya ni un taxi lo recoge a uno, ni con una silla siquiera, entonces biega uno mucho, hasta ni religión, ya uno no halla ni en quién creer, por ejemplo ayer y hoy he estado como con depresión, otra vez por que eso lo enferma a uno, estar uno siempre ahí encerrado y viendo, como, como una cárcel, que usted no puede salir corriendo porque usted tiene su obligación ahí, y ellos les da hambre, ellos se mojan, hay que moverlos, hay que bañarlos

Entrevistador: ¿y no le han solucionado nada de los de la enfermera?

Entrevistado: de la enfermera ahí salió en el derecho de petición, que el médico tratante es el que debe dar la orden, pero yo pase el me... y que no iba copia de la orden de la enfermera, siempre, siempre yo desde que coloque lo de la enfermera, la he llevado al juzgado, la he dejado en la Eps, más de una vez y me salen con ese cuento de que no he dejado la orden, la orden la dio un Neumólogo, el Neumólogo tratante de ellos que estaba en la San Rafael, pero ellos no me ha vuelto a remitir a Neumología no se si fue por lo que él me mando esa, esa pues el vio que la necesidad que de yo necesito una persona que me colabore con esos dos niños,

Entrevistador: aja, y en las otras esferas Doña E, en lo familiar, en lo laboral, alguna vez usted ha trabajado

Entrevistado: yo labore pero cuando tenía solo la niña, pero ya cuando nació el bebé ya no, cómo laboro si me toca estar pendiente de ellos

Entrevistador: todo el tiempo

Entrevistado: todo el tiempo

Entrevistador: digamos Doña a E cuál es la persona, en este caso las personan que sufre la enfermedad son sus hijos, o sea directamente usted no esta involucrada con la Eps por una enfermedad que usted tenga

Entrevistado: no pues la verdad no he vuelto a control porque yo tengo Osteoartrosis, tengo anemia ferropénica

Entrevistador: a usted le hicieron una Histerectomía, me contaba

Entrevistado: me hicieron hace un año una Histerectomía

Entrevistador: ¿qué consecuencias tuvo eso para su vida?

Entrevistado: pues la verdad de todo, porque ahorita ando muy enferma es de la vejiga de tanto cargar ese niño, y la Eps no se, como tenga que yo...verle o hasta que yo me vea con el problema más grande sería demandar, porque ellos, desde que yo, desde que me operaron

Entrevistador: ¿cómo siguió usted del problema de la anemia?

Entrevistado: pues lo de la anemia no he vuelto a control, he ido solo por urgencias porque se que yo me siento demasiado enferma, por estar acá con los niños

Entrevistador: pero ya no es tan fuerte como hace un año

Entrevistado: no sé como estaré la verdad no me he vuelto a tomar los niveles de...

Entrevistador: no se ha vuelto a desmayar

Entrevistado: no, solo mareitos a veces pero la verdad no he podido volver a control

Entrevistador: Doña E, ¿cómo ha sido la atención por parte de la Eps, con respecto a la enfermedad desde el inicio hasta el día de hoy?

Entrevistado: pues en el inicio ella como que eso era normal para ellos, las terapias me tocaba llevarlos a mí hasta la 26, lunes, martes uno y lunes, miércoles y viernes; martes y jueves uno y lunes, miércoles y viernes el otro

Entrevistador: aja

Entrevistado: pero porque yo los podía cargar o a veces le paga a una persona que me ayudara a llevar a uno para no estar todos los días allá, pero cuando se acabo el seguro social pues, pues no ellos estuvieron sin terapia, y yo trataba de meterlos por acá en la alcaldía les regalaban terapias, un programa que se llamaba OEL y así lo que yo les podía hacer, porque por el dolor en mis manos y en mi espalda, yo ya no los puedo trabajar, muy rara vez, ya no es con ese juicio de antes, y pues ya hoy día mi hija tiene el problema de, de columna, el niño en sus piecitos

Entrevistador: y en qué ha cambiado la atención

Entrevistado: pues cambio desde la tutela, cuando yo coloque la tutela, entonces ya empezaron las terapias, he pues como más atención hacia ellos, pero no en todo, no siempre hay cosas por lo menos ahorita estoy sufriendo con lo de Gastro, Neumología, pero si mejoraron digamos que del 100%, la mitad, y ahorita se mejoraron las terapias, les aumentaron más las terapias

Entrevistador: bueno y en cuanto a sus medicamentos que le han dado, esos medicamentos han cambiado en el transcurso de la enfermedad

Entrevistado: si, empezaron con los convulsivos, que era Jerson la Carbamazepine que esa se la venían dando desde el seguro, y mi niña ahorita como ella tiene, el neurólogo la ha seguido, ella ya le aumentaron que Clonazepam, toma gotas de Clonazepam, y baclofenaco pues para tranquilizarla, no porque ella convulsione sino para tranquilizarla porque ella es demasiado Espástica y trata de agredirse y agredirlo a uno, y pues le aumentaron el Ensure, pues porque debido a su desnutrición, ellos nunca los había, nunca eso no tenían especialidades porque el Seguro nunca se preocupo por eso, entonces ahorita nutrición si les da Ensure, Pediasure al niño, he les dan bisacodilo pa' a veces para su estreñimiento, tienen sus terapias, he tienen sus inhaladores

Entrevistador: y ¿qué tan fácil o qué tan difícil es el acceso a esos medicamentos?

Entrevistado: no gracias a Dios, nunca he tenido problema

Entrevistador: se los entregan fácilmente

Entrevistado: hay veces quedan un pendiente pero yo llamo a la Eps y dura tres días más o menos máximo para que llegue

Entrevistador: y esos medicamentos son más costoso que los que le daban antes de la tutela

Entrevistado: creo que los de la niña el baclofeno

Entrevistador: ¿alguno es genérico?, todavía le siguen dando algún genérico o ya no le dan ningún genérico

Entrevistado: genérico si, creo que le dan el Clonazepam, que es genérico

Entrevistador: uhm cuénteme de pronto un poco a cerca de las instalaciones de la EPS, cómo son las instalaciones, he sobre todo la parte física de la EPS

Entrevistado: ¿para las condiciones de ellos?

Entrevistador: aja

Entrevistado: la IPS o sea Fundasalud pues bueno ellos tienen su primer piso y ahí los atienden a ellos, pero tiene que uno ir a buscar el médico, llamarlo, que baje y los atienda, allá no hay ascensor ni nada, pero la atención en sí buena

Entrevistador: sí, y cuando los atienden en los consultorios, de una manera adecuada, como son la distribución de los consultorios

Entrevistado: muy pequeños

Entrevistador: muy pequeños

Entrevistado: sí porque por lo menos la camilla eso tiene uno que mover mesas y todo, para que quepan, por lo que ellos van en transporte de ambulancia

Entrevistador: aja, bueno Doña E, ya cambiando hacia otro aspecto, ¿usted ha instaurado algún tipo de acción legal para mejorar el servicio o para que la atiendan

Entrevistado: ¿a los niños?, pues la tutela, y derechos de petición que me ha tocado colocar varios, y por lo de la enfermera que estoy peleándola ahí haber que, pero pues es algo que yo he exigido pero ellos no lo han cumplido

Entrevistador: hace cuánto instaura la tutela

Entrevistado: eso fue en febrero del 2009

Entrevistador: febrero del 2009, y cuántos derechos de petición ha instaurado

Entrevistado: pues la verdad he perdido la cuenta, pero sí he instaurado más de cinco

Entrevistador: Doña E, la EPS le han hecho firmar algún tipo de documento donde usted se halla comprometido a no recibir algún tipo de tratamiento

Entrevistado: pues me hicieron firmar documentos cuando me afiliaron al, afiliaron los niños al programa de atención domiciliaria, que ellos no debían, que supuestamente que si ellos ingresaban ahí, ellos no podían ver los otros especialistas sino ellos, pero ellos son médicos generales

Entrevistador: aja y ellos todavía están vinculados a ese programa

Entrevistado: todavía, no me lo han quitado porque pues en vista de tanto derecho de petición, y desacatos, entonces no los han sacado, pero ellos me dicen que por estar en ese programa no tenían que ir ni a Neumología, ni a Pediatría; pero como ellos se me ha agravado y los he tenido que llevar a urgencias, en la clínica cuando los ven y me, yo le comento, pero si ellos son niños, ellos tienen muchos derechos, mamá como así, no señora usted tiene que llevarlos y eso me dan las ordenes de todo los especialistas que ellos no los ven, ahorita por ejemplo se los habían quitado otra vez y otras vez volvieron y se los colocaron en una urgencia que tuve hace poco

Entrevistador: aja pero en este caso se los están dando por la IPS y no por el

Entrevistado: y no por la tutela, sino los mismo, o sea la, la urgencia la da el médico general y ellos hacen una remisión y luego lo ve el especialista y ahí empieza todo otra vez, lo que ellos salen, no es que yo los quiere ni que me este inventando enfermedades, el médico mismo se da cuenta de las condiciones en las que están mis hijos

Entrevistador: aja, bueno con respecto al proceso que ha llevado con relación a la enfermedad, de pronto pues ya me ha comentado a cerca de alguna, no qué dificultades haya tenido para que puedan brindarle la atención que se requiera para los niños y qué ha tenido que hacer para que esos se pueda dar

Entrevistado: para la cómo así

Entrevistador: o sea que dificultades usted ha tenido en todo el proceso, he para que ellos puedan acceder a una buena atención, y qué ha tenido que hacer para que ellos obtengan lo que se considera una buena atención o una atención digna

Entrevistado: pues la verdad derechos de petición, el desacato es lo que yo he acudido porque yo veo la vulnerabilidad en que, la, los, el programa en el que querían vincular los niños pues no era acorde para ellos, entonces me ha tocado demandar

Entrevistador: si básicamente instaurar procesos legales,

Entrevistado: exacto

Entrevistador: uhm en cuanto a los cambios que ha tenido la salud de los niños, usted que cambios ha visto, ha sido para mejorar, o ha sido para empeorar, cómo ha sido eso durante todo el proceso

Entrevistado: pues haber, ha mejorado, porque por lo menos la niña, ha mejorado, es como más sociable, ella trata de hablar, se mueve, ya no es tan Espástica, he si la fisionomía de ella a cambiado mucho, a como estaba ella

Entrevistador: y en caso, en el caso del niño

Entrevistador: y en el niño también ha cambiado mucho él ya se mueve, tiene su bipedestador que ya no los paran, lo ponen de pie, lo mueven, ya mueve sus piernitas, ya no esta, es que ellos estaban prácticamente tullidos, él ya por lo menos de noche ya no tengo que voltearlo yo, si no él mismo se busca, el mismo se voltea para el lado que se cansa, se mueve, entonces para mi son muchas mejoras

Entrevistador: y usted cree que esas mejorar ha sido a raíz de qué

Entrevistado: de pues por la pelea con la EPS, porque ellos ameritaban esos servicios, y ellos nunca me los daban si no, eso fue en base a la pelea que yo tuve con

ellos, entonces surgieron que las terapias, he como me negaron todo eso, entonces se fue a la tutela y por eso todo ese proceso va ahí

Entrevistador: aja bueno, antes de interponer la acción legal de la tutela, cómo era la calidad del servicio

Entrevistado: mala, porque yo llevaba a mis hijos, y los vea un médico general y me les daba acetaminofén, loratadina o terapia era lo único que mis hijos tenían, pero nunca se preocuparon por decir señora mire sus hijos pueden tener terapia, sus hijos pueden, no ellos decían lo contrario, no eso ya para que es que correo con ellos, eso no se mate, no se desgaste con ellos, y me decían no, y la niña le decían, ella a los siete años se le muere, ella no pasa de los siete años

Entrevistador: aja y cuántos años tiene actualmente

Entrevistado: quince, tiene quince años, y con el niños pues con sus convulsiones mejoraron con ese, bueno eso sí le dieron el fenobarbital, las Carbamazepinas, líquida, que en pasta y por último una trileptal, y eso fue gracias a una Neuróloga, que ella dijo huy mamá, ese día convulsionaba arto en la clínica del niño y yo los tenía a los dos allá enfermitos de los bronquios, entonces con esa fiebre que le dio, él empezó a convulsionar y claro yo grite y en esas pasaba la Neuróloga y yo le dije hay doctora colabóreme míreme ese niño como convulsiona y qué le estaba dando y ella fue la que le formulo ese ...

Entrevistador: medicamento

Entrevistado: ese medicamento específico con todo y laboratorio, y lo mandaron a comité y el comité como estaba hospitalizado eso fue rapidito que fallo, y me lo entregaron y de ahí para no se lo han quitado y él no volvió a convulsionar

Entrevistador: y cómo era la cuestión para que le dieran las medicinas en ese entonces, era fácil o era difícil el acceso

Entrevistado: huy difícil

Entrevistador: por qué

Entrevistado: difícil, difícil porque por lo menos esa Carbamazepine bueno se la dieron ese día que estaba hospitalizado, después allá un montón de papeles y tocaba esperar, cada mes tenía que estar uno pendiente y tenía que llevar la historia, las formulas, ir a transcribirlas y eso era, era horrible

Entrevistador: tramitología

Entrevistado: uhm era horrible, horrible y pues no gracias a Dios, eso ahorita con la tutela solamente la transcriben y yo voy y la, la autorizan y ya rapidito

Entrevistador: Doña E, usted como percibe la intención que la EPS quiera negar el servicio que ofrece en el sistema de salud o si no se lo, en el momento en el que se lo hallan negando cómo lo percibía usted y cómo lo percibe ahora a raíz de la acción legal que usted interpuso

Entrevistado: pues ahorita bueno si han negado unos servicios, y pues la manera más correcta, bueno yo llamo directamente a jurídica de la EPS y le pregunto a Luz Mireya que es la encargada mi tutela y si ella pues no me da ninguna solución, pues ahorita yo estoy tomando la iniciativa de llamar a la Superintendencia de Salud, y pues así me han colaborado como mejor

Entrevistador: ya, he entonces, bueno con respecto a lo que acabamos de hablar usted ha participado en algún tipo de marchas, movilizaciones, algún tipo de protesta para solucionar los servicios de la salud de los ciudadanos acá en Bogotá y si lo ha hecho a estado vinculada con qué institución

Entrevistado: pues una vez fui a la Salud, ahorita cuando el Presidente Uribe estaba sacando esa reforma de que

Entrevistador: de los decretos

Entrevistado: de los decretos, entonces fuimos con Martha Bejarano en la exigibilidad de Salud al Derecho, y bueno fui a esa marcha, otra vez fui por allá por la séptima que nos pusimos cita ahí en el ministerio de protección social y también era de lo mismo

Entrevistador: siempre ha sido por intermedio de Salud al Derecho

Entrevistado: siempre ha sido por intermedio, porque halla fue donde me ayudaron con la, ha instaurar la tutela

Entrevistador: no se ha vinculado con otra organización

Entrevistado: no, solo con ellos

Entrevistador: y qué pen, como pensaría usted que se podría mejorar el servicio ya hablando ya a nivel macro de salud

Entrevistado: hay a nivel macro pues yo no se he es que hay gente que pide cosas porque si uno dice yo pido lo necesario para mis hijos, y pero hay gente que si tiene cosas por ejemplo medicamentos costosos y los piden y yo he sido testiga de que no se los dan a los pacientes y los siguen pidiendo, y entonces eso, lo que otra persona necesita con esas plata esta ese hueco ahí, y por lo menos yo soy muy consciente en eso y si uno va utilizar este medicamento yo lo pido es porque yo se que lo estoy dando y me gustaría pues que vigilaran todo eso

Entrevistador: o sea un poco más de control de los medicamentos,

Entrevistado: huy si, de los medicamentos sobre todo los de alto costo

Entrevistador: entonces usted dirían que el problema sería más la actitud del usuario frente al medicamento o de la EPS

Entrevistado: de ambos porque la EPS uno lo va, y ellos va y ya no averiguan no investigan, a mi me gustaría que estuvieran más pendientes con tantas cosas, hay mucha corrupción tanto de allá como de acá

Entrevistador: aja bueno ya para finalizar doña E, usted qué, así como una propuesta que usted tenga para bueno también relacionado con que mejore la atención medica y raíz de la experiencia que usted a tenido con sus hijos, ya desde hace bastante tiempo, usted que propondría

Entrevistado: pues que propondría, pues a mi me gustaría que las citas a especialista, bueno la pudieran, de acuerdo a la urgencia si, por lo menos a la niña cuando la llevan a neurología, que fue un mes, después dos meses, así a dando las citas o que cada mes uno tiene que estar allá en el especialista no, uno como mamá debe ser consciente que necesidades tiene de llevarlos así sea la IPS o EPS, también estar pendientes de esas citas de los controles

Entrevistador: y en otros aspectos, de pronto así que se le ocurra

Entrevistado: pues pero eso son los que tienen tutela, y pues lo que no tenemos tutela pues que mejorara más la atención, porque por lo menos yo que día, yo fui a urgencias dure como seis horas allá en espera para, para una aspirina que me dieron y un suero, un acetaminofén, entonces no, hay cosas que fallan

Entrevistador: entonces usted diría que definitivamente el hecho de interponer una acción legal cambia

Entrevistado: cambia pues si como que le ponen a uno como atención, pero hay pues las cargas como las lleva pues el Fosyga, ya la EPS pues se lava las manos ellos están contentos en eso,

Entrevistador: porque el Fosyga les paga todo

Entrevistado: le paga todo, y entonces ellos allá no pues ellos cogen lo que mensualmente los, los cotizantes pagan

Entrevistador: usted cree que hay una crisis financiera en el sistema, a raíz de lo que me esta diciendo

Entrevistado: yo creo que si,

Entrevistador: bueno doña E, pues como ya le había comentado anteriormente pues la idea es que esta sea la primera entrevista de otras entrevistas que vamos a seguir haciendo y ahorita empezamos el proceso metodológico de la, del trabajo de tesis, y pues no se, nos estaremos viendo un poquito más seguido y la estaré molestando

Entrevistado: bueno

Entrevistador: y muchísimas gracias por todo, de todos modos nos estamos y estamos pendientes del caso de las bebés

Entrevistado: bueno muchísimas gracias, que este muy bien oyó.

MEMO 1: REFORMULAR LA PREGUNTA DE PREEXISTENCIAS,

Entrevistador: ¿TUVO QUE LLENAR ALGUN FORMULARIO O LE PREGUNTARON QUE ENFERMEDADES TENIA PARA AFILIARSE A SU EPS ACTUAL?

Entrevistado: no.

Actor 3. Realiza el 14 de Agosto de 2010.

A qué EPS está usted afiliada, hace ¿cuánto tiempo? ¿Es usted beneficiario o cotizante? ¿Qué tanto conoce de su EPS? ¿Por qué se afilió a esa EPS y no a otra?

RTA: Actualmente estamos afiliados a sol salud hace seis meses soy beneficiario pues lo que le digo como hace seis meses estamos, que nos están atendiendo. Nosotros estábamos afiliados a Mutualser que era donde nos atendían antes, pero como dique quebró pues nosotros nos tenían que afiliar a otro lado y mi señora supo que Solsalud tenía convenio con el instituto nacional del riñón, donde me estaban atendiendo, entonces eso nos servía, y mi señora hizo los papeles para que nos afiliaran allá, y un día nos dijeron que ya habían autorizado que me siguieran atendiendo en el Instituto, el Sisben nos afilio a Sol Salud y de hay nos mandan para varios hospitales como el Simon Bolivar, la Clínica del Riñón. ¿Qué enfermedades tiene, hace cuánto tiempo que la tiene, en qué consiste?, en términos de dinero y costo que implicación tiene para usted padecer de esta enfermedad? ¿Cómo manejan en la E.P.S el término de preexistencia? (elementos válidos para ser parte de esa E.P.S)

RTA: Yo ya estoy es medio sumerse, soy Diabético, sufro de la próstata, sufro de los riñones, me agrave póngale hace como cinco años, ya se me daño la vista, desde hace cinco años me están tratando todo. La enfermedad mía consiste en que se me sube el azúcar, entonces en la clínica del Riñón me tienen controlado todo lo que es tención, me tienen controlada el azúcar. Eso es un cáncer silencioso e

económicamente si hay una implicación porque no puedo trabajar. En términos de preexistencia la EPS me cubre todo mis tratamientos cuestan como cuatro millones y gracias a eso estoy aquí si no ya me había muerto

Cuéntenos en términos de su experiencia y de su enfermedad como ha afectado su área familiar, social, laboral?

RTA: En el área familiar mucho, mucho sumerce porque como dicen la cabeza mayor es la cabeza mayor y cuando usted no produce se acaban las cosas, ni puede uno dar, ni puede uno exigir, y yo hace mas de cinco años no puedo trabajar y uno se siente mal porque la familia es la que tiene que responder por uno, y como uno es la cabeza que llevaba el diario a la casa. En cuanto al área Social yo no puedo salir yo no salgo solo, por ahí de pronto con la señora que salimos a la clínica y de la clínica salimos para acá, no puedo coger una buseta solo, en transmilenio si camino seis o siete cuadras ya estoy que no puedo por lo de lo de los riñones y como le digo yo no labor, yo no hago nada, ya no se ha podido hacer mucho no se puede salir disfrutar de la misma manera, ya como casi uno no ve, ni puede caminar mucho porque me canso rápido, uno ya ni se quiere mover, mi señora es la que me acompaña, por ejemplo en la navidad no se pudo salir y pues la pasamos con el hijo ,la señora, y un nieto, los cuatro aquí, porque no se puede hacer mas.

¿Cómo ha sido la atención por parte de la E.P.S con respecto a su enfermedad desde el momento en que se inició hasta hoy en día?

RTA: Para mi ha sido excelente no habido ningún problema me han atendido muy bien tiene fallas como todo la Única falla que tiene es que cuando ha ido a urgencias no es la misma atención, pero en el resto me ha ido muy bien tengo una maquina que me Dializa 10 horas diarias y no tengo ningún problema por que eso lo hago aquí en la casa porque ella me conecta y me desconecta

Ha instaurado alguna tipo de acción legal para mejorar el servicio o para que lo atiendan? , ¿Ha instaurado derechos de petición antes de imponer la acción legal de una demanda.

RTA: para que me atiendan si y era porque me tenían que poner unas inyecciones; me alcanzaron a poner dos inyecciones y después me dijeron que yo las tenia que pagar esa inyección valía 150.000 ciento cincuenta mil pesos y era una mensual y el bolsillo no alcanza a cubrirla, hace mas de siete meses que no me la coloco y por eso mi Hijo Mario fue a poner una tutela y después empezaron como se

dice vulgarmente a (tomarme de el pelo) que venga pasado mañana, que dentro de ocho días entonces ahorita tengo que pedir una cita para el Urólogo y hay toca esperar lo que él diga a ver que hay que hacer haber si me ponen las inyecciones o hay necesidad. No solo se ha interpuesto la Tutela para que me pongan la inyección y no nos pongan a dar tanta vuelta de un lado para el otro como le dije que no nos tomen del pelo

En el proceso que ha llevado con relación a la enfermedad, qué dificultades ha tenido para que puedan brindarle la atención que requiere (la persona enferma según el caso) y qué ha tenido que hacer para que esto se pueda dar, cuéntenos de la manera más detallada posible.

RTA: yo no he tenido dificultades, puede que sea el único que diga eso pero pues bueno yo no he tenido que decir que la droga, que me atendieron mal, en la clínica del riñón yo me mejore como un 20 por ciento antes no podía caminar ahora aunque sea me puedo mover.

Cuéntenos un poco a cerca del proceso, cuanto tiempo lleva en este proceso, (instancias, personajes, tiempo) relacionados con la experiencia vivida por la persona.

RTA: el proceso de la enfermedad así grave, grave fue hace 18 meses, aunque hace seis años que ya empecé con los problemas de riñón que sondear durante tres meses, después que la próstata, después de la próstata los riñones fue una cosa escalonada hasta que tengo que dializarme todos los días, no puedo decir que un día me puedo mejorar

Y que cambios ha tenido la salud de (la persona enferma según el caso), qué ha sucedido, en qué ha incidido el tratamiento, que clase de tratamiento es?

Después de empezar el tratamiento ha cambiado mi vida para bien, porque después

De que no podía caminar que llegue n silla de ruedas pues pude salir caminando y con la inyección siento que ha mejorado mi organismo el nombre de el proceso o tratamiento es Diálisis peritoneal Automatizada, es una maquina que le introduce un liquido y se lo saca, s como si le limpiaran las arterias y la destaponara

Cuéntenos cómo era la atención de (la persona que este enferma según sea el caso) antes de instaurar la acción legal (tutela, derecho de petición, etc , cuéntenos como era el proceso, por ejemplo para que le dieran los medicamentos, citas con especialistas, exámenes que requiere o requería la persona que se encuentra enferma.

RTA: El único problema fue con la inyección de resto no tengo queja

Antes de interponer la acción legal de tutela como era la calidad en el servicio y cómo es ahora? , se ha interesado por documentarse frente a temas relacionados con la garantía de los servicios en salud. (por ejemplo procesos legales).

RTA: no ha cambiado porque no nos han atendido, Nos ponían peros para atendernos que tenia que pedir cita con el urólogo, que una cosas que la otra y cuando ya por fin la autorizaban, y era el día de ponerme la inyección, y estábamos en el pasillo del hospital la enfermera pasaba yo creo que con una caja vacía y nos decían tranquilo que aquí la tengo pero tiene que esperar un momento y así nos tenía como dos horas esperando y siempre mostrándome la caja de la supuesta inyección y lo de documentarse pues, no la verdad no porque no puedo leer no veo y antes tampoco porque como estaba bien pues no me interesaba

Cuéntenos acerca de ¿cómo es la salud actualmente de la persona enferma, como es el tratamiento, que tiene que hacer usted como familiar para que le den un adecuado tratamiento a la persona enferma, ha recurrido a otros medios alternativos de tratamiento?

Usted percibe la intención que la EPS quiera negar el servicio que ofrece en el sistema de salud, porque?

RTA: pues yo creo que si por el precio de la inyección por eso pusimos la tutela, y les autorizaron le pusimos otra y no me volvieron a atender, por que como me cambiaron de EPS se volvió a trastornar la cosa, Pues yo creo señorita que como una estrategia no, pues si nos hacían pasear de una lado para el otro que pida autorizaciones, que saque citas que toca ir hasta la clínica del riñón que si no teníamos los papeles que había mandado el oncólogo con sus respectivas autorizaciones la aplicaban, y cuando, o si no era que no había la inyección y tocaba mandarla a pedir y la aplicaban solo en un horario determinado que era de 2 a 4 y así nos tenían dando vueltas hasta la hora que ya casi viene la otra.

Ha participado en marchas, protestas, movilización referidas a garantizar el servicio en salud de los ciudadanos?

RTA: no yo no he participado yo no puedo y mi familia tampoco , hay veces no tienen tiempo

¿Porque cree que el estado asume costos de la EPS?

Porque es un derecho que el estado tiene que garantizar , por eso adquiere esa obligación y mas cuando uno no tiene una entrada fija, porque como uno esta sin trabajo.

Como ha sido la atención del sistema de salud.

Nos atienden rápido, tratan de atendernos bien siempre con buena actitud

Hubo algún prerrequisito para afiliarse a la entidad, como formatos o datos sobre enfermedades

Si, en la secretaria de salud nos hicieron llenar como una especie de Historia sobre las enfermedades, Un formulario, donde teníamos que hablar sobre todas las enfermedades que teníamos. Y en la EPS también pues para abrir una historia clínica

Que medicamentos le aplican en la inyección alguna vez le han dado medicamento genérico

El medicamento de la inyección es Acetato de Leu prode, pero nunca le han dado genéricos

Cree usted que influye en la enfermedad si se aplica un medicamento genérico

Yo creo que si porque es una enfermedad muy delicada y el medicamento genérico puede que no le haga lo que le hace el otro.

Siente usted que el sistema de salud es integral en cuanto a la salud del paciente, (muestra interés porque se mejore o le da lo mismo)

Si en este momento si, porque es una enfermedad muy delicada y bendito Dios hemos contado con suerte, están muy pendientes , el doctor, las enfermeras, ellas me llaman y me recuerdan cuando es que lo tengo que llevar, y a demás de eso cada principio de mes lo visitan un grupo de profesionales. Nutricionista, trabajadora social, psicóloga