

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

GUSTAVO ADOLFO DUEÑAS VALLEJO  
EILEEN HATLIN GERENA SALAS  
DANIEL ALEJANDRO PÁEZ ACEVEDO  
SHIRLEY MILENA USECHE HOLGUÍN  
JUAN DIEGO VALENCIA SANTOS

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y EMPRESARIALES  
PROGRAMA PSICOLOGÍA  
BOGOTA, D.C. III- 2007

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

GUSTAVO ADOLFO DUEÑAS VALLEJO  
EILEEN HATLIN GERENA SALAS  
DANIEL ALEJANDRO PÁEZ ACEVEDO  
SHIRLEY MILENA USECHE HOLGUÍN  
JUAN DIEGO VALENCIA SANTOS

Trabajo de grado para optar el título de  
Psicólogo

Director: Dr. CLAUDIA GARCÍA  
Psicóloga(o)

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y EMPRESARIALES  
PROGRAMA PSICOLOGÍA  
BOGOTA, D.C. III-2007

HOJA DE ACEPTACION

---

Firma Primer Jurado

---

Firma Segundo Jurado

---

Firma Director del  
Programa

Bogotá, D.C. Enero de 2008

## DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO, TESIS Y/O MONOGRAFÍA

Gustavo Adolfo Dueñas, Eileen Hatlin Gerena, Daniel Alejandro Páez, Shirley Milena Useche, Juan Diego Valencia, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, quien actúa en nombre propio y para los efectos del presente contrato se denominará **EL (LOS) AUTOR (ES)**, me permito manifestar libremente que mediante este documento hago de cesión de derechos de autor, el cual se registrará por la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, y demás disposiciones que regulan la materia, y en especial por las siguientes Cláusulas: **PRIMERA. Objeto.**—EL (LOS) AUTOR (ES) manifiesta que de manera voluntaria y gratuita, realiza la Cesión en favor de la **UNIVERSIDAD DE FLORES Y LA FUNDACION COLECTIVO AQUÍ Y AHORA** de todos los derechos de autor patrimoniales que a él le corresponden como creador de la investigación denominada Trabajadores Informales: Construcción de significados alrededor de salud, posterior a la ley 100, como trabajo de grado, tesis o monografía como producto de su actividad académica para optar al título de Psicólogo. Dicha obra fue realizada por EL (LOS) AUTOR (ES) en el año de 2007. **SEGUNDA. Determinación y alcance del objeto.**—Los derechos que a través de este contrato se ceden incluyen todos los derechos patrimoniales, es decir transformación, reproducción, comunicación pública, y distribución, y son otorgados sin ninguna limitación en cuanto a territorio se refiere. Así mismo, esta cesión se da por todo el término de duración establecido en la Legislación de derechos de autor que se encuentran vigentes en Colombia. **TERCERA. Derechos morales.**—La cesión de los derechos señalados en la cláusula anterior, no implican la cesión de los derechos morales sobre la obra mencionada dado que estos derechos son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. Por tanto, los mencionados derechos seguirán radicados en cabeza de EL (LOS) AUTOR (ES). **CUARTA. Elaboración y responsabilidad.**—EL (LOS) AUTOR (ES) manifiesta que la obra descrita en la cláusula primera, objeto del presente contrato es original y fue realizada por él mismo, sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad de la misma, la cual cede en virtud del presente contrato. **Parágrafo.**—En

caso de presentarse cualquier tipo de reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra objeto de este contrato, EL (LOS) AUTOR (ES) asumirá (n) toda la responsabilidad, y saldrá (n) en defensa de los derechos aquí cedidos. Por tanto, para todos los efectos la **UNIVERSIDAD DE FLORES Y LA FUNDACION COLECTIVO AQUÍ Y AHORA** actúan como un tercero de buena fe.

**QUINTA. Exclusividad.**—EL (LOS) AUTOR (ES) declara (n) que los derechos sobre la obra en cuestión no han sido cedidos con antelación y que sobre ellos no pesa ningún gravamen ni limitación en su uso o utilización. **SEXTA. Autorización.**—EL (LOS) AUTOR (ES) autoriza (n) a la **UNIVERSIDAD DE FLORES Y LA FUNDACION COLECTIVO AQUÍ Y AHORA** a facilitar la consulta, lectura y reproducción por cualquier medio de la obra aquí cedida siempre y cuando se cite la fuente. En señal de asentimiento, se firma el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en Bogotá, a los 28 días del mes de Enero del año 2008.

**EL (LOS) AUTOR (ES),**

Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Dir. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Firma. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Dir. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Firma. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Dir. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Firma. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dir. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Firma. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dir. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Firma. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dir. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Firma. \_\_\_\_\_

## Tabla de Contenido

Resumen, 2

Introducción, 3

Marco teórico, 10

Método, 44

Tipo de estudio, 44

Participantes, 45

Instrumento, 46

Procedimiento, 47

Resultados, 52

Discusión, 88

Conclusiones y Sugerencias, 100

Referencias, 105

Apèndices, 110

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

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

\* Asesor Trabajo de grado



## Introducción

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 1993 impulsada por la ley 100.

En la actualidad, se hacen oír voces provenientes de diferentes sectores sociales expresando su inconformismo y una dura crítica hacia los esquemas de salud implantados desde 1993 (véase p.ej. Franco 2005).

Grupos e individuos, y por ende sociedades enteras, son entidades sensibles de transformación al mutuo intercambio de información. El canal por excelencia para dicho intercambio, es la expresión simbólica y su significación. Por lo anterior, es pertinente que, se sigan interpretaciones hechas por autores de corte crítico, a manera de ejemplo, la que hace Mora en el 2002 sobre la Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici; en donde se hace evidente, en primer lugar a nivel epistemológico, la necesidad de abordar los temas de investigación en ciencias sociales y humanas por medio de metodologías participativas, en la medida en que el conocimiento científico es una construcción intersubjetiva; y en segundo lugar la posibilidad, no sólo de comprensión y, aún más de creación, transformación e incluso destrucción de la realidad a través de dicho universo significativo.

La primera parte de este documento aborda lo referente al sustento teórico de los elementos que se manejarán, desde antecedentes locales e internacionales que motivaron los esquemas de salud actuales, pasando por las definiciones pertinentes de la población objeto de estudio (personas en situación de trabajo informal), su dinámica relacional e interpretación de la realidad (soporte conceptual de la realidad vista como construcción social)

Posteriormente se encuentra la información metodológica que orienta el estudio, la descripción detallada de las fases de recolección de datos y se muestra la información bruta recogida y el análisis de la información.

Finalmente se destina un lugar para la discusión y los anexos de investigación.

## Planteamiento del problema

Al igual que la realidad de cada individuo está dada por la construcción recíproca entre su ambiente y él, el contexto social funciona de manera similar. La situación actual de la salud es producto de un sinnúmero de variables que modifican su dinámica en un ciclo sin fin; en el caso particular de este trabajo, se deben referir los fenómenos económicos, políticos y sociales generados directa o indirectamente por la revolución industrial; para así, de esta manera entender el marco contemporáneo de la salud en nuestro país.

La manifestación operativa de dicha revolución fue la transición de una sociedad Feudal a una de tipo Imperial, es decir, el cambio de las Culturas caracterizadas por sistemas económicos simples, basados en la producción manual de bienes, la agricultura y ganadería, hacia otras sustentadas en sistemas de producción masiva (Alvear, 1970). Tal metamorfosis hizo mucho más compleja la dinámica de las naciones que en ella participaron; no sólo a nivel económico sino político, social y por supuesto cultural.

Todo esto no hizo esperar por sus consecuencias, las cuales fueron en detrimento de la gran mayoría de la población, quienes como es lógico, no contaban con los recursos económicos, políticos o intelectuales para poner en marcha sus propias industrias, teniendo así que acomodarse a esquemas de trabajo nuevos para sobrevivir en el cambiante entorno (Hobsbawm, 1995).

La explotación laboral es consecuencia directa de esta nueva forma de producción. Ella implica gente trabajando más allá de sus fuerzas por salarios infravalorados; así mismo, la aglomeración de las personas en torno a las incipientes fábricas, contraindicó en la salubridad y se produjo un aumento considerable de las enfermedades asociadas a la industria, sin mencionar la crisis psico-social originada debido a los drásticos cambios (Rosen, 1985).

La falta de antecedentes de este fenómeno hizo que esta situación se prolongara mucho más de lo que la gente de la época hubiera deseado, aún así, finalmente llegó una respuesta estatal que aparentemente pretendía aliviar la difícil situación. Se trataba de un método de protección que inicialmente cobijaba al trabajador y que luego se transformó en un derecho para todas las personas; éste sistema paulatinamente fue integrando a su estructura básica de Salud, cada vez más dimensiones que conformaron una estructura de

bienestar integral para las personas; éste fenómeno, de hecho, desembocó en todo un movimiento político social de enorme impacto para la cultura planetaria, que halló su sustento en la nueva corriente de pensamiento proteccionista Neoliberal, mejor conocido como el “*Welfare*” (Rose, 1996).

De esta forma, nace lo que en la actualidad se conoce como los Sistemas de Seguridad Social presentes en gran parte del mundo. En Colombia el proceso evolucionó relativamente similar con alguna diferencia de tiempo con respecto a las naciones precursoras. Sin embargo, debido al sistema político dominante, un sistema de gobierno paternalista con esquemas de administración estatal centralizados y mala distribución de los recursos, el sistema debería ser reformado pues su cobertura era ineficiente en términos de estructura y calidad (Gómez, 1998), condiciones contrarias a las manifestadas en la carta magna de 1991 bajo los principios de universalidad, solidaridad y equidad (García, 2006). Dichos principios fueron evocados como respuesta a los inconvenientes arriba mencionados y frente a la demanda de los cambios en el contexto en del marco del modelo neoliberal.

El welfare inviste de autoridad política al conocimiento científico relevante para responder a la realidad contextual: social, política, económica y cultural (Rose, 1996). En este sentido, las ciencias económicas, quienes proyectan panoramas posibles de riqueza pública, mediatizan las relaciones entre los diferentes saberes avalados por el gobierno y el acceso a ellos por parte de la población. Dicha mediación consiste en la sugerencia de aplicación de modelos que permitan la sostenibilidad del sistema de seguridad social. El Mercantilismo es la salida que se optó para alcanzar el mantenimiento del sistema (Rose, 1996).

El discurso del mercantilismo, implica la transición de un régimen que obliga a las personas a “tratarse” con los expertos impuestos por la elite política para tal fin, hacia una libertad en la elección de los profesionales y las instituciones de preferencia de las personas (Rose, 1996).

Se inicia así un nuevo proceso de reformulación del Sistema de Seguridad Social, en donde la responsabilidad por la cobertura de los ciudadanos colombianos pasa a ser compartida entre algunos órganos del Estado y otros Privados (Velasco, 1997); por supuesto el fundamento epistémico que sustenta éste esquema mercantilista, es que la

competitividad que se generaría por la multiplicidad de prestadores de servicio, redundaría en la calidad de los servicios prestados, pues ya no es concebido como un bien homogéneo suministrado por el estado, sino que se postula como un bien de consumo, un producto que necesariamente exige una relación empresa-cliente, donde las instituciones de salud se esmeran en ofrecer más y mejor servicio a sus pacientes, ahora en calidad de clientes (García, 2006).

En este orden de ideas, y revisando además la investigación realizada por García en 2006, en donde se estudió la cultura organizacional en un hospital público, se evidenciaron cambios radicales en cuanto los significados que manejaban los funcionarios del hospital con respecto al impacto de la reforma, convirtiéndose en una red integrada de experiencias concebidas por pacientes ahora clientes y trabajadores del servicio hospitalario, la cual se desarrolla día a día y forma parte del proceso cultural generado por el cambio de categoría de paciente a cliente. Esto lleva a inferir que igualmente los significados de los beneficiarios del servicio han sufrido cambios debido a la transición de los hospitales en empresas, por lo que en el presente estudio, se indagará acerca de los significados de una muestra de beneficiarios trabajadores del sector informal, siendo este, un sector vulnerable en el marco del sistema de salud debido a que este sistema funciona con base en la capacidad de pago del usuario y como se infiere, esta población no cuenta con la estabilidad ni las prestaciones con las que cuenta la población que labora en el sector formal. Adicional a esto el interés que se tiene en esta investigación por indagar acerca de prestación del servicio de salud en el sector informal coincide con los lineamientos del INIP, que hace explícito dentro de las prioridades temáticas la importancia de la problemática del sector informal

A raíz de la reforma del sistema de seguridad social en salud y la nueva connotación que adquiere el paciente- cliente, nace el interés por identificar el significado que cobra ahora el servicio de salud para los trabajadores informales en calidad no de paciente, sino de cliente; significado que a su vez será determinante en el momento de evaluar e interpretar la realidad actual del sector con el fin de lograr fundamentar el impacto que ha tenido la reforma en el servicio salud.

#### Formulación de la pregunta problema

¿Cuáles son los significados construidos por los usuarios “Trabajadores informales” de la localidad de Chapinero en torno al servicio de la salud, después de la reforma de Seguridad Social?

#### Sistematización de la pregunta problema

¿Cuáles son los cambios más significativos que ha sufrido el servicio a partir de la reforma realizada a la salud?

¿Cuáles son los cambios de rol que ha presentado el usuario en la transición de “paciente” a “Cliente”?.?

¿Cuáles son las estrategias de apropiación y resistencia que han tenido que hacer los usuarios, frente al cambio en el servicio?

#### Objetivos

##### Objetivo General

Conocer cuales son los significados construidos por los usuarios “trabajadores informales” de la localidad de chapinero en torno al servicio de salud.

##### Objetivos Específicos:

Reconocer los cambios más significativos que ha sufrido el servicio a partir de la reforma realizada a la salud.

Identificar los cambios de rol que ha presentado el usuario en la transición de “paciente” a “Cliente”.

Comprender las estrategias de apropiación y de resistencia que generan los usuarios, frente al cambio en el servicio.

## Justificación

La manera en que el mundo es significado y el actuar coherente a esa significación por parte de las personas, es consecuencia de la construcción conjunta que por medio del lenguaje se ha edificado entre ellas (Berger y Luckman, 1968). La expresión básica de la realidad individual de cada persona es el símbolo, el cual a su vez cobra un significado particular de acuerdo a las diferentes experiencias. En la anterior afirmación se hace latente una dimensión de reciprocidad, en cuanto a que gran parte de las experiencias de las personas tienen que ver con otros y con la manera en que esos otros han significado su propia realidad (Fernández, 1994); es decir, los símbolos son producto de la unificación de subjetividades (parametrizadas por un contexto objetivo), que se hacen más fuertes conforme el pensamiento colectivo les avale. Una transformación social necesariamente implica una resignificación en la realidad de las personas. El cambio de esquema de Salud que trajo la reforma de 1993 hace pensar en la génesis de un nuevo sistema de creencias y significados, alrededor de este tema, en los colombianos.

Coherente con lineamientos del INIP, quien por razones de responsabilidad social ha enfocado sus líneas de investigación hacia las poblaciones más vulnerables en Bogotá, es objetivo de este estudio el llevar a cabo la investigación sobre una muestra de personas que trabajan en condiciones de informalidad. Éste estudio permitirá conocer los significados hegemónicos construidos en torno al servicio y las formas de resistencia, en el sector de trabajadores informales luego de la reforma de 1993 exigida en la ley 100. Debido a esto se tiene en cuenta las estadísticas arrojadas por la encuesta continua de hogares realizada por el DANE a nivel nacional, dónde se identifican los ocupados informales y formales, por afiliación a la seguridad, según régimen y pensiones, realizada en junio del 2006. Existen 8.575 trabajadores informales de los cuales 6.508 se encuentran afiliados al sector salud; 3.207 al régimen contributivo y 3.297 al régimen subsidiado; razón por la cual nace el interés de conocer como estos asumieron la reforma del servicio a nivel de la salud.

Esta problemática motiva a revisar la resignificación originada en cada uno de los usuarios del servicio salud, frente a los cambios generados por la reforma de la seguridad social, con el fin de garantizar el acceso a ella de todos los beneficiarios. En este trabajo se asume una posición crítica ya que se considera que la reforma está

inspirada en un modelo que lejos de garantizar el derecho de los ciudadanos al servicio de salud, busca transformar la salud en una mercancía.

### Marco Teórico

Cuando se quiere abordar el tema de la situación actual de la salud en Colombia es una exigencia el remitirse a la historia. Distintas disciplinas, alimentan cada una desde su perspectiva, la reconstrucción de los hechos históricos que orientaron la dinámica de la institucionalización estatal de la salud en Colombia.

Para contextualizar históricamente el proceso de implementación de políticas de salud en Colombia se retomará a Yépez (1990) quien identifica en este proceso diferentes períodos configurados por variables tales como: la concepción salud-enfermedad, proyectos políticos nacionales y finalmente, la influencia extranjera.

El primer período corresponde al modelo higienista (1886-1947), denominado así por la concepción de salud-enfermedad manejado por el Estado colombiano en esa época, la cual se refiere a la enfermedad como consecuencia de la exposición a unas condiciones ambientales inadecuadas, que pueden ser corregidas por medidas higiénicas. Este período se delimita a partir de la Constitución de 1886 que desde un marco jurídico de carácter centralista, fundamenta la organización de la salubridad pública como una función del Estado. No obstante a pesar de estas intenciones normativas, la organización de la salud pública se vio obstaculizada por la debilidad del Estado que no contaba con recursos financieros e institucionales sólidos y por la realidad de un país fragmentado geográfica y económicamente.

A partir del gobierno de Rafael Reyes (1904-1910), se inicia un proyecto de generar una estructura sólida y políticas de salud adecuadas, con el objetivo de que el Estado intervenga más activamente en salud. En este contexto se crea el Consejo Superior de Sanidad que después se transformará en Dirección Nacional de Higiene que pasa a ser parte del Ministerio de Instrucción y Salubridad pública. Esta denominación indica la connotación que en ese entonces se tiene de la salud como un asunto fundamentalmente educativo: “la Higiene es ante todo educación y como tal necesita penetrar profundamente en las colectividades para que estas la asimilen” (Pág. 118).

El proceso de organización sanitaria nacional se fundamenta en ideas como la necesidad de conocer la etiología de las enfermedades, la cual a su vez orienta el examen de condiciones climáticas y sociales que ofrecen circunstancias adversas para la salud.



Esta concepción higienista es influida notablemente por Estados Unidos quien lidera Organizaciones sanitarias y promueve ideas como la expresada en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, las cuales tienen que ver con la necesidad de controlar las enfermedades transmisibles para facilitar el comercio y las comunicaciones marítimo internacionales. Estas ideas muestran la integración de intereses comerciales y económicos con los de la salud general.

Las concepciones higienistas norteamericanas, asumidas en América Latina, se entrelazan con concepciones higienistas etiopatológicas inglesas, francesas y alemanas.

Durante la década de los 30, en el gobierno de López Pumarejo, se realiza una reforma constitucional en donde se habla explícitamente del papel central del Estado en la asistencia pública: “la asistencia pública es función de Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar” (Uribe Vargas, 1985 citado por Yépez y cols, 1990, pág125). A partir de esta reforma se crea al Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública para después convertirse en departamento administrativo del Ministerio de Gobierno.

En 1946 a través de la ley 90 se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales adscrito al Ministerio de trabajo, Higiene y Previsión Social y se establece que los recursos para cubrir las prestaciones y gastos del instituto serían obtenidos por un sistema de triple contribución: asegurados, patronos y Estado. En ese mismo año se plantea la necesidad de crear un Ministerio para la salud y se constituye el Ministerio de Higiene.

Las tendencias públicas e higienistas que inspiran las políticas del Estado entran en contradicción con la formación de médicos orientada hacia la atención privada y la práctica de la mayoría de los médicos dirigida hacia el ejercicio privado de la profesión y la medicina curativa.

El segundo período se denomina “la salud pública importada”, llamado así por la tendencia iniciada en el período anterior por parte del Estado de apropiar las orientaciones del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

En 1946 se crea la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, desde donde se trazan las políticas sanitarias de los diferentes países del mundo y particularmente de América. Desde estas Organizaciones se

promueven términos tales como salud pública, higiene, medicina preventiva; y se busca ampliar el sentido de salud pública hacia una orientación más pragmática y preventiva. Estos aspectos conceptuales inciden en que en 1953 se convierta el Ministerio de Higiene en el Ministerio de salud Pública.

En 1947 a partir del Plan Marshall promovido por Estados Unidos se plantea la preocupación por el desarrollo económico y social de los países latinoamericanos, y se vincula la salud con el problema económico ya que no es posible el desarrollo sin avances específicos en el terreno de la salud. En esa medida política económica y política de salud son vistos como elementos inseparables. Desde este marco de influencia norteamericana llega al país la primera Misión Médica norteamericana que propicia propuestas de modificación de la educación médica sin que esto signifique que estas recomendaciones tengan una visión alternativa al modelo curativo; todo lo contrario, dichas propuestas continúan girando en torno a este modelo, pues aunque se crean departamentos de Salud Pública y Medicina preventiva, el problema de lo público sigue concibiéndose como una responsabilidad exclusiva del Estado.

El tercer período denominado la Salud y el Desarrollo (1958-1974) toma este nombre gracias a la vinculación entre salud y desarrollo, la cual a su vez se deriva de la concepción de salud no como un gasto sino como una inversión. Esto implica la generación de una cultura de planeación.

En los años cincuenta, las tensiones derivadas por la situación política dominada por el conflicto comunismo-capitalismo aumentan con el triunfo de la revolución cubana. En este marco Estados Unidos diseña la estrategia de la Alianza para el progreso desde la que se consolida la idea de que para llegar a niveles superiores de desarrollo se hace necesaria la herramienta de la planeación. Dicha estrategia busca diseñar soluciones a los problemas económicos y sociales que enfrenta Latinoamérica desde el planteamiento del modelo “Desarrollo – Subdesarrollo”. Desde este modelo se sostiene que las naciones que están subdesarrolladas pueden salir de esta condición hacia el desarrollo no de manera autónoma sino a través de la intervención de naciones desarrolladas que generen programas estratégicos de ayuda para alcanzar el estado de despegue después del cual, el proceso de desarrollo seguiría de manera inevitable. En la base de este desarrollo está la planeación como instrumento indispensable para prever y planificar el futuro. El

bienestar social sería resultado del crecimiento económico Esta conexión entre economía y bienestar social se hace explícita en una declaración realizada en el marco de la reunión de Ministros de salud celebrada en Washington en 1963:

“Una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es, por tanto componente esencial del desarrollo y nivel de vida. Los fondos que se erogan para el cuidado de la salud representan una inversión, una fuente de productividad y no un gasto. Su rendimiento puede medirse en una mejor capacidad de los miembros de la sociedad para crear, producir, invertir, consumir...” (Yépez, 1990 cita OPS/OMS. Reunión de Ministros de Salud, Pág. 143).

Estos planteamientos desencadenan en la necesidad de planificar la salud en el contexto de ciudades con aumento en sus tasas de crecimiento gracias a procesos migratorios del campo a la ciudad, incrementos en los índices de natalidad y aumento de la fuerza laboral. Lo que lleva a concebir un Estado más moderno e intervencionista.

Las discusiones en torno a la salud parten del principio de la salud como un derecho que debería ser garantizado por el Estado. Sin embargo a partir del diálogo entre el sector de la salud y los otros sectores del Estado se hace una crítica a las acciones en salud por considerarlas un gasto excesivo para el Estado en la medida en que al prolongar la vida se agrava la situación de desempleo al aumentar la mano de obra innecesaria. Esto obliga al sector salud a ajustar sus planteamientos en términos aceptables para los economistas. Las políticas del Estado en torno a la salud se empiezan a encausar en dos caminos: la ampliación de cobertura a costos mínimos y la asistencia médica por parte del Estado.

Con respecto a la ampliación de cobertura se crea la figura de promotoras de salud que inicialmente son mujeres campesinas voluntarias cuya labor se centra en la educación sanitaria, vacunaciones, prestación de primeros auxilios. Posteriormente ante la necesidad de intensificar los programas de planificación familiar por la gran explosión demográfica de los países suramericanos en Colombia se decide que los programas de planificación pueden ser promocionados por las promotoras rurales voluntarias que con recursos financieros externos son vinculadas como empleadas del Estado, convirtiéndose en prestadoras de servicios “de mala calidad y ejecutoras de decisiones tomadas a larga distancia” (Yépez, Pág. 151).

Una de las recomendaciones para lograr el desarrollo en el contexto de la salud es integrar las funciones de prevención y curación en los servicios de salud. En el año 1965-66 se expide un Decreto por el cual se ordena la integración de los servicios de Salud y Asistencia Pública del país, que causa rechazo en varios gremios médicos; esto impidió su ejecución plena. Esta resistencia se debía a que en los departamentos las beneficencias se encargaban completamente de la prestación del servicio de salud y la Secretaría de Salud asumía la prevención. Más adelante, en el año 1963 se expide el Decreto No 1499 sobre Plan Hospitalario Nacional, en el que se establecen los niveles de atención y se crea la instancia administrativa integral de los servicios de salud por departamentos. Esto se constituye en un impulso del propósito de la integración.

Estas medidas de aumentar la cobertura y mejorar la administración de la asistencia médica del Estado, pretenden con el desarrollo de los hospitales asegurar la salud de los trabajadores industriales y con la ampliación de la cobertura, mantener la estabilidad en el campo. Esto dentro del marco de que una política de salud es fundamental para la economía y progreso social.

Las nuevas políticas y su intervención a nivel social exigían un nuevo modelo acerca de la enfermedad y la salud, que superara las concepciones unicasalistas y que permitiera explicar la enfermedad desde una perspectiva más amplia que incluyera elementos sociales dentro de la etiología. Este nuevo modelo incluye lo social, cultural y el comportamiento como elementos etiológicos, lo que obliga a buscar apoyo en las ciencias sociales para manejar mejor el problema. Esta nueva concepción lleva a entender la salud como un sector vinculado a los demás sectores, planteamiento que orienta el Plan Nacional de Desarrollo de los años setenta, en su impulso para desarrollar el Sistema Nacional de Salud. Se plantea la necesidad de ampliar la cobertura de salud y se considera un Sistema Nacional de Salud como la mejor alternativa para lograr dicha cobertura. Esto implica para el Estado asumir la salud como un Servicio Público “aplicando la unidad de criterios y de políticas e incrementando al máximo su nivel de intervención en todas las instituciones u organizaciones que hayan adoptado la función de prestar dichos servicio, sean o no propiedad del Estado”. (Yépez, Pág. 161) De esta manera el Sistema Nacional de salud podría incluir a todas las instituciones que prestaran servicios de salud, como un microsistema, respetando la autonomía de éstas. Aquellas

instituciones que no son propiedad del Estado podrían aglutinarse en grupos llamados subsectores. De esta manera se plantea la idea de control por parte del Estado “aceptando la heterogeneidad y la fuerza ineludible de la Seguridad Social y de las formas privadas de prestación de Servicios” (Pág. 163). El decreto 654 del 74 definía los tres subsectores: oficial y mixto, seguridad social y privado. A continuación se mostrará cómo funcionaba este sistema mixto en la década de los setenta.



Figura 1 Estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS). Colombia 1974, Pág. 2  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400007](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400007)

Son básicamente, cuatro los subsectores que se desprendían del sector salud:

#### Subsector Oficial

Con un cubrimiento del 70% de la población, este subsector, era el que primaba en temas de acceso de la población a salud, era el más importante en términos la legislación, entidades e instituciones a cargo, responsabilidades y funciones.

El decreto 056 de 1975 que estableció el Sistema Nacional de Salud, fue el que trato en dar orden al sector mas no a la estructura. Este decreto definió el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades,

que tiene como finalidad específica, estar al tanto de lo que tiene que ver con promoción, prevención y acceso a la salud de la totalidad de la población. Es la entidad estatal por excelencia en donde todas las normas estatales se hacen visibles en la comunidad, teniendo desde el ministerio en adelante, *ver Fig. 1.2*, una estructura diseñada para lograr este alcance.

De la misma forma el decreto definió las funciones específicas de la dirección del sistema las cuales son:

Formular la política de salud del país.

Dictar las normas que regulen los diferentes aspectos del sistema.

Formular el Plan Nacional de Salud.

Vigilar y controlar las entidades que presten servicios de salud.

Supervisar el funcionamiento de las entidades que constituyen el sistema y

Asesorar y coordinar los organismos seccionales y locales en la realización de las campañas y programas de salud.

De la misma forma funciones en las capitales como:

Adoptar la política nacional de salud a las características de cada región.

Formular sus planes y programas de salud.

Supervisar el funcionamiento de las entidades que presten servicios de atención médica en su jurisdicción y realizar las actividades que les deleguen el Ministerio de Protección social.

### Subsector de Seguridad Social

Mientras que el Oficial se encarga del cubrimiento, el control y legislación, éste último se hace cargo de la Seguridad Social de cada uno de los miembros de un grupo familiar, es decir, todo lo que sea relacionado con las prestaciones sociales que tiene un trabajador y el porcentaje de nómina que recibe este subsector hacen parte de las características estructurales que lo conforman.

### Subsector privado

Con un 14% este sector estaba conformado por las clínicas particulares con 8.892 camas, además de los consultorios médicos y odontológicos y los laboratorios privados.

### Subsector Misceláneo

Todas las formas de medicina que exista en el país, todas las entidades prestadoras de servicios de salud generales y especializados y que no entren en ninguno de los subsectores anteriores, hacen parte del sector misceláneo, al que siempre ha tenido acceso la menos cantidad de población.

Retomando los períodos históricos, el siguiente período se inicia con la implementación del Sistema Nacional de Salud creado en 1974 y 1975. La formulación de políticas de salud en este período se inscribe en el ámbito de las corrientes neoliberales que toman auge a partir de la década de los setenta.

Ante el cuestionamiento del papel intervencionista del Estado, pues no mostró los beneficios esperados en términos de desarrollo económico y social, sobreviene una crisis del Estado que lleva a implementar una serie de cambios en sintonía con las nuevas reglas del capitalismo basado en el consumo y en el libre mercado. Ideológicamente se empieza a deslegitimar la concepción de un Estado proteccionista que inhibe los impulsos emprendedores y creativos de los individuos y se va cultivando la idea de que el avance de las naciones está fundamentado en los principios liberales.

A continuación se evidencia el desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social, que engloban hoy el ámbito sanitario, y cuya revisión puede resultar pertinente para entender la dinámica actual del sistema de la Salud. Un texto publicado Por el Colegio de Abogados del Trabajo titulado *El Derecho del Trabajo y la Seguridad Social*, refiere dicho desarrollo en 5 etapas:

Periodo de dispersión hasta 1945.

Periodo de organización del sistema: desde 1945 hasta 1967.

Periodo de expansión: desde 1967 hasta 1977.

Periodo de cambios y crisis: desde 1977 hasta 1990.

Periodo de reformas estructurales: desde 1990

Ésta clasificación cronológica resalta los hechos más relevantes de la época que moldearon la seguridad social en Colombia hasta formarla como actualmente la conocemos.

El primer periodo, *Periodo de dispersión* hasta 1945: La Seguridad Social era concebida por el estado de forma sectorizada como ya se describió. La empresa privada en algunas circunstancias brindaba cierta seguridad en salud a los empleados, pero esta salud carecía de complejos como ARP o un Fondos de Pensiones y se vislumbraba más como un acto “caritativo” que a su vez promovía la importancia de ofrecer salud a los empleados. Sin embargo, como ya se dijo la intensión de brindar seguridad no estaba motivada por una norma por lo que no sería sino hasta el periodo siguiente, donde ésta necesidad empezaría a cobrar mas relevancia gracias a las ideas de Seguridad y Equidad Social que promovía el gobierno de la época.

La segunda etapa, *Periodo de organización del sistema*: desde 1945 hasta 1967: se caracteriza por la fundación de Caprecom, que constituye la primera entidad encargada de dar los beneficios de Seguridad Social y Pensiones a los trabajadores del área de las Telecomunicaciones y Correos. Paralelo a ello, en este periodo se empezó a hablar de Seguridad Social para las fuerzas militares, ya que luego de la reflexión promovida por el entonces presidente, sobre la importancia de estas personas en el territorio Colombiano y lo que defendían, obtuvieron las condiciones mínimas de Seguridad Social y ciertas prestaciones.

Por esta constante expansión y su formalización, este periodo fue conocido como periodo de organización. Posteriormente llegaría un tercer periodo en donde se habla de la expansión.

El tercer periodo, el *Periodo de expansión: desde 1967 hasta 1977*, se especializa en postular la exigencia de alcanzar mayor cobertura, pues lo que se ordena es que todas las entidades públicas y privadas, implanten bajo mandato de ley, las condiciones de Seguridad Social a los empleados. Estas mínimas condiciones incluirían: Fondo de Pensiones; Salud para los trabajadores y su grupo familiar, y; Riesgos Laborales, conocidos actualmente como Riesgos Profesionales.

El siguiente periodo inicia en 1977 y termina en 1990 y se denomina *Periodo de cambios y crisis*. Este momento llega en una coyuntura histórica enmarcada por la



revolución armada en Colombia; la polarización toma un importante peso, materializándose en la oposición de grupos sindicalistas obreros y la clase trabajadora a las políticas de Estado sobre el tema de Seguridad Social, argumentando injusticia inequidad y a tono con ello, dificultad en el acceso al sistema. Otros matices como el crecimiento y cambio en las industrias; y las crisis económicas, agudizaron los problemas denunciados por los detractores del sistema.

Así mismo, durante este periodo los hospitales tuvieron un deterioro paulatino que los llevó a convertirse en entidades ineficientes e insostenibles debido a la corrupción directiva, y la deficiente administración y distribución de recursos. Como respuesta a ello, las cajas de compensación familiar se desarrollaron como entidades prestadoras de servicio de salud, lo cual generó valores agregados en la captación de usuarios y cobertura de necesidades. Por decreto, luego de largas discusiones se hizo necesario el optar por el desvío de un porcentaje de asignación nominal, tanto de trabajador como de empleador hacia las cajas de compensación en contraprestación por su papel de entidades prestadoras de servicios de salud; así, estas fueron mencionadas y catalogadas dentro de los lineamientos de apoyo estatal con administración privada, volviéndolas obligatorias para cualquier trabajador y su familia.

Estos hechos justificaron una iniciativa radical de reformular el sistema en su nivel estructural, dándose así el primer paso en la descentralización del servicio e impulsando toda una política de transformación.

*Quinta etapa, el periodo de reformas estructurales;* Colombia desde 1990 experimentó una serie de cambios en toda la estructura de Seguridad Social; básicamente son los siguientes eventos los que generaron tal modificación:

La apertura económica cambió los esquemas organizacionales que utilizaban todas las industrias y, por tanto la forma de concebir el servicio y los productos se modificó en función de la nueva posición hacia la globalización.

Cambios en las estructuras laboral, tributaria, estatal, financiera y de comercio exterior.

La Asamblea Nacional Constituyente y la reforma constitucional significaron un cambio en la visión que se tenía de los derechos ciudadanos y obligó a modificar un número considerable de políticas de entidades, tanto públicas como privadas.

Se evalúan además todos los cambios críticos en la estructura de la seguridad social en Colombia, produciendo como efecto maneras de concebir la salud de forma diferente ya no como ente protector sino como ente productor de servicios bajo los lineamientos de eficiencia, eficacia y calidad.

Retomando a Yépez (1996), en la medida en que las transformaciones implícitas en los hitos sintetizados hasta acá exigen sustento político y legal, a continuación se realizará un breve análisis del acontecer legislativo de esta última etapa, haciendo énfasis en la ley 10 del 90 y reformas ulteriores; basándose en el diagnóstico del Sistema de Salud en el período de 1988-1989 cuyo análisis enriquece de forma importante el marco conceptual.

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 y que lo es más, inclusive que el de otros países de niveles similares de desarrollo. 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 concepto de salud – enfermedad difícilmente se puede encajonar dentro de una sola definición. 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. (Yépez, 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.

Lo anterior lleva a la reformulación del “sector salud” y de las políticas de salud del Estado, fundamentadas hasta ese momento, a la zaga de los avances científicos, en la recuperación de la salud de quienes ya la perdieron (cuidado médico predominante).

Al sector salud le corresponde además de lo que hasta ese momento le ha sido patrimonial (detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), la identificación de las muertes, enfermedades, incapacidades, dolores y angustias (M.E.I.D.A) evitables que están sucediendo, de sus factores condicionantes, de los cursos de acción; la negociación intersectorial para que los sectores correspondientes asuman sus responsabilidades y el control para que las cumplan. En este sentido al sector salud igualmente le ha corresponder la responsabilidad de veedor técnico del proceso a fin de garantizar a las comunidades el derecho fundamental de no morir, enfermarse, incapacitarse, tener dolores o angustias que sean evitables con los conocimientos y la tecnología existentes. Lo anterior necesariamente ha de implicar romper la automaticidad del proceso prevalente en nuestro sistema de salud y alterar la ecuación “salud

=médico+hospital”, que ha predominado hasta ese momento en la formulación de políticas, asignación de recursos y formación de recurso humano. Esta automaticidad se rompe eliminando las destinaciones específicas por programas o enfermedades y dando opción a las comunidades para establecer sus propias prioridades y de acuerdo con ello, la asignación de recursos que más les convengan.

En este sentido, la creación de los “fondos de salud” dentro de la reestructuración del Sistema Nacional de Salud fue un avance significativo al permitir a cada comunidad establecer la distribución que mejor responda a sus necesidades.

Dentro de las premisas del Sector Salud se encuentra: el derecho a la salud, cobertura universal sin barreras económicas-geográficas-culturales, dando prioridad al mantenimiento de la salud (prevención- promoción), acciones coherentes con necesidades municipales, gestión comunitaria, relaciones intersectoriales.

Esta carencia de efectividad del sector salud colombiano está sustentada de acuerdo a este análisis en buena parte en su inequidad y en su ineficiencia. El sector salud es de una gran inequidad. No sólo no entrega sus servicios en proporción a la necesidad (principio de equidad), sino que lo hace en relación inversa. Son precisamente las regiones y los grupos socioeconómicos con una mayor necesidad los que menos acceden a ellos Pérez (2004)

En este documento se afirma como el sector salud es ineficiente, se demuestra por los pobres resultados logrados a pesar de estarle dedicando la sociedad colombiana, un mínimo del 7% del PIB, cuando países que dedican proporciones similares pueden mostrar resultados superiores. La ineficiencia del sector salud colombiano puede atribuirse a múltiples factores:

La ausencia de una política de salud coherente: Colombia carecía de una política integral y coherente de salud la cual no puede ser meramente la formulación de una administración, sino el producto de un gran consenso nacional con proyección al futuro. Así como no había una macro política, tampoco había políticas particulares; ni una política hospitalaria, ni de educación en salud, ni de calidad de los servicios, ni unos objetivos nacionales de salud.

La falta de integridad del sistema, su gran énfasis en lo curativo: el sistema de salud colombiano ha sido y continúa siendo esencialmente reparativo. Centrado en la atención

de quienes ya perdieron la salud, ignora la promoción de la salud y minimiza la prevención de la enfermedad. La ausencia de políticas coherentes y la falta de integridad del sistema de salud condujeron a la presencia de importantes disociaciones que afectan seriamente su eficiencia. Una disociación entre la educación de los recursos humanos de salud - cuyo énfasis es curativo- y las necesidades de intervenir en una forma coherente las causas de enfermedad y muerte utilizando los avances en el conocimiento en las ciencias de la salud. Una disociación epidemiológica –administrativa en donde la infraestructura física, de dotación y de personal no correspondía a las necesidades de salud y de nuevo enfatiza lo curativo. Pérez (2004).

La limitada capacidad de gestión: la falta de capacitación gerencial del personal del sistema y la ausencia de desarrollos administrativos modernos adaptados a las peculiaridades del sector salud, condujeron a una situación administrativa del sector que se caracterizaba por un gran atraso en la aplicación de herramientas modernas de administración y una práctica administrativa centrada en la solución de crisis.

Disociación entre los postulados y la práctica: todo lo anterior ha sido empeorado por la gran disociación que existe entre las formulaciones de postulados y las realizaciones prácticas. Ejemplo de esto son, la pasada legislación del Sistema Nacional de Salud (decreto 056 de 1973 y complementarios); la regionalización de los servicios de salud y las políticas y planes de atención primaria, todos ellos llevados a la práctica en una mínima proporción porque los planteamientos técnicos no han tenido un respaldo político, ni una continuidad en la decisión, ni una traducción en la asignación de recursos. Pérez (2004)

El estado de salud de los colombianos, analizado a través de indicadores de mortalidad, demográficos y de morbilidad, experimentó cambios sustanciales durante las últimas cuatro décadas. Desde una perspectiva global, se observa un perfil epidemiológico en transición. Aunque la disminución en la mortalidad, la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida al nacer, sugieren una mejoría notable en el estado de salud de la población, persisten niveles de mortalidad preocupantes en la población joven, y enormes diferencias e inequidades regionales y sociales.

A partir de 1990, se inicia en el país una profunda transformación en los conceptos del papel del Estado en la vida nacional, cambio que se plasma en la nueva Constitución

Política y en una serie de leyes que dan a las regiones y a los municipios una mayor participación en el proceso decisorio y especialmente en la ejecución de las políticas sociales. (Yépez, 1990)

La Ley 10 de 1990 sienta las bases de la transformación del sector salud, pues descentraliza la administración de los servicios, da fundamento legal a la constitución de los fondos locales de salud, refinancia el sector y eleva la salud a la categoría de servicio público. La participación social se legitima a través de los Comités de Participación Comunitaria y la representación de la comunidad en las Juntas Directivas de los Servicios.

La nueva Constitución Política (1991) ratifica los principios y el espíritu de la Ley 10, ordena la consolidación del proceso de descentralización y le otorga preeminencia a una serie de derechos sociales, entre los que figuran el derecho a la seguridad social y ratifica la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado. (Yépez, 1990)

La Ley 60 de 1993 distribuye las competencias y recursos entre las entidades nacionales y territoriales, define el situado fiscal y su destinación por parte de los municipios a áreas prioritarias de inversión social. El sector salud se fortalece con el aumento de los aportes y se consolida el proceso de reestructuración que comenzó con la expedición de la Ley 10 de 1990.

La Ley 100 de 1993 crea el "Sistema General de Seguridad Social en Salud" que cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud del país e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante la "competencia regulada," mecanismo que promueve la eficacia y la calidad, en la provisión de los servicios. La Ley 100 plantea los siguientes principios como sus fundamentos centrales: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. Los principios que enmarcaron las leyes que movilizaron la revolución en el sistema, encuentran su antecedente económico en modelos neoliberales, que promueven la apertura de mercados, recortes del gasto público, eliminación de los subsidios y, finalmente, privatización de empresas y de servicios sociales (Cardona, 1999)

Estos modelos neoliberales toman fuerza con la finalización de la guerra fría y la agudización de la competencia comercial entre las viejas y las nuevas economías que caracterizaron el orden planetario, siendo aquella el factor más relevante a nivel internacional. Dentro de esa nueva organización mundial los países en vía de desarrollo tuvieron que adoptar diferentes medidas en cuanto a la deuda y frente a la marginación que sufría América Latina. En dicho contexto a nivel internacional en noviembre de 1989, se llevó a cabo la conferencia Latin American Adjustment, en donde se identificaron diez puntos para integrar dentro de las reformas de política económica que los países deudores debían tener como objetivo; dentro de estos encontramos (Ahumada, 1998):

Disciplina fiscal.

Recortes del gasto Público.

Reforma Tributaria.

Liberalización financiera.

Cambio Competitivo.

Liberalización del comercio.

Inversión extranjera directa.

Privatización de las empresas estatales.

Desregulación y la protección a los derechos de propiedad.

Consecuencia indirecta de lo anterior, se da la famosa iniciativa de las Américas, en donde se busca establecer una zona unificada de libre comercio desde Alaska hasta la Patagonia. Posterior a ello Washington se convierte en el epicentro de una iniciativa que plantea un mayor impacto social mediante la reducción de la función económica y social del estado en beneficio del sector privado y el recorte del gasto público. La justificación para este recorte del estado se basa en la supuesta eficiencia del sector privado frente a la ineficiencia del sector público, sin embargo, según Ahumada (1998) estas iniciativas para los cambios de desarrollo que se les ha impuesto a los países latinoamericanos son las que han desembocado en la inequitativa distribución del ingreso.

Una de las herramientas principales para implementar la practica de esta nueva política social, fue el llamado Fondo de Inversión Social, implementado para aminorar

los efectos del ajuste estructural. Esta nueva política social se basa en tres puntos que son: la focalización, descentralización y privatización.

La focalización consiste en tomar los recursos existentes para distribuirlos dentro de la población que pueda ser beneficiada con estas herramientas económicas. Se busca la creación de redes sociales para proteger a los sectores más vulnerados, en busca promover la descentralización y la participación de las instituciones de salud; logrando trasladar las responsabilidades a niveles regionales y locales. Esto con el fin de aligerar las cargas con las que contaba el Estado La privatización de los servicios sociales implica el cambio de imagen del servicio público al privado, en donde los beneficiarios pasan a ser clientes y sus beneficios están mediados por su capacidad de pago. (Ahumada, 1998)

Por esto se plantea dentro del Plan Nacional de Desarrollo una inversión de 38 billones, iniciativa que se ve afectada por el interés del gobierno en recortar el gasto público tocando así a la inversión en el sector salud. Después de esto en 1993 el gobierno aprueba la ley 100 más conocida como la reforma de seguridad social, que incluye aspectos de pensiones, salud y riesgos profesionales. Este sistema que se implementó para contribuir al desarrollo de toda la población beneficiaria desde los cánones del neoliberalismo, busca reducir el papel del Estado como el proveedor de los seguros sociales y la privatización de las empresas públicas. La ley 100 introduce cambios para la prestación de servicios de salud, presionados por las instituciones financieras internacionales como la única estrategia de afrontar la crisis, en donde se plantea que el gobierno debe fomentar un entorno económico que permita mejorar la salud a nivel familiar, redireccionar los gastos públicos a buscar beneficios que ayuden a la población más pobre y finalmente facilitar el ambiente para que las entidades privadas se mueven dentro de la libre competencia y la diversidad. Se estipula así, que los responsables de manejar la atención de primer nivel son los municipios y los de segundo y tercero son los departamentos quienes participan en su financiación. Sin embargo, las promesas de mejoramiento que ofrecían dichas reformas, se visualizan cada vez más lejos de su realización debido a la falta de calidad del sistema que se hace evidente en la ineficiencia que nuevamente se empezaría a proyectar. (Ahumada, 1998).



El Banco Mundial incluso llega a plantear: “algunos países como Colombia, que han delegado las responsabilidades de su servicios sanitarios en un periodo de tiempo breve, sin los recursos financieros ni la capacidad institucional necesarios en los niveles inferiores de la administración, han comprobado que la descentralización puede ser contraproducente y agravar la ineficiencia y la falta de equidad del sistema de atención de salud” (Ahumada, 1998 Pág. 11).

Como ya se mencionó, en la carta de 1991 se estableció la Seguridad Social como un derecho para todos los habitantes del territorio nacional el cual se rige bajo los principios de Universalidad, Solidaridad y Eficiencia; aquella puede ser brindada por agentes públicos o privados de una forma descentralizada logrando llegar a toda la comunidad. Esto enmarca la obligación del Estado de velar por la población que no puede acceder a estos servicios y garantizarles su cobertura. Dentro de estas políticas se mueven más de mil instituciones prestadoras del servicio, en donde la más importante era el Instituto de Seguros Sociales, creado en 1964 como entidad encargada de suministrar la salud y manejar el pago de pensiones al sector privado y los empleados del sector público eran protegidos por Cajanal que sólo manejaba el 7% de la población. Según reportes del Ministerio de Salud este sistema cubría el 50% de la población asalariada, lo que representaba un 20% de la población total (Ahumada, 1998).

Uno de los factores que estaban intensificando la crisis de la seguridad de salud era el incumplimiento del Estado con las obligaciones financieras contraídas y así se libera de la obligación de aportar el 25% al ISS.

El nuevo sistema de salud de la ley 100 está constituido por dos regimenes el contributivo y el subsidiado, en el primero entran todos aquellos que tienen capacidad de pago y en el segundo entran los sectores de indigentes y los que no tienen capacidad de pago. Las personas que pertenecen al primer régimen tienen la libertad de elegir la empresa promotora de salud a la cual quieren pertenecer, llamada EPS; la función de esta es la movilización básica de los recursos financieros, la promoción de salud y la organización de la prestación de los servicios de salud. Esta entidad debe competir por sus afiliados y buscar instituciones prestadoras de servicios IPS, para brindar una mayor

cobertura. La ley 100 además establece que los hospitales públicos sean regidos por el derecho privado en materia de contratos, personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Los ingresos del hospital deben provenir de los contratos y de las rentas propias, pues de ello depende su supervivencia. Dentro del concepto del neoliberalismo los usuarios de servicios sociales ya no son considerados usuarios sino clientes que pagan. Lo que tiene que ver con el régimen subsidiado incluye subsidios totales o parciales, los cuales se financian de las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y del fondo de solidaridad y garantía FOSYGA, en los que aportan aquellos que ganan más de cuatro salarios mínimos legales vigentes. A partir del régimen contributivo nacen los planes complementarios que no cumplen su papel de complementar sino de sustituir el plan obligatorio de salud; mientras el régimen subsidiado fue planteado como un logro de la cobertura universal. Pero esta tiene inconvenientes ya que no representa una solución para la prestación de servicios a la población más pobre. La identificación de las personas que deben recibir este subsidio se hace con la aplicación del instrumento del sistema de selección de beneficiarios para programas sociales SISBEN, en donde es el Departamento Nacional de Planeación a través de su división de Misión Social quien determina los beneficiarios. (Ahumada, 1998)

En el caso de la ciudad de Bogotá revisaremos cómo se han implementado las políticas de salud y el impacto que ha tenido este sistema en la salud pública del Distrito de acuerdo a un análisis realizado por la Alcaldía Mayor en el período de 1990 a 1998; en este se encuentran deficiencias que se convierten en motor de una serie de dinámicas tendientes al mejoramiento de los Sistemas de Salud para los capitalinos Análisis del sector salud en el Distrito Capital 1990-1998 Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá.

Según este análisis la salud en el Distrito de Bogotá presenta un esquema diferente al registrado antes de iniciar la implementación del sistema general de seguridad social en salud. La Dirección Distrital de Salud tiene la capacidad técnica de responder a los problemas de salud de la población en la medida en que se cuenta con el talento humano especializado y se afirma en este análisis que los conceptos de salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública dejaron de ser sólo retórica para pasar a

convertirse en herramientas cotidianas. Gracias a esta iniciativa nace en el Distrito la necesidad de implementar unos cambios en el sistema general de seguridad social en salud, en donde se concibe la salud con tendencia al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida.

En consecuencia se empieza a buscar personal mejor capacitado con el fin de lograr satisfacer las necesidades de cada una de las personas que requieren de servicios especializados de salud, y además una gran vigilancia epidemiológica.

Con este interés se formula un Plan Trienal (1993), en el que se desea realizar un salto social que tiene como objetivo el desarrollo dentro de cuatro campos específicos: desarrollo social, competitividad, desarrollo sostenible y desarrollo institucional para el distrito. Este va de la mano de los principios de Integralidad, Eficiencia, Universalidad y Solidaridad que hacen parte de la seguridad social integral. Este plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Santa Fe de Bogotá 1995 – 1997, se estructura a partir de:

Cultura ciudadana

Medio Ambiente

Espacio Público

Progreso social

Productividad Urbana

Legitimidad institucional.

Una de las metas de este plan es concentrar la atención en salud y educación en la población con más altos índices de necesidades básicas insatisfechas. El desarrollo de este plan plantea algunos aspectos problemas prioritarios como: la poca participación social de los ciudadanos; altos índices de morbilidad y mortalidad asociados al medio ambiente, a estilos de vida, a riesgos ocupacionales, al acceso a servicios públicos y salud, que son susceptibles a prevenirse; conocimiento limitado de algunos eventos de salud pública, presencia de patologías que requieren de intervención oportuna y eficiente para evitar el impacto negativo en la calidad de vida. Las acciones tendientes a tener

impacto en los aspectos ya mencionados, se definieron más o menos así: fortalecer relaciones entre la comunidad y las instituciones, mejorar la calidad de los servicios, investigación para conocer los principales problemas de salud y sistema de vigilancia epidemiológica. Se creó la estrategia de escuela ciudadana, en donde se identificaba y creaban planes de prevención: de sexualidad, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo entre otros; con esto se esperaba dar respuesta a algunas de las dificultades de la salud en la capital. (Análisis del sector salud en el Distrito Capital 1990-1998 Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá).

Estas dificultades y deficiencias se han puesto en evidencia a través de diversos estudios cuyo objetivo es aportar una mirada crítica a la reforma del sistema, por ejemplo: la desigualdad de participación y discusión de los distintos actores en la formulación de la Reforma, hecho manifiesto en la escasa representación de los trabajadores en general como actores protagónicos en la transición de los sistemas; Especialmente los trabajadores hacen oír su voz a través de sindicatos, los cuales sólo representan al 10% de la población trabajadora. Los trabajadores independientes y/o asalariados no sindicalizados no manifestaron alguna posición por falta de representación. En síntesis, la comunidad (usuarios, beneficiarios actuales y potenciales del sistema de salud), tuvo una participación fragmentada e incompleta en la reforma (Ramírez, 1993).

A pesar de la aparente pertinencia de los cambios planteados por las estrategias ya mencionadas, la práctica denuncia la ineffectividad del sistema. Como prueba de ello, existen varios estudios que ponen en evidencia las innumerables fallas del Sistema y que por supuesto redundan en la *no salud* de los beneficiarios. Según la conferencia ALMA ATA, la salud es un estado completo de bienestar y no solamente la ausencia de enfermedades. Éste estado integralmente debería incluir higiene física, mental y social (Tejada, 2003). En un estudio adelantado por Cardona y colaboradores en 1999, cuyo objetivo era el analizar el impacto de las leyes de Reforma de la Seguridad Social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en el en el marco de la garantía al derecho a la salud de toda la población, de acuerdo con los principios de Equidad y Justicia Social, se demuestra que dicha acepción está lejos de ser el estandarte

del sistema, pues se encontró, entre otros que, aspectos como la prevención y promoción de salud son aspectos de mínima preocupación para los gobiernos de turno en comparación con las medidas asistencialistas y de aseguramiento que parecen ser parte ya de la cultura de la salud colombiana; es decir, además de que en el esquema Nacional la Salud se concibe como *tratamiento* o *cura*, la falta de una orientación profiláctica abre una brecha amplia en la probabilidad de que el estado de bienestar integral promulgado por la ALMA ATA sea inaccesible.

Un estudio adelantado por Ramírez, Vélez, Vargas, Sánchez y López (2001) determinó que es insuficiente la información sobre deberes, derechos y beneficios recibida por los afiliados, llevando así a la imposibilidad para la elección de ARS por parte de los usuarios; adicionalmente, se presenta poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios, finalmente el estudio denuncia que existe desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención, lo que hace al sistema ineficiente y a largo plazo insostenible, debido al carácter asistencial que va adquiriendo paulatinamente. La falta de claridad de estos temas indudablemente limita la accesibilidad a los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema. En este orden de ideas, el déficit en información que presenta el sistema entraña mayor dificultad para entrar al sistema, hecho evidente, por ejemplo en la falta de pertinencia, cantidad y calidad de la información que entregan las ARS a sus afiliados, pues no les permite asimilar y captar lo referente a superar las barreras de acceso que la red de servicios y el sistema en general presentan; temas estos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema. En este estudio se señala que por cada 100 personas afiliadas a SISBEN nivel I y II se tienen registros de 46 afiliados al régimen subsidiado de la Secretaría Municipal de Salud de Medellín, verdadero objetivo de este régimen.

Otro caso que pone en evidencia las falencias del sistema, lo analizan, Roldan, Vargas, Giraldo, Valencia, García y Salamanca (2001), en un artículo denominado “Evaluación de la calidad en la atención en salud”; estudio que pone de relieve la mala organización que existe en los procesos que adelantan las diferentes disciplinas que tratan

o pueden tratar a un mismo usuario. La investigación concluyó que los resultados obtenidos reflejan una situación preocupante en cuanto a la organización y funcionamiento de los servicios evaluados y más aún, de la situación de las profesiones comprometidas. Las instituciones evaluadas cuentan con herramientas de valoración general de la calidad del servicio brindado, encontrando como principales fortalezas la satisfacción de los usuarios y profesionales frente al servicio, pero en contraste, serias dificultades y fallas en la organización de los procesos con incidencia directa sobre los resultados del servicio. Los resultados muestran una situación preocupante al encontrar valoraciones de la calidad en la atención entre insatisfactorias y precarias.

La metodología del estudio se orientó a una descripción de las características de la atención en servicios con relación al contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y la satisfacción. Se evaluó el perfil de capacidad interno y externo para cada servicio a partir de la utilización de la matriz DOFA. Se tuvieron en cuenta las siguientes dimensiones:

*Evaluación del contexto.* Normas y políticas que regulan y orientan la prestación del servicio de salud y específicamente el servicio evaluado

*Evaluación de la demanda.* Relación entre el nivel de complejidad de la institución y la morbilidad atendida en cada uno de los servicios y una aproximación a la demanda efectiva,

*Evaluación de la oferta.* La estructura orgánica, que corresponde a la inclusión del servicio dentro del organigrama dentro de la normatividad y dentro de la planeación de la institución y la correspondencia de estos aspectos con el funcionamiento del servicio;

*Evaluación de los procesos.* Información sobre flujogramas de atención, tiempos de espera, sistemas de referencia de pacientes, diligenciamiento de historias y existencia de protocolos de manejo.

*Evaluación de los resultados.* Datos sobre oportunidad, utilización, gastos de atención y productividad,

*Evaluación de satisfacción.* tuvo en cuenta para este estudio básicamente lo que tiene que ver con la satisfacción de usuarios y la satisfacción de los proveedores internos del servicio.

En síntesis, a pesar que las mediciones que establece la institución están sesgadas, ya que son pocas las personas que utilizan los mecanismos de retroalimentación por el poco conocimiento que hay al respecto; quienes se quejan, lo hacen mostrando inconformidad con el servicio, de hecho es calificado desde insatisfactorio a precario.

Otro estudio para resaltar es el titulado Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE, adelantado por Velandia, Ardón, Cárdenas, Jara y Pérez en el 2001.

Los resultados de este estudio muestran que la oportunidad y la calidad de los servicios de atención en salud, son asumidas como un esquema acorde a los estándares esperados por la población. Asimismo, la investigación logró identificar algunos factores que determinan las variaciones en las evaluaciones de la oportunidad y de la calidad, lo mismo que en las razones para no utilizar los servicios de atención médica. Con relación a las razones de no uso de los servicios, se encontró que la población que no utilizó los servicios de atención médica, mencionó en 64.7 % de los casos ciertas “razones” para no hacerlo, que de alguna manera se asocian con problemas en la calidad. Entre las más importantes, tenemos las que se pueden calificar como de accesibilidad, entre ellas larga distancia hasta el oferente (accesibilidad “geográfica”), falta de dinero (accesibilidad “económica”) y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “cultural”). Finalmente, es importante anotar que existen evidencias directas (p.e., las demoras o la evaluación de “mala calidad” de los servicios) y evidencias indirectas (la no utilización de los servicios de salud a través de la seguridad social o simplemente la no utilización de los mismos) que sugieren que los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud pueden ser mayores de lo que aparentemente se pudo evidenciar. Las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el sistema de seguridad social está causando dificultades que se reflejan en la actitud del usuario o que simplemente no ha podido resolverlas.

Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por un lado, tenemos la perspectiva de los profesionales de la salud, quienes enfatizan los aspectos técnico-científicos de la atención. Otra perspectiva es la que se relaciona con los organizadores del sector salud y que incluye a las

aseguradoras de carácter público y privado que abordan la salud a nivel poblacional, enfatizando en los atributos de la atención que reflejen el funcionamiento de los sistemas organizacionales, lo que pone en evidencia la escasa unidad de términos, conceptos y criterios sobre la concepción de calidad del servicio.

Sumado a lo anterior los resultados obtenidos demuestran que las personas que no acudieron a los servicios formales de salud, 53.9% dio razones de accesibilidad, 35.3% razones indistintamente relacionadas con la calidad, 6% razones de calidad técnica y sólo 4.8% razones de oportunidad.

Incluso fue un poco más alta (84.7%) la proporción de personas que encontró oportunos los servicios; 82.7% los calificó como de buena calidad. En realidad la proporción de casos de estrictamente mala calidad sólo fue mencionada por 3.1% de la población. Lo anterior tiende a indicar que los servicios de salud producidos en el país corresponden a los estándares esperados por la población.

Otro de los inconvenientes que conceptúan, esta vez Abadía y Oviedo, investigadores de la Universidad Nacional (no se ha publicado) y cuyo objetivo es evidenciar la contradicción inherente entre SGSSS colombiano y la salud como derecho humano fundamental y el impacto negativo de los mercados en salud, son los Itinerarios Burocráticos. El problema básico que se aborda en el estudio, es el deterioro de la salud que en las personas genera el tener que realizar un recorrido burocrático que incluye entre acciones administrativas y jurídicas, cuando se pretende hacer uso del derecho a la salud promulgado por el estado social de derecho colombiano. Los autores del estudio concluyen en la definición y sugerencia de una herramienta metodológica y teórica (constructo) para su utilización en estudios ulteriores sobre el sistema de salud colombiano: *el itinerario Burocrático*; dicho concepto se define como el conjunto de procesos, largos recorridos que deben adelantar las personas cubiertas o no por el SGSSS para que reciban una atención médica (en muchos casos incompleta) que responda satisfactoriamente a sus demandas de salud. Dichos recorridos, incluyen trámites administrativos y legales cuya finalidad, “no son opciones terapéuticas, sino luchas por entrar al sistema”; ó, si se está adentro, 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 punto es necesario hacer claridad sobre el tránsito de los usuarios de una concepción por parte del estado y de las entidades encargadas de la salud, a otra. Antes los usuarios estaban bajo el concepto de *paciente*, sin embargo en sintonía con todas las reformas hoy son considerados como *clientes*. A este respecto, Galindo en 1999 ofrece una reflexión. Inicia su exposición contextualizando a los antes hospitales, centros de salud, etc, como Empresas Sociales del Estado y por supuesto, la connotación que reciben sus usuarios de clientes al ser directos responsables de su sostenimiento financiero y demanda de un mejor servicio. En esta nueva percepción de empresa, el trabajador de la salud cumple el papel de mantener la estabilidad entre sus dos señores, por un lado está la empresa, para quien trabaja y por ende es su empleado, y el Enfermo, quien requiere sus servicios y cuidados, pero quien ahora es visto como un cliente y no como un ser humano necesitado de asistencia humanitaria, en este caso de salud. Este nuevo concepto de la práctica médica está enrarecido por los nuevos significados que se derivan de la salud y la enfermedad y por los que adquiere el cliente y el profesional de la salud, ya que el distanciamiento que se genera entre uno y otro es propiciado desde las universidades donde al futuro profesional se le induce a un ambiente tecnocrático que poca relación tiene con el desarrollo humano de la práctica médica, trastornando el papel tradicional de éste en la sociedad.

Es evidente que la situación actual de la Salud en Colombia obedece a un entramado de variables que terminan afectando a la gran mayoría de colombianos y colombianas. En este trabajo se abordará la situación de un sector de la población particularmente vulnerable y que con el pasar del tiempo y la acentuación de ciertas condiciones coyunturales en el mundo y particularmente en la nación, crece día a día; el sector de las personas en condiciones de trabajo informal, en adelante los Trabajadores Informales (TI).

Un estudio publicado recientemente por el DANE, ofrece una caracterización detallada de este fenómeno (Pérez, 2004).

La informalidad es un fenómeno propio de economías capitalistas en desarrollo, en donde no existe coherencia entre oferta y demanda laboral y las personas se ven obligadas a desarrollar actividades de producción de pequeña escala (legales o no) caracterizadas, además, por una baja utilización de capital, escasa organización y sin barreras de entrada. En contraste con el trabajador formal el informal se ve abocado a trabajar más y recibir menos ingreso, su cobertura de seguridad social es baja y para muchos grupos ni siquiera existe. Todas esas circunstancias hacen que los trabajos informales sean inferiores, cualitativamente, a los empleos formales. En el caso colombiano, se puede decir que la informalidad no es un fenómeno que obedece a condiciones económicas, sino que es mantenido y reforzado por problemas estructurales de tipo social y político. Es probable que una buena parte del ejército de trabajadores informales esté integrado por emigrantes recientes con bajos niveles educativos; en este sentido la informalidad en las trece áreas y ciudades estaría vinculada con la pobreza y con el conflicto armado interno del país, que afectan con particular intensidad a determinados sectores de la población. La mayoría de personas subempleadas, son informales, lo que agudiza aún más la precariedad de los trabajos (precariedad del empleo es concepto que alude a empleos de corto plazo o en probabilidad muy alta de perderlo; inseguro en el control de las condiciones laborales, el salario o los ritmos de salario, mal remunerado y desprotegido de la protección social. En los países latinoamericanos es atribuida a la flexibilización de las relaciones laborales ocurridas en el marco de la reestructuración productiva, aprovechada por las empresas para aumentar la contratación temporal, con el fin de incrementar o disminuir la producción a menor costo) (Pérez, 2004).

Por otra parte, según el Glosario virtual suministrado por la OIT, el trabajo informal se asocia con actividades económicas realizadas para el mercado con características de baja productividad, en el sentido de que tienen escasa o nula capacidad de acumulación y derivan en bajos ingresos. Así definida, la situación de informalidad se vincula con el escaso uso de tecnología avanzada, la simpleza de la organización productiva, y la utilización de mano de obra no calificada.

En el lenguaje popular, la acepción que se tiene actualmente de Trabajo, va ligada al componente monetario, a la paga. La remuneración se recibe en contraprestación de la

mano de obra. En este sentido, para hablar de Trabajo Informal, es necesario remitirse a la Economía Informal la cual se puede definir como la dinámica monetaria y de intercambio de bienes según posiciones de oferta y demanda que se produce como resultado de la actividad del trabajo informal. Tueros en (2003), expone que la Economía Informal se caracteriza por no ser reconocida, registrada, regularizada o protegida por la ley; y por ser diferente a la economía ilegal o criminal: la mayoría produce productos y servicios legales. La informalidad económica se presenta siempre en muy pequeñas unidades, las que suelen clasificarse en familiares o microempresariales. Así, mientras que las unidades familiares están integradas por trabajadores por cuenta propia y ayudas familiares sin pago o con pago inestable, las microempresas se componen de empleadores y trabajadores asalariados.

La primera vez que se utilizó el concepto de ‘informalidad’ fue en la expresión oportunidades informales de empleo (Informe OIT sobre empleo en Kenya), ante la falta de alternativas “formales” de empleo.

En América en los años 70’s, la oficina adscrita a la OIT, PREALC OIT, asocia el término al excedente estructural de mano de obra, y que necesita emplearse. Tueros en 2003, afirma que la informalidad se constituye de actividades no legales que tienen un propósito legal. Finalmente, para el año 2002, en síntesis de lo anterior y adicionando nuevos elementos, la OIT define que:

El límite entre lo formal y lo informal es el alcance de la regulación. Para unidades, el registro; para trabajadores, la seguridad social.

La unidad de análisis de lo informal, no es más la unidad productiva, también lo es la actividad de trabajo; puede haber actividades informales en unidades formales.

Más que solo un déficit de empleo o legalidad, informalidad califica un fenómeno de exclusión social.

En este orden de ideas, y teniendo en cuenta que el SGSS funciona bajo principios neoliberales, el acceso al consumo, en este caso de la salud, se ve seriamente limitado debido a la falta de recursos que implica el ganarse la vida por medio de actividades informales.

Como ya se ha dicho, el sector informal se ha acentuado debido a la coyuntura histórica. Condiciones de flexibilización laboral que han traído los nuevos esquemas

neoliberales de competitividad contribuyen a este hecho. El proceso de apertura económica, hace que la asalarización del empleo se reduzca ostensiblemente, estimulando el crecimiento de alternativas de trabajo precarias como prestación de servicios, trabajo independiente e informalidad (Pérez, 2004).

En la medida en que un salario básico a un empleador le representa el 55.5% de la carga mínima legal, es bastante difícil formalizar el 50% de población en informalidad que cuenta Colombia en ese momento y, por tanto ampliar la cobertura del sistema (Ramírez, 1993).

En el presente estudio se utilizarán como participantes de investigación, trabajadores informales bogotanos, que adelantan sus actividades laborales, en el mercado de las pulgas de San Alejo

Para esto es importante determinar qué es el sector informal en nuestro contexto Colombiano y bogotano.

Según estudios del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), entre 1993 y 2002 aumentó de un 4.49% al 5.03% los índices de pobreza en Colombia incluyendo la línea de indigencia. Estas cifras se deben a diferentes causas sociales, políticas y económicas; pero la que en este estudio nos interesa es el desempleo como desencadenante de esta situación en Colombia. Debido a esta situación muchas personas buscan otros métodos de subsistencia llegando al empleo informal para poder solventar sus necesidades básicas. Según el Dane el año pasado el 7.1% de la población pertenecía a este tipo de empleo en la ciudad de Bogotá. (Herrera, Morales 2005)

Pero esta característica de empleo no es sólo de nuestros tiempos, según datos históricos demuestran que este tipo de economía en América Latina se remonta a los años 40 debido al aumento de la urbanización en las ciudades por las migraciones del campo a la ciudad. (Herrera, Morales 2005)

Las ciudades no contaban con la infraestructura necesaria para solventar la necesidad de trabajo de toda su población, presentaba una alta tasa de desempleo y bajos salarios ofrecidos por la industria; lo que generó la creación de nuevos métodos para lograr satisfacer sus necesidades básicas. (Herrera, Morales 2005)

A partir de esto surge gran preocupación por la ocupación que estos tienen del espacio público, por lo cual la alcaldía y los entes de control deciden recuperar este

espacio invadido con la ayuda de la fuerza pública. Esto se aprueba a través del acuerdo 79 de enero 20 de 2003. (Herrera, Morales 2005)

Pero esta recuperación trajo grandes implicaciones dentro de la población, razón por la cual se presentaron demasiadas arbitrariedades por parte de las autoridades. Pero a partir de esto surge la inquietud por la consideración de los derechos colectivos de la libre movilización del ciudadano sobre el derecho individual al trabajo, al reconocimiento de los derechos constitucionales fundamentales: vida, mínimo vital, igualdad y trabajo; por lo que se cuestiona el apropiamiento del espacio público sacando a la fuerza al trabajador informal. Por esto se lucha en que el trabajador informal no sea considerado un ocupante o invasor, sino que al contrario hacen parte de una población vulnerable. (Herrera, Morales 2005)

El objeto de la presente investigación es conocer la manera en que las personas en situación de trabajo informal, Significan, o (dicho de otra manera), “*dan sentido*” a la realidad en relación con el Sistema General de Salud, luego de la reforma de 1993 impulsada por la ley 100 en dicho sistema.

El hablar de Significación generalmente evoca conceptos tan abstractos como, *Construcción Social, Intersubjetividad, Socialización, Lenguaje*, etc. En éste sentido, es necesario realizar un ejercicio interdisciplinario, ya que diferentes posturas científicas acerca de la realidad social, ofrecen conceptualizaciones pertinentes para el ejercicio que acá se pretende.

Vale reiterar el carácter Emergente, epistemológicamente hablando, del presente estudio. Ésta perspectiva alternativa demanda un abordaje de la realidad mucho más complejo que el que ofrecen, por ejemplo, miradas positivistas; por lo tanto son necesarias las “conversaciones” que sintonizan los saberes de ciencias como la Antropología, la Sociología y la Psicología en el intento de aprehender integralmente sobre nuestro objeto de estudio.

El soporte conceptual que utilizaremos como norte científico es un clásico para los investigadores sociales: *La Construcción Social de la Realidad* de Berger y Luckman (1968), En este texto, estos autores señalan que el individuo se integra en la sociedad, no desde el momento en que nace sino desde que este tiene una noción de su existencia en comunidad, de esta manera cuando el individuo utiliza su predisposición a convertirse en

un ser social e interpreta a los demás como parte fundamental de su realidad, se inicia el proceso de socialización.

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 mas 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 medica. 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.

La socialización deficiente se da en algunos casos por características biológicas o físicas, razón por la cual se podrían incluir dentro de la "anormalidad" ya que es una concepción diferente o de choque de la realidad frente a una visión objetiva, esta también puede ser resultado de mundos realmente discrepantes. De esta forma la socialización deficiente también puede estar ligada con un concepto de "individualismo", ya que cada uno puede plantear una posibilidad o concepción frente a determinados hechos. Esta persona individualista tiene la capacidad de optar por diferentes alternativas y crear una cantidad de identidades. Esto sería posible relacionarlo con los cambios que ha sufrido el Sistema de Seguridad Social en Salud en donde cada usuario crea una concepción propia frente al servicio que espera recibir, en un contexto de mercado donde la salud se oferta como un bien, de acuerdo con la capacidad adquirida del consumidor.

Según ésta postura, la realidad se define como una serie de estructuras simbólicas internalizadas e institucionalizadas por las personas a través del lenguaje, desde el juego de la ínter subjetividad que implica un ejercicio cotidiano como la socialización. Más aún, estos autores consideran la importancia del marco espacial y temporal en el que se haya inmersa dicha realidad, dando especial énfasis al carácter cronológico, pues están convencidos del peso que adquiere la noción de temporalidad en toda conducta humana. Abordemos todo esto de manera más detallada. Es necesario aclarar antes que la realidad

de interés para el presente estudio es la de la vida cotidiana, en este caso, frente al servicio de salud es decir, la descripción que se hará, pretende cobijar la realidad de la mayoría de la población ignorando deliberadamente el hecho que algunas personas puedan estar capacitadas en alguna disciplina que les permita entender críticamente su entorno socio cultural; luego el objetivo, es comprender el *cómo* se ofrece la realidad a la mayoría de las personas.

Podemos ilustrar la realidad como conjunto de estructuras simbólicas, similar a una edificación que se sustenta en sus cimientos. Las bases del edificio, representarían el pasado; es decir, conforme se mire más abajo, se estará indagando en sucesos ya conocidos “objetivamente”.

Al ser eventos pasados, además de conocidos, se vuelve un imperativo el que sean tomados como partes de la realidad; ya que además de existir cierto consenso sobre ellos, su rumbo determinó de una u otra forma lo que sucede actualmente. Por lo tanto, la planta en donde se situó el observador, será su presente; en ella, contemporáneos y él mismo, estarán trabajando por construir una planta más, la cual representa su futuro, sobre el que se tiene alguna noción. El mirar hacia delante en el tiempo es un ejercicio que, sea en mínima o en máxima expresión, resulta incierto. Por supuesto cualquiera sea la situación respecto al futuro, la conciencia de existencia de dicho futuro siempre motivará comportamientos y posturas y estará enmarcado por la concepción de la realidad presente.

El material básico en la construcción de ésta edificación, es el lenguaje. Sus dimensiones fueron determinadas en el pasado más primario, limitando de esta manera (al menos para la mayoría), construcciones paralelas que pudieran haber surgido. Este hecho obliga a entender y trabajar la realidad cotidiana desde acciones y argumentos, actores e instituciones preestablecidos y, valga la redundancia, institucionalizados de antemano. Por supuesto el resultado de dicho trabajo trae consigo la perpetuación de ese orden ya existente.

En el caso concreto de nuestra investigación, se puede ejemplificar lo que se acaba de decir, al menos hipotéticamente, de la siguiente manera.

En párrafos anteriores se consignó una información concerniente a la génesis y desarrollo de la concepción de salud actual. Los antecedentes de ese sistema pueden



remontarse incluso a miles de años; sin embargo, la característica básica que nos interesa analizar acá, es la imperiosidad que se supone debe tener el estado por garantizarle salud a sus ciudadanos.

Al ser una nación de tradición “democrática” y paradójicamente con escasos intereses políticos por parte del común de su ciudadano, no es de extrañar que en Colombia esté institucionalizada la tendencia a delegar absoluta responsabilidad sobre las élites gobernantes, el conocimiento y la aplicación de las mejores alternativas que llevarían a alcanzar el funcionamiento de un Estado Social de Derecho.

La lógica de la democracia representativa y de la función del estado permitiría entender que la gente debe confiar en sus gobernantes de turno, porque “para eso fueron elegidos”. Antes de la ley 100, existía un déficit importante en lo que se podría considerar como atención con calidad en Salud; una entre tantas, de las razones evocadas para instaurar la reforma.

Las personas estaban tan adaptadas y conformes con el sistema que no pensaron que la reforma podría hacer que las cosas empeorarán (más aún cuando la finalidad de la reforma era un supuesto incremento en la calidad de los servicios sanitarios ligado a la competitividad que caracteriza la empresa privada); una vez más sencillamente se acogerían al cambio porque “*las personas que saben*” (entiéndase por estos al poder legislativo y ejecutivo) dicen que así será mejor. La tendencia a creer en la institución, de hecho está institucionalizada.

Según indicadores en diversos estudios, (por ejemplo el de “Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE, adelantado por Velandia, Ardón, Cárdenas, Jara y Pérez en el 2001), hoy existe mayor cobertura y mejor calidad en los servicios de salud. Por supuesto está lejos la cifra de un 10/10 en el sistema y la denuncia que motiva este estudio, es que las cosas sí son peores para un sector de la sociedad que crece día a día y que por sus características laborales informales, son los grandes sacrificados entre las fallas del sistema.

## Método

### Tipo de estudio.

Un hito histórico que marca la utilización de metodologías cualitativas, evoca el período aproximadamente de 1910 a 1940 en la Escuela de Chicago, donde se destacan investigadores adscritos a ella como; Anderson, Cressey, Thrasher etc.

La metodología cualitativa en su más amplio sentido se asocia a la investigación que produce datos descriptivos, sin embargo, es tal la variedad y rigurosidad de pasos que ella demanda que no se reduce a la simple descripción de la realidad sino que se constituye como otra manera de encarar el mundo empírico. Se caracteriza básicamente por su orientación inductiva, es decir se desarrollan conceptos y la comprensión es partiendo de patrones en los datos y no recogiendo datos para evaluar hipótesis preestablecidas. Esto hace que un estudio cualitativo sea flexible en comparación con las investigaciones tradicionales, tomando al sujeto de estudio como un todo integrado con su historia.

Dentro de la investigación cualitativa nada se da por sobreentendido puesto que se propende a suspender y apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones para alcanzar un mayor grado de comprensión de la realidad del objeto de estudio. En donde no se busca respuestas moralistas para comprender los fenómenos, sino que se trata de incluir los diferentes puntos de vista comprendiendo su particularidad en diferentes aspectos de la cotidianidad (Taylor y Bogdan, 2000)

Los datos de la metodología cualitativa se pueden obtener a través de: grabaciones, notas de campo, transcripción de entrevistas, documentos, grupos focales, historias de vida, cuadros y otras representaciones gráficas, presentando un análisis de éstos desde diferentes enfoques sin perder la validez de la información, que es la que permite reconocer los diferentes actores y situaciones de la investigación.

La perspectiva teórica de donde parte el estudio cualitativo es la que define la forma como se analizan e interpretan los datos, buscando la comprensión de fenómenos a través de la visión del individuo frente al mundo. Este análisis de los datos es una actividad reflexiva que influye en toda la recolección de la información y la redacción de los resultados; por lo tanto no debe considerarse la parte última del estudio sino parte del diseño del mismo.

Los métodos cualitativos no son tan estructurados o estandarizados como otros estudios, ya que no poseen reglas a seguir sino que se establecen lineamientos orientadores que les permite aventurarse a proponer sus métodos de estudio logrando obtener datos más específicos y menos artificiosos del objeto de investigación.

En el proceso de investigación se destacan cinco metodologías o enfoques que permiten abordar la realidad, *Positivista*, *Pospositivista*, *Critico social*, *Constructivista* y *Dialógico* (Guba 1990), siendo los dos primeros de corte cuantitativo mientras que los tres últimos hacen referencia a los cualitativos. Estos últimos se hacen pertinentes al momento de proponer un tipo de investigación descriptiva y propositiva en consecuencia con las necesidades sociales que en enmarcan la situación actual de Salud para los trabajadores del sector informal.

Un aporte que se logra a partir de esta metodología es la relación entre el investigador y el sujeto en la construcción de una realidad compartida, la cual se entiende como el estrecho vínculo entre las dos partes, involucrando al primero, incluso, dentro de la cotidianidad y el comportamiento a nivel social del segundo, lo que permite objetivar, desde el complejo social, la realidad entendida por el investigado y las variables que pueden no ser controlables o desconocidas desde otros abordajes.

### Participantes

La población de donde se escogió la muestra de participante es el mercado de las pulgas de Sanalejo, que por su características de trabajo y estilo de vida de sus habitantes, permiten tener un acercamiento global hacía los significados construidos frente al SGSS por los trabajadores informales, siendo esta una muestra representativa del sector informal en la ciudad de Bogotá. Este Mercado fue fundado el 19 de marzo de 1983 por la administración del Dr. Augusto Ramírez Ocampo Alcalde Mayor de Bogotá.

La Asociación Mercado de Pulgas San Alejo se consolidó como entidad sin ánimo de lucro, con personería jurídica reconocida mediante resolución No. 055 del 10 de feb. De 1994 expedida por la Alcaldía Mayor de Bogotá. Inscrita en la Cámara de Comercio el 23 de mayo de 1997 bajo el número 00005505.

Reúne a más de 500 familias dedicadas a la restauración de antigüedades, fabricación de artesanías, comercialización, libros y recuerdos inolvidables.

Es visitada según datos de la asociación en promedio de 35.000 a 40.000 personas en un día de Mercado de Pulgas.

#### Misión de la Asociación

Facilitar y promover la comercialización de mercancías tales como antigüedades, reliquias, libros y curiosidades, del pequeño y mediano comerciante y productor; agremiando a sus asociados para el fomento de sus actividades tanto comerciales, como culturales, sociales y particulares. Todo esto con el fin de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los asociados y a fortalecer la identidad del pueblo colombiano

#### Visión de la Asociación

Proyectarse para que en el año 2020, sea la empresa asociativa más grande de Colombia, en aspectos productivos, culturales, sociales y recreativos, como ejemplo de superación y vida, replicando el modelo de trabajo y gestión en el País.

Los participantes de la investigación fueron un grupo de trabajadores informales del Mercado de las Pulgas y un trabajador informal independiente. Se realizaron entrevistas a través de la técnica de historia de vida en salud a tres trabajadores informales y se llevó a cabo un grupo focal con la participación de ocho trabajadores y trabajadoras informales.

#### Instrumentos

Coherente con los lineamientos básicos del paradigma investigativo Crítico Social, la metodología que se utilizará propende por la utilización de métodos hermenéuticos.

Tanto en la recolección como en el análisis de la información, la pauta la marcan las formas de hacer ciencia propositiva; es decir, el método de referencia está más orientado al proceso que a los resultados; además de ello, es sensible a la determinación histórica de los participantes y no fragmenta las realidades de cada elemento en el ejercicio investigativo; por el contrario, aboga por la construcción concertada entre sujetos investigadores y sujetos objeto, adoptando una actitud inductiva, abierta a la consideración de cualquier situación.

Para la recolección de la información, se utilizarán las entrevistas en profundidad, herramienta flexible que pretende desentrañar la acepción particular que sobre un hecho tiene el entrevistado. En el caso del análisis de información se utilizará la técnica de análisis de discurso. Una entrevista en profundidad, está lejos de ser un intercambio

formal de preguntas y respuestas, más allá de ello, es una interacción entre semejantes que se construye paulatinamente; en este sentido, Taylor y Bogdan afirman que el rol del entrevistador, *“implica no sólo tener respuestas sino también aprender que preguntas hacer y cómo hacerlas”*, lo que de fondo significa que *“el propio investigador es el instrumento de la investigación...no lo es un protocolo o formulario de entrevista”* (Taylor y Bogdan, 2000).

En la variedad existente de tipos de entrevistas en profundidad se encuentra la historia de vida. Este tipo de entrevista se asemeja a una autobiografía, en tanto que revela detalles “íntimos” de la persona, sus experiencias destacadas y el propio sistema de significados aplicado a su cotidianidad; sin embargo, no se podría decir que es equivalente ya que, es el investigador quien solicita activamente el relato de las experiencias y construye la historia como producto final, preocupándose constantemente por abarcar todos los aspectos de relevancia para el estudio y, además, si tiene información previa de otras fuentes sobre la persona en cuestión, contrastar los relatos (Córdoba, 1990).

Por otra parte, la técnica referida a la interpretación de la información es el análisis de discurso. La importancia de esta técnica para nuestro estudio, se asienta en el hecho que las construcciones discursivas son muy similares para un grupo homogéneo de población permitiendo el acercamiento a su sistema de significados global. En palabras de Coffey y Atkinson, quienes hacen un sintético análisis de varios autores (*p.ej.* Propp, Lavob y Riessman) y sus aportes a esta técnica, informan de la posibilidad de desentrañar los significados que se presentan en estructuras estandarizadas y que develan patrones recurrentes y facilitadores de la identificación e interpretación de cada segmento narrativo (Coffey y Atkinson, 1996).

## Procedimiento

### Técnica de Grupo Focal

Es una 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.

La reunión del grupo focal es dirigida por un moderador que utiliza una guía de discusión para mantener el enfoque de la reunión y el control del grupo. La guía de discusión contiene los objetivos del estudio e incluye preguntas de discusión abierta. Para determinar cuántos grupos se necesitan, primero es necesario recopilar la información pertinente, generar hipótesis del tema en estudio y continuar la organización de grupos hasta que la información obtenida este completa.

El tamaño aceptable para un grupo focal ha sido tradicionalmente de ocho a diez participantes. Pero existe la tendencia hacia grupos más pequeños según el fin establecido; es decir, con los grupos grandes se obtienen más ideas y con los grupos pequeños se profundiza más en el tema.

Como apoyo, en esta técnica se utilizan observadores, equipos de grabación de audio o vídeo, espejos unilaterales y salas de observación que ofrecen un ambiente privado, cómodo y de fácil acceso.

En algunos lugares los grupos focales duran todo el día o medio día. Sin embargo, como regla general, el grupo focal no debería durar más de dos horas. Los participantes deberán sentarse de forma que se promueva su participación e interacción. Kitzinger J. (1995)

### Historias de vida

La narración de experiencias, de vivencias de sueños y frustraciones, es lo que le permite al hombre trascender a la inclemencia del tiempo es lo que nos convierte en seres inmortales y a nuestras historias en faros que quizás iluminen el camino de las personas que seguirán el sendero que día a día se traza con nuestro vivir. (Ochoa, 1997)

Son estos relatos de vida la manera en la que el ser humano puede desvincularse de su colectividad y presentarse como un ser único, con ideas y necesidades que nacen de su propia experiencia de vida y de la manera como el individuo la aborda. Pero es el desarrollo de estas historias un incesante viaje dentro de los recuerdos del sujeto, sus vivencia se organizan se recopilan y hasta se complementan para así formar la narración

que este sujeto dará a conocer, evocara sus mejores rasgos y pondrá ante un jurado listo a escucharlo todo lo que su ser tiene que decir.

¿Pero que tan fidedigna puede ser esta historia? Es cierto que quien la relata es también el actor de esta recopilación de hechos pero también es el autor de la misma y sus recuerdos pueden ser ciertamente influenciados o perder fidelidad a lo largo del tiempo, por lo que su veracidad sería duramente criticada.

De esta manera y según Ochoa (1997) la historia de vida como técnica de investigación tiene tres etapas: exploratoria, descriptiva y explicativa.

La etapa Exploratoria hace referencia al contexto etnográfico al que pertenece nuestro narrador, lo que hace inminente la investigación previa de su entorno, luego y ya cuando se tiene una visión clara sobre este entorno se procede a iniciar la entrevista

Galindo (1997) señala que en esta fase se debe buscar una entrevista relatada, para lo cual se busca que el entrevistado hable con la mayor libertad acerca de dos tópicos importantes: El primero, su vida pasada para lo cual debe utilizar la mayor cantidad de detalles posibles; el segundo tópico es hablar sobre el futuro, sobre lo que la persona cree que podrá suceder, finaliza esta narración hablando sobre su vida actual. Es importante que mientras el individuo relata sus vivencias presentes pasadas y futuras el entrevistador defina un esquema de vida sobre el cual pueda ejercer preguntas, enfocadas en completar la información que brinda el entrevistado.

La segunda etapa la etapa descriptiva parte del relato que fue concebido en la anterior fase y lo retoma con el fin de establecer aspectos más detallados en el mismo “se van asomando nuevos hilos nuevas formas, las versiones aparecen incluso contradictorias y opuestas” (Galindo, 1997, Pág. 28). Acto seguido el entrevistador ordena estos datos de manera lineal tomando en cuenta las diferentes relaciones existentes entre los componentes de la historia.

La tercera y última etapa, la etapa explicativa, es en la cual se identifica la función inicial de la entrevista, es donde se encausa y se le da significado. Esta última etapa se realizará a través de la técnica de análisis de discurso

## Análisis de Discurso

Cuando se pretende hacer una recolección de datos de orden cualitativo en una investigación se puede recurrir a diversas y variadas técnicas que permiten conocer a fondo de forma estructurada y valida, la información existente y pertinente sobre el tema al cual se quiere abordar, una de ellas es el *Análisis de discurso*, el cual en su haber comprende una serie de complejos estructurales que permiten llegar a la profundidad de la comunicación haciendo evidentes todas las variables que intervienen en un mismo tema.

El *Análisis de discurso* es una nutrida forma de profundizar en los complejos del lenguaje, es decir, no se necesita y no basta únicamente con el lenguaje escrito u oral, sino que para entender realmente la intención y la comunicación en su totalidad es necesario tener en cuenta variables como el contexto histórico, el contexto cultural, la historia individual de quien lo propone, así como todos los complejos a nivel interno (psíquico) y los externos (ambientales) que llevan a una persona a tomar una decisión respecto a que comunicar u y como decirlo.

Un ejemplo cotidiano nos permite entender de forma clara, lo que se pretende alcanzar con la *técnica de Análisis de discurso*, cuando un padre de familia le dice a su hijo “no llegues hasta tarde”, el valor del mensaje no está únicamente en el significado de no llegar tarde, sino en la historia personal del emisor (Padre) quien sabe que puede haber peligros al llegar tarde, así como problemas de salud, por el clima, por no dormir, etc., también teniendo en cuenta que en la ciudad que se habita los peligros son constantes y se tiene información sobre maltrato a jóvenes que por no llegar temprano y no al no tener precaución pueden terminar maltratados en su integridad física.

El análisis de discurso, es una forma de comprender la realidad a través del complejo y la profundidad que encierra la comunicación, basándose en los referentes cognitivos que encierra la intención que lleva al discurso.

Potter y Wheterell (1996) 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, los cuales se pueden entender de la siguiente forma: función; como elemento clave en la intención u objetivo del dialogo, es decir, se puede tener la intención de explicar,



asegurar, argüir, por tanto la función del discurso es clara y con una lógica directa y tangible. Sin embargo, la dificultad radica en que no siempre el discurso es claro en su objetivo, lo que Potter y Wheterell sugieren es abordar el término de la variabilidad el cual se acerca al discurso de una forma global, es decir, las funciones tienden a presentar cambios constantes y en la variabilidad de esas funciones y en el contenido de sus esquemas generales depende el análisis que se genere, además, la variabilidad funciona como un índice de la función, como un índice de las distintas maneras en que se puede elaborar una explicación.

Existe otro término llamado *construcción*, el cual cumple dos funciones fundamentales: sirve como elemento director del analista para evaluar los recursos lingüísticos usados preexistentes en el sujeto, así como los que no. De igual manera, el mismo término permite entender que el discurso se encuentra orientado hacia la acción debido a sus efectos prácticos.

El repertorio interpretativo es la herramienta analítica introducida por los dos autores en donde se afirma que la regularidad en el lenguaje no se establece de manera individual sino con la interacción colectiva y sus patrones.

Finalmente los repertorios interpretativos consisten en la unión de diferentes estados que permiten a los hablantes construir afirmaciones y discursos Potter y Wheterell (1996)

## Resultados

A través del proceso investigativo realizado por medio del grupo focal y de las historias de vida desarrolladas con trabajadores informales, presentaremos una descripción basada en las matrices de sentido estructuradas desde el análisis de los siguientes 4 repertorios interpretativos: “Historia laboral y personal”, “Salud – Enfermedad”, “Sistema de salud antes de la ley 100” y “Experiencias en el sistema de salud: ley 100”.

Los participantes de la investigación fueron un grupo de trabajadores informales del mercado de las pulgas reconocidos en adelante como M1, M2, y un trabajador informal independiente TI. Se realizaron entrevistas a través de la técnica de historia de vida en salud a M1, M2, TI y se llevó a cabo un grupo focal con la participación de ocho trabajadores y trabajadoras informales en adelante GF.

En el repertorio “Historia Laboral y personal”, se recogen las experiencias que han permitido contextualizar el proceso histórico, social, familiar y laboral de cada trabajador informal participante en este proceso. Dentro de esta identificamos 4 subcategorías denominadas de la siguiente manera: Experiencia laboral, Trabajo – enfermedad, familia y autoconcepción-

*La experiencia laboral nos ubica dentro del contexto laboral en el que han estado inmersos los participantes en pro de buscar una mejor oportunidad económica, que permita satisfacer sus necesidades y la de los miembros de su familia.*

Las experiencias de empleo formal son diversas; a partir de los diferentes fragmentos se pueden establecer dos orientaciones para la significación que hacen los entrevistados acerca del trabajo. Por un lado, algunas personas lo significan en función de su quehacer y los valores que implica el trabajo; como lo narra M1:

*“como lo que le dije que llegué a manejar tanto la empresa que tuve inconvenientes con alguien que el jefe trajo, porque paré la empresa dos veces, una vez con ventas de 150 millones y otra con doscientos millones”*

Las experiencias laborales son diversas, a través del siguiente fragmento se observa cómo en la historia laboral de M1 hay experiencias de empleo formal:

*... yo trabajaba manejando una agencia de textiles, allí pues empecé normal como cualquier empleado a trabajar en la empresa, al año me ascendieron como jefe de*

*personal, duré 10 años con esa empresa, a partir del segundo año ya empecé a manejar la empresa, sólo, por que mi jefe no permanecía ahí...y ya sabía que todo quedaba en buenas manos mientras estuviera yo; ahí hice un trabajo bastante grande, me siento muy satisfecho de lo que hice*

En este fragmento se puede ver cómo este trabajador valora su experiencia como empleado. Por un lado, valora el haber ascendido en la empresa hasta llegar a manejar la empresa; la posibilidad de autonomía también es un motivo de satisfacción para este trabajador, lo que demuestra que la autonomía y emprendimiento son cualidades que van configurando la identidad del trabajador independiente.

En este otro fragmento se ilustra en contraste con la anterior valoración, una descalificación del mismo trabajador del empleo formal:

*“...es que hay personas que aparte de ser jefes como que quieren someterlo a uno como esclavizarlo y para mi no está eso, nunca he permitido eso, ni estoy de acuerdo de que se haga, ni antes ni mucho menos en este momento; que traten a un empleado como un esclavo”*

Aquí se observa cómo la experiencia de este trabajador le muestra que el ser empleado puede implicar el someterse a otros –jefes- y en muchas ocasiones este sometimiento se convierte en esclavitud. Esta descalificación del sometimiento y por otro lado la valoración de la autonomía y emprendimiento justifican en este trabajador su salto hacia la independencia como trabajador informal:

*yo empecé a trabajar en ventas a crédito ...pero el mercado era para mi, de segundas, como una distracción, como una aventura, como no sé...no por que necesitara el mercado...yo sabía que si quería ganarme un millón en el mes me lo ganaba, si quería ganarme dos me lo ganaba...y si quería ganarme 5 millones en el mes me los ganaba; si trabajaba duro, me los ganaba...yo trabajaba de acuerdo a lo que necesitaba...pero ya me metí al mercado y empecé la misma cosa, pero trabajando los domingos y... listo ahí quedé*

En este fragmento se puede ver cómo este trabajador interpreta el salto a la independencia como una aventura en la medida en que nada estaba predeterminado, ya que él mismo determinaba lo que ganara de acuerdo a lo que trabajara, a diferencia del trabajo como empleado donde las condiciones son fijas.

En el caso de este otro trabajador (TI), el acceso al empleo formal se hace desde una edad temprana, pero además, su condición física determina una serie de dificultades en su trabajo:

*Yo entre a trabajar, contra mi voluntad, contra lo que sea, por que si yo soy persona, yo decía yo tengo que entrar a trabajar ( C) cuantos años tenia cuando entro a trabajar? (H) por ahí unos quince años yo estaba recién salido de primaria, entonces yo entre a trabajar en una empresa de transporte urbano, me pidieron formal paciencia, Me recibieron, me toco ir al ministerio para que me dieran permiso como menor de edad, dure tres años, antes de eso mi jefe me dijo, usted tiene que, que ser estricto tiene que ser a la raya y tiene que ser ..... este cuerpo de trabajadores es pesado, en todo sentido es pesado, por que yo lo viví, por que llevo treinta años trabajando con ellos y es pesado”*

*“Entonces los conductores le maman gallo, lo joden, lo huevonean, yo quiero hablar de lo que es, lo suben a usted al capo de un bus y de allá quien lo baja*

Aquí se evidencia cómo su condición “anormal” lo va obligando a desarrollar un carácter que le permita defenderse frente a las burlas de los demás. Las difíciles experiencias laborales desde un principio van construyendo una manera de ser –estricto–necesaria para afrontar las diferentes situaciones. La manera de sobreponerse a los límites que le impone su estatura es la de mostrarse fuerte y estricto, apoyado por la empresa que lo contrató, intenta poner reglas y sobreponerse a los demás de la misma manera agresiva en la que lo atacan:

*Y entonces esos conductores de esa época, “mire a ese maricón” y yo cada cinco minutos llame a la empresa “usted no mas diga y anóteme el numero de la placa”, yo hice castigar como a veinte, hasta que hubo una reunión entre conductores “ustedes obedezcan al hombre que el sabe como mandarlos y en ese entonces no había inducción ni nada sino que me dieron fue madera, me quisieron dar la mano y gracias a dios, gracias a Dios...”*

Finalmente este individuo logra cierto reconocimiento en la labor que se realiza, y decide abandonar su sitio de trabajo y buscar un estatus de independencia, convirtiéndose en trabajador informal:

*“yo ya trabaje tres años, yo ya estaba cogiendo cancha, ha y entonces yo me puse también rebelde, entonces yo dije, no mejor me voy para otro lado, me abrí de ahí, me*

*puse a vender chance, me fui a otro lado y así me encarrile para otro el mismo trabajo en los buses amarillos y rojos y ya entre a estudiar bachillerato.”*

Sin embargo su periodo de independencia no tuvo mucha duración, pues como se observa a continuación se engancha en otra empresa donde hace carrera:

*“mi papa, tenía un amigo político me ayudo a entrar a los troles, dure casi catorce años, entre siendo obrero raso hice una carrera administrativa ahí, por que yo entre al aseo, después portero, después almacén, cardes y después de cardes pase a jefe de sección en tapicería, yo soy tapicero, la tapicería la aprendí yo solo”*

Con el fin de mantener una estabilidad laboral, en algunos casos los trabajadores deben soportar diferentes situaciones adversas; el sobreponerse a estas les permite continuar con el ritmo de vida que les implica el empleo.

La segunda subcategoría que emergió es el “Trabajo y enfermedad”; en ésta se evidencia como el trabajo además de generar un status y una posición social particular, puede ser causal de diferentes tipos de enfermedades incluso patologías.

La falta de herramientas de seguridad industrial dentro del desarrollo de las tareas laborales, puede ser un factor de gran importancia frente a la salud de los trabajadores, como lo manifiesta en el siguiente párrafo TI:

*“Yo puse un taller de tapicería, fue cuando le trabaje a la santa fe, de pronto no use seguridad, caretas o algo, entonces se me fue a los pulmones, algún virus o algo, como yo trabaje con tanto pegante, espumas, después eso me genero una enfermedad, se me desarrollo a mi una trombosis pulmonar, que se llama, ha se me olvido, ahorita el nombre”*

Se evidencia la desprotección del estado y de las empresas frente a la condición del empleado en el momento del retiro de la compañía, desconociendo las consecuencias del trabajo en su salud:

*“Entonces a mi me da dolor eso, a mi me da rabia eso, empezando desde hace unos 17 o 18 años cuando la empresa de troles nos boto, parte de ahí, empezando de que si hubiera un estado, ahí vuelvo y digo lo del estado, si hubiera un estado, yo no debí haber trabajado nunca sino haber accedido a una pensión, pues la verdad, la verdad, cuando se acabaron los trole a nosotros nos botaron, ahí es donde se dio el problema social, el problema político, no político sino gubernamental que los gobiernos de ese entonces, no*

*lo miraron a uno, no lo miraron, usted se va, ¡mire que me falta esta vista! De malas usted se va, que me falta la muleta por que la patica, de malas, todo el mundo de malas y de malas y firme aquí y de malas. Los primeros obreros que echaron los echaron con policías, porque nadie quería salir entonces eso fue un atropello contra el pueblo, y o no estoy mirando estrato social o económico, sino la gente llámese quien se llame, tome se va y se va, entonces quede desamparado”*

La ley permite que se establezca una discriminación del empleado a través de sus condiciones físicas y mentales, ya que si una persona no cuenta con los parámetros establecidos no le es permitido el ingreso, situación que vivenció TI. En el siguiente fragmento se ve como TI esconde su enfermedad respiratoria la cual adquirió a raíz de su oficio como tapicero pero que ahora disimula dejándola avanzar, paradójicamente para obtener un empleo y de esta forma asegurar un seguro de salud:

*“Yo fingí, cuando me llamaron en esta empresa a mi no me recibieron de una sino, por temporales, entonces yo fingía por que mi me daban unas crisis respiratorias se llama eso, entonces yo fingía por que me hospitalizaban inmediatamente y me perdía, entonces me llamaban para un turno y me decían pero es que uno lo llama y usted no esta”*

Sin embargo algunas organizaciones a pesar de que la ley no lo exija, continúan preservando el bienestar de los empleados que laboraron con la empresa conservando algunos beneficios económicos: Por ejemplo: a pesar de que TI no puede trabajar por su incapacidad, la última empresa para la que trabajó le sigue consignando una mensualidad y le sigue dando el seguro de salud.

*“(C) ¿Usted esta en sisben? (H) en Saludcoop, yo estoy con esta empresa... (E) y aun esta trabajando? (H) no yo llevo 1 año y medio casi dos años que no he podido trabajar, es que yo estoy allá por que tengo mis prestaciones y todo pero la realidad a esta empresa la quiero mucho... después de mi mama, por que me consignan a mi 80.000, y me quedo quieto ahí y me están consignando a salud”*

En ocasiones a pesar de tener acceso al sistema de salud, personas como M2 no siguen las instrucciones de autocuidado impartidas por él medico por otorgarle mayor importancia a la actividad laboral:

*“Imagínese la cabeza, la cabeza me tomaba el pelo y no me podía parar, no podía caminar porque me caía y me llevaron a urgencias y el médico me examinó y todo eso y me dice: que es su stress le dije y que hago pa eso me dijo no te voy a dar una droguita y se está tres meses acostado”*

*“gracias a Dios se alivio le paso eso de la cabeza) se me quito porque es que no se no me gusta estarme acostado y mucho menos sin hacer nada, entonces yo me levantaba y trabajaba, me puse a trabajar tenia trabajo en la casa”.*

Continuando con las subcategorías planteadas encontramos “La familia”, esta nos permite conocer las dinámicas familiares del sujeto, reconociendo las vivencias compartidas frente al servicio de salud.

Aunque las condiciones económicas no sean las más óptimas, las familias como la de TI, logran generar estrategias para sacar adelante a sus integrantes, poniendo en evidencia que la persistencia y la unión, más que el apoyo estatal, les permite optimizar la calidad de vida:

*“Bueno yo soy Henry Páez, nací de un matrimonio, con diez hijos, ósea somos diez hermanos, yo soy uno de los mayores, mi padre fue un obrero, le toco luchar mucho, por que diez muchachos son diez muchachos, gracias a dios todos, hemos sido abejas a pesar de todo, nos hemos rebuscado ,el buen sentimiento del crecimiento y la virtud mental que hemos podido tener para un buen desarrollo en la persona, la situación económica del viejo, no fue mucha, para llevarnos a todos a digamos un mejor estatus, a cada cual le toco defenderse y gracias a dios no a habido en la familia, ningún torcido o mal hijo que se pueda llamar, me estoy refiriendo indigente u otras cositas que pudieran haber, bueno yo no puedo hablar mucho de eso porque como yo no lo viví y mis hermanos no lo vivieron pues entonces, entonces aparte de eso mi papa era una persona un poquito dura, bueno mis hermanos se crecieron y yo me quede ahí pero nos desarrollamos en el campo mas bien como ... Cada uno con su manera de sobrevivir intelectualmente nos dieron palo por que nos dieron palo también, como toda persona de bien, bueno, resulta de que mi papa no alcanzaba por que ya estaba ..... Éramos como unos siete u ocho”*

Paralelo a esto, a pesar de que las familias como la de M2 sean muy numerosas y que las condiciones económicas no sean altas, los integrantes de la familia se plantean proyectos de vida a nivel profesional, logrando mejorar sus opciones laborales:

*“Bueno mi nombre es Alfonso Moreno ahora estoy al frente en la junta del mercado de las pulgas y tengo como cincuenta años de casado ya perdí la cuenta, nuestra familia se compone de siete hijos y pues éramos mas familiares pero pues si nos visitamos y todo pero no así seguido, todos los hijos están independientes, ya han hecho sus vidas, vidas independientes cada uno y estudiado tengo un hijo que es arquitecto, otro es ingeniero, dos hijas que son docentes son profesoras del distrito y un hijo que es artesano, no estudio o si estudio pero se canso. Uno estudio en la Nacional --- la otra en la Distrital estudio sociales, y el arquitecto también de la Nacional, y el otro también de la Distrital y las otras pues...(B: Tengo dos hijas que son, que son secretarias) una es secretaria la otra hizo el bachillerato se caso y ya.”*

Adicional a los valores resaltados en los fragmentos anteriores, también se puede ver como el respaldo que ofrecen los diferentes miembros de la familia a personas como M2, permite fortalecer lazos y sentir reciprocidad, por el cariño, tiempo y dedicación brindados por los padres a sus hijos:

*“Los hijos por ejemplo he, viven pendientes de nosotros, no somos, no estamos abandonados por ellos como muchos, como muchos padres que los hijos ni los miran, afortunadamente eh --- con suerte en ese sentido, mis hijos son súper preocupados por nosotros (A: y además pues ustedes están los dos, se hacen compañía) si somos los dos y siempre hemos estado unidos”*

En el anterior fragmento se observa la importancia del vínculo familiar en la medida en que los miembros de la familia se convierten en un soporte fundamental frente a cualquier dificultad. En el siguiente fragmento se ve cómo M2 ante una dificultad de un miembro de su familia con respecto a la salud, no duda en prestar su ayuda, lo que evidencia la importancia de este tipo de soporte en circunstancias en la que existe vulnerabilidad o desprotección como es el caso de la salud:

*“sino que gracias a Dios yo crié unas primas que tienen --- y ellas me ayudaban para la droga y una de esas tuvimos que hospitalizarla urgente porque le dio un vomito de sangre y la llevamos a la clínica, como era que se llamaba una quedaba en (B: en primera la llevamos a ahí al galán) al galán (B: hospital del galán y ahí la tuvieron --- días y ahí la remitieron a la clínica Bogota) si a la Bogota (B: toco que pagar claro, hablamos con la, con la trabajadora social y todo y le bajaron no nos cobraron tan caro)*



*si, no nos cobraron tan caro, pues en si la verdad no es que no se pagaron si no después que pues yo le daba la alimentación, la comida también después colaborándole --- ellas también colaboraban, como ella no tenia familia pues nos tenia a nosotros pero de los otros ninguno se hacia cargo de ella porque era muy cansonsita pero ella conmigo la iba mucho, ella me querría los muchachos y todo, vivía conmigo pues --- como decir mi mama que estuviera conmigo”.*

Finalizando este repertorio interpretativo, encontramos “el autoconcepto”; entendido éste como la manera en que las personas significan su experiencia frente a una situación; en éste caso, su experiencia frente a la salud.

Así mismo, la constitución proclama el principio de igualdad en donde todos poseemos los mismos derechos y necesidades; no obstante, lamentablemente en la práctica existen diferencias marcadas por la capacidad adquisitiva; M1 lo expone de la siguiente manera:

*“Todos somos iguales, yo lo sé, así sea el presidente de la republica que gana 20 millones en el mes es igual a mi, siente el mismo dolor; el dolor no es por clase...entonces la chica me decía eso, este momento es para que cambie, sino cambia el dolor será peor...C. el dolor nos iguala todos...E. por que uno debe ser una persona como todos los demás; porque todos somos hechos de lo mismo...C. y lo más irónico es que el dolor nos iguala a todos, pero la medicina va de acuerdo a si uno está en EPS, prepagada...no?, es decir, la atención es diferente si uno paga más...”*

Aquí se observa cómo M1 concibe que en medio del dolor y la enfermedad se pueda experimentar o hacer evidente que todos somos iguales, pues el dolor no tiene clases sociales; esta forma de interpretar su realidad es producto de su propia experiencia frente a la enfermedad. Otra manera de construir autoconcepto a partir de elementos asociados al sistema de salud, como la enfermedad, es la que encontramos en TI; donde se evidencia cómo la condición física es la base de su visión como persona llevándolo a percibirse con necesidades que merecen más atención que las de los demás:

*“Entonces yo soy una persona, primero, acondroplásica, ¿saben que es acondroplasia? (C) No (H) Es , he, el desarrollo del cuerpo desde el vientre ya viene con un puntito digámoslo así, por que no me puedo explicar mejor, para el no*

*crecimiento, esto es en los huesos, la enfermedad se presenta muchas veces en los superiores e inferiores, eso es hasta donde yo puedo entender, la persona acondroplásica tiene muchas dificultades, de la vida cotidiana, en muchas cosas, eso genera complejos con el buen desarrollo del individuo, en el campo social, en el campo de comunicación, con el buen desarrollo de la infancia, de su niñez, de la pubertad y tantas cosas etcétera, etcétera”*

Es así como, aún cuando TI tenía una condición física que lo mantenía alejado de los demás, logra percibirse de la siguiente manera:

*“A los cinco años yo salí en línea recta, es que parece que hubiera sido ayer, ósea a los cinco años, yo era muy juicioso, muy cumplido muy bien aplicado muy buena persona entonces me fui de la casa, y si yo le contara no alcanzo a contar la historia de lo que sucedió de los seis a los catorce años, entonces yo me abrí de la casa me fui solo yo pagaba mi pieza allá, yo luce ósea solo.*

*entonces me fui al teatro, yo hice ... hice dos semestres del curso de teatro, actuación, eso me enseñó mucho, para vivir en sociedad, para ver pasar a la gente, para hablar con ustedes, yo era el único bajito, eran quince muchachos yo hacia el papel de Nelson Ned cuando llego a Colombia estamos hablando de hace ...y entonces yo era ya mechudo, si me entiende yo ya bregaba a usar mi pantalón bota campana, pero siempre tímido, ósea la timidez, siempre, pero yo trataba de ser social, era lo que yo quería”*

El repertorio interpretativo “Salud – Enfermedad”, nos habla sobre las estrategias que los individuos y sus familias ante dificultades de salud, aún cuando estas se basen en la búsqueda de métodos alternativos que permitan dar rápida respuesta a las diferentes enfermedades.

La primera subcategoría que emerge de éste repertorio, es la de “Hábitos” en donde encontramos todas las actividades desarrolladas por las familias para la prevención y atención de las enfermedades así como la reducción de riesgos que afecten el desarrollo normal de la vida:

*“El aseo general es clave, el lavado de los productos, las frutas que se van a comer, es clave; por que ahora ya sabe uno de los químicos, las frutas que los tienen por fuera aparte de los que traen por dentro...para el crecimiento...pero por ejemplo las uvas que se les nota por encima el químico que le han echado...y la mayoría de la fruta;*

*entonces normal lavarlas...también esa combinación de frutas y verduras que es indispensable dentro de la comida diaria; eso es un hábito normal...”*

En contraste con el fragmento anterior en donde la prevención es un elemento fundamental para hacer frente a la enfermedad, para personas como TI, existen momentos y métodos más eficaces para ello. Él busca métodos alternativos como la automedicación que permiten un efecto más rápido y más económico:

*“En esa época usted iba al medico? (H)la verdad no, la verdad en ese tiempo yo ya no estudiaba ni nada yo estaba dedicado solo al trabajo, entonces yo era dedicado solo a trabajar a trabajar y a tomar aguardiente (C) y entonces bueno, tenia ya la enfermedad, ya tenia la fatiga, usted como se trataba la enfermedad, usted tenia alguna forma casera como de tratar la enfermedad? (H) nada, nada , una época me puse a tomar, que me dijeron que debía tomar limón, miel de abejas entonces yo tome harto”*

La subcategoría “Descripción de la Enfermedad”, permite conocer el concepto que tienen los individuos sobre las enfermedades y sus características incluyendo la percepción que ellos tienen acerca de cómo los demás ven su enfermedad.

Para TI la definición de la enfermedad va acompañada de una explicación de los “complejos” que sufren quienes la padecen, dando de esta manera validez a los sentimientos que presentan frente a su enfermedad:

*“Entonces yo soy una persona, primero, acondroplásica, ¿saben que es acondroplasia? (C) No (H) Es , he, el desarrollo del cuerpo desde el vientre ya viene con un puntito digámoslo así, por que no me puedo explicar mejor, para el no crecimiento, esto es en los huesos, la enfermedad se presenta muchas veces en los superiores e inferiores, eso es hasta donde yo puedo entender, la persona acondroplásica tiene muchas dificultades, de la vida cotidiana, en muchas cosas, eso genera complejos con el buen desarrollo del individuo, en el campo social, en el campo de comunicación, con el buen desarrollo de la infancia, de su niñez, de la pubertad y tantas cosas etcétera, etcétera”*

Cuando las características de la enfermedad son altamente notorias existe un rechazo de la sociedad, generando aislamiento y sentimientos de minusvalía:

*“Por la sencilla razón de la acondroplasia, yo fui bastante tímido, por que yo veía que todos crecían y yo me quedaba. Yo me acuerdo tanto que por allá a los siete años yo*

*decía hijueputa, hijueputa y por que todos crecen y yo no, entonces era mi miedo, por que antes la niñez era mas, brusca, ahorita un niño es mas inteligente, ahorita son mas berracos pero en aquel entonces no, eran mas ignorantes, entonces era cruel a uno lo trataban mal”*

Estas personas que padecen éste tipo de enfermedades no solo tienen que llevar las limitaciones físicas de esta sino las barreras sociales impuestas por otros:

*“Yo no tuve estudio no hice si no hasta quinto de primaria hasta cuando entre a estudiar que entre a estudiar a los diez años , por la sencilla razón de que como no crecía en las escuelas no me recibían, la profesora llegaba y decía que fenómenos no entraban yo era un fenómeno para ellas, cuando yo tenía todo, que era todo, yo sabía que era la escuela, el colegio, los pupitres, las sillas y los profesores no querían hacerse cargo de mi, y eso puedo decir mentiras por que fue verdad, entonces hasta los diez años me recibieron, y eso, colgado de las naguas de mi mamá, en la escuela y chillándole, la viejita chillándole a alguna profesora que me recibiera; entonces eso fue cruel”*

*“Pero muchos elementos de la sociedad no lo miran a uno, ¿por que?, por que lo comparan con el bobito el tontico, el chiquitico, el enanito, mírelo tan curioso como se sube, como briega subiéndose el andén, pero no le dicen, camine le doy la mano que se suba al andén, ayudarlo a subir al bus, ayudarlo a bajar del bus”*

Existen barreras ecológicas que sólo son perceptibles para quien las soporta. Son estas personas quienes viven día a día con los impedimentos que les da su enfermedad y los que la ciudad les impone, la sociedad en general pasa desapercibida frente a estos, no los ve porque no los sufre:

*“Una señora en Transmilenio me trato muy mal, esa empresa yo la odio me da rabia, estando los asientos azules y no me lo dieron, me fui a bajar y seguro toque a la señora, por que a mi me da nervios del afán, de entre el puente y el carro, a que horas voy me boto y meto la pata allá , yo he tenido muchos problemas y seguro del afán la toque, yo no soy morbozo, y si la toque fue sin culpa, pero me trato muy mal ... iba yo para la ciento cuatro a saludcoop y el Transmilenio me dejo en la cien, y yo subiendo ese puente, ese puente que es largote, me pateo. La señora se paro en la puerta del Transmilenio y yo tratando de salir, por que es que la gente no coordina, y yo empuje y*

*“hay enano hijueputa, que yo no se que” y yo que tenia una cita al medico, me voy yo a poner a cogerle quien sabe que, eso es un atropello contra uno”*

*“Hasta ahora que me sacaron otro electro me dijeron que tenia un que había tenido un preinfarto pero antiguo, dicen un preinfarto antiguo, el medico me dijo no lo que pasa es que cuando una persona le da un preinfarto --- un pedacito del corazón y ese pedacito del corazón se le queda muerto y entonces cuando va la sangre a fluir cuesta un poquito mas de trabajo”*

La subcategoría “Autocuidado” habla sobre cómo los individuos modifican sus comportamientos con el fin de preservar y protegerse contra los efectos de la enfermedad:

Dentro de cualquier comunidad el saber popular alimenta los significados sobre supuestas prácticas de autocuidado que pueden generar todo un estilo de vida sin tener certeza de la eficiencia del impacto del comportamiento que se ha adoptado para mejorar o mantener la salud:

*“Claro que he dejado la carne...C. le prohibió la carne?...E. no, no pero tampoco la como; por que sé que el problema del ácido úrico de la carne...C. pero es por su decisión?...E. por mi decisión...C. hace cuánto no come carne?...E. hace unos tres años que no como carne....C. por el problema del dolor que sentía en las articulaciones?...E. o sea, lo hago por eso, si...eso me ha ayudado también...y entonces cuando veo un pedazo de carne frita...por ahí una vez al mes la como...C. aaa, pero eso fue por que alguien le dijo que la carne producía...E. he oído eso, que la carne es dañina en ese sentido, que el ácido úrico es tremendo...C. para la artritis...E. las carnes rojas...C. me llama la atención esa decisión que usted toma, de dejar la carne por que eso es malo para las articulaciones...”*

De igual manera el conocimiento científico influye en los comportamientos de autocuidado de las personas como en el caso de M2, en donde se evidencia la disciplina para seguir las instrucciones en cuanto a los medicamentos que debe consumir:

*“En el seguro me atendieron poco tiempo me dieron --- y me dieron una dieta entonces A: cuando estaba hace quince años en el seguro) si cuando estaba en el seguro entonces yo pues ya hice así hice la dieta hice todo lo que me dijeron allá cuando para controlar el azúcar porque yo tuve un coma diabético y el medico me dijo usted nunca mas en la vida puede volver a comer azúcar”*

*“Yo trabajaba hacia los trabajos todo y me tocaba andar por decir algo con una botella de agua y un pedazo de queso o un pedazo de pan porque la diabetes le da a uno mucha hambre y mucha sed entonces yo iba por un --- tomaba agua y comía pan y salía, el medico me había dicho que no podía andar solo sino iba alguien andaba pa todas partes --- y , y me, me tomaba la droga, eso si bien puntual b2: si era muy juicioso para tomarse la droga) puntual con la droga y todo eso”*

A continuación planteamos el repertorio interpretativo “Sistema de Salud antes de la ley 100”, donde se describen los significados que tienen los individuos frente al sistema de seguridad social en salud antes de la reforma, identificando características que no se preservan en el actual régimen.

Identificamos como primera subcategoría “El Derecho a la Salud Gratis”, que hace referencia a las experiencias que tenían los individuos cuando accedían al servicio sin ningún costo y sin pertenecer al sistema, resaltando el derecho a la preservación de la vida.

Antes de los cambios que proporcionó la ley 100 el servicio que le brindaron a TI fue óptimo, el acceso a la seguridad social de aquel entonces le permitió tener atención durante un largo periodo de tiempo y no tuvo que pagar por la misma:

*“Yo tuve un accidente a mi este fémur se me rompió se me acabo en el año 86, un accidente de transito, el hueso se me fue para un lado, y en la caja de previsión social distrital, me atendieron, me tuvieron 3 meses, me hicieron desde lo primario hasta lo ultimo que quede yo caminando”.*

*“ ¿Y en esa época usted estaba con seguridad social, cuando le sucedió el accidente? (H) si (C) y le cobraron? (H)nada, ni un peso”*

*“ Yo trabajaba con la flota Usaquen y en el hospital de San José, estaba en un bus, el bus se estrello y yo me casqué con la registradora y me dejo esta cicatriz que tengo, que me puso así, y a mi me hospitalizaron me pusieron todo y me sacaron cinco, cinco y sale, y eso era del estado, el hospital San José, yo no pague un peso, yo no pague un peso, nada de eso, me dieron los medicamentos y todo”*

En el siguiente fragmento también se evidencia como para M2 el sistema de seguridad anterior a la reforma era efectivo, ya que la atención era satisfactoria; primero

que todo porque no representaba ningún costo para las personas y además los médicos tenían autonomía para ejecutar cualquier procedimiento sin estar limitados por los costos:

*“Pues en esa época la atención, mas que todo las personas iban al hospital de la Hortua, allá los atendían era, era diferente porque allá uno llegaba enfermo y lo tenían ahí hasta que saliera mas o menos bien. Por eso es que a mi abuelita, a ella le hicieron como tres operaciones de varias clases --- ella siempre --- la atendían y no había que pagar nada eso era todo el cuento”*

*“si era necesario hospitalizarla inmediatamente la hospitalizaban y decían hay que operarla, le hacían las operaciones que fueran ahí mismo, era gratis”*

En la subcategoría “Prestación del Servicio”, se evidencian los procedimientos que se debían seguir para poder acceder a la atención en salud antes del establecimiento de la ley 100, mostrando beneficios como reducción en tiempo y costos.

Es normal que las personas deban superar obstáculos para acceder al servicio de salud, sin embargo, se ha hecho notable el incremento en dichas situaciones luego del establecimiento de la ley 100; como lo refiere M1:

*“...en esa época también la había pero más corta, más suave; por ejemplo decían cita para mañana para pasado mañana, a uno le daban la cita así; ya a partir del noventa para acá...antes del noventa le daban a uno esa base de que podía trabajar normalmente, me refiero atendían al día, después ya empezaron a cambiar”*

Uno de los entrevistados refiere con gran naturalidad una situación paradójica en cuanto a la prestación del servicio de cirugías. En primer lugar refiere la buena atención que ha recibido por parte de los hospitales en cuanto a cirugías, ya que la calidad humana de los profesionales es indiscutible y el que otros detalles pasen encubiertos se puede deber a esto; no obstante la calidad en el servicio debe ser concebida como un elemento integral que implica desde el momento en que la cirugía es ordenada por el especialista, hasta el desarrollo postoperatorio e impacto de la misma; el entrevistado hace énfasis en la atención cara a cara que le brindaron en su intervención, pero no refiere los demás elementos que se acabaron de plantear, como si lo hará más adelante:

*“¿hace cuánto fue esa operación? E. Esa si fue hace como 20 años o más; la que me hicieron los tendones de acá me los pasaron acá para darle fuerza a este dedo y para poder manejar la mano, los dedos...en esa cirugía me fue muy bien también; no en*

*cuanto a las cirugías, le cuento que no me quejo, y allí la atención del médico era muy buena”*

*“esto fue hace 40 años...cuando tuve este accidente también duré en un hospital un mes; y en ese mes...uy no, eso fue la locura también... C. por qué?...a la locura la atención, o sea, usted se los ganaba...E. todo, y es que llegaba la jefe, y me llevaban dos durazos, juntos para mi, yo sabía que llegaban las visitas los domingos, y la gente llegaba y como yo estaba metido ayudando a la gente, recorría todos los pisos y ya mitre que me trajeron esto, tome esto, yo llegaba así de cosas a mi sala; por que la gente de agradecimiento me regalaba, los mismo enfermos, por que me atendían entonces ellos me llevaban los productos y me daban de todo, y yo ayúdeles y ayúdeles...no eso fue la locura...todo se da de acuerdo a lo que uno es y como es..”*

El servicio oportuno de salud ofrecido a los usuarios, no cumple con las expectativas o necesidades para sobrellevar las enfermedades presentadas por las diferentes personas; sino que como lo manifiesta M1 sigue los procedimientos establecidos por las instituciones:

*“...sí, en cuanto médico general pues lo atendían a uno al día, al día siguiente, para cirugía siempre ha sido un caso, para médico especialista, para cualquier especialidad...C. en esa época?...E. siempre ha sido un problema, porque nunca tiene uno la cita para cuando la necesita sino para cuando ellos quieran, por ejemplo en ese tiempo yo sé que le demoraban a uno hasta 8, 10 o 15 días para que el médico especialista lo viera de acuerdo a la orden del médico general, demoraban desde 8 hasta 15 días en ese tiempo...”*

A continuación M1 evoca como el servicio, específicamente en urgencias, antes de la ley 100 estaba orientado, más que a atender la mayor cantidad de gente en el menor tiempo posible, a una atención inmediata orientada al bienestar de las personas:

*“...allá los atendían era, era diferente porque allá uno llegaba enfermo y lo tenían ahí hasta que saliera mas o menos bien. Por eso es que a mi abuelita, a ella le hicieron como tres operaciones de varias clases --- ella siempre --- la atendían y no había que pagar nada eso era todo el cuento, si la veían grave inmediatamente la atendían, la entraban y la atendían y la llevaban a urgencias mas que todo a urgencias, ahí la atendían y si era necesario hospitalizarla inmediatamente la hospitalizaban y decían hay*



*que, hay que operarla, le hacían las operaciones que fueran ahí mismo, pero la atención era hasta que un enfermo no salía mas o menos bien caminando y todo eso no lo dejaban salir...”*

Una tercera subcategoría que emerge en este repertorio trata del “Seguro social” que es una entidad prestadora de servicios de salud a la cual pertenecían el mayor numero de usuarios en ese entonces, los cuales construían diferentes significados hacia el servicio.

En primera instancia algunos discursos dejan ver una concepción de Instituto de Seguro Social, como una institución poco confiable e impuesta por la normatividad estatal:

*“...el seguro social siempre ha tenido sus... a nadie le gusta, uno está afiliado ahí, pero es como por obligación que la empresa lo tenía que tener a uno afiliado al seguro social...anteriormente era sólo el seguro social. Los que trabajaban con el gobierno, estas cajas de...Caprecom...en ese tiempo...y no pues, a ratos lo atendían bien a uno a ratos mal, la gente decía, no, yo no voy al seguro..ahh que me da rabia...”*

Teniendo en cuenta las dificultades de acceso que tenían los individuos al sistema de Salud, se crean entidades como el Seguro Social, sin embargo este no es suficiente a las demandas de los usuarios causando inconformidad con el servicio:

*“Cuando no existía ni el seguro ni nada de esas cosas siempre habían muchas dificultades para, para que la gente de bajos recursos tuvieran acceso a medicina siempre tenia uno que pagarle a un particular o ir al hospital de la hortua que era el único hospital que había, luego vino el seguro social y, empezó como muy restringido por ejemplo, hay mas que todo atendían afiliaban al esposo y a la esposa, pero a la esposa única y exclusivamente para maternidad, si se enfermaba de otra cosa, no la atendían”*

En el fragmento anterior se describe como el acceso para la familia del afiliado estaba limitado a la atención de maternidad exclusivamente garantizando una atención integral al recién nacido durante un periodo de tiempo:

*“Pero buena atención, para mi el seguro con los partos era buena atención, nos daban todo lo que fuera para los niños, como era afiliada pues todo le daban a uno, lo*

*mismo que le daban a uno por seis meses la leche para el bebe, le daban cajas de leche a los bebes por seis meses”*

*“Si, primero fue el seguro --- tenia una cita cada mes para el control --- hasta que nació el niño y después tenia seis meses, que era cuando me daban la leche, también tenia la atención el niño, también tenia sus vacunas, todo”*

En otro sentido, algunas personas como M2 no pertenecían a un sistema de salud porque no era obligatorio, así cuando se presentaba algún problema de salud acudían a la medicina particular, posteriormente se institucionalizó el Seguro Social obligatorio, donde empleado y empleador pagaban conjuntamente por la atención:

*“Pues ella trabajaba en una empresa, y entonces en esa empresa la tenían afiliada en salud, entonces la tenia el seguro pero yo no, yo no estaba afiliado, pues había estado afiliado mas antes pero, me retire de la empresa donde trabajaba y no todas las empresas lo afiliaban a uno nos tocaba pagar pues cuando nació el seguro pagaba uno treinta y cinco centavos al mes y el patrón pagaba mas o menos lo mismo y un poquito mas, pero ellos en esa época pues”*

A continuación encontramos el repertorio interpretativo de mayor relevancia para el objeto de la investigación las “Experiencias en el Sistema de Salud: Ley 100”, que hace referencia a la descripción detallada de hechos concretos que tienen que ver con el acceso y la prestación del servicio de salud después de la ley 100 dentro de este destacaremos las siguientes subcategorías: Afiliación, demora para recibir la atención, concepciones ambiguas del servicio, atención mediada por el pago y burocracia.

Se inicia con la subcategoría llamada “Afiliación: Requisito para Ingresar al Sistema” en donde se presentan las primeras dificultades para acceder al servicio de salud como es el proceso de afiliación.

En el siguiente fragmento se narran las experiencias en cuanto al proceso de afiliación al sistema de salud para quienes no tienen cobertura en EPS, llamado Silben. Las personas denuncian como aspectos como las pertenencias que poseen las personas son un criterio de discriminación para permitir su acceso a este.

*“Nosotros nos íbamos afiliar al Sisben, pues yo llegue se afilia uno y van a la casa y hacen la visita por el solo hecho de que la fachada de la casa es bonita ya uno tiene muchas plata, entonces no lo afilian”*

*“Y por el solo hecho de que la casa era, pues una casa mas o menos presentable y ella dormía allá y la vieron donde dormía y todo le dijimos no es que ella no tiene familia, es solita entonces necesitamos que la afilien, dijeron no eso ustedes pueden pagar, ustedes tienen con que, porque vieron las maquinas que yo tenia pa trabajar entonces uno puede que viva no tan mal pero un no es de estrato, de estrato alto uno es pobre, porque le toca trabajar duro para conseguir pa poder sostener. y entonces no lo, no la afiliaron?) no eso no, como vieron las maquinas, vieron pues había televisores”*

En el siguiente fragmento se evidencia como el sistema presenta inconsistencias en el momento de hacer las afiliaciones llegando incluso a darse el caso de suplantación de personas:

*“Y ella cuando estaba en la ahí en el galán entonces nosotros dijimos que ella, ella era pobre que no se que, que la afiliaran al Sisben entonces miraron en el sistema, entonces dijeron pero , pero ella esta afiliada, esta afiliada al seguro y le dije pero no como así entonces miraron la cedula y todo dijo como se llama el le dije no es el es ella entonces --- tenían afiliada a una persona a nombre de ella) o con la cedula de ella (B: pues con la cedula de ella en el seguro y entonces yo iba a denunciar eso y me fui pal seguro y allá averigüé, entonces dijo si aquí esta afiliado, --- como hago pa poner un denuncia porque esta cedula es de una señora , entonces el tipo me dijo no pues valla y, y lleva el numero de la cedula a una, a una fiscalía y lo denuncia. Pero entonces ya cuando fui a denunciar llame la viejita se murió entonces dije ya pa que pa que --- (A: Pero igual le siguen utilizando la cedula?) de pronto si la deben seguir utilizando (B: pueda que sea de algún muerto o algo así como hacen tanta trampa allá en el seguro, o hacían”*

A pesar de la difusión de la ley 100 algunos usuarios accedieron al servicio por obligación, para algunos el acceso significa oportunidad educativa para sus hijos, pues la afiliación es requisito indispensable para ingresar a una institución educativa:

*“(C) y en general el acceso a la información, ustedes como se enteraron, de todo la ley 100, de que había que afiliarse?, (P) por televisión salió mucho, por una cartillita que le dan, para que uno se enterara de eso, (C) o sea no hubo problema con eso?, (P) no, yo lo hice porque vea mi hijo está en la universidad nacional y lo primero que le piden es el sisben, mi hija está en un colegio distrital muy bueno y lo primero que le*

*piden para estar allá es el sisben, para eso si nos ha servido, entonces yo lo necesitaba también, yo necesitaba que ellos estuvieran en alguna, porque no los reciben si no están afiliados a ninguna (P) a ningún sisben, (P) es que así sea para ingresar al jardín, (P) si ahora para todo eso están necesitando, y es de la única forma que se pone uno las pilas, porque es muy necesario, entonces por el sisben me la recibieron a ella ahí en ese colegio y mi hijo, pudo entrar a la nacional porque lo primero que le pidieron allá fue el sisben”.*

La afiliación al sistema es un medio de certificar la existencia del paciente y la certificación de que está en el sistema es un papel o carné sin el cual no hay derecho a la atención. Sin la afiliación, y por lo tanto sin el carné no existe.

*“Entonces se supone que yo soy una cabeza de familia, si, entonces yo los afilié a ellos pero este carné es la primera vez que nos lo dan en tanto tiempo yo siempre iba con el cómo es que se llama?, una carta, no eso tiene un nombre, una orden, no el estudio ese, ósea usted carga con ese papel y con ese papel a usted lo atienden en cualquier parte.*

*... la única forma que lo atienden a uno con este carné que tengo, en cualquier parte, es urgencias de resto no”*

El proceso de afiliación al Sisben se daba de diferentes formas que permitían el acceso al sistema, a través de visitas o filas multitudinarias:

*“Si señora, mi nombre es José Ardila, de todas maneras pues hace unos 10 años un día cualquiera llegaron a hacerme encuestas para sisben si, y entonces pues nosotros nos quisimos anotar toda la familia y pues de ahí para acá pues nos han atendido si, con lentitud pero yo estoy muy agradecido del sisben”*

*“Pues el proceso mío fue que, ustedes saben que Ciudad Bolívar siempre ha sido muy especial para la gente, o sea especial para todos, en ese entonces yo vivía en Ciudad Bolívar, vivía en el Meissen, entonces un día cualquiera yo vi unos gentíos haciendo fila y entonces yo pregunté que para que era eso, entonces me dijeron es que están dando el sisben, están inscribiendo la gente para el sisben, lleve la cédula y la de su esposo y se hacen inscribir, en ese entonces pues yo tenía los otros hijos en la casa, entonces me inscribieron y quedé con Susalud”*

Paradójicamente lo que es una solicitud para acceder a un servicio de salud que le va a garantizar la vida, se convierte en el pase a la muerte, las infinitas filas que se forman para obtener el certificado que permite el acceso al servicio exige pasar por una serie de incomodidades que atentan contra la vida:

*“Como fue ese proceso, usted nos cuenta que fue, (P): complicado, (C): que fueron filas y que lo último que les permitió como ya meterse y tener el carne fue esa palanca que tenían, (P): si, esa palanquita que ahora si nos ayudaron a meternos ya dentro de corferias, uno ya hizo la cola pero ya después de que esté uno adentro ya es diferente, pero ustedes mismos yo creo que oyeron en el noticiero que hasta un señor se murió allá y esos aguaceros allá, esa gente amanecía allá (C): y allá antes de que les dieran el carne les dieron una hojita? (P): si, eso como es que se llama, eso tiene un nombre pero es que no me acuerdo en el momento, un estudio que le hacen socioeconómico, con eso iba uno y lo atendían”*

Los inadecuados procedimientos de los encuestadores que afilian al sistema, propicia problemas con el acceso al servicio, malas clasificaciones que no concuerdan con los recursos o doble afiliación de personas perjudicándolas, desvinculándolas y ocupando cupos que le pueden servir a otros usuarios necesitados:

*“yo lo único con lo que no estoy de acuerdo es con la gente que mandan a hacer las encuestas, ahí la ponen como quieran, porque resulta que cuando a mi me hicieron la encuesta mi mamá estaba de visita, estaba de visita un fin de semana y ellos fueron un sábado, nunca se me olvidará, entonces me dijo cuantas personas viven acá le dijo cuatro, mi esposo, mis hijos y yo, esos son mis hijos, y mi mamá está de visita, me dijo pero ella está en el sisben y le dije si ella está en el sisben y tiene Saludtotal entonces el me hizo la encuesta, y yo no se como colocó, cuando menos pensamos mi mamá estaba desafiada de Saludtotal, ósea el tipo hizo la encuesta y la metió, uy usted viera los problemas que tuve, hasta secretaria de salud me tocó ir porque mi mamá ya no aparecía, estaba retirada de salud total que no se nada, y quedó en el mío con el nivel 3, y ella tenía el nivel 1 porque ella vive en Sierra Morena, y ese problema y usted viera que casi que no, y entonces que tocó ahí, ponernos en esos problemas a buscar, a mirar que era lo que había que hacer, dijo ya no la podemos volver a meter a Saludtotal, ya toca que se ponga a hacer vueltas y espere la visita nuevamente, y ahora quedó de*

*Solsalud pero vea le cuento que papeles que me tocó a mi correr ella para un lado y yo para el otro.”.*

La clasificación en un nivel alto que no concuerda con los recursos económicos de los usuarios causa falta de interés por utilizar el servicio y la afiliación a otro tipo de sistema:

*“Yo soy beneficiaria de Famisanar, y pues antes nunca me metí a sisben porque una vez fueron a la casa y me colocaron en el nivel 4, entonces pues no le vi la gracia de nada, entonces pues no me metí mucho de lleno a eso, pero entonces ya llevo 4 años con Famisanar, y me ha ido bien, pero entonces ahorita como hablan del tema, (C): y por qué decidió pasarse del sisben a Famisanar?, (P): porque mi hijo entró a la empresa entonces nos puso como beneficiarios, (C): a ya, (P): por unas partes bien pero por otras no, (P): el estrato 4 no cubre casi nada, eso tiene que pagar en el nivel 4 como si fuera particular, (P): no cuando fueron a hacerme la visita me colocaron nivel 4, entonces no, era lo mismo que no tenerla, entonces no seguí con eso porque para qué.”*

*“Mi caso es parecido también al de la señora, fueron a hacerme la visita los del sisben, y ese día estuvo mi padrastro, estaba solo entonces no se que contestaría, y quedamos todos los de la familia en nivel 5, y siendo humildes pues porque por tener televisor, nevera y eso, entonces pues ninguno utilizó nunca el sisben”.*

Automáticamente hacen la desvinculación con las ARS sin avisar, ocasionando contratiempos en la atención ya que los usuarios por no tener conocimiento de esto asisten a la misma entidad en caso de urgencias encontrándose con la no atención médica por la desvinculación:

*“Ah y es que a nosotros al principio como eso cuando uno va allá a corferias le dicen que escoja porque ahí están todas las ARS y nosotros escogimos fue Humanavivir, cuando fuimos a que nos atendieran no nos atendieron, que no que ellos no nos podían atender, le dije yo pero es una urgencia como que no nos pueden atender, el dijo no me mucha pena pero vuelva allá a que le cambien porque nosotros ya terminamos contrato con el gobierno, entonces ya eso automáticamente no lo hizo la secretaria de salud.”*

*“Entonces después un día cualquiera yo fui a sacar cita y me dijeron a usted la sacamos del sistema, usted se imagina como me puse yo, uno bien necesitado y cómo así*

*que me sacaron del sistema luego que pasó, no es que la pasamos a Cafam, le dije pero sin tomarme el consentimiento a mi, me fueron pasando”.*

La subcategoría “Demora para recibir atención”, incluye todos los procedimientos en los que se ven envueltos los usuarios para poder acceder al sistema de una manera ágil y eficaz.

Las enfermedades comunes son catalogadas como de menor importancia, razón por la cual no se accede al médico, debido a la larga espera que en ocasiones lleva a la no atención o a una atención básica.

*“Una gripa como que lo margina a uno de ir al seguro, o a una entidad de salud, porque ya sabe que le van a dar, y sabe cómo lo van atender...de pronto ”no váyase que usted no tiene nada...tómese esta pasta y listo”; pero si, entonces como quien dice llega el momento en que no aguanta, o sea uno la maneja de una manera diferente. Va uno a...lo que no se debe hacer...ir a amigos de los barrios a buscar...”tengo esto, me siento así, qué me tomo?...” a que le ordenen a uno; pero ya no, por no ir al médico, por no ir hacer una fila, por que el problema de allá son las filas, siempre ha sido el mismo problema de las entidades de seguridad; las filas son de una dos horas estacionado esperando un turno y cuando llega entonces que ya no alcanza, que y ano lo atienden para hoy sino para mañana; y cuando uno está trabajando pues es un problema, porque uno depende de un horario que le dan media hora y cuando llegó ya no fue media hora sin o dos horas”*

Los cambios en los tiempos de asignación de citas han presentado inconformidad en los usuarios:

*“Un médico lo atiende a uno bien y uno quiere que ese médico lo siga atendiendo y yo veía que el médico era muy bueno, el que me atendía, y de pronto uno se cambia, ellos me daban la cita él me atendía, me daba la cita hoy para mañana, hace unos tres años; y después, fui como dos veces con él.”*

*“Como al año siguiente que volví con él, pedí la cita, ya me la daban con él pero como para un mes después; pregunté, pero por qué si él me ha atendido siempre?; “...si, no es que ahora es así”; la razón es “ahora es así; él lo puede atender pero ahora es así”; un día me la dieron como para 40 días después C. y ese cambio fue en qué época? E. hace como 3 o 2 años.”*

*... ”Por ejemplo, yo fui el diez y salía para el 20 del otro mes, entonces uno, si bien, pero es que yo necesito el médico es hoy, estoy enfermo es hoy, porque no sé como voy a seguir mañana.”*

*“Me dijo no tiene que venir personalmente, porque hay que entregar la fotocopia de la cédula, la fotocopia del carne, hay que pagar, entonces me dijo eso lo tiene que hacer personal tiene que firmar, entonces tiene que venir personalmente a sacar la cita, me tocó la ficha 57, desde la 5 de la mañana, lo que si le dan a uno es una ficha, y le dicen a uno si quiere váyase para la casa y vuelva por ahí a la una.”*

No hay claridad en la información brindada a los usuarios de los procedimientos para la asignación de las citas, razón por la cual los sujetos se sienten engañados:

*“Siempre se demoraban una vez tenía, tenía que verme el neumólogo y me decía venga el jueves a las siete de la mañana bien temprano y llegaba yo allá antes de las siete y entraba al cubículo y decía no ya no hay ya no hay no hay turno, no pero usted me dijo que viniera a las siete de la mañana ya y ya se acabaron las citas pal a pero es que ya se acabaron que no se que entonces pa que me manda a venir a esa hora (A: claro) ah y me dio mal genio y le dije a la muchacha le dije hagamos un trato, como yo necesito que me vea un neumólogo déme una cita para dentro de seis meses (risas) y yo vengo ese día que me de la cita (A: y que paso) entonces no se puso brava y ah que no se que.”*

Así mismo, lo que implica tal espera para la asignación de una cita, desmotiva e indispone a las personas para utilizar los servicios médicos.

*“En Famisanar llama uno para sacar la cita pero lo dejan espere y espere y las citas son 20 días, un mes”*

*“Darío está enfermo, le dije yo vaya y saque la cita y me dijo no esa madrugada por allá, le dije bueno entonces me tocará a mi misma irle a sacarle la cita, por que los horarios para atenderlo a uno no son muy largos.”*

A continuación presentamos la subcategoría de las “Concepciones ambiguas del Servicio”. Donde se identifica la ambivalencia frente a las opiniones de los usuarios sobre la prestación del servicio y las experiencias vividas.

Se evidencia una inconsistencia entre la opinión general del servicio y los procedimientos en los que se han sometido los usuarios sin llegar a la satisfacción manifestada. Específicamente en el siguiente fragmento por un lado hay satisfacción por



la intervención que le realizaron por una hernia, pero por otro lado no se hizo efectiva su incapacidad a pesar de los trámites que tuvo que hacer:

*“Bien, si realmente las 3 cirugías a las que me he sometido, la atención ha sido muy buena; ahora, después de esa cirugía (la de la hernia) me sentí, algo no sé que pasó, y no quedó bien; y he ido varias veces al seguro por eso; inclusive la última doctora que me vio, me dio una orden para la relación de nueva cirugía, porque realmente quedé con un dolorcito ahí desde esa época; y ya ella me vio, me mando para una revisión de especialistas, parece que se iban a reunir varios médicos para analizar que era lo que pasaba, pero esto ya le cuento que hace...inclusive nada...la cirugía de la hernia, hace 2 años, después de que salí hice las vueltas para el pago del seguro, durante 20 y pico de días que estuve incapacitado; me hicieron sacar papeles, me hicieron sacar hasta la plata del banco, ir a pagar con otros 5mil pesos al banco por una certificación de que si era, que si tenía cuenta ahí para consignarme lo de la incapacidad; y en este momento después de dos años, no me ha llegado la plata de la incapacidad; se la tumbaron.”*

La satisfacción frente al servicio prestado no es absoluta, ya que se considera que algunos funcionarios no están preparados para trabajar con enfermos:

*“Bueno, lo que estábamos hablando ahoritica, todos tiene su manera de actuar, si hay algunos que lo atienden a uno muy bien, como hay otros que lo atienden a las patadas, o le tiran las cosas...he visto, en esas clínicas...la vez que estuve esos 40 días, me di cuenta que muchas enfermeras que manejan con crueldad los clientes, inclusive muchos médicos que los regañan...en ocasiones con razón, y en ocasiones sin ninguna razón... y las enfermeras... “que no, que esta vieja que está que jode”...y si tiene que llevarlos si alguna cosa, los toman casi arrastras...no es terrible...como quien dice que esos 40 días, fue el reconocimiento del manejo de una clínica; en cuanto al servicio que prestan, a las personas que trabajan, por que el servicio puede ser muy bueno, pero tal vez les falta mucha preparación para manejar enfermos; entonces eso me alcancé a dar cuenta de esos 40 días en los que estuve allí, recorriendo el seguro de lado a lado.”*

La estandarización de los procesos en salud, hacen que en ocasiones se pierda el carácter del ser humano y se atienda sólo siguiendo unas reglas:

*“Enfermera o un medico trabaja con las uñas y el medico esta psicosiado o materializado, “usted únicamente atiende hasta la puerta, de ahí para allá ...” el es un ser humano, que esta cumpliendo una orden, hasta ahí hasta la puerta, “usted recete esto, usted tiene este listado aquí y recete esto”, como uno tiene el salario mínimo si el tipo tiene tres millones de sueldo entonces es diferente, (C) ¿Usted ha visto esa diferencia del trato? (H) no, no, tanto como eso no, la niña enfermera, el muchacho enfermero, el medico, ese trato es igual, pero lo que se llama científicamente y a conciencia yo digo que no”.*

A pesar de los inconvenientes con el servicio, como el secuestro de pacientes, servicios costosos, los usuarios se conforman con el servicio calificándolo como bueno o más o menos en su calidad. Sin embargo el sistema no cubre la totalidad de los costos generados por el uso del servicio, por lo que los usuarios deben aportar el excedente que en la mayoría de los casos supera los recursos económicos, por lo que los hospitales los retienen en sus instalaciones hasta que no cancelen la deuda, en otros casos los obligan a firmar letras o pagarés que les aseguren el pago de sus deudas. Este se convierte en un negocio de utilidades, por encima del bienestar de los usuarios:

*“Yo pertenezco a Susalud pero de todas maneras la atención pues ha sido mas o menos si, porque mucha gente paga si, sino que una ocasión tuve un accidente y se me partió el peroné del pie izquierdo, entonces me dieron una orden y me atendieron en el hospital la victoria, entonces resulta de que cuando ya me dieron la salida entonces debía yo una cuenta a parte de lo que daba el sisben me tocaba dar como que eran 200.000 mil pesos, y yo en ese momento pues estaba muy escaso de recursos entonces no tenia la plata, entonces me demoraron allí en el hospital y no me querían dar la salida hasta que no la cancelara entonces me tocó poner como una especie de letras, como fiadores, y resulta de que ese pagaré está allá y yo no lo he podido pagar porque yo soy una persona de escasos recursos y no he podido pagar ese pagaré quien sabe que todavía está ahí...”*

La satisfacción con el servicio se evidencia en las atenciones a las enfermedades o urgencias que presentan algunos usuarios, los cuales manifiestan no haber tenido inconvenientes mayores con la atención:

*“Entonces allá me están viendo para la columna me hicieron esta semana terapias y la atención es magnífica, y mi esposo en ese entonces quedó con Susalud pero el ahora ya está con el hijo que mi hijo es soltero y está en la casa con nosotros, sino que yo no he querido pasarme a la salud de él por lo que les conté, estoy con el programa de la tercera edad y si yo me paso a un seguro entonces pierdo los beneficios pero entonces yo vivo muy, muy satisfecha de todo, lo que sea nosotros llegamos por una urgencia y eso ya los atienden, la droga de una no la dan, ósea así muy mínima la ves que digan no hay esta droga, yo ya no les digo nada porque es cada ves una ves en 300 entonces no hay la droga, pero de resto toda la droga, terapias, que un especialista, que para la ortopedia, para las vistas todo muy bueno, le digo que fue excelente el paso pues que dieron de trasladarnos, a mí me gustó mucho.”*

La subcategoría “Atención mediada por el pago” describe como el acceso a la prestación del servicio se ha transformado en un negocio, en donde se recibe los beneficios dependiendo del pago realizado.

Por cada atención que se brinde al grupo familiar se debe cancelar una cuota moderadora que esta mediada por los ingresos del cotizante esto en ocasiones lo hace puntuar como un servicio costoso en su ejercicio particular, subjetivo; sin embargo, incrementos como los que menciona el entrevistado (de más del 100%), son descabellados; sobre todo para personas que no cuentan con estabilidad en la remuneración de su trabajo, como lo son gran cantidad de personas en situación e trabajo informal:

*“Y ahora como lo operaron de la hernia... E. no tampoco pagué, pero si ya va alguien de los beneficiarios si hay que pagar; no pues yo pago la cuota moderadora por todo servicio, para cualquier cita...se paga la moderadora; C. ¿antes era así?; E. no, antes no se pagaba eso, ahora si. Ya vienen como más de 5 años con ese cuento; C. y ¿cuánto le cobran?; E. Anteriormente (dos años atrás) he pagado 5 mil y pico por cada cita, si pedía cita 5 mil y pico, si iba a reclamar medicina 5 mil y pico; C. ¿y ahora?...; E. porque lo que pasa es que me subieron la salud al doble hace como 5 años de para acá; C: ¿y por que?; E. no sé, de un momento a otro apareció que todos los independientes tenían que pagar el doble y de un momento a otro aparecí pagando el doble y la cuota moderadora me quedo en 5500; C. y antes era 2000...E. antes no era*

*nada, después me la subieron; inclusive una vez mi niña se me enfermó, me la atendieron en la clínica del niño y yo sé que en un día me gaste 40000 pesos en 8 exámenes que le hicieron; C. cada examen lo cobraban..,E. si la cuota moderadora, y yo ¿qué es esta vaina?, aterrador, y ahora ya me la bajaron de acuerdo a la nueva ley, que se pagara únicamente a un salario mínimo y estoy pagando a 1700 cada servicio que solicite, cada cita que solicite; tanto para mi, como para la niña y la señora, cada servicio que solicite 1700, pero aparte de eso si hay algo que hacer especial, y cobran la cuota...el copago, entonces ya uno paga el copago de acuerdo a lo que pase; a mi niña la tuvieron 3 días en la clínica del niño por una enfermedad que le dio y me cobraron como ciento y picuemil de pesos de copago, aparte de los 5 mil que pagaba.”*

El servicio de salud es deficiente para los altos ingresos que reciben de los afiliados a las EPS, y por los altos costos que paga el gobierno por la gente que atienden en las clínicas, hospitales y centros de salud:

*“Yo hace cuatro días tenía que irme al medico, pero yo se que el medico allá, que hace, le ponen a uno oxigeno, le ponen suero, le dan cuatro pastillas, y nada ahí, “¿ha bueno ya esta mejorcito cierto?, entonces pa la casa” Cuánto le cobra, Saludcoop, le cobra al gobierno o al... le cobran ochocientos un millón, dos millones de pesos, y no es nada lo que le hacen a uno allá.”*

El copago que esta obligado a cancelar el usuarios como TI por el servicio que le prestan los hospitales es para muchos usuarios injusto y costoso es así que cuando los usuarios no tienen como cancelar este servicio las clínicas hospitales o centros de salud los mantienen en sus instalaciones hasta que ellos puedan cancelar, mientras tanto la cuenta crece día a día y el paciente tiene que soportar estar alejado de su hogar y de sus familiares, mientras estos tienen que hacer lo que sea para pagar la deuda y liberar a su ser querido:

*“Cuando yo estuve en el hospital de Soacha, como beneficiario de la pensión de mi papa, por que el murió y yo quede como beneficiario en salud, toco hacer una reunión de un poco de gente para recoger Noventa mil pesos por que no me querían soltar del hospital por falta de noventa mil.”*

*“Yo pertenezco a Susalud pero de todas maneras la atención pues ha sido mas o menos si, porque mucha gente paga si, sino que una ocasión tuve un accidente y se me*

*partió el peroné del pie izquierdo, entonces me dieron una orden y me atendieron en el hospital la victoria, entonces resulta de que cuando ya me dieron la salida entonces debía yo una cuenta a parte de lo que daba el sisben me tocaba dar como que eran 200.000 mil pesos, y yo en ese momento pues estaba muy escaso de recursos entonces no tenía la plata, entonces me demoraron allí en el hospital y no me querían dar la salida hasta que no la cancelara entonces me tocó poner como una especie de letras, como fiadores, y resulta de que ese pagaré está allá y yo no lo he podido pagar porque yo soy una persona de escasos recursos y no he podido pagar ese pagaré quien sabe que todavía está ahí...”*

La 5ta subcategoría se llama Burocracia: largos recorridos, trámites, medidas legales, la cual hace referencia a los eventos administrativos que deben ser realizados antes de acceder al servicio de salud, y sus complementos tales como medicamentos o servicios específicos.

Los diferentes costos en los que incurren los pacientes son causados en gran parte por el desconocimiento del sistema y en los procedimientos burocráticos de las empresas prestadoras de servicio

*“la cirugía de la hernia, hace 2 años, después de que salí hice las vueltas para el pago del seguro, durante 20 y pico de días que estuve incapacitado; me hicieron sacar papeles, me hicieron sacar hasta la plata del banco, ir a pagar con otros 5mil pesos al banco por una certificación de que si era, que si tenía cuenta ahí para consignarme lo de la incapacidad; y en este momento después de dos años, no me ha llegado la plata de la incapacidad; se la tumbaron y eso que me hicieron sacar plata del banco, se la robaron”*

No existe una política concreta por parte del seguro para facilitar la entrega de medicamentos a los usuarios; por el contrario, la cantidad de trámites asociados a ello, dificultan el acceso a los tratamientos médicos:

*“le formulan a uno, dos o tres medicamentos y ..de pronto hay uno...quedan pendientes los otros; si a los 3 días no ha reclamado, pierde su factura, su formula o tiene que ir nuevamente al seguro a hacer otra fila para que se la renueven por otros 3 días; y si no llega, tiene que estar insistiendo una y otra vez para que se la den, eso es una perdida de tiempo con eso...”*

*“otra fila, para reclamo de la medicina que es otra fila larguísima; aparte de la fila, si se pasaron los tres días, tiene que ir nuevamente al seguro a que le renueven la formula y otra vez la fila para que le entreguen la medicina; y llega uno allá y ”no, no ha llegado”; o sea otro tedio, si uno quiere, debe regresar nuevamente a la oficina para hacer esa misma vuelta, ¡y eso es una demora espantosa!, y aparte de eso , casi nunca...las últimas veces que me han atendido en el seguro nunca he conseguido la droga que me han formulado, por que he ido, se ha vencido la formula dos o tres veces y “no, no la hay”... y si voy a otro dispensario... “no, aquí no, a usted le corresponde es allá”*

Más grave es aún que los medicamentos que los mismos especialistas sugieren o recetan para la preservación de la salud no estén disponibles o no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, colocando al paciente en un círculo burocrático, el cual seguramente impacte de manera nociva en su salud.

*“...lo llevaron al seguro --- y resulto que tenia, que tenia que, cáncer en la sangre...leucemia y el nunca había tenido nada, se la pasaba --- y bueno ya lo que viene le tenían que aplicar una droga que era muy costosa entonces dijeron: esa droga la tiene que comprar porque el seguro no, no cubre eso entonces pues los muchachos empezaron a --- haber donde conseguían la plata para para conseguirle la droga y el medico dijo pero eso es urgente eso es pa ya pero doctor no ve que eso es que vale mucha plata y es que el seguro no, no lo cubre, eso valía como cinco millones de pesos y había que importarlo y bueno eh, alguien les dijo pongan una tutela y les toco poner una tutela para que le dieran la droga pero siempre se demoró como, como una semana, mas y pues si se la pusieron y todo eso tenían que hacer unas quimioterapias (A: ganaron la tutela) si gano la tutela y le pusieron droga y pero ya cuando se la pusieron era como demasiado tarde...”*

El acceder a los lugares donde brindan los servicios es otra causa de preocupación de los usuarios debido a que frente a cualquier asistencia que requieran tienen que realizar largos recorridos entre un sitio y otro, en algunos casos no solo los trayectos son engorrosos y costosos, sino que tienen que realizar tramites diferentes en cada sitio lo que hace mas complejo el recibir los servicios:

*“me toca renovar la orden cada mes, ahorita me toca renovarla la semana entrante y eso es otro problema, por que carro para ir hasta allá a traer la orden para venir a traerla al ... ¿como se llama? ... saludcoop me da la orden y yo la tengo que llevar al proveedor, por decir algo, (C) ¿y le toca esperar turnos y todo? (H) todo eso, todo eso,*

*Otra cosa, yo voy a saludcoop, me ponen un sello y me dicen tome reclame esto en otra parte, me mandan para otro lado y tengo que coger ocho mil diez mil pesos de transporte para ir a reclamarlas, entonces que salud tengo yo, ahí tengo un montón de formulas sin pedir, vea el inhalador me lo regalaron por que doce mil para ir por el y doce mil para regresar, ahora uno llega allá y le ponen un sello y le dicen vaya a Colsubsidio y la reclama, y Colsubsidio queda como a treinta cuadras, eso esta mal, esta mal diseñado”*

*“mutualser no tiene sino como dos o tres sedes si, y no las tienen en cualquier parte entonces para las citas me toca por allá en el Uribe Uribe; ¿qué era lo que yo quería?, trasladarme que me atendieran por allá en el hospital de chapinero, yo vivo en la 45 y que no se puede, no se puede y así estoy en ese problema, y cada vez que voy a sacar cita como yo sufro de la tensión, mensual tengo que ir a revisión para que me den la droga, no yo me cansé a las 5 de la mañana uno haciendo cola ahí, y para salir de allá y a mi me da miedo porque no hay busetas no hay nada y un taxi desde allá cuesta como 10.000 pesos”*

No existe una orientación integral en las entidades adjuntas al servicio de salud como ARP. Fondos de pensiones (quienes deben indemnizar por incapacidad a quien este dentro del régimen y además lo necesite) y las EPS. En torno a un beneficio en pro del usuario:

*“¿ pero el fondo de pensiones, no ha querido ... ? (H) no, eso me ha negado, me dan vueltas, a hacer papeles ... (C) como ha sido ese proceso, de lucha para que...(H) hay 2 – 4 - 5 profesionales se reunieron para que dieran el ... de seguridad (G) eso lo hacen donde? (H) eso lo hace la junta medica de saludcoop, la junta medica envió todo eso al fondo de pensiones, el fondo de pensiones dio calificación 62.95 una calificación súper alta, para que la persona sea impedida para trabajar y eso quedo así y yo puse una tutela ... que por que no se que ... que por que si se cuando (C) que razones dan*

*ellos (H) la razón que por que eso era con la ARP, entonces con el fondo de pensiones con riesgos profesionales, riesgos profesionales se descarga con el fondo de pensiones que eso no era una enfermedad profesional, llámela enfermedad profesional, enfermedad de chulos, enfermedad de vacas, sea lo que sea, la persona esta enferma y tienen que responder por eso. ...”*

Debido a los largos periodos de tiempo que transcurren desde el diagnóstico de la enfermedad y la acción adecuada por parte de las instituciones para aprobar cirugías, procedimientos y otras intervenciones de alto costo, los usuarios tienen que adelantar trámites legales extraordinarios para obligar a las entidades a cumplir con sus obligaciones.

*“y ahora quedé ciego, quedé con cataratas y entonces me tenían que operar y duré año y medio dando la vuelta para que me operaran y ya cuando me iban a operar resulta de que me decían que no me podían operar porque estaba..., ya se habían cancelado los contratos con esa clínica y me tocó pasar una carta por derecho de petición y entonces así si me atendieron y me operaron en el tunal de juntos ojos, pero entonces quedé bien de un ojo pero de este ojo no he podido quedar bien, entonces resulta que un ojo me lo operó un médico y el otro ojo me lo operó otro médico y desde el momento que me estaba operando yo vi la operación pues fue muy diferente y me sacó mucho y estoy mal de ese ojo.”*

No existen compromisos claros entre las instituciones a favor de la atención integral; a los usuarios se les disuade para que busquen atención en otros centros sin tener en cuenta la gravedad de su caso

*“...el niño se le estaba ahogando, se lo trajo para el San Rafael inmediatamente pues ellos, el niño no tenía sisben ni nada y ella la mamá la tenía asegurada para que cuando ella tuviera el bebe la atendieran en el San Ignacio entonces a ella le preguntaron dónde tuvo usted al niño ella dijo en el San Ignacio, a entonces mandémosla para el San Ignacio y ahí mismo la despacharon para el San Ignacio irresponsablemente como quien sabe que porque ni siquiera le dijeron lleve una bala porque el niño ya iba ahogado muriéndose ni siquiera una ambulancia sino coja un taxi y váyase y desde el San Rafael hasta allá mire cuanto como \$15.000 o \$16.000.”*



El sexto componente de la categoría, Experiencias en el sistema de salud: ley 100, es el correspondiente a los “medicamentos”; es acá donde se hace evidente que no solo la atención personalizada de los servicios de salud es deficitaria sino también sus servicios complementarios como la gestión de medicamentos.

No existe una política concreta por parte del seguro para facilitar la entrega de medicamentos a los usuarios; por el contrario, la cantidad de trámites asociados a ello, dificultan el acceso a los tratamientos médicos.

*“malo, rémalo, rémalo, porque hay le formulan a uno, dos o tres medicamentos y...de pronto hay uno...quedan pendientes los otros; si a los 3 días no ha reclamado, pierde su factura, su formula o tiene que ir nuevamente al seguro a hacer otra fila para que se la renueven por otros 3 días; y si no llega, tiene que estar insistiendo una y otra vez para que se la den, eso es una perdida de tiempo con eso...”*

Los medicamentos que ofrecen en el sistema de salud son insuficientes y en algunos casos inocuos, las personas consideran que las medicinas que les formulan, son “placebos” que no tienen un efecto real sobre la sintomatología de sus dolencias. Las medicinas que mayor efectividad tienen son las formuladas por fuera del sistema por las que los usuarios deben pagar costos adicionales y las que en algunas ocasiones son recetadas por agentes externos al sistema de salud

*“... horitica me atendió una médica la semana antepasada, en el seguro, me atedió y me formuló 3 productos, pero me dijo vea esto no lo hay, anteriormente le daban a uno lo que había, pero no...o sea, la mayor parte lo hace, solamente alguno que otro médico, le dan a uno lo que necesita, pero la mayoría, es lo que tiene el seguro, de acuerdo a lo que tiene, el medicamento que maneja el seguro, sólo recetan eso...pero ahí como realmente lo que dan son sólo calmantes...pero ésta que me atendió horita hace 8 días, me dijo, don ,miguel le voy a dar esto, pero está fuera del pos, pero ahí como lo que dan realmente son sólo calmantes...pero ya, ésta que me atendió hace ocho días dijo solamente ahí éste...C. o sea le tocó comprar eso por su cuenta...E. entonces dijo, de estos tres solamente le van a dar este que es el que tiene el seguro...C. pero ella le recomendó que comprara las otras dos...E. si, me dijo esto usted lo necesita y el Seguro no lo tiene...C. o sea, lo que usted necesita no se lo da el Seguro...E. no se lo da el*

*Seguro...únicamente uno de estos medicamentos que le sirve, lo tiene el Seguro; pero compre los otros dos que es lo que usted necesita ahorita;”*

*“vea hace cuatro días llame a un medico amigo que tengo, un buen doctor, y si yo voy a la clínica Santa fe, a la Clínica san Rafael, yo voy a saludcoop que es donde estoy afiliado allá me ponen una careta que lo que hace es descongestionar el pulmón, váyase para la casa tómese este acetaminofen y esta pasta, y así lo hacen siempre. Entonces a mi me entro una congestión como de gripa hace unos quince días entonces le dije al doctor, doctor dígame que me aconseja para esto, dijo, tengo un remedio pero ese no lo cubre el pos, cómprese esto y esto, a los cinco días ya estaba bien, yo digo valía 10.000 pesos o vale 10.000 pesos ese medicamento, entonces es donde yo digo ¿Dónde esta la salud de nosotros ¡acetaminofen, ibuprofeno, una inyección de complejo B y váyase para la casa!”*

Los servicios de salud no están exentos de los errores humanos. En el siguiente párrafo se evidencia cómo una falla en la que incurre un especialista produce un cuadro sintomático ajeno a la razón original por la que el usuario se remite al servicio; hay otro elemento para tener presente que si está relacionado directamente con el sistema, y es la formulación de medicamentos de prueba a los usuarios, sin que a estos se les advierta los problemas que estos puedan causar:

*“hace poco me descubrieron que era hipertensa me dieron una droga que me hizo dar tos y me la cambiaron, me pusieron otra no me examinaron ni nada y me dieron otra diurética, yo amanecía bien y por la tarde las piernas eran así gordísimas hinchadísimas...el médico que me atendió me dijo no eso es que ustedes nunca se miran las piernas y les da una droga y dicen que eso es lo que las hincha, ahí si me dio rabia y no volví a donde el que me dio la droga, volví al mes y no me dijo nada, volví a los tres meses y una doctora si me dijo no dígame al médico que le cambie esa droga que eso es lo que le esta haciendo mal; y preciso me tocó pedir cita otra vez con el que me la mandó, me la quitaron y santo remedio, lo cogen a uno como de conejito, le digo a la enfermera mire que esa droga me hizo esto y me dijo a no es que esa droga estaba en prueba”*

El sistema aparece deteriorado en las creencias de las personas en tanto que no confían en los dictámenes médicos; esto se hace evidente en el auto medicación basada

en experiencias de otras personas que han tenido resultados esperados con la misma medicina; así lo expone la siguiente persona:

*“y me mandó ese berapamilo de 120ml, pero resulta de que él me la mandó al desayuno, almuerzo y comida y no me la puedo tomar así, yo me la tomo así y se me calienta la cara y las rodillas se me ponen hirviendo, el me la mandó así que porque la tenía muy alta, entonces a mi se me hizo raro antes me la subía mas, entonces ahora me la tomo por la mañana y por la noche no mas, (C) ósea por su propia cuenta, (P) si porque no ve que yo sentía el calor aquí detrás aquí como en las orejas y las rodillas y los brazos esto se me ponía colorado caliente y eso me daba como miedo, (P) a mi marido le mandaron esa droga media por la mañana y media por la noche”*

Continuando con las subcategorías de Experiencias en el sistema de salud: ley 100, aparece una instancia que denominamos “Fuera del sistema”.

Fuera del sistema son las experiencias que viven los usuarios cuando deben recurrir a alternativas ajenas a las establecidas por el Sistema de Salud.

Las personas sienten que los médicos adscritos al Sistema de Salud, no se preocupan por ellos ni por sus afecciones médicas, mientras que cuando asisten a médicos particulares observan un cambio respecto tanto a la atención como al servicio.

*“y cuando fue al médico particular sintió alguna diferencia en el diagnostico...? E. no, todo bien, todo igual; pero es que ya es muy diferente un médico particular a un médico del seguro; porque el médico particular le puede explicar a uno las cosas, en el seguro no, en el seguro uno dice, “mire me está doliendo la cabeza porque me golpeé...a bueno listo tómese esto...hasta luego”, mientras que el médico particular se interesa más y empieza a preguntar. Qué le paso?, qué ha tenido, si?... el particular puede demorarse hasta 10 minutos hablando con uno preguntando; mientras que en el seguro, no sé como explicarlo, llega uno y lo más importante es sacarlo a uno rápido C. siempre a sido así?. E. si siempre, por lo general en el seguro es pesado... sacarlo a uno rápido...” que mire, que me duele aquí, a este lado de la pierna, que me golpeé, que me caí, ...a bueno, listo, tómese esto, pero a ratos ni le miran a uno que es lo que tiene, a mi me ha pasado, entonces por eso a ratos busca uno, si hay la posibilidad a un médico particular; entonces se busca; para que lo atienda también”*

El desinterés que sienten algunos usuarios por sus patologías o afecciones los lleva a la búsqueda de estrategias de salud alternas a las que brinda el sistema.

*“en este momento tomo unas gotas que me recomendó un médico homeópata; en este momento, porque lo pasa es que yo tengo problemas de... Y eso me ha ayudado bastante como que...en el seguro he ido dos veces para esto y no me han dado nada; y ese tipo me ha dado unas gotas, unas para la noche y otras para la mañana, y me ha mantenido bien”*

*“me atienden pero me dan una aspirina para el dolor...C. y qué le dicen?, que información le dan?...E. pa eso no hay remedio, me dijo alguno un día... “para la artritis no hay remedio...tómese ésta aspirina cuando le duela...”, así de paso... entonces lo que estoy tomando ahorita...pues ya otro...unos conocidos ese médico los ha atendido y...C. el homeópata...E. si el homeópata...y yo sé que me ha ido muy bien también porque me ha calmado,”*

Finalizando la categoría de Experiencias en el sistema de salud: ley 100 nos encontramos con “concepciones del sistema de salud”, es acá donde los usuarios del sistema refieren sus posiciones, creencias y expectativas acerca del Sistema de Salud.

Una de las concepciones de la Salud que manejan las personas es la de la salud como negocio; el sistema de seguridad al ser visto como negocio deja de beneficiar a las personas y se convierte en una opción de mercado regido por empresas multinacionales a las que no les importa la salud mas que el lucro particular:

*“antes no había tantas EPS, tantas, por todas partes, que es el negocio de ahora, el negocio de la salud;”*

*“Alrededor del año 79-80 salio un articulo de todo lo que le decía el banco interamericano de desarrollo al gobierno nacional, de todo lo que tenia que hacer, acabar con hospitales acabar con un poco de educación, acabar con estos hospitales, todo, un poco de pensiones y restringir, restringir, para que les prestaran plata, para que pudieran decir, “tome aquí le presto” ...”*

*“del 91, cuando el señor Uribe, elegante el, fue el ponente de la ley 100, y eso acabo con todo el sistema de seguridad social del pueblo colombiano, (C) y por que piensa que lo acabo? (H) acabo por que eso lo cogieron las multinacionales entonces cada cual juega con la salud de la gente como se le de la gana ...”*

El dinero que recaudan los Sistemas de Salud no se refleja en la atención ni en los medicamentos que reciben los usuarios; además el negocio de salud, solamente beneficia a los inversionistas.

*“la seguridad social ha sido mala, mala, mala, por que la plata se va es para los duros, las EPS limitan, ellos compran miles de mejórales, miles de otras pepitas y mas pepitas y a usted le dan cinco pepas eso vale al estado quince mil pesos, eso le pagan al medico y no valen*

*¿Será que lo hacen para que la gente no reclame los medicamentos? (H) es que es un negocio de los dueños de la plata eso es un negocio de ellos.”*

*“pues, yo pienso, yo pienso que el sistema de las EPS todo eso podría ser bueno si fuera mejor controlado porque sinceramente es un negocio eso ya uno no lo ve como un deber sino como un negocio y, y si el enfermo, si el enfermo tiene con que pagar bien y si no nada, si el enfermo esta muy enfermo lo hospitalizan ya cuando lo ven a uno”*

El sistema está siendo significado como un régimen limitado en cuanto a la atención de la tercera edad que aparece en los repertorios de significados de los entrevistados como una población desprotegida del Sistema:

*“hijos de la misma esposa o sea hijos de por fuera y uno los podía meter ahí, entonces dice es que... del gobierno da un subsidio para eso, entonces pa los viejitos no les dan nada y es que este país, el promedio de vida del país es de, de setenta años, no, de setenta años, y los que viven cien años que hace (risas) si porque por ejemplo uno dice, bueno me voy afiliarse al seguro, cuantos años tiene: sesenta y cinco, ya no, ya no entonces tiene que ... para que lo pueda..”*

## Discusión

Este estudio se desarrolla a partir de un paradigma emergente basado en teorías sociocostruccionistas desde autores como Berger y Luckman. Estos autores señalan que las personas se integran en la sociedad, no desde el momento en que nacen sino desde que estos tienen una noción de su existencia en comunidad, de esta manera cuando el individuo utiliza su predisposición a convertirse en un ser social e interpreta a los demás como parte fundamental de su realidad, se inicia el proceso de construcción de significados.

Para el presente estudio se escogió una población del sector informal con el fin identificar cuales son los significados que estos construyen en torno al servicio de salud, después de la reforma del Sistema General de Seguridad Social. Según el esquema de una nación democrática es el Estado quien garantiza a los ciudadanos el acceso a la salud; en este sentido se pretende identificar los significados construidos durante el desarrollo del sistema de salud en Colombia en los últimos años. Fue a través de las entrevistas en profundidad y las historias de vida que se recopilaron los discursos basados en las experiencias de diferentes usuarios frente a las diversas entidades prestadoras del servicio de salud (EPS, Seguro Social, Silben, entre otras). 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. Es desde aquí donde se inicia una reflexión que contextualiza a los anteriormente concebidos hospitales, centros de salud, etc., ahora Empresas Sociales del Estado y por supuesto, la connotación que reciben sus usuarios de clientes al ser directos responsables de su sostenimiento financiero y demanda de un mejor servicio. En esta nueva posición de empresa, el trabajador de la salud cumple el papel de mantener la estabilidad entre sus dos objetos de autoridad, por un lado esta la empresa, para quien trabaja y por ende es su empleado; y el enfermo, quien requiere sus servicios y cuidados, pero quien ahora es visto como un cliente (Galindo, 1999); lo anterior implica un cambio en la significación que los usuarios tienen del Sistema de salud y el significado que éste tiene sobre ellos,

pues como lo evidencia Berger y Luckman (1968), la transformación de las instituciones representa un cambio individual y viceversa.

Como resultado del proceso investigativo, surgieron 4 categorías que evidencian la manera como 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.

“*La experiencia laboral*” nos ubica dentro del contexto ocupacional en el que han estado inmersos los participantes en pro de buscar una mejor oportunidad económica que les permita satisfacer sus necesidades y la de los miembros de su familia. En los relatos se encuentran situaciones que van desde el desempeño laboral formal en empresas reconocidas como tal, hasta la ocupación de las personas en negocios propios gestionados por sí mismos y/o otros que cuentan con algún grado de organización pero que no dejan de ser labores informales, como lo es el caso de las personas que trabajan en el mercado de Sanalejo, más conocido como el mercado de las pulgas.

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.

Por supuesto la particularidad que implica el ser humano y la infinita cantidad de experiencias que forman el sistema de creencias de cada quien, aleja la posibilidad si quiera de pensar que las anteriores, sean la únicas maneras en que las personas afirman sus sistemas de creencias alimentados por la actividad laboral.

Condiciones físicas propiciadas por la presencia de una enfermedad como la acondroplasia, agregan otros matices a la concepción de trabajo como formador identitario. El haber nacido y desarrollado con una enfermedad como el enanismo, relega a los valores laborales y todas sus implicaciones como elemento diferenciador a un segundo plano, sencillamente porque la diferencia está dada de antemano. El verse y ser visto como alguien “anormal” favorece que las personas ya no conciban la experiencia laboral como, por ejemplo, una fuente de orgullo gracias a la posibilidad de detentar públicamente una serie de valores, sino que represente para ellos tan sólo, otro contexto amenazador para su integridad física y psicológica.

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.

Posterior al desarrollo de la primera subcategoría, emergió una que denominamos “*Trabajo y enfermedad*”. Ésta segunda subcategoría 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.

Respecto al primer planteamiento, resalta la denuncia implícita en el discurso de TI, donde 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.

Por otra parte, el trabajo y todas sus implicaciones sociales y de auto reconocimiento es una fuente de identidad tan fuerte, que incluso una condición de enfermedad puede ser desplazada a un lugar secundario de atención, cuando ésta interfiere con el desarrollo de la actividad laboral; es decir, 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 sí mismo estos beneficios (Urrea, ).

A este respecto, una subcategoría que emergió del mismo repertorio interpretativo, es la de *Autoconcepción*.

El auto concebirse, implica un ejercicio de puntuarse y/o significarse con base en algún referente común a todos; el auto concepto abarca las ideas, evaluaciones, imágenes, y creencias que las personas tienen de sí mismas (Beltrán, 1995). En este caso, el auto concepción se describirá con base a las experiencias de enfermedad por las que han atravesado los entrevistados.

Para algunas personas la contingencia de una enfermedad, dependiendo de su impacto sobre su cotidianidad, permitirá reforzar el significado de sí mismo. En los relatos vemos las dos caras de una misma moneda. Por un lado, se da el caso de una

persona que presenta una enfermedad temporal, cuyo tratamiento y hospitalización, le permiten poner en práctica varios de los elementos constitutivos de su sistema de valores. Así, el entrevistado (M1) narra situaciones en las que el altruismo, la solidaridad y el apoyo social son la base de su auto concepto mientras atraviesa una experiencia de salud – enfermedad; por supuesto esto no quiere decir que la auto concepción fluctúe considerablemente en función de cada una de las experiencias que viven las personas; el estado de morbilidad se constituye como una experiencia que permite la puesta en práctica y reconocimiento de ciertas actitudes y valores puntuadas por cada quien como útiles a determinadas situaciones.

En contraste con lo anterior, una enfermedad permanente como la acondroplasia hace que TI se auto conciba, casi que de la misma manera, durante toda su existencia. La manera en que ésta persona narra su enfermedad, da cuenta de su autoconcepción, la cual se enfatiza como una existencia rodeada de complejos, humillaciones e injusticias, carente de atención estatal básica en cuanto a atención psicosocial y sanitaria. Aún así, la persona narra cómo ha desarrollado formas de sobreponerse a todas esas adversidades y la lucha diaria por su dignidad. Este poder de reposición a pesar de la adversidad, ha sido conceptualizado bajo el título de resiliencia. *“La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos de la persona y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio”* (Rutter, 1992; citado por Kotliarenco y cols, 2006, Pág. 6).

Finalmente resalta de la subcategoría *“Trabajo y enfermedad”*, el cómo una persona que tiene una calidad de vida tan precaria gracias a su condición de acondroplasia, además debe lidiar con la ineficiencia del sistema, que hasta el momento le ha negado la pensión que por invalidez tiene derecho. La salud para esta persona significa un prospero negocio del que no es partícipe más que para asumir sus pérdidas, pues primero que todo, no recibe atención de manera integral (a nivel psicológico no

recibe ningún tipo de tratamiento) y segundo ha invertido tiempo y recursos en la gestión de su pensión sin recibir absolutamente nada a cambio.

Es natural que en cualquier narrativa de las personas aparezca constantemente su familia. El grupo familiar además de ser el primer grupo de referencia, son aquellos seres que tienen más probabilidades de generar vínculos y lazos de apoyo para enfrentar la cotidianidad de cada quien. Ésta es la razón de porque una de las subcategorías del repertorio es llamada así: *familia*.

Según la real academia de la lengua, una familia es "un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas"; de igual manera se puede concebir como un "Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje" (RAE, 2007).

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.

En las narrativas, la familia puede aparecer como un vehículo que permite la transmisión de valores particulares; así como el caso del trabajo, aporta a la construcción identitaria de las personas y como sustento psicoafectivo y material para enfrentar la enfermedad. Respecto al tema de salud, la familia juega un papel de capital importancia cuando uno de los miembros es aquejado por alguna dolencia pues toma un papel de asistencia y apoyo social que de otra manera sería inexistente para muchos, partiendo del supuesto que la configuración del sistema de salud jamás sería suficiente para brindar los componentes afectivos necesarios para superar una enfermedad, como lo hace la familia (Bazo, 1991)

La constitución de la familia se remonta hasta los primeros momentos del hombre, incluso numerosas especies animales constan de una organización más o menos compleja en cuanto a materia familiar se refiere. El grupo familiar no es un conjunto estático; por el contrario ha evolucionado en el tiempo conforme las transformaciones en la sociedad de los factores políticos, sociales, económicos y culturales lo exigen (Papalia, 1997). En este orden de ideas, se hace manifiesto el rol que asume la familia en las demandas

contemporáneas de su participación en las dinámicas salud enfermedad. La familia se reúne alrededor del enfermo para asistirle en la consecución de citas médicas y los recursos para sustentar tratamientos. Es un caso común el que los integrantes de un grupo familiar generalmente movilicen recursos para amparar en los esquemas de salud a sus familiares más vulnerables.

La familia también juega un papel en la sugerencia y ejecución de prácticas de prevención y procedimientos para enfrentar las enfermedades, sobre todo cuando no son partícipes (o no quieren serlo) del sistema formal de salud. Estos procedimientos y la manera de prevenir, generalmente tienen sus raíces en una aleación entre conocimiento popular y recomendaciones médicas generalizadas por la voz a voz entre los integrantes de las comunidades; éste hecho denota cómo la tradición cultural tiene un peso incalculable en las prácticas sanitarias de nuestro contexto. En este sentido se extienden hábitos que van desde la automedicación, hasta el establecimiento de rutinas (como el aseo, el tratamiento sanitario de los alimentos, el no consumir carnes rojas, el procurar dietas saludables y seguir algunas prácticas de ejercicio físico) que tienen por objetivo el mantenimiento de la salud.

En conclusión, 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.

Las narrativas se remontan a recordar el periodo denominado como la Salud y Desarrollo que tuvo lugar entre 1958 a 1974; el cual se caracteriza como la transición entre la visión de salud como un gasto a una inversión y de allí a un presunto crecimiento económico (Yépez, 1990). La orientación de intervención internacional por parte de naciones desarrolladas, sobre las que están en vía de desarrollo, motivó la concepción de un Estado proteccionista que estaba en la obligación de garantizar la salud a sus ciudadanos para que estos fueran aumentando paulatinamente su capacidad de consumo, mejorar su nivel de vida y de esta manera, su desarrollo social (Yépez, 1990 cita OPS/OMS. Reunión de Ministros de Salud, Pág. 143). A pesar que por aquella época (de 15 a 25 años atrás aproximadamente) surgió una reglamentación que exigía la integración de los diferentes subsistemas de salud bajo un esquema unificado nacional (Yépez, Pág. 161), la mayoría de la población (un 70% aproximadamente) estaba inscrita en el Instituto de Seguros Sociales, encargado entre otras labores de asistencia social, de la salud.

En este sentido, 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 1º 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 participes de la medicina formal.

Una situación particular respecto al tema de las afiliaciones, es la presunta corrupción latente en el Seguro Social, pues en una de las entrevistas se narra cómo una cédula perteneciente a una familiar de un participante del estudio que se haya enferma y que requiere atención médica, está siendo utilizada por otra persona; esto hace que le sea negada la atención.

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.

### Sugerencias

El Sistema General de Seguridad Social en Colombia ha sufrido una serie de transformaciones derivadas del contexto global y económico imperante en la mayoría de las naciones, éste cambio, ha generado unas consecuencias lógicas de un proceso de adaptación no solo cultural, sino institucional y de concepción de las personas que intervienen en el sistema. Sin embargo, se hace de suma importancia hacer la evaluación de tales consecuencias por parte del Estado para evitar que los efectos causados sean nocivos para la población afectando un derecho vital como es la “salud”. Debido a esto es importante presentar un diagnóstico a los trabajadores informales que participaron en el proyecto de investigación que permita identificar su rol dentro del sistema y así generar una posición crítica frente a la naturalización que han realizado de los cambios en la salud.

Se debe continuar con la línea de investigación ampliando la población a estudiar, con el fin de obtener resultados de mayor alcance que permitan consolidar la comprensión de la construcción de significados frente al sistema de salud.

Por otra parte es importante considerar en la investigación otras poblaciones que estén inmersas dentro de la transformación del sistema, con el fin de conocer sus experiencias y de esta manera enriquecer el proceso investigativo.

Los resultados investigativos deben ser puestos al alcance de todos de tal forma que se fomente una visión crítica frente al impacto de la reforma en el sistema de Salud, lo que permite generar nuevas posturas o significados frente a procesos que afecten la cotidianidad.

Finalmente es importante motivar la participación de los estudiantes en procesos de investigación desarrollados por la universidad, incentivando el conocimiento y la opinión frente a los sucesos de la actualidad; generando así ideas concretas de mejoramiento y de cambio para un beneficio común.

## 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 Geriátría 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

- Galindo1999: “*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\_Saúde 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: Paidos.
- 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. *Tomo 158, 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; página 101
- 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/almaata25anhosdespues%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
- 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