

TRABAJADORES INFORMALES: CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS SOBRE  
SALUD, POSTERIOR A LA LEY 100

Dueñas Vallejo G., Gerena Salas E, Páez Acevedo D, Useche Holguín S, Valencia Santos J

\* García C\*

ABSTRACT

Actually appears different points of view from differents social sectors showing dissatisfaction and a hard critic to the phases of health implanted since 1993. the objective of the present investigation is to know the meanings that have built the people, with an unformal job situation, around the health services after the law 100 reformation; for that it was implanted series of interviews that included since the constitution of a Focal Group, untill the deepnees interviews and the later interpretation through the Dialoge Analise; like this, it could get a conceptual and practice close up that make evidence the absence of warranties on the presentation of the health service: promotion, prevent and assist for the customer or client.

RESUMEN

Actualmente surgen puntos de vista de diferentes sectores sociales expresando inconformismo y una dura crítica hacia los esquemas de salud implantados desde 1993. La presente investigación tiene como objetivo el conocer los significados que han construido las personas, en situación de trabajo informal, alrededor de los servicios de la salud luego de la reforma de la ley 100; para ello se implementaron una serie de entrevistas que incluyeron desde la constitución de un Grupo Focal, hasta las Entrevistas a Profundidad y su posterior interpretación mediante el Análisis de Discurso; así, se logró tener un acercamiento conceptual y práctico que evidencia la ausencia de garantías en la prestación del servicio de salud: promoción, prevención y asistencia para el usuario o cliente.

Palabras Clave: Trabajo Informal; Reforma Ley 100 De 1993; Construcción de significados; Paciente – Cliente

## INTRODUCCION

El proceso de construcción científica actual está caracterizado por la diversidad de paradigmas que pretenden explicar la realidad. En investigación social, existen métodos y orientaciones, incluso políticas para dar cuenta de los fenómenos (Habermas, 1986). La presente investigación es un producto Crítico Social; su finalidad, más allá de pretender realizar un aporte conceptual en un área específica a la comunidad científica, es aportar a la transformación de una realidad particularmente nociva para un sector de la población.

No hace falta más que una ojeada simple al trabajo escrito de cualquier historiador, para notar que la humanidad ha tenido más cambios en los últimos 150 años que en el resto de su existencia. Las formas de administrar y gobernar las naciones, de hecho están a la vanguardia en cuanto dichos cambios. En Colombia, las nociones sobre lo que debería hacer un país para conducirse en una vía efectiva de crecimiento, sostenibilidad y bienestar, no son ajenas de lo que ocurre en el resto del mundo. Es así como inicialmente, por supuesto luego de superar etapas feudales y posteriormente industriales, la economía global se ve directamente influenciada por el manejo autónomo del capital, el crecimiento del mismo, y en enlace directo con la propiedad privada y la libertad como su valor principal (Alvear, 1970). Esta nueva forma de organización económica en el mundo generó inmediatamente unas consecuencias a nivel político y por ende nuevas formas de gobernar y nuevos esquemas ideales que se fueron fortaleciendo con el pasar de los años, permeando la cultura y generando transformaciones en la misma (Rosen, 1985).

El Estado como único representante formal de las naciones, con el pasar del tiempo ha observado crecer nuevas demandas sociales las cuales por su

misma función lógica debe atender tales como: nutrición, vivienda, trabajo, salud, entre otras muchas, y estas demandas en los individuos se fortalecen en la medida en que la facilidad de información, la comunicación y el desarrollo académico lo han permitido.

Una de las demandas formalmente expuestas y aceptadas por los Estados en su totalidad es la que tiene que ver con el cubrimiento y acceso a la Salud de todos sus habitantes y ellos basados en su principio conocido como Estado Social de Derecho en donde se legitima la actuación y responsabilidad del mismo en generar políticas que permitan a la población entera y sin ningún tipo de excepción el disfrute o uso del Sistema General de Salud, además de crear entidades de ejecución y control para que se cumpla con la coherencia de sus principios.

En la actualidad y debido a la influencia directa de los fenómenos de Globalización económica, los Estados han delegado la responsabilidad de la administración de los servicios a la población, a entidades e instituciones legalmente constituidas que funcionan como un intermediario entre el Estado y la población, es decir funcionan como un tercero, desprendiendo costos administrativos y demás “cargas” que el Estado prefiera abstenerse de ejecutar siguiendo los esquemas válidos organizacionalmente de Eficiencia, Eficacia y Calidad (Yépez 1996).

En la medida en que se profundiza sobre una de las responsabilidades de un Estado Social de Derecho legítimo y en pleno uso de sus obligaciones los conceptos en torno a la Salud se tienen que operacionalizar para definir cuales son realmente los objetivos de la atención en salud y a qué se le puede llamar patología trastorno o enfermedad, por lo anterior es necesario remitirnos a las definiciones realizadas por algunos autores:

El concepto de salud –enfermedad puede considerarse como un proceso en el sentido en que es un fenómeno dinámico, cambiante, que se inicia con la concepción y sólo termina con la muerte; pero que en ese lapso se modifica permanentemente buscando variables niveles de equilibrio en frente a constantes modificaciones del entorno y del ser humano. (Yepes, 1996)

Los planteamientos de Blum sobre la multicausalidad del proceso salud-enfermedad, dejan atrás la unicausalidad de la época microbiológica y vuelven a darle vigencia a planteamientos ya hechos con anterioridad por Hipócrates y Galeno.

La concepción del proceso salud – enfermedad se entiende como producto de la interacción de cuatro grandes vectores: la población con sus elementos biológicos, el medio ambiente en todos sus aspectos (intra-extrauterino, físico, químico, socioeconómico, etc), el comportamiento humano individual y social y los servicios de salud. La identificación de estos vectores ha permitido iniciar un proceso que trata de dar pesos relativos a cada uno de ellos, en cuanto a su real contribución al resultado final de salud. Esto condujo, mediante el análisis de la evidencia científica disponible, a reestimar la visión, hasta ese momento predominante en Colombia, del papel casi omnipotente del cuidado médico reparativo y a enfatizar la importancia de las acciones sobre el ambiente y el comportamiento social e individual así como a dar prioridad al mantenimiento de la salud sobre la recuperación de la misma.

Hasta ese momento la mayoría de los esfuerzos de la sociedad para mejorar la salud y el grueso de sus gastos directos se había centrado en la organización de atención médica. Sin embargo en este análisis se identificaron las causas más importantes de enfermedad y muerte en Colombia, se encuentra que ellas están fundamentadas en los otros tres elementos del concepto (de campo de salud): biología humana (población) ambiente y estilos de vida (Yepes, 1996).

Por tanto los objetivos en torno a la atención en Salud a la población, tienen necesariamente que contar con términos referidos a la promoción, prevención y asistencia en un primer lugar. Posteriormente éstos podrían sufrir modificaciones gradualmente progresivas para generar Calidad de vida más estable para la población.

Paralelamente a las definiciones jurídico-sociopolíticas es preciso indagar sobre aspectos del desarrollo a nivel social e individual, es decir, sobre el campo de los imaginarios, creaciones, ritos, costumbres y creencias de la sociedad, para lo cual es prudente reconocer y profundizar en el aporte de autoridades que hablan sobre el tema de la *Construcción Social del Conocimiento, el lenguaje* y el pensamiento, en este caso abordaremos a Berger y Luckman con sus esquemas y definiciones globales enmarcadas en las siguientes etapas:

En la primera etapa de la socialización, es decir, la socialización primaria, el individuo conoce los esquemas sociales que formarán y trasformarán su vida en sociedad, aprendiendo los roles y actitudes que las personas toman hacia los demás y hacia sí mismos, siendo en esta primera fase de socialización, cuando se apropiarán situaciones y términos que formarán la estructura del individuo y le brindarán un espacio en la sociedad. Es en esta etapa cuando el individuo conoce las soluciones que dan las demás personas a sus necesidades y adopta este mismo sistema de respuestas como una manera de supervivencia lógica y segura, de esta manera si los adultos o personas influyentes en el individuo, toman posturas o actitudes frente a diferentes situaciones, él las aprenderá y utilizará posteriormente. Así cuando los adultos utilizan un servicio de salud que podría considerarse precario y el individuo ve que ellos lo aceptan, este lo entenderá como normal y al no conocer otra mejor manera de comprenderlo lo internalizará

como la manera adecuada en que debe ser prestado el servicio.

Esta construcción del mundo es presentada al individuo como única y no es su elección el aceptarla o no, formando en él las estrategias y conocimientos que utilizará en su inclusión dentro de la sociedad.

Cuando el individuo acepta su rol dentro de la sociedad inicia otra etapa en su desarrollo. Dicha etapa lo involucra abiertamente dentro de los procesos institucionales que forman la sociedad. Ya en este campo el individuo adquiere conocimientos específicos caracterizados por una estructura diferente en el lenguaje a utilizar, en donde las referencias se vinculan directamente con la labor desarrollada por el individuo estando éstas cada vez más involucradas con él y con quienes comparten su entorno; este proceso se conoce como socialización secundaria. Aun así son los primeros acercamientos a este desarrollo los que crean lazos fuertes entre el individuo y la sociedad, por tanto, los conocimientos específicos que se adquieren posteriormente son parte fundamental de ese desarrollo primario pero no lo reemplazan de algún modo. Es de esta manera que aunque el individuo adquiere nuevos conocimientos su primera interpretación de los mismos es bastante fuerte para ser rechazada. Este individuo que tuvo un primer acercamiento al sistema de salud deficiente y lo entendió como adecuado probablemente seguirá en el mismo sistema aunque su nueva concepción de la sociedad le de estrategias para poder criticarlo y generar soluciones plausibles y reales.

Cuando el individuo forma conceptos fuertes, estructurados, críticos y admisibles dentro de una estructura social y en el contexto con las instituciones que la conforman, fortalece esquemas que le permiten apropiarse de una manera más adaptativa a la realidad que lo rodea, de esta manera y dentro del proceso de acceso al servicio de salud, podemos

encontrarnos con dos tipos de socialización importantes para lograr comprender el fenómeno. La socialización exitosa es donde existe una coherencia entre la realidad objetiva y la subjetiva; por ejemplo en el caso de un usuario con dolor de cabeza que no asiste al médico porque culturalmente se considera esta como una dolencia menor que no amerita asistencia médica. Mientras que en la socialización deficiente el usuario se acercaría al servicio de salud con esta dolencia menor siendo innecesaria su asistencia razón por la cual no será recibido por el médico.

Partiendo del principio del ser humano como ser social y evidenciando el desarrollo del conocimiento no como una creación, sino como una generación y permitiendo que la dirección de los conceptos permita evaluar desde un enfoque *Crítico Social* académicamente válido, hemos encontrado la relación entre las concepciones creadas por la construcción del conocimiento social con respecto a la idea de Estado Social de Derecho en procura del soporte que se brinda a los servicios de Salud a la población.

#### METODO

La metodología empleada para abordar los significados construidos en los trabajadores informales, posterior a la ley 100 se basó en las historias de vida por medio de entrevistas a profundidad retomando a Taylor y Bogdan, 2000, quienes afirman que la entrevista, exige no sólo tener respuestas sino también saber qué y cómo hacer las preguntas, lo que de fondo significa que el propio investigador es un instrumento activo de la investigación más no el protocolo o formulario de entrevista (Taylor y Bogdan, 2000).

Dichas entrevistas fueron realizadas a una muestra seleccionada de acuerdo a las conveniencias prácticas del estudio, la cual fue sometida previamente a una

entrevista colectiva: técnica de Grupo Focal.

El Grupo Focal es la técnica de exploración donde se reúne un pequeño número de personas guiadas por un moderador que facilita las discusiones. Esta técnica maneja aspectos Cualitativos. Los participantes hablan libre y espontáneamente sobre temas que se consideran de importancia para la investigación. Generalmente los participantes se escogen al azar y se entrevistan previamente para determinar si califican o no dentro del grupo (Kitzinger J. 1995).

Todo lo anterior cobra plena validez para nuestro estudio al momento de hacer una interpretación estructurada sobre las narraciones expresadas por los participantes; para ello nos remitimos al *Análisis de Discurso* propuestos por Potter y Whetterel (1996). Estos autores quizá son las personas que más han realizado el aporte en términos del análisis de los significados de la acción social, con términos tales como función, construcción, variación, y la unidad analítica del repertorio interpretativo (Potter y Wheterell, 1996).

Finalmente se procesó toda la información obtenida mediante unas matrices de sentido diseñadas por el grupo de trabajo de investigación.

## RESULTADOS

De igual manera, este estudio parte del planteamiento de que la salud en el contexto actual ocupa un lugar prioritario en la vida de los individuos, lo que permite que para las personas la salud adquiera un significado que es inherente a sus experiencias de vida: trabajo, familia, vida cotidiana, etc.

Como resultado del proceso investigativo, surgieron 4 categorías que evidencian la manera cómo las personas han construido el significado del Sistema de Salud en nuestro país. La primera categoría, denominada, "*Historia laboral*

*y personal*", recoge las experiencias que han permitido contextualizar el proceso histórico, social, familiar y laboral de cada trabajador informal participante en este proceso. Como lo evidencia García y colaboradores en 2006 en su estudio de Identidades Laborales, el trabajo es una fuente de reconocimiento y status social para las personas. De acuerdo a esto, las narrativas que surgen son variadas. En el caso de algunas personas, la experiencia laboral significa el poderse auto referenciar, y por ende, la posibilidad de ser reconocidos como portadores de valores sociales. El emprendimiento, el compromiso, la dignidad, entre otros, son elementos recurrentes en los discursos de algunas personas que tienen presunciones de ser identificados con base en aquellos. El curso histórico matizado sobre todo por algunas religiones que promueven valores asociados al trabajo, ha dejado profundas huellas en nuestra cultura. Valores como los ya mencionados, se convierten en generadores de orgullo y noción de valía de las personas. El trabajo al implicar interacción social, y en este sentido, un escenario propicio para la ejecución de dichos valores, se convierte en movilizador de identidad.

En contraste, también existe la posición que enfatiza a las experiencias de trabajo en función de comportamientos adoptados por quienes son portadores de la autoridad en los contextos laborales. En uno de los relatos se puntualiza específicamente en el papel de los patrones o jefes y su manifestación injusta de poder, ya que explotan a los subordinados sin razón aparente. Esta situación facilita que el trabajo sea significado como un fenómeno que menoscaba la dignidad de las personas.

En síntesis y confirmando la naturaleza compleja de cualquier fenómeno social, el trabajo significa para las personas, así como un elemento diferenciador y dador de roles y status

sociales, contextos de amenaza a la dignidad y a la integridad humana.

En la siguiente subcategoría se conjuga en un mismo escenario la enfermedad y el trabajo. Las narrativas refieren principalmente la dinámica de las ARP y las determinaciones estatales que orientan la atención médica de las llamadas enfermedades laborales. Adicional a ello, la subcategoría también muestra la discriminación que tiene lugar en el contexto laboral y de la que son víctimas las personas que por sus condiciones de enfermedad, deben asumir su cotidianidad laboral como un campo de continuas disputas. En esta subcategoría se deja ver que probablemente no existe ni coherencia ni una orientación real hacia el bienestar de la población por parte de las figuras prestadoras de salud pública como ARP, ARS, EPS, entre otras, ya que llega a suceder que las instituciones se rebotan las responsabilidades por el mantenimiento de la salud de la población. Una explicación para ello puede ser que la orientación económica que caracteriza la labor de estas instituciones, obliga el encaminar todos sus esfuerzos por la consecución de utilidades (Ahumada, 1998), restando prioridad a la salud de las personas pues su atención deduce en una disminución en sus ganancias. Así las cosas, debido a la fragmentación de las instituciones prestadoras del servicio de salud y por tanto del ideal de salud integral para todos, cuando no existe claridad en la génesis de una enfermedad, ninguna de ellas se responsabiliza por la atención. Para uno de los entrevistados éste hecho es patente y la manera en que recibe la atención es un indicador de ello, pues la atención le es negada por no estar al día con una cantidad interminable de trámites, siendo ignorado y enviado de un lado a otro mendigando por su derecho a la salud sin que nadie responda.

Para algunas personas cobra más valía el desempeñar su actividad laboral, que el cuidar de su salud, pues obtienen mayor gratificación de la actividad

laboral, que de verse y ser vistos como alguien incapacitado por sus propias condiciones físico biológicas; más aún, porque el trabajo en nuestra época se constituye en el único medio para sobrevivir “dignamente”, pues condiciones de salud y la posibilidad de una jubilación no son parte de la agenda del Estado, dejando en cabeza de la fuerza laboral de cada quien, el garantizarse por si mismo estos beneficios (Urrea, 1992).

La familia constituye un elemento fundamental de la persona puesto que nos formamos en una identidad desde el seno de una familia, lo vivido en el seno de un ambiente familiar ejerce su influencia para la identidad personal de los componentes de esa familia (Withaker, 1982). La significación de la salud, no escapa a la influencia del sistema de creencias familiares. Sea en uno u otro sentido, familia y salud son símbolos que se entrelazan para dar origen a diferentes maneras de asumir la realidad y discursos; es por esto que otras de las categorías emergentes es la familia.

La familia es potencialmente un elemento que juega diversos papeles en el establecimiento del significado de la salud en las personas, pues además de ser un conductor de valores intergeneracional, asisten, económicamente, afectivamente y en términos de conocimientos, a la salud de los integrantes de la familia.

Por otra parte, como es de esperarse gracias al vínculo y a la unidad que representa cada familia, los procesos de identificación ínter individuos propician que las experiencias de vida de uno de sus integrantes frente a las dinámicas sanitarias establecidas por el Estado, sean asumidas como propias por cada miembro de la misma, confirmándose la tendencia a establecerse significados compartidos a partir de la experiencia particular.

Un aporte a la posibilidad de dar forma más concreta a los significados con respecto a la salud que han acumulado los entrevistados en sus experiencias de vida, es el surgimiento del discurso denominado

“*sistema de salud- antes de la ley 100*”; en ésta categoría es donde los discursos sintetizan todas las experiencias referidas a la salud-enfermedad antes del establecimiento de la ley 100.

Los discursos de las personas ofrecen dos posiciones respecto de la satisfacción relativa en cuanto a los servicios de salud. Por un lado, los entrevistados evocan cómo los servicios de salud antes de la ley 100 estaban orientados hacia su bienestar, y por otro, existe la idea del Seguro Social como una institución a la que se está inscrito por obligación y que no cumple con las expectativas de salud.

De la primera posición se rescata que la no intrusión de intereses monetarios y la presunta libertad en los fondos económicos para la atención médica, hacían al servicio un verdadero sistema de protección para las personas; muchos evocan cómo servicios adscritos a la salud, como vacunas, medicamentos, procedimientos y cirugías eran de muy bajo costo e incluso gratuitos para los usuarios. Por supuesto, la explosión demográfica de las últimas décadas en nuestro país, lentifica la prestación del servicio, al ser cada vez más numeroso el grupo de personas que demandan servicios sanitarios. Las demoras por conseguir atención efectiva, sobre todo en cuanto a tratamientos específicos suministrados por especialistas se vieron intensificados con el transcurrir del tiempo, poniendo en evidencia que los recursos no eran suficientes para brindar la cobertura a toda la población. La deficiente administración, además de la ya mencionada explosión demográfica unieron fuerzas para el desencadenamiento de esta situación; aún así las personas recibían atención de calidad en términos de curación de sus dolencias. Particularmente, uno de los entrevistados (M1) recuerda el buen trato del que era objeto por parte de los funcionarios de la salud; los médicos en ese entonces no debían preocuparse por las cuestiones administrativas ni de

proyecciones económicas para desempeñar su trabajo. Esto probablemente hacía que no escatimaran en la sugerencia y ejecución de tratamientos que las personas necesitaban, apareciendo así ante los ojos de la gente, como profesionales idóneos que se dedicaban realmente a hacer lo que mejor sabían hacer, tratar las enfermedades.

En contraste a lo anterior, como ya se mencionó, hay discursos que ubican al Seguro Social en un marco de actitudes negativas hacia él; sobre todo en la gestión que adelanta después de la reforma.

Ésta última frase es el conector que cierra el círculo de nuestra investigación, al tratar de dar cuenta cómo las personas significan la salud después de la reforma de la ley 100.

En el estudio Sectorial de Salud realizado por iniciativa del Ministerio de Salud y del Departamento Nacional de Planeación, llevado a cabo entre el 1° de mayo de 1988 y el 31 de abril de 1989, se concluyó que el sector salud colombiano es profundamente inefectivo. Este estudio fue uno de los elementos de juicio que se tuvieron en cuenta para la elaboración de la ley 10 de 1990. (Yépez 1996).

El espíritu de la ley 100 pretende un sistema universal de aseguramiento que se da por la "competencia regulada", promoviendo la eficacia y la calidad en los servicios de salud. Los siguientes principios son sus fundamentos centrales: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. El antecedente económico de este sistema haya sustento en los modelos neoliberales. La promoción en la apertura de mercados, recortes del gasto público, la eliminación de los subsidios y, finalmente, privatización de empresas y de servicios sociales son orientadores del nuevo esquema (Cardona, 1999). Sobre el papel, la ley 100 es una maravilla discursiva; sin embargo, existe una fila interminable de

denuncias y de estudios que critican la eficiencia del sistema, desde la no inclusión de todos los directamente afectados por el cambio, en la discusión de la reforma (Ramírez, 1993); carencia de un enfoque holístico que contemple la salud mental en acciones concretas, pues la salud no sólo es ausencia de enfermedad sino un estado completo de bienestar (Tejada, 2003); la falta de materialización concreta de medidas profilácticas y de promoción de la salud, así como la falta de oportunidad y calidad en el servicio son denuncias recurrentes en diversos estudios. Respecto a ellas, un estudio adelantado por Velandia, Ardón, Cárdenas, Jara y Pérez en el 2001, resaltan una serie de elementos disfuncionales en el Sistema, que se pueden denominar como de accesibilidad: larga distancia hasta el oferente (accesibilidad “geográfica”), falta de dinero (accesibilidad “económica”) y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “*cultural*”). Finalmente, y no por que no existan otras razones para pensar en el revés social-legislativo que implica la ley 100, un estudio en específico, adelantado por Abadía y Oviedo, investigadoras de la Universidad Nacional (en prensa), muestra un impacto concreto en la cotidianidad de los usuarios del sistema y las dificultades que implica la utilización de los servicios de salud. El concepto central de este estudio, fue denominado como *Itinerarios Burocráticos*; elemento de gran valía para la explicación del descalabro al que ha sido sometida la población con el establecimiento de la ley 100. El *Itinerario burocrático* se define como el conjunto de procesos, largos recorridos que deben adelantar las personas cubiertas o no por el Sistema de Salud para que reciban una atención médica (en muchos casos incompleta) y que responda satisfactoriamente a sus demandas de salud. Estos recorridos incluyen trámites administrativos y legales, cuya finalidad “no es la opción terapéutica, sino una

lucha por entrar al sistema”; ó, en el caso que se esté adscrito a él, la finalidad es que “se brinden las acciones adecuadas para promover, recuperar, rehabilitar o mantener la salud”. Un elemento que caracteriza los Itinerarios Burocráticos es que, los mismos vienen acompañados de aumento de sufrimiento humano (físico y emocional) como consecuencia de la espera, la ineficacia de las intervenciones, o intervenciones incompletas en la atención a los procesos de morbilidad (Oviedo, Abadía, *en prensa*). En este orden de ideas, los relatos de los entrevistados pueden dar cuenta de estos y otros elementos, empezando por los criterios que se establecen para pertenecer a un régimen de salud como el impulsado por el SISBEN, institución encargada de proveer el acceso a la salud de las personas más vulnerables. En este sentido, la posición de algunas personas es que las medidas que se evalúan para tener acceso a ese esquema, son disfuncionales y que no responden realmente a la necesidad de las personas, pues atribuyen status económicos a las personas a partir de la tenencia actual de ciertas posesiones sin profundizar el estado económico real de cada persona, pues es la capacidad adquisitiva la que determina si alguien puede entrar o no a ser parte de este sistema. Estas arbitrariedades, generan en algunas personas un sentimiento de malestar que les desmotiva de querer hacer parte de ese esquema y remitirse a buscar atención por otros medios, como la afiliación por medio de familiares que puedan, por el grado de consanguinidad, hacerles partícipes de la medicina formal.

Cuando se inició el proceso de implementación de la ley 100, hubo una serie de estrategias para dar a conocer el sistema, y en el caso de los más pobres, se lanzó una agresiva campaña de capacitación y afiliación al SISBEN; sin embargo dichas estrategias no fueron suficientes y muchas personas quedaron temporalmente por fuera del sistema. Posterior a ello, las autoridades sanitarias



ordenaron una serie de jornadas donde se pretendía afiliara todas las personas que por alguna razón no habían podido gestionar su acceso al SISBEN; algunas personas afirman que para obtener el beneficio, debieron recurrir a “una palanca” para entrar en el sistema; hecho contradictorio con el espíritu de la ley 100 que promueve la salud como un derecho y no como una cuestión azarosa determinada por un vínculo entre alguien que puede gestionar el acceso al servicio y el usuario. Por otra parte, el cambio impulsado por la ley 100 y la necesidad de vincular a la mayor parte de la población al régimen de salud diseñado para cada sector, condujo a una clasificación masiva de personas vulnerables en los diferentes niveles que pretendía el SISBEN. Con tanto por hacer y tal cantidad de personas por organizar, los errores no se hicieron esperar y algunas personas fueron víctimas de tales errores; por ejemplo algunos fueron mal clasificados en el sistema, por lo que perdieron todo interés en el mismo, pues representaba un costo similar al que deberían desembolsar en caso que fueran vistos por médicos particulares; paralelo a ello, el interés de alcanzar una total cobertura al mínimo costo, redundó en una baja en calidad y eficiencia del sistema. Una de las quejas recurrentes a este respecto es, “la *demora para recibir la atención*”, concepto que va de la mano con el ya mencionado itinerario burocrático (Abadía y Oviedo, en prensa)

## CONCLUSIONES

A partir de la Reforma del Sistema General de Seguridad Social, se generan cambios que impactan a los usuarios que acceden al servicio de salud; mediados por las nuevas políticas de Estado iniciando un proceso de descentralización que le otorga a la empresa privada poder en cuanto a la prestación de servicios de salud, dándole funciones similares a una unidad de negocio en donde se presenta la libre

competencia, la oportunidad del servicio y supuestos beneficios anexos.

En este sentido la gama de posibilidades que tienen los usuarios para acceder a la salud se amplía, al tener la opción de elegir una empresa que se ajuste a sus demandas de servicio, pues es ahora éste aspecto el que prima como criterio de elección para que los beneficiarios se suscriban a una u otra empresa.

Sin embargo éste cambio genera nuevos procesos burocráticos tales como el proceso de afiliación, exigencia de antigüedad para poder tener servicios especializados de salud y costos que antes los usuarios no debían asumir; esto causa desconcierto frente a la nueva dinámica que se establece para poder acceder al servicio de salud.

El proceso de afiliación generalmente implica circunstancias como, la ubicación del formulario de la entidad escogida para obtener su radicación, paso obligado para hacer parte del sistema privado en caso que la persona esté en la figura Contributiva; en caso contrario, cuando la persona debe asumir la opción del esquema Solidario, deben realizar una encuesta que los catalogue de acuerdo al status socioeconómico en una posición dentro de dicho esquema. En ambos casos el resultado es el mismo, los usuarios se representan ante cada institución como un código, lo cual trae consigo una deshumanización de los servicios de salud; adicional a ello otro de los cambios que constituyen el proceso de afiliación, es la carnetización; ésta requiere un tiempo de espera para poder acceder a los servicios, pues la presentación del carné es un imperativo para recibir atención médica.

Por otra parte, los tiempos de espera para obtener citas médicas eran más cortos (o por lo menos así lo refieren algunos de los entrevistados), lo que suplía las demandas inmediatas de los pacientes.

Otro aspecto representativo de los cambios burocráticos que impactaron en la relación paciente-servicios de salud, es la

limitación para recibir atención especializada (específicamente en el régimen contributivo), la cual en el esquema actual, requiere de cierta antigüedad para su obtención. De no cumplir con ésta permanencia, la persona debe optar por recurrir a instancias legales extraordinarias (por ejemplo las acciones de tutela) para que le sean prestados este tipo servicios.

Paralelo a ello, el recibir algún medicamento también es mediado por un proceso burocrático. En la actualidad existen un grupo de medicamentos que están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, según el programa estatal que establece los criterios, el qué, el cómo y las limitantes en cuanto a los servicios de salud (incluidos medicamentos) que deberían recibir las personas. Es común que en los discursos de los entrevistados se manifieste la inconformidad frente a los medicamentos que les formulan, pues según afirman, siempre son los mismos sin importar la dolencia que les aqueje, o no generan los efectos esperados; esto hace que opten por buscar medios paralelos como la auto medicación o la medicina alternativa, que sí les generan resultados favorables.

Lo anterior va de la mano con los costos que exige la posibilidad de recibir servicios de salud. El recibir atención médica genera una serie de pagos así como para cualquier cita en medicina general, otros adicionales por la reclamación de los medicamentos (que además en muchas ocasiones no están disponibles y que implica el traslado a distintas sedes en búsqueda de los mismos), acentuando aún más el impacto del desembolso económico que deben realizar los usuarios. De igual manera, se puede concluir que el poder adquisitivo del servicio de salud depende de la capacidad de pago del usuario, por lo tanto a mayor capacidad económica, se tendrían mayores beneficios en el momento de recibir servicios de salud como es el caso de las personas que deciden acogerse a un

esquema de medicina prepagada que reemplaza las largas filas y un servicio superficial e ineficiente por las bondades de una buena atención.

En este orden de ideas, la experiencia relatada por alguno de los entrevistados es una grave denuncia respecto a la transformación del negocio que ha adquirido la salud, pues muestra como una persona puede incluso morir por la negligencia de las instituciones amparadas por la justificación capitalista que ahora orienta su quehacer. En palabras más sencillas, las instituciones no tienen problema en permitir la muerte de alguien si este no tiene la capacidad económica de responder al cobro que cuesta la ejecución de un servicio en particular. En otros casos menos alarmantes pero también preocupantes, se pone en evidencia cómo las instituciones de salud no tienen problema en retener a los pacientes cuando estos no tienen con que pagar por el servicio que han recibido.

De acuerdo a lo anterior, la posición de usuarios que necesitan atención médica, se empieza a cambiar por la de clientes que mediante su pago sostienen las entidades privadas que les brindan el servicio de Salud, razón por la cual se pensaría que la posibilidad de elegir entre muchas opciones plantearía ventajas, por ejemplo en términos de calidad. Pero la reforma por la que pasó el sistema de salud trajo consigo limitaciones en el tiempo de atención sin advertir las deficiencias en calidad que esto traería; ya que empieza a primar la cantidad de clientes que deben ser atendidos, más no la eficiencia del servicio ofrecido, dando prioridad a factores burocráticos que ofrecen ventajas estructurales válidas para la competencia del mercado pero que no se enfocan en la atención al usuario que requiere otras formas de asistencia dirigidas a su bienestar integral. Sin embargo, los usuarios aceptaron el servicio a pesar de las limitaciones que este implicaba, “naturalización del servicio” ya que suplía el mínimo de

necesidades básicas en la prestación del servicio.

En contraposición a los cambios efectuados en el servicio se empiezan a generar resistencias ante los excesivos procesos burocráticos en los que se ven inmersos los usuarios, los cuales asumen nuevas estrategias tales como: medicina alternativa, asistencia al médico particular, automedicación, cambios de hábitos y autocuidado.

En el sector informal se presenta una libre escogencia de vincularse o no al sistema de salud como contribuyente. La vinculación implica un compromiso no solo económico sino también de constancia que proteja a los integrantes de su familia asegurando la atención en salud, así deba asumir los procesos burocráticos que esto implica.

De la misma manera que cambió la estructura legal y política del sistema, los significados de las personas, tomaron un nuevo rumbo que se consolida a través del conocimiento de los nuevos esquemas instaurados frente al servicio de salud; esto quiere decir que las nuevas reglas para acceder a éste se asimilan y se siguen de acuerdo a un proceso masivo, el cual se

explica por la necesidad de entidades fundadas para tal fin, de institucionalizar las nuevas prácticas en poco tiempo, modificando las prácticas culturales que se venían presentando para poder ofrecer los nuevos servicios que brindarían las empresas privadas prestadoras del servicio de salud.

Con los cambios las personas inician un proceso de naturalización de las nuevas prácticas que implica la reforma, catalogando los procedimientos establecidos como adecuados y que finalmente ofrecen la atención mínima requerida; aunque estas afirmaciones paradójicamente son disonantes en el momento de referir específicamente las experiencias propias y familiares, en donde se manifestaban inconformidades con el servicio.

La construcción social de significados frente al servicio coincide en la aceptación del mismo a pesar de las constantes inconformidades que manifiestan los usuarios en las diferentes experiencias vividas dentro del sistema.

REFERENCIAS

- Abadía, C y Oviedo D. Itinerarios Burocráticos 2007. Artículo de prensa (no publicado).
- Ahumada Consuelo. Política social y la reforma de salud en Colombia. Papel político No 7 abril de 1998 (9-35).
- Alvear Acevedo, 1970, El mundo Contemporáneo Editorial Jus México
- Bazo, MT 1991. La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas»  
Revista Española de Geriatria y Gerontología, 1991 Pág. 47-52
- Beltrán, A 1995. Psicología de la educación Editorial Boixareu editores Madrid
- Berger, P. y Luckmann, T. (1968). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cardona, A., P. Arbelaez y B.M. Chávez (1999), “Impacto de la reforma de Seguridad Social sobre la organización institucional y la prestación de servicios de salud en Colombia”, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 16, núm. 1, pp. 20-40
- Coffey, A; Atkinson, P, 1996: Encontrar el sentido a los datos cualitativos (Estrategias complementarias de investigación), Ed. Universidad de Antioquia, Medellín.
- Córdoba C, 1990: historias de vida: Una metodología alternativa para ciencias sociales, Fondo Ed. Tropykos : Comisión de Estudios de Postgrado, FACES/U.C.V, Caracas.
- Fernández, P. (1994). La psicología colectiva un fin de siglo más tarde. Barcelona: Editorial Anthropos
- Fondo de ventas populares, recuperado en: <http://univerciudad.redbogota.com/bajar-pdf/013/docs-ambulantesyestacionarias.pdf>
- Franco S., 2005 seminario: perspectivas para de la salud pública para el milenio, Manizales agosto de 2005, recuperado en <http://www.gobernaciondecaldas.gov.co/NR/rdonlyres/6D401C77-2E76-4C50-B9DD-013AD0065F4C/0/Impactodelareforma2005.ppt#265,1,Impacto de la Reforma en Salud sobre la Salud Pública en Colombia>
- Galindo 1999: “*Del concepto de paciente a concepto de cliente en la prestación de servicios de salud: Un escenario Ético Enrarecido*” Investigación en enfermería imagen y desarrollo Vol.1 N° 2 (34-41)
- Goldstein, L. Nolan, T. Pfeiffer, W. (2006). Planeación estratégica aplicada. México: Editorial Mac Graw Hill.
- Gómez S., 1998 : Programa nacional de investigación en salud pública y sistemas de salud. Avances en capacitación; recuperado en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol29no2-3/programa.html>
- Hernández, M, 2002. Reforma sanitaria, Equidad y derecho a la salud en Colombia . Cad\_Saude publica vol 18 Numero 4, Rio de Janeiro, July/Aug. Recuperada el 26/01/2008 en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400007)
- Hobsbawm, 1995, [En torno a los orígenes de la Revolución Industrial](#), ed. Siglo XXI
- Katz, D. Stotland, E. (1959) *Psicología: estudio de una ciencia*. Mc Graw Hill
- Kerlinger, I (1975) *Investigación del comportamiento*. México: Mc -Graw Hill.
- Kitzinger J. Introducing focus groups, British Medical Journal 311: 299-302. 1995
- Kolburn, A. Blinn-Pike.L (2004). *Family Relations. Minneapolis: Jul 2004. Vol. 53, Iss. 4; pg. 377*  
Disponible en: <http://proquest.umi.com>
- Kotliarenco y cols, 2006; Estado del arte en resiliencia, Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; recuperada el 7/12/2007 en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>
- Lindahl, J. Pearson, L. Colpe L. (2005) *Archives of Women's Mental Health. Wien: Jun .Tomo8, N° 2; pg. 77* Predominio de suicidio durante embarazo y el postpartum
- Maldonado, M Micolta, (2000) *Revista Nómadas Num. 11*. Adolescentes que se socializan y asumen la crianza del hijo
- Mann, L (1994) *Elementos de Psicología social*. México: Limusa Noriega
- Marín, R. (1976). *Valores, Objetivos y Actitudes en Educación*. Valladolid: Miñón.
- Mc David, J. Harari H (1968) *Psicología Social*. Harper Internacional.
- Meza, M. Guzmán J. (1985) *Psicología evolutiva: Adolescencia*. Colombia: Universidad Javeriana.
- Mora Martín 2002.la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital. Disponible en: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Morales, J. Turener J. (1999) *Psicología Social*. Colombia: Mcgraw-Hill
- Morris, C. (1997). *Psicología*: Michigan: Pretince Hall.
- Moscovici, S. (1985) *Psicología Social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. España: Paidós.

## DUEÑAS, GERENA, PAEZ, USECHE Y VALENCIA

- Myers, D. (2000) *Psicología Social*. Colombia: Mcgraw-Hill
- Newcomb, T. (1964) *Manual de Psicología Social* Buenos Aires: Eudeba,
- OIT; glosario de términos de la OIT, recuperado el 12/04/2007, en: [http://www.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/pdf/doc\\_179/glosario.pdf](http://www.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/pdf/doc_179/glosario.pdf) Pérez F, 2004,
- Paige D, Gerald S, Don M, Martin M. (2003) *Adolescence. Roslyn Heights: Summer 2003. Vol. 38, Iss. 150; pg. 359*. Disponible en: <http://proquest.umi.com>
- Papalia, Diane E., "Desarrollo Humano". Editorial Mc Graw – Hill, sexta edición, 1997
- Papalia, D (2004) *Psicología del desarrollo de la infancia y la adolescencia*. México Mcgraw-Hill
- Parada, A (2005) *El embarazo adolescente le cuesta al país*. Uní periódico, 72. Disponible en: <http://uniperiodico.unal.edu.co/ediciones/72/05.htm>
- Paván, G (2001) *La maternidad adolescente desde la perspectiva de sus protagonistas: Estudio exploratorio*. Venezuela: Comisión de estudios de post grado. Facultad de humanidades y educación universidad central.
- Pérez, 2004. *Informalidad laboral en las trece principales áreas y ciudades colombianas, 2001–2003*, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, recuperado el 12/04/2007, en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/empleo/mercado\\_lab\\_colombiano/analisis\\_informalidad\\_urbana.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/empleo/mercado_lab_colombiano/analisis_informalidad_urbana.pdf)
- Perinat, A. (2000) *Los adolescentes en el siglo XXI: Un enfoque psicosocial*. España: UOC
- Pirenat, A. Lalueza J (2003) *Psicología del desarrollo un enfoque sistémico*. España: UOC
- Prada, J (1993) *El contexto demográfico de los adolescentes en Colombia*. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=lah/iah>
- Profamilia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005) *Madres antes de los 15 años*. Disponible en: <http://www.mujereshoy.com/secciones/1118.shtml>
- RAE. Definición de familia recuperada el 7/12/2007 en: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=familia](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=familia)
- Ramírez J, 1993. Los actores sociales en la reforma de la seguridad social en salud. El documento forma parte del Programa de Política Social de FESCOL.
- Ramírez, Vélez, Vargas, Sánchez, Lopera, 2001: “Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín” Colombia Médica Vol. 32 N° 1
- Rice, F (2000) *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. España: Prentice Hall
- Rockeach, M (1968) *Creencia Actitudes y valores*. España: Aguilar
- Rodrigues, A (1995) *Psicología Social*. México: Trillas
- Rodríguez, A (1973) *Psicología Social*. Brasil: Vozes Petrópolis. Edición en español, México Trillas.
- Roldán, Vargas, Giraldo, Valencia, García, Salamanca, 2001: “Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso” Colombia Médica Vol. 32 N° 1
- Rosen G. 1985: De la policía medica a la medicina social, ed. Siglo XXI
- Rose Nicolás, la epidemia neoliberal, archipiélago #29, “el gobierno de las democracias liberales” 1996
- Salazar, J. Montero, M., Muñoz C., Carlos, Sánchez, E., Santoro, E, Villegas, J.. (1986). *Psicología Social*. México: Trillas.
- Santrock, J (2003) *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. España: Mcgraw-Hill
- Smith, E. Mackie, D. (1997) *Psicología Social*. España: Medica Panamericana
- Staats, A. Staats, C. (1958) *Attitudes Established by Classical Conditioning, Journal of Abnormal and social Psychology*,
- Stern C. (2000) *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica.*, México. 39:137-143. Salud Pública
- Summers, G., (1976). *Medición de Las Actitudes*. México: Trillas
- Szigethy, E. Ruiz, P (2001) *The American Journal of Psychiatry. Washington: en. Tomo158, N°1; pg.. 22, 6 pgs* La depresión entre adolescentes embarazadas: un enfoque de trato integrado. Disponible en: <http://proquest.umi.com>
- Taylor y Bogdan, 2000: Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Ed. Paidós, Barcelona; página101
- Tejada, 2003. *Alma Ata, 25 años después*. Revista Perspectivas de la Salud. La revista de la organización panamericana de la Salud Volumen 8, número 2003. Recuperado en: <http://www.buenosaires3015.gov.ar/documentos/almaata25anosdespues%5B1%5D.pdf>
- Tueros 2003; LA ECONOMÍA INFORMAL Y LA ACCIÓN DE OIT. Oficina Subregional Andina OIT Seminario Subregional Economía informal, sindicalismo y trabajo decente Bogotá, 24 al 26 de septiembre

## DUEÑAS, GERENA, PAEZ, USECHE Y VALENCIA

- Velasco Rico J., Ph.D, 1997, Neoliberalismo, salud pública y atención primaria:  
Las contradicciones en el paradigma de salud para todos; recuperado en  
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL28NO1/neoliberalismo.html>
- Villegas, J. (1975) *Procesos mediacionales en el aprendizaje observacional: la formulación de Albert Bandura*. España:
- Withaker, C: " *El crisol de la familia*". Ed. Amorrortu, 1982
- Whittaker, J. y Meade, R, (1967) *Revista Internacional de Psicología*. Actitudes
- Williams, M. Bonner L. (2006) *Adolescence. Roslyn Heights: Spring Vol. 41, Iss. 161; pg. 1, 14 pgs.*  
Disponible en: <http://proquest.umi.com>
- Worchel, S Cooper, J Goethals, G. Olson, J. (2002) *Psicología Social*. México: Thomson
- Yépez J, La salud en Colombia. Documento General. Tomo I, 1990 Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.
- Yépez J. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud.1996. Editorial Presencia Ltda, Bogotá