

T
882



Fragment of text, possibly a date or reference number.

Fragment of text, possibly a list or index.

527



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

EL DERECHO A LA SALUD EN MEDELLÍN, COLOMBIA
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS, EN EL
CONTEXTO DE LA REFORMA: 1990-2006

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS
EN SALUD COLECTIVA

P R E S E N T A :
MARÍA ESPERANZA ECHEVERRY LÓPEZ

COMITE TUTORIAL:

DIRECTORA: DRA. CAROLINA TETELBOIN

ASESOR: DR. FRANCISCO JAVIER MERCADO

AGOSTO 2008

RESUMEN

Esta es una investigación cualitativa originada en esta pregunta: *¿Cómo han contribuido los usuarios de servicios de salud a la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma?* se llevó a cabo en Medellín, Colombia a través de entrevistas realizadas a organizaciones de usuarios en salud –OUS- y de grupos focales conformados con usuarios de las tres formas de pertenencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- colombiano: población pobre beneficiaria de un seguro pagado por el Estado, afiliada al *régimen subsidiado*; población empleada o con capacidad de pago, adscrita al *régimen contributivo* y; población no asegurada, paradójicamente denominada “*vinculada*”.

Los resultados muestran como la acción colectiva de las organizaciones de usuarios ha hecho visibles los componentes no realizados del derecho a la salud, ha ampliado la esfera pública con nuevos actores y demandas y, ha mediado ante las instancias del SGSSS y del gobierno local en la realización de ese derecho. También se documenta que los usuarios auto-definen la titularidad del derecho a la salud con base en el aseguramiento y en la capacidad de pago. Sin embargo sus aspiraciones y propuestas hacen una re-interpretación del derecho a la salud, otorgándole nociones de justicia y dignidad y contenidos del ordenamiento internacional de la salud como derecho humano fundamental.

Otra contribución a esa construcción es la re-definición de los indicadores de acceso a los servicios a partir de la experiencia de los usuarios: son las razones para no buscar servicios necesiéndolos, la falta de oportunidad según tipo de atención solicitada, las barreras económicas y la utilización de servicios sin resolución de la necesidad, entre otros indicadores, los que explican la no realización total o parcial del componente del derecho a la salud más valorado por los usuarios: el de la asistencia sanitaria. En cuanto a la exigibilidad jurídica, la tutela ha propiciado aprendizajes sobre el derecho a la salud, especialmente en las organizaciones de usuarios y en algunos líderes, pero los no asegurados y los afiliados al régimen subsidiado que son quienes menos tienen y menos reciben, son también los que menos la utilizan. Finalmente, algunas estrategias de los usuarios constituyen prácticas de resistencia.

SUMMARY

The following qualitative research was sparked off by the question: How have the health service users in Medellín, Colombia participated in the construction of the concept of *rights to health* in the context of mayor reforms to the National Health Service? The data for this research was gathered through interviews to members of organizations of health service users –OHU- and focal groups, containing the three types of affiliates to the General Social Security Health System –GSSHS- in Colombia: low income individuals that benefit from insurance paid by the State who are therefore affiliated to the subsidized regime, employees with paying capacity affiliated to the contributive regime and non-insured individuals, paradoxically called “linked”.

The results show how the collective action of user organizations has granted visibility to the non-fulfilled aspects of the rights to health, opening the public sphere to new actors and new demands. These organizations have also mediated between these new actors, the GSSHS and the government in the effort to demand the fulfillment of these rights. The research also shows that users define entitlement to rights to health according to the modes of insurance and the paying capacity of individuals. However, user’s aspirations and proposals re-interpret health rights embracing notions of justice and dignity, including contents of international conceptions of health as a fundamental human right.

Another contribution to the construction of health rights is the re-definition of indicators of access to services according to the experience of users. The partial or non-fulfillment of medical assistance, the most highly valued health right, can be explained by indicators such as: the reasons for not seeking services when needed, the shortages according to the type of service required, economic barriers, and the use of services without precision of need. In terms of judicial claims, the figure of direct citizen demand (*tutela*) has widened the knowledge on health rights, especially for user organizations and some local leaders. However, non-insured individuals and affiliates to the subsidized regime who receive less in terms of services are also less likely to use the legal instrument of direct citizen demand. Finally, some of the strategies employed by users constitute interesting practices of resistance.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
PRIMERA PARTE:	
EL DISEÑO Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
CAPÍTULO I	
EL PLANTEAMIENTO Y LOS CONTEXTOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1. Antecedentes: El derecho a la salud en Colombia antes de la reforma.....	21
1.1. El Derecho a la salud en Colombia en el período del “Estado de Bienestar”.....	21
2. El protocolo de la investigación.....	25
2.1. El planteamiento del problema.....	25
2.2. Los objetivos.....	28
2.2.1. General.....	28
2.2.2. Específicos.....	29
2.3. Justificación.....	29
3. Los contextos: los cambios en el derecho a la salud en el período 1990-2006 y el espacio-población de investigación.....	29
3.1. La reforma colombiana 1990-2006, entre la transición neoliberal y el Estado Social de Derecho: implicaciones para el derecho a la salud.....	30
3.1.1. La consolidación de la orientación mercantil en la reforma a la salud.....	31
3.1.2. Los efectos de las reformas sociales pro-mercado en Medellín.....	33
3.1.3. Fragilidad y retroceso en el ESD: menos recursos públicos para salud.....	34
3.1.4. El gasto social en Medellín en el periodo 1990-2006 y su incidencia en salud.....	37
3.1.5. Definición jurídica del derecho a la salud: derecho de prestación y derecho fundamental.....	38
3.2. Las políticas de salud de la reforma en Colombia y Medellín: 1993-2006.....	40
3.2.1. La afiliación a un seguro con un Plan Obligatorio de Salud como vía para la universalización del acceso a los servicios.....	40
3.2.2. La focalización para la afiliación a un seguro subsidiado por el Estado.....	42
3.2.3. Los servicios: el Plan Obligatorio de Salud y el Plan de Atención Básica.....	43

3.2.4.	La transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado.....	45
3.2.5.	La articulación entre los cambios introducidos con la reforma y la perspectiva de los usuarios.....	46
3.3.	El espacio-población de investigación: Aspectos generales acerca de Medellín.....	47
3.3.1.	Ubicación, aspectos socio-demográficos y división político-administrativa.....	47
3.3.2.	Actividad económica y servicios públicos.....	48
3.3.3.	Poder político y electoral.....	49
3.3.4.	Conflicto político armado y participación social.....	49

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO 52

1.	¿Qué es el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios?	52
1.1.	La delimitación del concepto.....	56
1.2.	La perspectiva de los usuarios sobre el derecho a la salud y la salud colectiva.....	58
2.	Los conceptos teóricos para el análisis de la información empírica.....	59
2.1.	La Acción Colectiva en Salud –ACS-.....	60
2.1.1.	El ámbito normativo para la acción institucional de las OUS.....	60
2.1.2.	Las acciones políticas de las OUS.....	61
2.2.	Los contenidos del derecho a la salud para los usuarios.....	64
2.2.1.	El contenido del derecho a la salud antes de la ley 100 de 1993.....	65
2.2.2.	El contenido del derecho a la salud en la ley 100 de 1993.....	66
2.2.3.	El contenido del derecho a la salud como derecho humano fundamental.....	67
2.2.4.	Los contenidos simbólicos del derecho a la salud.....	68
2.3.	Las estrategias de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud.....	68
2.3.1.	Los obstáculos para el acceso a los servicios.....	69
2.3.2.	Las inequidades en el derecho a la asistencia sanitaria.....	70
2.3.3.	La justiciabilidad en el derecho internacional de los derechos sociales.....	72
2.3.4.	La justiciabilidad del derecho a la salud en Colombia, vía tutela.....	73
2.3.4.1.	El derecho a la salud en Colombia: derecho de prestación y derecho fundamental.....	73
2.3.4.2.	La utilización de la tutela por los usuarios.....	75
2.3.5.	Las estrategias de los usuarios como prácticas de resistencia.....	75
3.	La revisión de literatura.....	76
3.1.	Sustentación jurídica.....	77

3.2.	Fundamentación moral.....	78
3.3.	Estado, derechos sociales y políticas públicas.	79
3.4.	Las reformas a la política social y a la salud.....	81
3.5.	Análisis histórico sobre la salud en Colombia.....	83
3.6.	La indagación a los usuarios.....	84

CAPÍTULO III

LA ARTESANÍA INTELLECTUAL: EL DISEÑO DE UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA..... 86

1.	¿Por qué una investigación cualitativa con técnicas etnográficas?	86
1.1	El trabajo de campo y la observación participante: aprehender la cotidianidad de la población usuaria de los servicios de salud.	87
1.2	La perspectiva etic para comprender la emic.....	88
1.3	La reflexividad: combinación del conocimiento de los usuarios sobre el derecho a la salud, con el de quien investiga.....	89
1.4	La orientación holística y contextual: crear el contexto de los datos referidos al derecho a la salud.	89
2.	Los procesos cognitivos de la investigación cualitativa del estudio del derecho a la salud en el contexto de reforma: comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar.....	91
2.1.	Comprender: entre la experiencia previa, el conocimiento nuevo y la reflexividad.	92
2.1.1.	La experiencia previa en investigaciones con usuarios de servicios de salud en Medellín: avances y vacíos.....	92
2.1.2.	El trabajo de campo: actividades en tres momentos para la construcción de la comprensión.....	93
2.1.3.	La Observación participante en los tres momentos del trabajo de campo.	95
2.1.4.	La interacción con los usuarios: entrevistas, devolución de resultados y conversaciones informales.....	98
2.1.4.1.	Las entrevistas con las Organizaciones de Usuarios de Salud –OUS-.....	98
2.1.4.2.	Los grupos focales con usuarios afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo y con población no asegurada – vinculada-.....	101
2.1.4.3.	La devolución de resultados, buscando la depuración de la información de campo.....	105
2.1.4.4.	Las conversaciones informales, niveles de conocimiento importantes para el estudio del derecho a la salud.	106
2.1.5.	Balance del proceso cognitivo de comprensión del derecho a la salud, visto desde los usuarios.	107
2.2.	El proceso cognitivo de síntesis: la codificación, el análisis de contenido y la emergencia de los componentes del derecho a la salud desde los usuarios en Medellín.	108

2.2.1.	La codificación: reducir y ampliar los datos y crear categorías.	109
2.2.2.	El análisis de contenido: relación con la codificación y uso en los enfoques cualitativos.	110
2.2.2.1.	Limitaciones del análisis de contenido.	112
2.2.3.	Los criterios de codificación: combinación de objetivos, teoría, conocimiento empírico y códigos en vivo.	113
2.2.4.	El proceso de codificación y categorización.	115
2.2.4.1.	La codificación de unidades de significado: las descripciones sobre el derecho a la salud.	115
2.2.4.2.	La creación de categorías: re-codificación y búsqueda de conceptos más incluyentes.	116
2.2.5.	Balance del proceso cognitivo de síntesis; los temas relevantes del derecho a la salud para los usuarios.	118
2.3.	Teorizar y re-contextualizar: mapas conceptuales, contexto y contenido del derecho a la salud para los usuarios.	119
3.	El apoyo de fuentes secundarias.	123

SEGUNDA PARTE

LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	126
--	-----

CAPÍTULO IV

RESULTADOS LA ACCIÓN COLECTIVA EN LAS ORGANIZACIONES DE USUARIOS DE SALUD –OUS- Y EL CONTENIDO DEL DERECHO A LA SALUD PARA LOS USUARIOS.....	127
---	------------

1. La acción colectiva en las OUS	127
1.1. Perfil de las organizaciones de usuarios de salud en Medellín en 2005.....	127
1.1.1. Las asociaciones de usuarios de Empresas Sociales del Estado.....	128
1.1.2. Las asociaciones de usuarios del seguro social estatal.....	129
1.1.3. Las mesas de trabajo en salud –MTS-.....	130
1.1.4. Las organizaciones de segundo orden:	131
1.2. Acciones realizadas por las OUS y sus espacios de trámite y resolución.	132
1.2.1. Las acciones políticas.	132
1.2.2. Las acciones institucionales:.....	135
1.3. Las respuestas frente a las acciones de las OUS.	135
1.3.1. Ignorar, Minimizar, o no resolver total o parcialmente.....	135
1.3.2. La presión a pacientes hospitalizados para el pago por servicios.	136
1.3.3. La exclusión y el cambio en la clasificación de la focalización en salud.....	136
1.3.4. Obstaculización a veedurías realizadas por los usuarios.....	137

1.3.5.	Las respuestas positivas.....	138
1.4.	Síntesis de la acción colectiva de las OUS.....	138
2.	El contenido del derecho a la salud para los usuarios.....	139
2.1.	Los contenidos del derecho a la salud para los usuarios antes de la reforma.....	140
2.2.	Los contenidos del derecho a la salud para los usuarios después de la reforma.....	141
2.2.1.	Valoraciones transversales: derecho a la salud como mercantilización, tenencia del seguro, menos acceso y peor trato.....	141
2.2.1.1.	Efectos de la nueva concepción de derecho a la salud: el tránsito de paciente a cliente y el paseo de la muerte.....	142
2.2.2.	Valoraciones específicas del derecho a la salud después de la reforma.....	143
2.2.2.1.	Régimen contributivo: derecho ligado a la cotización y a la exigibilidad.....	143
2.2.2.2.	Régimen subsidiado: dinero y seguro determinantes de un derecho incompleto.....	144
2.2.2.3.	Población vinculada: "el pobre no tiene derechos".....	146
2.3.	Las aspiraciones y propuestas sobre el derecho a la salud.....	148
2.3.1.	Aspiraciones y propuestas transversales: salud incluyente y bienestar.....	148
2.3.2.	Las aspiraciones y propuestas específicas.....	149
2.3.2.1.	Régimen Contributivo: organizarse, capacitarse y exigir un derecho amplio.....	149
2.3.2.2.	Régimen Subsidiado: inclusión, no discriminación y recibir según necesidad pagando según capacidad.....	150
2.3.2.3.	Población Vinculada: inclusión y atención no condicionada al pago.....	151
2.4.	Síntesis de los contenidos del derecho a la salud para los usuarios.....	153

CAPÍTULO V

RESULTADOS: ESTRATEGIAS DE LOS USUARIOS FRENTE A LOS CAMBIOS EN EL DERECHO A LA SALUD GENERADOS CON LA REFORMA.....

1.	Las Barreras de Acceso a los Servicios.....	158
1.1.	Barreras de acceso potencial.....	158
1.1.1.	Barreras de acceso potencial transversales: la crisis de la red pública, la exclusión del seguro y la falta de recursos económicos.....	158
1.1.2.	Barreras de acceso potencial específicas por tipo de población usuaria.....	158

1.1.2.1.	Régimen contributivo: aplazar la posibilidad de uso de servicios.....	158
1.1.2.2.	Régimen subsidiado: obstáculos desde la búsqueda en el primer nivel de atención.	159
1.1.2.3.	Población Vinculada: “a nosotros nunca nos toca nada”.	160
1.2.	Barreras de acceso real.	161
1.2.1.	Barreras transversales para el acceso real: la no resolución total o parcial de necesidades en salud	161
1.2.2.	Barreras de acceso real específicas por tipo de población.	163
1.2.2.1.	Régimen contributivo: atención incompleta y gasto en medicamentos.....	163
1.2.2.2.	Régimen subsidiado: entre la exclusión y la falta de dinero.	164
1.2.2.3.	Población vinculada: auto-restricción del uso de servicios.	165
1.3.	Síntesis de las barreras de acceso a los servicios.	165
1.4.	Epílogo: el sentimiento de humillación y “el paseo de la muerte”.....	166
1.5.	Estrategias para enfrentar las barreras de acceso.....	168
1.5.1.	Estrategias transversales.	168
1.5.1.1.	La consecución de recursos económicos.	168
1.5.1.2.	La resolución no institucional.	169
1.5.1.3.	Intermediación de organizaciones y líderes.	169
1.5.2.	Estrategias específicas para cada tipo de población usuaria.....	170
1.5.2.1.	Régimen Contributivo: reclamar jurídicamente y organizarse.	170
1.5.2.2.	Régimen subsidiado: la lucha por la inclusión.	171
1.5.2.3.	Población vinculada: no hacer nada por estar desamparado.	172
1.5.3.	Síntesis de las estrategias.	172
2.	La justiciabilidad del derecho a la salud vía tutela.	174
2.1.	Razones y características de uso de la tutela en salud: rechazo en la atención especializada o sistemática.	174
2.1.1.	Régimen Contributivo.....	174
2.1.2.	Régimen subsidiado.....	175
2.1.3.	Población Vinculada.....	175
2.2.	Razones para no exigir el derecho a la salud o para no usar la tutela: desconocimiento, miedo y pérdida de eficacia.....	176
2.2.1.	Régimen Contributivo:.....	176
2.2.2.	Régimen subsidiado:.....	178
2.2.3.	Población Vinculada:.....	179
2.3.	Los aprendizajes de las OUS y líderes de salud frente a la acción de tutela.	181
2.4.	Síntesis sobre la tutela:	182

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... 184

1. Los componentes no realizados del derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios: comprendiendo los cambios estructurales de la reforma..... 185
 - 1.1. El incumplimiento de las normas del derecho internacional..... 186
 - 1.2. Aseguramiento, competencia y co-pagos, los cambios estructurales en el derecho a la salud con la reforma..... 186
 - 1.3. Pluralismo estructurado y derecho a la salud en la reforma colombiana. 187

2. El aporte de la Acción Colectiva en Salud –ACS- en Medellín a la construcción del derecho a la salud..... 189
 - 2.1. Las OUS: “públicos subalternos” de la acción colectiva en salud. 189
 - 2.2. La ACS: defensa de la red pública, acciones políticas y ampliación de la esfera pública en salud. 191
 - 2.3. Las OUS como red “invisible” de apoyo: mediando en la realización del derecho a la salud..... 192

3. El Contenido que los usuarios le otorgan al derecho a la salud. 194
 - 3.1. Derecho “ganado por pagar” en el régimen contributivo; “derecho a medias” en el subsidiado y “no tener derecho” en los vinculados..... 194
 - 3.1.1. La profundización de la segmentación: evidencia del aumento de inequidades con la reforma. 195
 - 3.1.1.1. Régimen subsidiado, el seguro financiado por el Estado. 196
 - 3.1.1.2. Los subsidios parciales, nueva segmentación del régimen subsidiado. 197
 - 3.1.1.3. La población vinculada o no asegurada..... 198
 - 3.1.1.4. Régimen contributivo, para la población empleada. 198
 - 3.1.1.5. Plan complementario de salud para la población con capacidad de pago..... 199
 - 3.1.1.6. El subsidio a la cotización..... 199
 - 3.2. Barreras económicas, no universalidad y noción de caridad: vacíos históricos en la realización del derecho a la salud..... 199
 - 3.3. La re-interpretación del derecho como derecho humano y hacia la dignidad y la justicia. 201

4. Las estrategias de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud..... 205
 - 4.1. Las trayectorias del acceso: obstáculos y estrategias en la configuración de inequidades en el derecho a la atención. 205
 - 4.1.1 El inicio de la búsqueda de servicios..... 206
 - 4.1.2 La continuación de la búsqueda: el tipo de servicio solicitado. 208
 - 4.1.3 La utilización de servicios..... 209

4.1.4	Contención de costos y cambio en los fundamentos del sistema de salud en el centro de las inequidades en el acceso a los servicios de salud.	210
4.2.	La justiciabilidad del derecho a la salud vía tutela.	218
4.2.1.	La tutela en el ordenamiento jurídico colombiano.	218
4.2.2.	Las inequidades en el uso de la tutela.	219
4.2.3.	La pérdida de eficacia de la tutela.	220
4.2.4.	Los aprendizajes de los usuarios.	221
4.3.	Las prácticas de resistencia y la simultaneidad del orden legal y moral interno en las estrategias de los usuarios.	222
4.3.1.	Prácticas de resistencia dentro del derecho como espacio institucional.	222
4.3.2.	La pluralidad de órdenes en la construcción del derecho por los usuarios.	225
5.	Los aportes de la investigación: una interpretación incluyente del derecho.	226

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES 228

1.	Incidencia de la ACS en la construcción del derecho a la salud en el contexto de la reforma.	229
2.	Los contenidos que los usuarios le otorgan al derecho a la salud.	233
3.	Estrategias de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud.	236
4.	¿Cómo han contribuido los usuarios a la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma?	241
5.	Una consideración acerca de la metodología.	243
6.	Aportes para la salud colectiva:	243
7.	Las preguntas.	244

ABREVIATURAS 246

BIBLIOGRAFÍA 247

FUENTES PRIMARIAS 262

ANEXO 1

**GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A ORGANIZACIONES DE
USUARIOS DE SALUD EN MEDELLÍN, COLOMBIA 263**

ANEXO 2

**GUÍA DE TRABAJO PARA LOS GRUPOS FOCALES: PARA LOS
LÍDERES Y POBLADORES 264**

ANEXO 3

**CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPANTES DE LOS REGIMENES SUBSIDIADO, CONTRIBUTIVO Y
VINCULADOS..... 267**

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Mecanismos y formas específicas de participación en salud (Decreto 1757/94)	62
Cuadro 2 Perfil de las Organizaciones de Usuarios de Salud de Medellín 2005	134
Cuadro 3 Valoraciones y contenidos del derecho a la salud para los usuarios, Medellín 2006	147
Cuadro 4 Aspiraciones y propuestas de los usuarios sobre el derecho a la salud, Medellín 2006	154
Cuadro 5 Acceso potencial: barreras e implicaciones para la población asegurada y vinculada de Medellín 2006	162
Cuadro 6 Acceso real: barreras e implicaciones para la población asegurada y vinculada de Medellín- 2006	167
Cuadro 7 Perfil de utilización de la tutela por los usuarios de servicios de salud de Medellín 2006	180

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Estructura de acceso a los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia	71
Gráfico 2A Trayectoria de acceso a los servicios de salud de la población vinculada y del régimen en subsidiado: focalización y aseguramiento, Medellín 2006	212
Gráfico 2B Trayectoria de acceso a los servicios de salud de la población vinculada y del régimen en subsidiado: búsqueda y utilización de servicios, Medellín 2006	213
Gráfico 3A Trayectoria de acceso a los servicios para la población del Régimen Contributivo Aseguramiento y atención no especializada, Medellín 2006	214
Gráfico 3B Trayectoria de acceso a los servicios para la población del Régimen Contributivo. Búsqueda y utilización de servicios de atención especializada, Medellín 2006	215

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1 División político-administrativa de Medellín por zonas y comunas	51
---	----

INTRODUCCIÓN

Este reporte de investigación está estructurado en dos partes: en la primera – integrada por tres capítulos- se presentan el diseño y la construcción de la investigación y la en la segunda, -conformada por cuatro capítulos- los resultados y conclusiones. La pregunta genérica de la cual partió el trabajo fue: ¿Cómo han contribuido los usuarios a la construcción del derecho a la salud en el contexto de la reforma? planteada con el interés de aportar una comprensión nueva de la realidad socio-sanitaria de la población con la reforma, considerando que en el campo de la salud colectiva el centro de la producción sobre el tema ha estado en los análisis estructurales; además porque la delimitación histórica de esa disciplina esta marcada por la permeabilidad a influencias político-ideológicas y por “un compromiso con una noción de lo colectivo” (Donnangelo, 1983:21 *apud* Duarte, 2007:28) asunto que en este caso, convergió con las inquietudes teóricas en la selección del objeto de estudio.

Así, la formulación de la pregunta de investigación estuvo motivada por la experiencia personal de investigaciones previas en salud con pobladores, por la evidencia de movilización social generada por los efectos de la reforma y por la revisión de literatura. La evidencia empírica mostraba la emergencia internacional, nacional y local de nuevos actores sociales o la re-configuración de los antiguos en torno al tema del derecho a la salud y; la literatura describía, por un lado, la ampliación del derecho a la salud en Colombia, en el período de la reforma, producto de la exigibilidad jurídica de los usuarios (Arbeláez, 2002; Arango, 2004; Defensoría del Pueblo, 2004) y; por otro lado, en una perspectiva más estructural, los cambios en la política social y en la concepción y realización de los derechos sociales a raíz de la reforma a la salud, analizados por autores de los ámbitos de la salud colectiva y de la salud pública (López y Laurell, 1996; Tetelboin, 1998; Almeida, 2001, 2005; Navarro, 2001; Hernández, 2000). El espacio-población elegido fue la ciudad de Medellín, Colombia, por el conocimiento previo con algunos líderes, trabajadores de la salud e investigadores, las facilidades logísticas y, las posibilidades de obtener financiación.

En las situaciones descritas hay una preocupación común y sistemática por el derecho a la salud, a propósito de los cambios estructurales introducidos con la reforma: los trabajos colombianos documentan, entre otros aspectos críticos, la exclusión del aseguramiento en salud generada por la focalización, el aumento de barreras de acceso a los servicios, el retroceso en algunos indicadores de salud pública y una tendencia creciente a la exigibilidad jurídica del derecho a la salud. Como estos cambios operaban sobre el contexto de antiguas inequidades socio-sanitarias no resueltas de tiempo atrás y con nuevas configuraciones de deterioro económico y laboral, producto de las reformas sociales pro-mercado; interesaba saber cómo las Organizaciones de Usuarios de Salud –OUS- y los usuarios valoraban y enfrentaban la nueva realidad del derecho, considerando que las investigaciones revisadas no abordaban esa perspectiva y; perfilando además las diferencias entre los tres segmentos de población usuaria, conformados con base en la política de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- colombiano: los afiliados al régimen subsidiado quienes tienen un seguro pagado con fondos públicos; los afiliados al régimen contributivo con un seguro pagado por ellos y por el empleador y; los no asegurados o vinculados.

Todo este recorrido llevo a desagregar la pregunta genérica de la investigación en otros interrogantes secundarios que se fueron depurando hasta convertirse en los objetivos de investigación: así el propósito de comprender cómo han contribuido los usuarios a la construcción del derecho a la salud en el contexto de la reforma se mantuvo como objetivo general, a partir del cual se formulan tres objetivos específicos: el primero: comprender la incidencia de la acción colectiva en salud realizada por las organizaciones de usuarios de salud, en la construcción del derecho a la salud; el segundo: identificar el contenido que los tres segmentos de población usuaria le otorgan al derecho a la salud; el tercero: identificar las estrategias puestas en marcha por los tres segmentos de población usuaria frente a los cambios en el derecho a la salud generados por la reforma.

Se definió como concepto teórico central "la perspectiva de los usuarios sobre el derecho a la salud" integrando los siguientes elementos: un núcleo teórico basado en

la acción colectiva y la resistencia, requerido para estudiar la construcción del derecho "desde abajo" (Rajagopal, 2005; Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003); la caracterización de las OUS y de los pobladores de las tres formas de adscripción al SGSSS como grupos "subalternos" (Fraser, 1997) por su situación respecto al conjunto de actores del sistema; las luchas de las OUS por el derecho a la salud como una forma de configuración de ese derecho, desplegada tanto en el Estado como en espacios extra-institucionales; las estrategias para lograr la realización del derecho a la salud, como combinación del ordenamiento legal y del sistema moral interno de las comunidades (Kabeer, 2007) y como prácticas de resistencia (Scott, 2000). Este concepto reconoce el papel del Estado frente al derecho a la salud y las relaciones que los usuarios establecen con aquel, pero sitúa la mirada en el aporte de la población.

Con base en los objetivos definidos, se decidió realizar una investigación cualitativa con técnicas etnográficas, a través de diez entrevistas a las OUS y de diez grupos focales con usuarios de los tres tipos de adscripción al SGSSS- subsidiados, contributivos y vinculados-; el trabajo de campo se realizó entre 2005 y 2006, pero la información de fuentes secundarias sobre reforma y derecho a la salud se tomó para el periodo 1990- 2006, atendiendo a la temporalidad de los cambios generados en Colombia.

En cuanto al contenido de este documento, esta organizado en siete capítulos y en dos partes: los tres primeros capítulos conforman la primera parte y muestran el diseño y construcción de la investigación y; la segunda parte se refiere a los resultados y contiene los otros cuatro capítulos. Una descripción del contenido del documento se presenta a continuación:

El Capítulo I, aborda el planteamiento y los contextos de investigación: en los antecedentes hace una caracterización del derecho a la salud en Colombia, durante el periodo del Estado de Bienestar para mostrar el sustrato de inequidad y los componentes no resueltos del derecho sobre los que se implanta la reforma; luego detalla el protocolo de la investigación y; por último analiza los contextos mostrando

como se estructura el derecho a la salud en el periodo de la reforma entre dos tendencias en tensión: la transición hacia un nuevo modelo de desarrollo de impronta neoliberal y el Estado Social de Derecho; enuncia las políticas de salud de la reforma colombiana que concretan el contenido del derecho y algunos aspectos generales acerca del espacio-población donde se lleva a cabo el estudio: la ciudad de Medellín. Este capítulo aporta una mirada de conjunto acerca de cómo los cambios macroeconómicos y políticos, asentados sobre antiguas inequidades en salud no resueltas, moldearon en el periodo 1990-2006 la implantación de la reforma en el país y en la ciudad y, la nueva concepción de derecho a la salud y cómo este entramado explica o teje articulaciones con la perspectiva de los usuarios.

El Capítulo II es el marco teórico de la investigación, explica como se construyó el concepto teórico denominado “el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios” tomando elementos de las ciencias sociales y de los hallazgos de estudios empíricos sobre la construcción de derechos por pobladores y movimientos sociales en el tercer mundo y explicita los vínculos de ese concepto con la salud colectiva; también relaciona los referentes teóricos con los cuales se analizó la información empírica: la acción colectiva en salud, el contenido del derecho a la salud en el ordenamiento jurídico colombiano e internacional, la fundamentación de los derechos sociales, el proceso de acceso a los servicios, la justiciabilidad del derecho a la salud y las prácticas de resistencia de los usuarios; finalmente presenta la revisión de literatura señalando cómo se incorporó a ésta investigación.

El Capítulo III detalla la ruta metodológica que se siguió para realizar esta investigación: en primer lugar, sustenta la selección del enfoque cualitativo en el propósito de comprender la forma en que los usuarios han contribuido a la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma; argumenta como las técnicas etnográficas de trabajo de campo, de observación participante y la reflexividad con la convergencia de conocimientos de la investigadora y de los participantes, posibilitaron la delimitación inicial de las preguntas de investigación, la generación de vínculos con los participantes, el esbozo de temas gruesos emergentes y el descubrimiento de relaciones micro-macro.

En segundo lugar, se siguen los cuatro procesos cognitivos comunes a toda investigación cualitativa descritos por Janice Morse (2003: 29-52): en el primero: comprender se relata el trabajo de campo, las entrevistas a OUS y los grupos focales con los tres tipos de población usuaria; el segundo: el de síntesis, muestra los pasos seguidos para la codificación, la creación de categorías y el análisis de contenido; en los otros dos procesos: teorización y re-contextualización se describe cómo tomaron forma los resultados de la investigación a partir del trabajo artesanal con los datos empíricos.

En tercer lugar, además de las fuentes primarias, los contextos de ésta investigación, el marco teórico y el análisis de resultados requirieron de la revisión y sistematización de fuentes secundarias sobre reforma, derecho a la salud y sobre las categorías de las ciencias sociales ya enunciadas en el marco teórico.

De esta manera los tres primeros capítulos dan cuenta de la primera parte del trabajo, es decir el proceso de construcción y diseño de la investigación. A partir del Capítulo IV y hasta el Capítulo VII se estructura la segunda parte correspondiente a los resultados.

El Capítulo IV describe los resultados de diez entrevistas realizadas a las OUS, las cuales responden al primer objetivo específico de investigación de comprender la incidencia de la acción colectiva en salud, en la construcción del derecho a la salud; también se presenta una parte de la información recolectada en los diez grupos focales correspondiente al segundo objetivo de investigación que es el de identificar el contenido que los usuarios, según su forma de adscripción al SGSSS le otorgan al derecho a la salud.

En cuanto a la acción colectiva, se caracterizan los tipos de OUS conformadas en Medellín, durante el período de la reforma, las acciones que realizan y las respuestas que obtienen. De acuerdo a su origen y propósito son de adscripción institucional, territorial y local; la mayoría de las acciones realizadas son de contenido político porque, de acuerdo al criterio teórico, buscan resolución ante las instancias judiciales o ante los canales institucionales formales del Estado o del SGSSS o porque

apuntan a convocar a otros actores o a hacer visibles ante la ciudadanía –por ejemplo a través de marchas o de denuncias- aspectos críticos del derecho a la salud como la exclusión del seguro subsidiado o la insuficiencia de programas de salud pública convirtiéndolos en “asuntos de interés público”; otras acciones emergen o se resuelven en el ámbito institucional; en general, las respuestas obtenidas privilegian el no reconocimiento o la minimización de interlocutores y demandas de los usuarios.

En los contenidos del derecho a la salud, los usuarios relatan la experiencia antes de la reforma y las valoraciones, aspiraciones y propuestas, frente a ese derecho, después de la reforma: como los costos de atención, la discriminación y la diferenciación de servicios por grupos de población eran menores, había red pública disponible para todos y en especial para los pobres, un Estado más comprometido con la financiación y con la política de salud y, una relación médico-paciente más “humana”; el derecho a la salud era mejor antes de la reforma; sin embargo, también reconocen el débil papel del Estado y las barreras económicas como vacíos o carencias históricas de ese derecho no resueltas.

Con la reforma para todos los segmentos la tenencia de seguro y la disponibilidad de recursos económicos, ambos asociados a la posibilidad de exigir o reclamar, son los que definen centralmente el derecho a la salud: los afiliados al régimen contributivo consideran que “se lo han ganado” porque han pagado durante la vida laboral, por tanto pueden exigir; proponen entonces capacitación y organización para generalizar la exigibilidad del derecho; los del régimen subsidiado tienen “un derecho a medias” porque el seguro es requisito pero no garantía de atención debido a los obstáculos para obtener servicios y aspiran a tener “derecho real” con trato y servicios igualitarios y pagos según capacidad para aumentar las posibilidades de reclamación; los vinculados se auto-definen como población “pobre y sin derechos” porque no tienen dinero ni seguro, son los que menos utilizan la tutela y proponen programas de política social e inclusión en salud. Además para las poblaciones subsidiada y vinculada, la reforma disminuyó la capacidad resolutive de la red pública y la provisión de algunos servicios –por ejemplo, odontología y salud pública-

afectando otros componentes del derecho a la salud. Para todos, el Estado debe ser el garante de la política social, de la universalidad del derecho a la salud y de la inclusión socio-sanitaria pero son escépticos respecto a posibilidades reales de cambio.

En el Capítulo V se describen los resultados del tercer objetivo específico de investigación cual es el de identificar las estrategias de los tres tipos de población usuaria frente a los cambios generados en el derecho a la salud con la puesta en marcha de la reforma. Los resultados muestran que aquellas se despliegan para enfrentar barreras de acceso a los servicios e incluyen el recurrir a la exigibilidad jurídica del derecho, vía tutela.

En el proceso de búsqueda de servicios –acceso potencial- las barreras transversales provienen de la estructura del SGSSS por la generalización de cobros a los usuarios, la contención de costos y, la política de competencia y auto-sostenibilidad de la red pública, puestas en marcha con la reforma y que se traducen, para los usuarios, en barreras económicas, insuficiencia de oferta de servicios y obstáculos para obtener atención especializada. En la utilización efectiva de servicios -acceso real- los obstáculos son la atención parcial, demorada y discontinua, especialmente en servicios especializados y costosos, los planes diferenciales e insuficientes cubiertos por el seguro y la falta de dinero para asumir gastos derivados de la atención. Diferencialmente los asegurados del régimen contributivo son los que menos obstáculos enfrentan cuando utilizan servicios, los del subsidiado están condicionados por los co-pagos y la insuficiencia del plan de beneficios y los no asegurados son los que menos posibilidades tienen de resolver necesidades en la estructura del sistema de salud.

Las estrategias transversales desplegadas coinciden con las barreras de acceso, por eso, la principal es la consecución de recursos para resolver los obstáculos de la utilización de servicios; la resolución no institucional y el “aguantarse” implican que una parte de las necesidades no se está resolviendo dentro de la estructura institucional del SGSSS. Las diferencias en las estrategias coinciden con las

inequidades descritas en las barreras de acceso: los no asegurados son los que más utilizan la resolución no-institucional con remedios caseros, auto-medicación y consulta al farmacéuta o a agentes de salud de la comunidad y eso coincide con el hecho de que son los más rechazados cuando buscan servicios, los que deben pagar tarifas más altas y los únicos que hablan de "no hacer nada" por sentirse desamparados. Los del régimen subsidiado son quienes despliegan más estrategias para obtener una clasificación en la focalización que les otorgue un subsidio más alto y para conseguir recursos económicos a pesar de ser los más pobres porque enfrentan más obstáculos para la atención especializada; los del régimen contributivo como tienen un POS más amplio, reclaman más –vía tutela o ante las IPS y EPS- y, despliegan menos estrategias porque tienen, comparativamente, menos barreras de acceso.

La utilización de la tutela tiene también un perfil diferencial: es primera opción en los del régimen contributivo, en el régimen subsidiado es un recurso sólo después de agotar otras estrategias económicas o de resolución institucional y en los vinculados es herramienta potencial en caso de que la necesidad obligue. Las razones para no exigir el derecho a la salud por esa vía son –para todos- el desconocimiento, el miedo –a perder derechos o a enfrentarse a las respuestas técnicas por falta de apoyo de otros y de argumentos- y la pérdida de eficacia.

En el Capítulo VI se hace el análisis y la discusión de resultados con base en los autores y conceptos presentados en el marco teórico: en primer lugar, se señala que los resultados de los tres objetivos de investigación convergen en elementos estructurales que articulan los cambios en el derecho a la salud con la reforma: el primero, el incumplimiento de las normas del derecho internacional suscritas por Colombia que incluyen, entre otras obligaciones estatales de satisfacción del derecho a la salud, la provisión de seguro público universal, la disponibilidad equitativa de servicios y la ejecución de una política de salud pública (Observación N° 14, 2000) y; el segundo, el aseguramiento, la competencia y los co-pagos como articuladores de esos cambios tanto en el diseño genérico como en la particular operación de la reforma colombiana.

En segundo lugar, se analiza cada uno de los objetivos de investigación: para el primero se argumenta como los usuarios han contribuido a la construcción del derecho a la salud a través de la acción colectiva haciendo visibles los asuntos críticos o componentes no realizados de ese derecho, ampliando la esfera pública (Fraser, 1997) con la pluralidad organizativa y la emergencia de nuevos actores y demandas y, construyendo redes de apoyo, a través de las OUS, para mediar con las instancias del SGSSS y del gobierno local en la realización del derecho a la salud.

En el segundo objetivo referido a los contenidos del derecho a la salud se plantea que aunque los usuarios auto-definen la titularidad de ese derecho a la salud con base en el aseguramiento y en la capacidad de pago asociadas además a la posibilidad de exigir, las aspiraciones y propuestas de los usuarios hacen una re-interpretación del derecho a la salud: le otorgan nociones de justicia y dignidad y contenidos del ordenamiento internacional de la salud como derecho humano fundamental y, esto le da sentido a algunas demandas como la ampliación o eliminación de la focalización y la supresión de barreras económicas; pero también la experiencia de los usuarios muestra la forma como ha operado el aseguramiento en la práctica, consolidando y ampliando la segmentación.

En el análisis del tercer objetivo, se hace una re-construcción de las trayectorias de acceso a partir de las barreras y de las estrategias para enfrentarlas, relatadas por cada uno de los grupos de población usuaria y se señala como contribución a la construcción del derecho a la salud, la re-definición de los indicadores de acceso a los servicios a partir de la experiencia de los usuarios; también se plantea como la tutela ha propiciado a través de la exigibilidad jurídica aprendizajes sobre el derecho a la salud, especialmente en las organizaciones de usuarios y en algunos líderes; por último, algunas estrategias de los usuarios se analizan como prácticas de resistencia (Scott, 2000).

En el Capítulo VII, las conclusiones, nuevamente siguiendo los objetivos de investigación, realizan una síntesis analítica de los resultados; además, allí se

muestra la pertinencia del enfoque cualitativo para re-construir información que no hubiese podido obtenerse por otras fuentes y se plantea como aporte de la investigación a la salud colectiva, una interpretación enriquecida del derecho a la salud que pudiese servir de referente para la búsqueda de ciudadanías incluyentes; al cierre se enuncian los interrogantes que quedan de este trabajo.

PRIMERA PARTE:
EL DISEÑO Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA
INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I

EL PLANTEAMIENTO Y LOS CONTEXTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Este capítulo está estructurado en tres partes: en los antecedentes, que son la primera parte, se hace una caracterización del derecho a la salud en Colombia, durante el período del Estado de Bienestar para evidenciar el sustrato sobre el que se implanta la reforma; en la segunda parte se presenta el protocolo de investigación, abordando el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación y; en la tercera parte se describen los contextos mostrando como se estructura el derecho a la salud en el período de la reforma entre dos tendencias en tensión: la transición hacia un nuevo modelo de desarrollo de impronta neoliberal y el Estado Social de Derecho; luego, las políticas de salud de la reforma colombiana que concretan el contenido del derecho y, por último, algunos aspectos generales acerca del espacio-población donde se desarrolla el estudio: la ciudad de Medellín.

1. Antecedentes: El derecho a la salud en Colombia antes de la reforma.

En sentido estricto, los antecedentes de esta investigación deberían referirse a cómo era la perspectiva de los usuarios sobre el derecho a la salud antes de la reforma en Medellín, como no se encontraron fuentes con esa información aquí se presenta una aproximación genérica al cómo se configuró ese derecho en Colombia durante el período del Estado de Bienestar, a través de la descripción de la estructura institucional, el marco jurídico, algunas características históricas y, el acceso a los servicios de salud.

1.1. El Derecho a la salud en Colombia en el período del “Estado de Bienestar”.

Algunos trabajos señalan que desde el primer gobierno de López Pumarejo en 1936 hasta iniciar el de Virgilio Barco en 1986-1990 hubo en el país una política pública orientada a desarrollar un Estado intervencionista y re-distributivo y una institucionalidad para sustentar la política social, con importantes logros en indicadores de desarrollo social (Sarmiento, 1996: 55-63; Orjuela, 2001); sin

embargo, caracterizan ese “Estado de Bienestar” como precario, en tanto no logró una salarización formal ni una inclusión social amplia (Hernández, 1997: 63-64; Sarmiento, 1996), y por esa vía se van constituyendo otros factores que marcan de manera estructural la construcción de los derechos sociales en Colombia: la escasa legitimidad del Estado, la exclusión de vías políticas para la expresión de la oposición, el clientelismo, la desigualdad social y la violencia (Sarmiento, 1996: 69-92).

Un perfil del derecho a la salud en este período puede trazarse con la descripción de las características de la estructura institucional, del marco jurídico, de los factores históricos y del acceso a los servicios.

La estructura institucional se concretó en la creación del *Sistema Nacional de Salud*, el cual intentó fallidamente articular los tres sub-sectores existentes en el país: seguridad social, privado y público por medio de varios subsistemas, pero terminó, de hecho, reducido al sub-sector público bajo la coordinación del Ministerio de Salud. Esa desarticulación consolidó una característica estructural del derecho a la salud en el país, cual es la de la segmentación: tres subsistemas con servicios diferenciales en calidad y oportunidad para tres grupos diferentes de población: el seguro social para los trabajadores, el sub-sector público para los que no pueden pagar y el sub-sector privado para quienes pueden comprar servicios en el mercado; habría que agregar una franja de población –cercana al 40%- que estuvo excluida del acceso a los servicios de salud. (De Currea-Lugo, 2003: 78-83)

En el plano jurídico, la Carta Política colombiana anterior a la actual, data de 1886 y no contenía referencia alguna respecto al tema de salud, sin embargo las reformas constitucionales durante el siglo XX y hasta 1990, avanzaron en el desarrollo legislativo en salud, pero a juicio de algunos autores, sin que se configurara la noción de derecho¹ (Hernández, 2002; De Currea-Lugo, 2003:78).

¹ Véase también la Sentencia T-484 de 1992 de la Corte Constitucional Colombiana, en la cual se dice textualmente con relación al derecho a la salud “No estaba este derecho consagrado expresamente en la Constitución Política de 1886”.

En el contexto de un incipiente Estado de bienestar, el énfasis jurídico-normativo apuntó a establecer la estructura de un Sistema Nacional de Salud, a generar un Código Sanitario Nacional y a la regulación de los servicios de salud de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social. El papel social del Estado se concretó en la “*asistencia pública*” definida en la reforma constitucional de 1936 como la protección para procurar el bienestar a quienes no podían tenerla por incapacidad física, falta de recursos o imposibilidad de exigirla de terceros; esa concepción se refrendó para salud en la reforma constitucional de 1963. En síntesis, como lo señala De Currea- Lugo (2003: 80): “la salud aparece con ciertos matices como un deber del Estado, pero en rigor no como un derecho humano y menos aún fundamental”.

Sin embargo, es en este período cuando Colombia suscribe los pactos e instrumentos jurídicos internacionales para el reconocimiento y la protección de los DESC y de la salud como derecho humano fundamental. Tales compromisos – vigentes desde entonces- no han tenido una expresión legislativa en las normas de los dos Sistemas de Salud contemporáneos del país –Sistema Nacional de Salud, entre 1976 y 1993, y Sistema General de Seguridad Social en Salud –desde 1993, hasta hoy- pero precisamente con la puesta en marcha de la actual reforma –quizás por el retroceso en el derecho a la salud- se recupera su estudio y difusión, se articula a la agenda de algunos movimientos sociales y en la práctica contribuye a fundamentar algunas de las jurisprudencias de la Corte Constitucional colombiana para garantizar el derecho a la asistencia sanitaria².

En cuanto a las características históricas del derecho a la salud en Colombia, Mario Hernández (2002) afirma que tal derecho nunca ha sido universalmente garantizado, ni siquiera en su versión más restringida de asistencia sanitaria, ni tampoco en el escenario de nuestro precario Estado de Bienestar, fundamentalmente por la

² En ese sentido se destaca la publicación reciente de la Defensoría del Pueblo Colombiana – organismo estatal- del libro “*El Derecho a la Salud en la Constitución, la jurisprudencia y los Instrumentos internacionales*” (2003) Otro texto es el de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, citado reiterativamente en este trabajo “*La salud esta grave, una visión desde los derechos humanos*” (2000). En cuanto a la movilización social, sobresalen, las declaraciones finales entre otros documentos y espacios de debate público, de los dos *Foros Internacionales por la Salud de los pueblos*, realizados en el marco de los Foros Sociales Mundiales.

particular configuración de las relaciones de poder entre los actores socio-políticos del país caracterizada por una estructura bipartidista y unas fuerzas sociales –las de oposición con escasos o nulos canales institucionales de expresión y reprimidas de manera violenta- divididas, débiles y fragmentadas. En ese escenario ha predominado un modelo de desarrollo en el cual los intereses del capital han estado por encima de las necesidades de la población.

En un plano más específico, Hernández sostiene que esas pervivencias históricas devienen en “frustración acumulada” resultante de sucesivos y fallidos intentos de articulación durante el siglo XX de un sistema de salud equitativo y universal, construcción que tampoco pudo hacerse desde las fragmentadas fuerzas y actores sociales en salud. Así el derecho a la salud se ha estructurado entre la caridad –para el que no tiene- y el pago por servicios –para el que tiene- como expresión de la segmentación y la inequidad. (Hernández, 2002: 2-6)

El acceso a los servicios, el componente más tangible del derecho a la salud, se caracteriza por las inequidades, según se documenta en un conjunto de estudios realizados antes de la reforma, con base en Encuestas Nacionales de Salud y de Hogares y en trabajos del Ministerio de Salud (Echeverri, 2003b: 86-90); aproximadamente un 40% de la población colombiana no estaba cubierta por ningún servicio; las necesidades insatisfechas en salud eran mayores para la población de bajos ingresos respecto a la de altos ingresos y la razón más frecuente para no utilizar servicios era la falta de dinero. Así las inequidades en el acceso a los servicios y las barreras económicas son una característica estructural, y anterior a la reforma, del derecho a la salud en el país.

Tanto la estructura del sistema de salud como el marco jurídico y las características históricas aquí descritas, representan una gran debilidad socio-política para la realización del derecho a la salud cuando en la década del noventa se pone en marcha la última reforma a la salud en Colombia, dando paso al contexto de ésta investigación.

2. El protocolo de la investigación.

2.1. El planteamiento del problema.

La pregunta gruesa de la cual partió esta investigación fue la de *¿Cómo han contribuido los usuarios a la construcción del derecho a la salud en el contexto de la reforma?* y se planteó para realizarla en Medellín, Colombia, atendiendo a que el carácter multidisciplinario y epistemológico de la salud colectiva comprometido con una noción “genérica e imprecisa de lo colectivo” (Donnangelo, 1983 *apud* Duarte, 2007: 28) posibilitaba abordar la perspectiva de los usuarios como un objeto de estudio que contribuiría a enriquecer el análisis del derecho a la salud.

Estuvo motivada por varias situaciones: una, el hecho de que la reforma a la salud, implantada en Colombia desde el comienzo de la década de los noventa y más estructuralmente con la Ley 100 de 1993, había generado cambios en la concepción y el contenido de los derechos sociales³ y específicamente del derecho a la salud, inscritos en transiciones más generales de la política social y de re-ordenamiento mundial del capitalismo, como lo destacaban la literatura en salud colectiva (Almeida, 2001, 2005; López y Laurell, 1996; Tetelboin, 1998) y la evidencia empírica y; se quería conocer esos cambios cómo eran valorados y experimentados por los usuarios.

Otra motivación fue la experiencia previa de quien escribe en un trabajo que consultaba a los usuarios sobre el acceso a los servicios de salud (Restrepo, Echeverri, Velásquez y Rodríguez, 2006) porque los afiliados narraban la persistencia de antiguas barreras y la emergencia de nuevas dificultades surgidas a partir de los cambios institucionales y de política producto de la reforma.

La tercera situación era el interés en conocer cómo la acción de los usuarios había incidido en la construcción del derecho a la salud, considerando que algunos trabajos

³ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, derivado de la carta de principios de las Naciones Unidas, suscrito por la mayoría de los países latinoamericanos y que entró en vigencia en enero de 1976, establece como tales el derecho al trabajo, la libertad sindical, la seguridad social, un nivel de vida adecuado –que incluya seguridad alimentaria, vestido y vivienda- la salud, la educación y la participación en actividades científicas y culturales.

(Arbeláez, 2002; Arango, 2004; Defensoría del Pueblo, 2004) hablaban de una ampliación del derecho a la salud en Colombia por la vía de las tutelas⁴ con las cuales aquellos solicitaban ante los jueces, la protección o el cumplimiento efectivo de algún componente del derecho a la salud. Finalmente, la evidencia empírica mostraba la emergencia internacional, nacional y local* de nuevos actores sociales – por ejemplo, las Organizaciones No Gubernamentales –ONG- y algunos movimientos sociales, o la re-configuración de los antiguos en torno al tema del derecho a la salud.

En las situaciones descritas hay, por un lado, una preocupación compartida por el tema del derecho a la salud que emerge más sistemáticamente en América Latina en la literatura, en las reivindicaciones de algunos movimientos sociales, en el análisis de algunos sectores académicos de la salud colectiva (Tajer, 2003 *apud* Álvarez, 2005: 364) y en el discurso gubernamental (Departamento Nacional de Planeación – DNP- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- 2001, 2003); precisamente a partir de la reforma, cuando paradójicamente una corriente importante de pensamiento en el continente (López y Laurell, 1996; Laurell, 1997; Tetelboin, 1998) documenta el desmonte de derechos sociales vinculado a la crítica al Estado de Bienestar y a los cambios estructurales de política social y de ordenamiento económico mundial reseñados.

Por otro lado, esa literatura documenta algunos aspectos críticos en salud en Colombia, atribuibles a la reforma: la exclusión producida por la focalización y

⁴ La acción de tutela es un mecanismo preferente de protección inmediata de los derechos fundamentales, establecido por primera vez en Colombia en la Constitución de 1991, mediante el cual el ciudadano puede solicitar ante las autoridades judiciales esa protección y deberá ser resuelta en 10 días hábiles. Aunque el derecho a la salud en la legislación colombiana no es, en principio, un derecho fundamental, en la práctica la jurisprudencia ha invocado su conexidad con otros derechos que sí lo son.

* Me refiero a los Foros Sociales Mundiales, dentro de los cuales ha habido espacios específicos dedicados a salud y realizados en Brasil, India y África; a las Asambleas Mundiales por la Salud de los Pueblos –promovidas e integradas por organizaciones sociales– y a los Congresos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, realizados en ésta década en Cuba, Perú y Brasil. En Colombia y Medellín la conformación del Movimiento por la Salud y la Seguridad Social y la vinculación de varias ONG al trabajo con organizaciones sociales en salud. A esos espacios han concurrido, entre otros asistentes, representantes de organizaciones y movimientos sociales y en ellos se han producido declaraciones señalando los efectos adversos de la reforma para la garantía del derecho a la salud.

traducida en que una franja de población pobre, aunque lo requiriera, no calificaba como potencial beneficiaria de un seguro subsidiado; más trámites y costos para acceder a los servicios; deterioro y pérdida de importancia de lo público y una tendencia al aumento de las tutelas en salud. Todo esto remite a cambios en el contenido y segmentación del derecho a la salud asociados a la tenencia o carencia de un seguro, a la implantación de sistemas de co-pagos y a la exigibilidad jurídica de aquel; interesa entonces saber cómo los usuarios valoran y experimentan esos cambios porque ese conocimiento le aporta a la salud colectiva una mirada “desde abajo” situada en los actores.

Todo esto llevó a desagregar la pregunta genérica de investigación en otras más específicas ¿Qué acciones realizan los usuarios para hacer visibles sus demandas frente al derecho a la salud? ¿Dónde y ante quién tramitan esas demandas y qué resultados obtienen? ¿Cuáles son las razones para solicitar el amparo o la tutela del derecho a la salud? ¿Cuáles son los problemas -generados con la reforma- para acceder a los servicios de salud y que estrategias ponen en marcha los usuarios para enfrentarlos o resolverlos?

El estudio se realizó en la ciudad de Medellín, Colombia mediante una investigación cualitativa con dos tipos de población: una, las Organizaciones de Usuarios de Salud –OUS- con las cuales se indaga por la acción colectiva en salud y; la otra, usuarios adscritos a cada una de las tres formas de pertenencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- para comprender la perspectiva diferencial sobre el derecho a la salud. El eje del SGSSS colombiano puesto en marcha con la reforma es el aseguramiento por eso se seleccionaron –para el segundo grupo- tres tipos de usuarios: afiliados al régimen subsidiado constituido por pobres, sin capacidad de pago y beneficiarios de un seguro de salud pagado por el Estado; población empleada y/o con capacidad de pago que cotiza y está afiliada al régimen contributivo y población no asegurada, paradójicamente denominada “vinculada”.

Este trabajo definió como concepto central “la perspectiva de los usuarios sobre el derecho a la salud” integrando los siguientes elementos: un núcleo teórico basado en

la acción colectiva y la resistencia, requerido para estudiar el derecho “desde abajo”; la caracterización de las organizaciones de usuarios y de los pobladores de las tres formas de adscripción al SGSSS como grupos “subalternos” por su situación respecto al conjunto de actores del sistema; las luchas de las OUS por el derecho a la salud como una forma de configuración de ese derecho, desplegada tanto en el Estado como en espacios extra-institucionales; las estrategias para lograr la realización del derecho a la salud, como combinación del ordenamiento legal y del sistema moral interno de las comunidades y como prácticas de resistencia. Este concepto reconoce el papel del Estado frente al derecho a la salud y las relaciones que los usuarios establecen con aquel, pero sitúa la mirada en el aporte de la población.

Se realizó una investigación cualitativa con técnicas etnográficas a través de 10 entrevistas a las OUS y de 10 grupos focales con usuarios de los tres tipos de adscripción al SGSSS- subsidiados, contributivos y vinculado-; el trabajo de campo se realizó entre 2005 y 2006, pero la información de fuentes secundarias se tomó para el periodo 1990-2006, atendiendo a la época en que se inicia la reforma a la salud en Colombia.

Por otra parte, los contextos de ésta investigación y el análisis de resultados requieren de la revisión y sistematización de fuentes secundarias sobre derecho a la salud, reforma a la salud y categorías de las ciencias sociales como la acción colectiva, las prácticas de resistencia y la construcción de lo público.

2.2. Los objetivos.

2.2.1. General.

Comprender cómo han contribuido los usuarios a la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma –entre 1990 y 2005- en Medellín, Colombia.

2.2.2. Específicos.

Comprender la incidencia de la acción colectiva realizada por las organizaciones de usuarios en la construcción del derecho a la salud.

Identificar el contenido que los tres tipos de población usuaria –asegurados subsidiados y contributivos y no asegurados- le otorgan al derecho a la salud.

Identificar las estrategias puestas en marcha por los tres tipos de población usuaria frente a los cambios en el derecho a la salud, generados con la puesta en marcha de la reforma.

2.3. Justificación.

La revisión de literatura mostró que los trabajos realizados en Colombia y en Medellín sobre derecho a la salud no han incorporado la perspectiva de los usuarios en términos de su papel en la construcción de ese derecho. El abordaje aquí propuesto genera un conocimiento nuevo acerca de las estrategias y las acciones muchas de ellas “invisibles” desplegadas por la población, precisa los contenidos que los usuarios le otorgan al derecho y le propone a la salud colectiva una interpretación plural, incluyente y enriquecida del derecho a la salud.

3. Los contextos: los cambios en el derecho a la salud en el período 1990-2006 y el espacio-población de investigación.

Los contextos se refieren, por una parte, a los cambios en el papel del Estado, en el modelo de desarrollo y en las políticas de salud a partir de los cuales se explica la nueva configuración del derecho a la salud que se ha ido moldeando en el período de la reforma y en los cuales convergen la acción, las estrategias y las valoraciones de los usuarios frente a ese derecho: en la primera parte se describe como la reforma colombiana ha transcurrido entre dos tendencias contradictorias, la transición neoliberal y el ESD lo cual representa una tensión entre la impronta mercantil introducida con la ley 100 de 1993 y las normas orientadas al gasto social y a la protección de los derechos fundamentales, establecidas en la Constitución de

1991; en la segunda parte se enuncian las políticas de salud que se han venido implantando con la puesta en marcha de la ley 100 describiendo cómo se han concretado en el ámbito local, considerando que son las que le dan contenido al derecho.

Por otra parte, el contexto también se refiere a la descripción, presentada en la tercera parte, de algunos aspectos generales de la ciudad de Medellín, Colombia, el espacio-población en el que lleva a cabo esta investigación.

3.1. La reforma colombiana 1990-2006, entre la transición neoliberal y el Estado Social de Derecho: implicaciones para el derecho a la salud.

El escenario del derecho a la salud en Colombia y Medellín en el período de la reforma, está marcado por dos tendencias simultáneas y contradictorias: la transición hacia un modelo de desarrollo neoliberal y la construcción, aún precaria de una nueva institucionalidad democrática y de más amplio sentido social expresada en el Estado Social de Derecho –ESD- formulado con la Constitución de 1991; Las dos tendencias se expresan en la orientación de las políticas sociales, que también tienen un efecto local en Medellín con un balance de fortalecimiento en el período de las reformas pro-mercado y; en la doble naturaleza jurídica del derecho a la salud que es al mismo tiempo un derecho de prestación sujeto al desarrollo de políticas públicas y un derecho fundamental objeto de protección inmediata vía tutela.

También la tensión se expresa en salud: por un lado, en la ley 100/93 y en sus desarrollos normativos, los cuales han moldeado las políticas públicas para la operación de la reforma con una impronta mercantilista⁵ que se ha profundizado en el período y que limita el derecho a la atención a las prestaciones contempladas en el nuevo eje del sistema de salud: el seguro. Por el lado del ESD, la Constitución de 1991 estableció el gasto social prioritario con destinación específica, entre otros

⁵ Concordamos con los trabajos de autores colombianos (Vega, 2002; Hernández, 1997) quienes han señalado que el modelo colombiano de reforma a la salud, aunque sigue la agenda del Banco Mundial centrada en la focalización y en la separación de bienes públicos y privados, tiene matices respecto al discurso neoliberal, en tanto otorga al Estado un papel modulador y un mínimo decente en la justicia distributiva.

sectores, a salud; orientación que se ha venido debilitando con reformas constitucionales orientadas a la disminución de recursos para la política social y de salud, aunque en la ciudad el esfuerzo fiscal del gobierno local ha mantenido un gasto social creciente; la Carta Política también introdujo la tutela, un mecanismo de protección de los derechos fundamentales que ha venido siendo crecientemente por la población para obtener el derecho a la atención en salud.

Este contexto implica dos paradojas para el derecho a la salud: una, es que para su realización, no bastaría una mayor disponibilidad de recursos como lo establece el ESD, porque con la reforma estos se dirigen principalmente al financiamiento del seguro subsidiado por el Estado y finalmente a los aseguradores y no a la mejoría en las condiciones de vida de la población; la otra es que la tutela aunque en la práctica supere los límites del derecho prestacional establecido en la ley 100, es un mecanismo de protección individual y la jurisprudencia a que da lugar no se convierte en legislación permanente.

3.1.1. La consolidación de la orientación mercantil en la reforma a la salud.

La transición neoliberal se inscribe en una tendencia más general de re-configuración o re-estructuración internacional del sistema capitalista liderada por los países centrales -especialmente Inglaterra y EEUU- y los organismos de crédito internacional -Bancos Mundial e Interamericano de Desarrollo y Fondo Monetario Internacional- como respuesta a la crisis mundial del capitalismo de finales de los años 60 y de la década del 70. (Rojas, 1991) Las directrices centrales del neoliberalismo, son la re-estructuración de la economía hacia la apertura económica, la internacionalización y la competitividad, esto implica mayor protagonismo del mercado, un desmonte gradual del papel del estado como regulador de la economía y como principio ordenador de la sociedad y una política social reducida -en la búsqueda de eficiencia del gasto social- de corte asistencialista y con la impronta de la mercantilización de los servicios sociales y de salud. (Sarmiento, 1993: 4-19)

Pese a la polémica acerca de si en Colombia hubo o no un Estado de Bienestar y al momento en que se inician cambios estructurales en la vía descrita, varios autores

coinciden en señalar el gobierno del presidente César Gaviria (1990-1994) como el punto de inflexión (Orjuela, 2001; Sarmiento, 1996: 63) porque allí se gestan, entre otras reformas, las de la seguridad social⁶ –pensiones, riesgos profesionales y salud-laboral, servicios públicos y de contratación estatal, que mantendrán desde entonces y hasta hoy, como lo han señalado algunos analistas, (Ibid.; Rodríguez, 2005; Sarmiento, 2004:96) una tendencia hacia la profundización de esa nueva orientación descrita.

Así la reforma a la salud en el país, ha sido un proceso de los últimos 20 años: normativa y jurídicamente, se inició en 1986 con las primeras reglamentaciones descentralistas (Decreto 077/87, ley 11 y ley 12/86) continuó con la implantación de la Ley 100/93 y finalmente con la Ley 1122 de enero de 2007. En esas dos décadas ha pasado por tres momentos: inicialmente –entre 1986 y 1993- se orientó a la descentralización (Ministerio de Protección Social, 2003: 15) entendida como reordenamiento financiero y administrativo para la asunción de competencias en salud por las entidades territoriales; luego, a partir de 1993 se empiezan a implantar los cambios más profundos con la ley 100 de 1993 y sus desarrollos normativos que concretan en la práctica el diseño del pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1995) con la competencia por el aseguramiento en salud y por la prestación de servicios entre agentes públicos y privados y con la introducción de diversos mecanismos de pago a cargo de los usuarios. Finalmente, la ley 1122 de 2007 mantiene la orientación pro-mercado*.

Los elementos centrales del pluralismo estructurado propuestos por Frenk y Londoño incorporando los lineamientos del Banco Mundial (Bloom, 1994: *apud* Paredes, 2003: 35)⁷ se mantienen, después de más de una década de implantación de la ley 100 de

⁶ La ley marco de la reforma a la salud colombiana -ley 100 de 1993- reformó todo el sistema de seguridad social con tres componentes: el sistema de salud, las pensiones y los riesgos profesionales.

* La Ley 1122 de 2007, centrada en la re-organización financiera del seguro subsidiado, estuvo antecedida por una nueva transformación de la institucionalidad social puesta en marcha en 2002 con la creación del Sistema de Protección Social, del cual hace parte el SGSSS.

⁷ Según el autor, las directrices del BM para las políticas sociales son: prioridad del crecimiento económico como condición para el desarrollo; inversión en desarrollo humano con salud y educación

1993 e, incluso algunos se han consolidado hacia la mercantilización y la segmentación: la universalidad por la vía del seguro, la competencia entre actores públicos y privados por el aseguramiento y la prestación de servicios, la focalización como estrategia para la asignación de seguro subsidiado a la población pobre y, el cambio en el papel del Estado centrado en la “dirección estratégica” del SGSSS, en el seguro subsidiado y en la provisión de servicios de salud pública. Este modelo implantado en Colombia con la reforma, buscaba solucionar –según sus creadores– los problemas estructurales de inequidad en el acceso, de segmentación en los servicios y de barreras económicas que han caracterizado los sistemas de salud en América Latina (Frenk y Londoño, 1998: 29).

3.1.2. Los efectos de las reformas sociales pro-mercado en Medellín.

Dos trabajos recientes muestran para ese período como tendencias centrales, que en la ciudad se expresan dos características de la política social colombiana: la primera es estructural y es la desarticulación entre las políticas económica y social y la otra es que ésta última, pese al incremento notable del gasto público social, no esta orientada a resolver los problemas estructurales de desempleo, pobreza, bajos ingresos y desigualdad socio-económica exacerbados con las reformas pro-mercado (CR; AM-SBS, 2006: 59-63; Gutiérrez, 2006: 48-49). Así las cifras de estos indicadores y del crecimiento económico en la ciudad mejoran en los periodos de reactivación y decaen en los de crisis o estancamiento; pero como tendencia de largo plazo, en las dos últimas décadas la pobreza por ingresos y la indigencia registran cifras de más de 55% y 16% respectivamente y el desempleo de más de 10%, mientras el índice Gini* del 2005 había aumentado 7 puntos con relación al de 1990. (CR, AM-SBS, 2006:45-47)

básicas y focalización del gasto en los más pobres. En salud, las tres orientaciones centrales son: “descentralización de la administración financiera en el sistema de salud pública, fortalecimiento de proveedores no gubernamentales e introducción de nuevas fuentes de ingresos: cobros a los usuarios y seguros”

* El índice Gini es un indicador de inequidad, utilizado para medir la concentración de la riqueza; sus valores van de cero a uno: mientras más cercano a cero, menos inequidad y más aproximado a uno, mayor inequidad.

Producto de las reformas pro-mercado, y al igual que la situación descrita para el país (Contraloría General de la República- Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2006; Sarmiento, 2004), el crecimiento económico en Medellín ha favorecido a los sectores de mayores ingresos y a los grandes capitales y ha golpeado más a los más pobres y, es volátil e inestable porque la estructura productiva está fuertemente determinada por los vaivenes del capital financiero (Ibíd.: 47; Gutiérrez, 2006: 48-49); el empleo generado es igualmente inestable e insuficientemente remunerado⁸, aunque los estudios coinciden en que el gasto público social ha paliado, en alguna medida, el empobrecimiento en la ciudad.

Las investigaciones consultadas concluyen que los núcleos duros de la política social -estructura del mercado laboral, ingresos, desigualdad, pobreza y el tema redistributivo- no son objetivos centrales de las políticas públicas, de allí su persistencia, pese a que la ciudad cuenta con buenas tasas de crecimiento económico en los últimos 5 años, tiene capacidad de endeudamiento, empresas privadas solventes, recursos propios sistemáticos y unas finanzas saneadas que le permitirían abordar con sentido estratégico esos problemas aún con la alta incidencia de las políticas nacionales en el panorama social descrito. (CR, AM-SBS, 2006: 72-75,80-82; Gutiérrez, 2006: 48-49) Esta situación tiene efectos directos en salud porque el aseguramiento como eje de la reforma a la salud depende del empleo y de la pobreza y el deterioro de los ingresos restringe las posibilidades de realización del derecho a la salud en un sistema basado en los pagos a cargo de los usuarios.

3.1.3. Fragilidad y retroceso en el ESD: menos recursos públicos para salud.

Simultáneamente, en 1990 y 1991, por la influencia de la tendencia democratizadora que recorre a América Latina con la caída de las dictaduras en el continente y de procesos nacionales como la incorporación de grupos guerrilleros a la vida política

⁸ Según Gutiérrez (2006:47-49) Uno de los factores centrales del crecimiento económico observado en el Departamento de Antioquia en 2005 fue el alto consumo de los hogares de mediano y alto ingreso, financiado a crédito porque éste fue barato y de fácil acceso, pero esto ocurre en un contexto de alta concentración y fusión empresarial y aunque reconoce que el panorama económico en Medellín ha mejorado en relación con años anteriores, considera que la prosperidad no beneficia al conjunto de la población por la persistencia de la pobreza y la alta informalidad laboral.

institucional y la movilización social de la década de los ochenta, demandando apertura política y participación de la población en la gestión pública, tiene lugar en el país una Asamblea Nacional Constituyente⁹ para la expedición de una nueva Carta Política: la Constitución de 1991, uno de cuyos principios fundamentales es la definición de Colombia como un Estado Social de Derecho¹⁰ –ESD- formulación que se tradujo en un desarrollo legislativo orientado al fortalecimiento de la descentralización por la vía del gasto social obligatorio y en la creación de mecanismos de protección de los derechos fundamentales y de participación social y política. Aunque estas últimas disposiciones se mantienen hoy y algunas han sido ampliamente utilizadas por la población, las reformas posteriores a la Constitución de 1991 han debilitado la autonomía y los recursos para la política social de las entidades territoriales.

La descentralización definió desde 1986-1987 entre otras competencias para las entidades territoriales, las de salud que se concretarían en la ley 10 de 1990¹¹, la cual avanzó en trasladar competencias y algunos recursos y en abrir espacios de participación para la población, pero solo con la Constitución de 1991 y con la Ley 60

⁹ La Constitución de 1991 estuvo precedida por una Asamblea Nacional Constituyente con representación directa de grupos antes excluidos de la participación política como los indígenas y miembros de movimientos guerrilleros –M-19 y EPL- recién desmovilizados, entre otros grupos, que participaron en la elaboración de la nueva Carta Política. Por eso la justicia y una política social amplia e incluyente eran no sólo una aspiración aplazada sino también la fórmula política para construir una sociedad más plural y democrática. Una ampliación de esta discusión puede verse en (Uprimny, 2001)

¹⁰ Según Uprimny (2001) el Estado de Derecho se caracteriza por la separación de poderes para controlar al gobierno y fundamentarlo en leyes y no en voluntades. El Estado Social de Derecho proviene de una base ideológica llena de tensiones porque es el resultado contradictorio de 3 tradiciones diversas: *la liberal* que recoge las aspiraciones del Estado de Derecho clásico del siglo XIX: control constitucional y división de poderes para limitar el poder del Estado y garantizar la libertad individual, la ley al servicio de la libertad; *la democrática*, basada en la soberanía popular y en la voluntad mayoritaria, en la cual la libertad es la participación en los destinos colectivos del orden político y la del *Estado Social* sustentada en una base material provista por el Estado y abierta a la acción pública para garantizar un nivel de igualdad social para todos los asociados, pues aquí la libertad y la democracia derivan de prestaciones por parte del Estado.

¹¹ La ley 10 de 1990 trasladó a los municipios las responsabilidades de prestación de servicios de salud de primer nivel, la promoción de la participación social en salud y la creación de estructuras locales mínimas para planear y administrar recursos y servicios en su área de influencia. Los departamentos tendrían a su cargo los servicios de segundo y tercer nivel y el acompañamiento y la asesoría técnica del proceso de descentralización. El gobierno nacional mantendría la competencia sobre la formulación de políticas y la orientación del sistema de salud.

de 1993, se provee un respaldo fiscal sistemático y suficiente a la descentralización, concretando el espíritu de un ESD en el mandato del “gasto social prioritario” a través de la transferencia progresiva y creciente de Ingresos Corrientes de la Nación¹² – ICN- a los municipios, con criterio de equidad¹³; esto representó un incremento real del gasto social de entre 6 y 7 puntos del Producto Interno Bruto entre 1991 y 1999. (Sarmiento, 1999; 79)

Esa orientación inicial del gasto social ha sido reducida, desde entonces, debido a los acuerdos firmados con el FMI, presentados al país a nombre de los pobres y como medidas de equilibrio del déficit fiscal. (Rodríguez, 2005: 183) Dos reformas constitucionales: una en 2001 y otra en 2007, ambas en medio de paros, movilizaciones y protestas nacionales y locales de trabajadores de educación y salud, cambiaron la fórmula de cálculo de las transferencias de la nación a los municipios, desligándola definitivamente de los ICN¹⁴ Esto ha representado entre 2002 y 2008, 16.5 billones de pesos colombianos -82.500 millones de dólares- menos para la política social en los municipio colombianos (Toro, 2007); en el caso de salud, el recorte de 2001 representó dejar entre 5 y 6 millones de personas por fuera de la afiliación a un seguro subsidiado por el Estado (Sandoval, 2007) y el del

¹² Según el artículo 358 de la Constitución Nacional, los ICN están constituidos por ingresos tributarios y no tributarios, con excepción de los recursos de capital.

¹³ El Artículo 357 de la Constitución de 1991 crea la participación de los municipios en los ICN: éstos se incrementarían del 14% en 1993 hasta –mínimo- el 22% en 2002. Los criterios de equidad determinaron que el 60% de estos recursos se asignarían en proporción directa a la población pobre por Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI- y al nivel relativo de pobreza y el 40% con base en la población total y de acuerdo a la eficiencia fiscal y administrativa y al progreso en calidad de vida.

¹⁴ La fórmula descrita en la cita anterior, se modificó en 2001 con la Ley 715 que creó el Sistema General de Participaciones, donde los recursos más cuantiosos son los aportados por las transferencias de la nación de las cuales dependen en gran medida los municipios, en especial los más pequeños; el cambio consistió en determinar el monto de las transferencias ya no en una proporción creciente de los Ingresos Corrientes de la Nación como lo ordenaba la Constitución, sino en un porcentaje igual a la inflación más un crecimiento adicional del 2% entre 2002 y 2005 y de 2.5 entre 2006 y 2008. Las fechas obedecen a que la medida era transitoria y para conjurar el déficit fiscal. Sin embargo, en diciembre de 2007, la Ley 1176 que reformó los artículos 356 y 357 de la C.N. y algunas disposiciones de La ley 715/01, volvió permanente lo transitorio y mantuvo la fórmula de cálculo de las transferencias de la nación a los municipios, así: entre 2008 y 2016 atada a la inflación más un porcentaje decreciente –a partir de 4% en 2008 y hasta 3% en 2016- y un punto adicional para educación. Esto representará para el período 2009 a 2016, 89 billones de pesos menos -44.500 millones de dólares- (Sandoval, 2007) para la política social.

2007, significará 13 billones menos de pesos -6.500 millones de dólares- entre 2008-2016 (CR; AM-SBS, 2006: 38).

3.1.4. El gasto social en Medellín en el período 1990-2006 y su incidencia en salud.

Las características del gasto social en el período muestran un gran incremento de recursos para la política social y para salud, producto de las normas que le dan vida al mandato constitucional del gasto social prioritario; aunque en las variaciones también inciden las políticas nacionales de ajuste fiscal y recorte a las transferencias, ha habido un esfuerzo fiscal local y por eso la tendencia en todo el período es una proporción de gasto social que supera los porcentajes de crecimiento de la población y de la economía. Potencialmente esto significaría más recursos para salud, enfoque que con la lógica de la reforma termina reducido porque se traduce principalmente en aseguramiento, además los énfasis de la política social se han dirigido a otras áreas.

Así entre 1990 y 1995 con la nueva Constitución, los recursos con destinación específica –salud, educación y saneamiento ambiental- aumentaron considerablemente¹⁵ pero el énfasis del gasto estuvo en deporte, cultura y recreación y; hasta comienzos del siglo XXI no hay cambios notables en esa orientación (CR, AM-SBS, 2006:61-63); luego, entre 2001 y 2007, el centro de la política social es la educación. En salud los recursos, a partir de la ley 100 de 1993, se destinan, por una parte, al aseguramiento de la población pobre: aunque entre 1997 y 2003 la afiliación no se incrementa, entre 2004 y 2006 se triplica, con un aporte fiscal importante del gobierno local y en el marco de una política nacional implantada mediante convenios*; por otra parte, hay también un esfuerzo por impedir el debilitamiento de

¹⁵ Solo a modo de ejemplo de lo que representaron las transferencias desde la nación y hacia los municipios, la investigación citada (CR, AM-SB, 2006: 62) reseña que en el período 1992-1994 el gasto social en la ciudad aumentó en un 380%.

* El Acuerdo 267 de 2004 estableció los *subsídios parciales* para los menos pobres, entre los pobres, clasificados por focalización. El incremento en la afiliación se ha hecho por convenios y co-financiación entre gobierno nacional y local e implica que los municipios deben hacer el esfuerzo fiscal por convertir gradualmente los subsidios parciales en "plenos" y garantizar los recursos al menos por 5 años. Con base en la Entrevista a una asesora del Ministerio de Protección Social, en enero de 2007.

Metrosalud, la red pública más grande de la ciudad (CR, AM-SBS, 2006 :63-71) cuando se ve abocada a la competencia instaurada con la reforma. Todo esto muestra que la realización del derecho a la salud, aún incorporando residualmente las normas del ESD, está marcada por la forma como se gastan los recursos más que por la disponibilidad de los mismos.

3.1.5. Definición jurídica del derecho a la salud: derecho de prestación y derecho fundamental.

La tensión entre reformas pro-mercado y ESD también se expresa en el ordenamiento jurídico del derecho a la salud: del lado de las primeras, la ley 100 de 1993 concibe el derecho a la salud como un derecho de prestación limitado a una relación contractual y del lado del segundo, la tutela como mecanismo de exigibilidad jurídica de los derechos fundamentales, ha representado, en la práctica, la definición jurisprudencial de criterios de fundamentalidad del derecho a la salud.

La Constitución de 1991 no representó avances notables en el derecho a la salud porque la seguridad social, el saneamiento ambiental y la atención en salud se consideran servicios públicos a cargo del Estado que son entregados a la población a través de prestaciones; la Carta solo establece que se debe garantizar el acceso universal a los servicios de promoción, protección y recuperación. (CN artículos 48 y 49) Así en la ley 100 de 1993, el derecho a la salud queda incorporado como un derecho de prestación el cual requiere un desarrollo legislativo, político, económico y técnico para diseñar las instituciones y políticas públicas que le dan contenido (Defensoría del Pueblo, 2003: 39-40) en la práctica esto se concreta en la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- la estructura institucional para la operación de la reforma y en el Plan Obligatorio de Salud –POS- que es el paquete de servicios amparado por el seguro y jurídicamente representa una relación contractual entre el usuario y la empresa aseguradora. (Arbeláez, 2002: 22-23)

Sin embargo, la Constitución también estableció un conjunto de mecanismos para que los ciudadanos puedan demandar la protección y exigibilidad de los derechos

individuales y colectivos por parte del Estado o de las instituciones, entre ellos la acción de tutela que es un amparo para la protección de los derechos fundamentales¹⁶. Aunque la salud es definida como derecho fundamental en la Carta Política solo para los menores de un año¹⁷ (CN artículo 44), los criterios de fundamentalidad del derecho a la salud en el país se han venido construyendo en la práctica con la jurisprudencia de las tutelas argumentando su conexidad con otros derechos fundamentales –por ejemplo, a la vida, al mínimo material indispensable para una subsistencia digna, a la integridad personal y a la autonomía-; y otorgándole a las prestaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud* el carácter de derecho fundamental (Arbeláez, 2002; Defensoría del Pueblo, 2003; Arango 2004).

Como también los jueces han mantenido una tendencia de favorabilidad en los fallos, y por esa vía han superado en la práctica, las barreras impuestas por aseguradores y prestadores de servicios de salud y las limitaciones de la definición jurídica de salud solo como servicio público, la acción de tutela ha sido crecientemente utilizada por los usuarios para obtener derecho a la atención asistencial; pero también tiene restricciones porque es un mecanismo de protección individual y no colectivo y, la jurisprudencia no se convierte en ley.

Pese al uso e importancia de la tutela, lo que ha primado en la práctica es el derecho de prestación restringido y diferencial moldeado con la puesta en marcha de la ley

¹⁶ Un derecho fundamental se caracteriza porque otorga un plus de protección, representado en el amparo individual -vía tutela, en el caso colombiano-, está consagrado expresamente en la Constitución y es objeto de protección inmediata.

¹⁷ Este limitado alcance de la Carta Política se debió a las tendencias antagónicas que convergieron para su redacción en la Asamblea Nacional Constituyente. Diversos autores (Hernández, 2000:141; Vélez, 2000 *apud* Rodríguez, 2005: 179-180) señalan que allí convergieron tres tipos de intereses: *los partidarios de la regulación estatal* discrecional ligada a los intereses del capital; una *corriente de seguidores del libre mercado* con una línea dura y otra más blanda según el grado requerido de regulación estatal y; los defensores de *una línea social-demócrata*. Así la Constitución "resulto ser una mezcla forzada de neoliberalismo y social-democracia"

* Es decir el POS adquiere el carácter de derecho fundamental cuando alguno de sus componentes es amparado por un fallo de tutela.

100 de 1993 y cuyo contenido se concreta en las políticas de salud del período 1993-2006.

3.2. Las políticas de salud de la reforma en Colombia y Medellín: 1993-2006.

El derecho a la salud como un derecho de prestación se concreta en políticas públicas progresivas que son las que determinan su contenido. (República de Colombia, 1993, Ley 100) La reforma representó una profunda transformación en el papel social del Estado y en la organización del sistema de salud. Aquí se describen las políticas que concretan esos cambios a fin de comprender el contexto nacional y local en el cual se ha generado la inconformidad de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud.

3.2.1. La afiliación a un seguro con un Plan Obligatorio de Salud como vía para la universalización del acceso a los servicios.

El objetivo central del SGSSS fue el de universalizar, en un período de siete años, y hacia el año 2001, un seguro de salud que garantizara *un paquete igual de servicios* –Plan Obligatorio de Salud –POS- para toda la población; para el efecto se crearon *dos Regímenes: el Subsidiado* para la población más pobre –estimada en un 30% para el 2001- financiado por el Estado; y *el Contributivo*, para la población trabajadora con capacidad de pago y su familia –un 70%, al año 2001- Inicialmente los afiliados al régimen subsidiado recibirían un POS menor en un 30% al de los del régimen contributivo¹⁸.

Ambos regímenes son administrados por aseguradoras públicas o privadas, denominadas, en el contributivo, Empresas Promotoras de Salud –EPS- y en el subsidiado, Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS-, las cuales reciben una prima anual por cada asegurado o Unidad de Pago por Capitación –UPC- y actúan como intermediarias contratando con instituciones públicas o privadas o con su

¹⁸ Algunos gerentes de aseguradoras del Régimen Subsidiado, entrevistados para este trabajo, afirman que la diferencia en servicios cubiertos por el POS entre ambos regímenes es entre 25% y 30% en desventaja para el Régimen Subsidiado.

propia red, la prestación de servicios. En el caso del régimen subsidiado el Estado transfiere a las ARS las UPC de los afiliados y a esta forma de operación del financiamiento se le llama subsidio a la demanda.

En ese período de transición –entre 1994-2000- se lograría la universalidad porque la población se adscribiría progresivamente a uno de los dos sistemas de aseguramiento, y el paquete de servicios de los dos regímenes se unificaría; esto sería posible por el aumento de los aportes del Estado y de los trabajadores y porque se preveía un comportamiento macroeconómico de crecimiento positivo de la economía, el empleo, la afiliación y los ingresos reales de los trabajadores (Ministerio de Salud, 2004:147-149). Mientras tanto, la población pobre no asegurada, - paradójicamente denominada “vinculada”- recibiría atención pagando una parte de su propio bolsillo a tarifas establecidas y el resto con cargo a los recursos públicos de - subsidio a la oferta-^{*}; estos últimos, irían transformándose en subsidio a la demanda, a medida que esta población fuese incluida en el aseguramiento.

Sin embargo, la afiliación universal nunca se ha logrado¹⁹ y la política ha sufrido modificaciones: la asignación del seguro estatal está sujeta a criterios de priorización y en 2004 se introdujeron los subsidios parciales –con un POS aún menor que el del régimen subsidiado e inferior en un 50% al del régimen contributivo- para la franja de población menos pobre detectada por focalización a fin de incrementar la afiliación. Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 estableció una nueva meta de afiliación al 2010 para toda la población clasificada en los tres primeros niveles de focalización –los de mayor pobreza en orden decreciente- pero mantuvo la diferencia entre los planes de beneficios y no resolvió la situación de quienes aún con las nuevas reglas de juego, se mantienen en la condición de no asegurados o vinculados.

* La reforma implicó un cambio del subsidio a la oferta –los recursos públicos asignados a las instituciones de salud sin ánimo de lucro que antes de la ley 100 de 1993, prestaban servicios de salud- por subsidio a la demanda –una prima de seguro entregada a la EPS por cada afiliado- Por esa razón los recursos de subsidio a la oferta han venido disminuyendo pero según las diferentes investigaciones, resultan insuficientes.

¹⁹ Esa meta no se logró, entre otras razones, porque los escenarios macro-económicos previstos no se dieron y ocurrió una profunda crisis económica entre 1999 y 2000.

En Medellín, entre 1997 y 2003 la afiliación al régimen subsidiado a pesar de representar el 39% del presupuesto de salud, solo cubría al 12% de la población total de la ciudad, mientras la pobreza por ingresos, con grandes oscilaciones se mantenía por encima del 50% (Álvarez, 2005: 380, 391). Al régimen contributivo estaba adscrito, en el mismo periodo, alrededor del 60% de la población, con un descenso al 52% en el 2003, producto de la crisis económica de finales de los noventa y del incremento de la informalidad laboral que pasó de 49% en 1996 al 56.9% en 2002 (DANE, 2003; Ortiz y Uribe, 2003 *apud* Bernal y Gutiérrez, 2005: 255). Esto significa que entre un 30% y un 40% de la población no estaba asegurada.

A partir del 2004, la ciudad acoge la política nacional de aumento de la afiliación a través de la implantación de subsidios parciales para el régimen subsidiado y de la afiliación obligatoria para contratos cortos y temporales de trabajo en el régimen contributivo, en 2005, la cifra de éste último se habían incrementado al 56% y la del subsidiado se había duplicado llegando al 26% (Profamilia, 2005); pero un 20% de la población pobre permanecía sin ninguna protección conformando el segmento de los vinculados. Así en Medellín, al igual que en el país, el aseguramiento, desde el inicio de la reforma ha configurado un perfil de exclusión que las políticas residuales no han superado; por eso la lucha por la universalidad en el aseguramiento y por la ampliación de criterios de focalización ha permanecido en todo el periodo como un eje de movilización de las organizaciones de usuarios.

3.2.2. La focalización para la afiliación a un seguro subsidiado por el Estado.

La focalización es la estrategia para localizar, clasificar y seleccionar a la población receptora de los subsidios estatales en política social. En Colombia se hace a través de una encuesta llamada Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios - SISBEN- diseñada por el gobierno nacional, aplicada a los segmentos más pobres de la población. La encuesta clasifica a los pobres en seis niveles según la magnitud de la pobreza –la población del nivel I es la más pobre y la del VI la menos pobre-. Con esta información, las Direcciones Locales de Salud seleccionan los

beneficiarios, únicamente de entre los tres primeros niveles del SISBEN, y asignan los montos de subsidio del seguro de salud así: a la población de nivel I se le subsidia el 95% del POS y con la última disposición legislativa, el 100%, a la del nivel II el 90% y a la del nivel III el 70%. Los afiliados realizan co-pagos por el valor restante cuando utilizan servicios. Lo no cubierto por el POS se pagaría, en caso de requerirse con recursos públicos de subsidio a la oferta.

En Medellín, los criterios minimalistas y excluyentes de la focalización en salud, que no le dan suficiente peso al ingreso como factor de pobreza, han generado desde el comienzo de la reforma quejas reiterativas de usuarios y organizaciones porque la encuesta SISBEN deja por fuera o clasifica mal a una parte de la población, considerándola menos pobre de lo que realmente es (Restrepo, 2000: 148-149) y termina sacándolos de la posibilidad de ser beneficiarios potenciales del seguro y en ambos casos eso se traduce en pagos de bolsillo más altos para la población.

3.2.3. Los servicios: el Plan Obligatorio de Salud y el Plan de Atención Básica.

La nueva organización separa el aseguramiento de la prestación de servicios: introduce la intermediación de las aseguradoras –EPS o ARS- las cuales captan la UPC o prima de seguro anual por cada afiliado con el cual cubren un paquete de servicios contenido en el Plan Obligatorio de Salud –POS- cuya prestación contratan con las Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS-.

El POS amparado por el seguro, cubre fundamentalmente servicios curativos y en menor proporción, servicios individuales de promoción y prevención. Aunque la ley dispuso un solo POS en la práctica hay tres planes de beneficios diferentes: el POSS para los afiliados al régimen subsidiado de niveles I y II; un POS para los afiliados a subsidios parciales -para población pobre de nivel III- y; el POSC para los del régimen contributivo. Los tres POS cubren todo el primer nivel de atención y los servicios de alto costo, pero en los de segundo y tercer nivel hay una diferencia de entre 25% y 30% menos servicios en el POSS y de 50% menos en el POS de subsidio parcial, respecto al POSCC. Esto significa en la práctica que el seguro de los más pobres cubre menos servicios que el de la población con capacidad de pago.

Los servicios y acciones colectivas de promoción y prevención en salud pública - campañas masivas de educación en salud, saneamiento ambiental, vacunación, vigilancia epidemiológica- no están sujetos a un seguro, por tanto son obligatorios, universales y gratuitos, a cargo de los municipios y se denominan Plan de Atención Básica –PAB-. La reforma introdujo fragmentación y cambio en las competencias porque estableció una división entre acciones individuales²⁰ y colectivas²¹ en salud pública, las primeras a cargo de las aseguradoras y las segundas, de las Direcciones Locales de Salud –DLS-. Así lo que antes hacían las instituciones públicas de manera integrada, se fragmenta y la instancia administrativa responsable –EPS o DLS- debe contratar estos servicios con un prestador; esto ha generado un gran retroceso de indicadores de salud pública en el país.

En Medellín esa situación se expresa en el deterioro de los indicadores de mortalidad y morbilidad trazadores y en el descenso en las coberturas de vacunación (Grupo de Economía de la Salud –GES-, 2007b: 5, 8; Álvarez, 2005: 386, 387). Con la reforma, la red pública más grande de la ciudad con más de 50 puntos de atención –Metrosalud- inició entre 1998 y 2000, el desmonte y supresión de programas y recursos humanos destinados a acciones de salud pública porque ya no eran de su competencia; cuando los indicadores empezaron a deteriorarse y hay una preocupación en el gobierno local, en 2002, vuelve a re-assumirlos para prestarlos por contratación a la DLS²²; las EPS, por su parte, han incumplido su responsabilidad

²⁰ Las *acciones individuales* son la detección precoz y atención de gestantes, los controles de crecimiento y desarrollo a los niños, las acciones individuales de promoción, prevención y control como la toma de citologías cervico-uterinas, la vigilancia de hipertensos o de pacientes con enfermedades crónicas, la fluorización y la vacunación con los biológicos definidos por el Ministerio de Protección Social. Estas acciones son responsabilidad de las aseguradoras con sus afiliados porque una parte de la prima de seguro que reciben por cada uno de ellos está destinada para realizarlas.

²¹ Las *acciones colectivas en salud pública* son la información y educación pública para el fomento de la salud, el control al consumo de tabaco, alcohol y sustancias psico-activas, la complementación nutricional y desparasitación escolar, la promoción de la planificación familiar; los tamizajes en salud auditiva y visual; la prevención, detección precoz y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria e inmuno-prevenibles como VIH- SIDA, Tuberculosis, lepra, malaria dengue y zoonosis.

²² Entrevista al representante de los gremios de trabajadores de la salud al Consejo Local de Seguridad Social en Salud de Medellín en abril 21 y abril 28.

probablemente porque es más rentable dedicarse a actividades asistenciales. Por estas razones la salud pública ha sido un eje de organización, movilización y denuncia de los usuarios en la ciudad.

3.2.4. La transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado.

Con la reforma los hospitales públicos, antes financiados por el Estado, deben transformarse en Empresas Sociales del Estado –ESES- con autonomía presupuestal, y administrativa y competir con las instituciones privadas, ante las aseguradoras, por la obtención de contratos de prestación de servicios; prácticamente desde la puesta en marcha de la reforma se inició en el país una crisis hospitalaria que devino en el cierre de varias instituciones y en varios ciclos de re-estructuración para los que lograron mantenerse. La crisis se debe al tránsito del subsidio a la oferta hacia el subsidio a la demanda, a la directriz de política pública de avanzar en la auto-sostenibilidad financiera de las instituciones públicas y; a la retención, aplazamiento o ausencia de pagos de las diferentes instancias a los prestadores públicos por el afán de rentabilidad. Todo esto deviene en la orientación de generalizar y endurecer los cobros a los usuarios y en disminución de la disponibilidad financiera para contratar recurso humano. Esa situación explica más genéricamente algunos de los problemas de acceso relatados por los usuarios en ésta investigación.

En Medellín la suerte de la red pública con la reforma ha ido por dos caminos diferentes: Metrosalud ha preservado la suya porque mantuvo la unidad de empresa* respaldada en una amplia movilización ciudadana, de organizaciones sociales, de usuarios y de sectores políticos (Archivo de prensa) y por los importantes recursos que recibe del municipio; cuenta también la distribución geográfica con 51 unidades

* Entre 1998 y el 2000 se dio en la ciudad un debate entre dos alternativas: mantener a Metrosalud como una sola ESE o escindirla en 10 ESES –ante la obligatoriedad legal de la transformación institucional establecida por la ley 100/93- Después de debates públicos, estudios técnicos, movilizaciones y presiones ciudadanas se optó por la primera alternativa que implicaba la unidad de empresa: una sola ESE con 51 unidades o puntos de atención.

de salud en toda la ciudad²³ Por el lado del seguro social, se han suprimido 3 centros de primer nivel, dos de segundo –ubicados en municipios de área metropolitana- y la clínica de tercer nivel fue intervenida y su administración cedida a otra aseguradora²⁴. Si bien en la ciudad la crisis ha tenido una expresión menos dramática que en el resto del país puede afirmarse que hay un debilitamiento creciente del sector público –tanto institucional como en la capacidad de incidir en decisiones sectoriales- un ejemplo es el número de instituciones privadas que aumentaron en un 276% pasando de 301 en 1995 a 831 en 2006 y de estas últimas, el 73% son con ánimo de lucro (Secretaría de Salud, 2008).

3.2.5. La articulación entre los cambios introducidos con la reforma y la perspectiva de los usuarios.

La puesta en marcha de las políticas descritas ha generado efectos²⁵ que son los que permiten comprender los ejes de movilización, las valoraciones frente al derecho a la salud, y las estrategias para lograr su realización expresados por las Organizaciones de Usuarios de Salud –OUS- y por los pobladores participantes en esta investigación: la afiliación universal a un seguro de salud aún no se ha completado, una franja de población no está asegurada o tiene un subsidio parcial y debe pagar altos costos por la atención o someterse a esperas y trámites para obtenerla y para quienes lo están, el seguro tiene planes diferenciales donde los que menos reciben son precisamente los más pobres y; tampoco es garantía de acceso a los servicios de salud porque han aumentado las barreras económicas y administrativas, especialmente en la atención de mediana y alta complejidad, por las prácticas contención de costos y el afán de ganancia aplicados por aseguradores y prestadores.

²³ Información tomada de la entrevista realizada, para esta investigación, a una funcionaria de Metrosalud, el 20 de febrero de 2007.

²⁴ Entrevista, para esta investigación, a un médico especialista del seguro social y director de una agrupación sindical en marzo 6 de 2007.

²⁵ Este balance se elaboró con base en otros resultados del trabajo de campo de ésta investigación y en la revisión de fuentes secundarias.

Muchos hospitales públicos no sobrevivieron a las nuevas reglas de juego, y se quebraron financieramente o –como en el caso de Medellín- entraron en crisis y se re-estructuraron a través de grandes despidos de trabajadores, disminución o cierre de servicios y contratación con cooperativas de trabajo asociado. El papel del Estado se ha concentrado en la implantación de la nueva institucionalidad y especialmente del régimen subsidiado. Todo esto ha representado en la práctica además de promesas incumplidas de la ley 100/93, una realización diferencial del derecho a la salud y el uso creciente de la tutela como mecanismo ágil para lograr algún componente del derecho a la salud, en especial el acceso a los servicios.

3.3. El espacio-población de investigación: Aspectos generales acerca de Medellín²⁶.

Aquí se describen aspectos generales de la ciudad destacando, en algunos casos, su incidencia en salud.

3.3.1. Ubicación, aspectos socio-demográficos y división político-administrativa.

Medellin es la segunda ciudad de Colombia, fue fundada en el siglo XVII, se asienta en el Valle de Aburrá y es la capital del Departamento de Antioquia. Éste concentra el 12% de la población colombiana, aporta el 15% del Producto Interno Bruto del país, es el primer generador de energía y el primer cultivador y exportador de café y banano y está ubicado en un punto intermedio entre el centro del país y las regiones costeras del Pacífico y del Caribe, en una posición estratégica para las exportaciones.

Según los censos del Departamento Nacional de Estadística –DANE- en 1993, la ciudad contaba con 1'630.009 habitantes –el 37.5 % de la población total del departamento- y en 2005 con 2'223.078. En los aspectos socio-demográficos se destaca: un crecimiento poblacional superior al del departamento y al del país en el

²⁶ La información acerca de Medellín –excepto cuando se citan otras referencias- fue tomada de la página del gobierno local: <http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos>.

último medio siglo por ser receptor de flujos migratorios de las regiones central, costera y del sur del país; una composición en más del 50% por menores de 30 años pero con pérdidas significativas en el grupo de 15- 24 años en 1993 y en el de 25-39 años en 2005, producto de los índices de violencia y de emigración; una diferencia más alta que la del resto del país en la proporción de hombres y mujeres –45.8% y 54.2% respectivamente frente al 49.5% y 50.5% nacional- (Corporación Región; Alcaldía de Medellín- Secretaría de Bienestar Social*, 2006: 40-41) y; varios de estos factores convergen en una diferencia de 10 años en la esperanza de vida entre hombres -62.52 años- y mujeres -72.52 años- (Alcaldía de Medellín, 2002).

En cuanto a la división político-administrativa, la unidad territorial más pequeña es el *barrio*: Medellín cuenta con 249, distribuidos en 16 *comunas* –unidad territorial intermedia- y éstas, a su vez están agrupadas en 6 zonas* que son el referente territorial más grande. El 94% de la población reside en zona urbana y el 4% en la zona rural conformada por 5 corregimientos.

3.3.2. Actividad económica y servicios públicos.

Durante décadas Medellín fue una ciudad industrial destacada en el país como productor de materias primas, bienes de consumo e intermedios –alimentos, bebidas, tabaco, cemento- y como centro textil; algunos sectores han sobrevivido a la globalización pero en los últimos años ha crecido la participación del financiero, de los de servicios, de comunicaciones y de comercio (CR; AM-SBS, 2006: 39). Cuenta con una alta cobertura y eficiencia en infraestructura y prestación de servicios públicos, por encima del 97% en recolección de basuras, acueducto, alcantarillado y energía eléctrica, pero la política nacional de recorte de subsidios ha generado 55.000 hogares desconectados del uso de energía y 100.000 del teléfono por

* Esta fuente, ampliamente utilizada, se cita con sus siglas abreviadas –CR; AM-SBS.

* Las 16 *comunas* de Medellín son: 1.Popular; 2.Santa Cruz; 3. Manrique; 4. Aranjuez; 5.Castilla; 6. Doce de octubre; 7. Robledo; 8.Villahermosa; 9. Buenos Aires; 10. La Candelaria; 11. Laureles-Estadio; 12. La América; 13. San Javier; 14. Poblado; 15. Guayabal; 16. Belén- Las 6 *zonas* son: nor-oriental, centro- oriental, sur-oriental, nor-occidental, centro-occidental y sur-occidental.

incapacidad de pago y hay grandes desigualdades por zonas en el acceso a otros servicios como Internet, dotación de computadores y televisión por cable (Ibíd.: 51).

3.3.3. Poder político y electoral.

En cuanto al poder político y electoral, el dominio lo han tenido los partidos tradicionales²⁷ en un escenario de simultaneidad de dos órdenes: el institucional estatal y el impuesto por las hegemonías cambiantes de los actores del conflicto político armado; pero desde finales de la década del noventa, empezó a gestarse un movimiento político que logró llegar a la jefatura de gobierno local –Alcaldía- en 2004; con una buena evaluación de la gestión frente a gobiernos anteriores y altos índices de popularidad, nuevamente gana las últimas elecciones en 2007 para permanecer en el poder hasta el 2011. Pese a que esa apertura no es una fuerza opositora, sí representa una ampliación del espectro político y un giro en algunos sectores de la población hacia propuestas más autónomas y menos ligadas a los partidos tradicionales. En ese entorno, persisten grandes desigualdades sociales y económicas que alimentan el sustrato del clientelismo, de la cooptación y de la falta de autonomía en algunos liderazgos sociales, incluyendo los de salud.

3.3.4. Conflicto político armado y participación social.

Desde la década del setenta, la ciudad ha estado marcada por la pervivencia del conflicto político armado vinculado al narcotráfico y a la disputa por el control territorial entre la guerrilla y, más recientemente, los paramilitares y las bandas delincuenciales; ésta situación además de la incidencia en las formas organizativas civiles, dejó entre 1990 y 2003 un saldo de 72.000 muertes violentas, la mayoría en jóvenes (Bernal, 2005: 29) hoy hay un debate acerca de las causas de reducción de

²⁷ Colombia ha tenido en su historia republicana dos partidos tradicionales: el liberal y el conservador. En la década del ochenta y como producto de procesos de negociación política se conformó un partido de oposición –la Unión Patriótica- exterminado prácticamente en su totalidad. En los años noventa como resultado de otro proceso de desmovilización, algunos miembros de grupos guerrilleros se vincularon a la vida política institucional. En los últimos años se ha conformado el Polo Democrático Alternativo, un partido de izquierda opositor al actual gobierno que ha logrado posiciones electorales importantes. Sin embargo, en Medellín el espectro político es más limitado y pese a la apertura en los últimos 5 años, se mantiene una fuerte tradición de hegemonía de los partidos tradicionales.

ese indicador en la ciudad, pero conflicto y narcotráfico como combustible de la violencia perviven, aunque sus expresiones, dominio de actores e imbricaciones hayan cambiado. Sin embargo otros factores estructurales están en el trasfondo de esa situación: según María Teresa Uribe (2001, *apud* Bernal, 2005: 35-36) la exclusión es un eje fundacional del proyecto socio-político antioqueño desde el siglo XIX²⁸ y en la relación Estado-población y en la construcción de ciudadanía han predominado –como lo señala Bernal- (Ibíd., 37) el autoritarismo, el paternalismo, el asistencialismo o la caridad y una casi inexistente voluntad para re-distribuir la riqueza y ceder poder social y político.

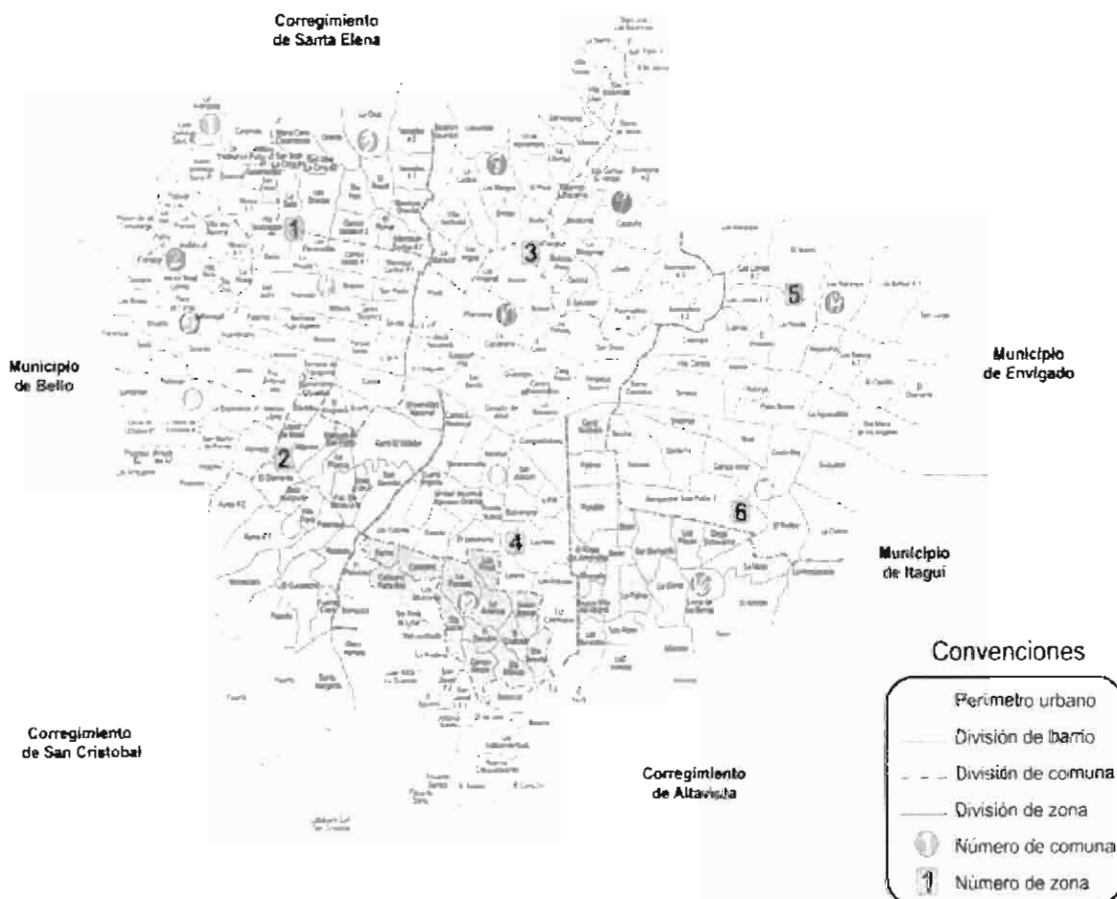
Pero, también algunos elementos de los enunciados convergen para generar un amplio tejido organizativo y una gran capacidad de movilización: en el periodo 1990-2003 se conformaron, fortalecieron y/o lograron mantenerse movimientos sociales representativos –sindical, de mujeres, de jóvenes, por la vida- y miles de personas se expresaron y organizaron en grupos comunitarios, asociaciones, ONG, por el derecho a la vida y a la convivencia pacífica y por los derechos sociales (Ibíd., 31) Aunque en los trabajos consultados no hay acuerdo sobre el alcance e impacto de esas expresiones, interesa destacar que se mantuvieron pese al deterioro –o en el mejor de los casos, al estancamiento- en la calidad de vida, a la escasa y apenas reciente apertura de los gobiernos locales, a la ausencia de representatividad política de los sectores populares o excluidos, a las amenazas de actores armados y, en muchos casos, a la negativa de diálogo por parte de las autoridades.

Pese a las fisuras y limitaciones de esas organizaciones y movimientos –no exentos de divisiones internas por el poder y de las mismas prácticas que le critican al Estado y a los partidos- algunos investigadores señalan acertadamente que han representado otras formas y nuevos espacios de construcción de ciudadanía y valoran su accionar como determinante para ayudar a sostener la sociedad en medio

²⁸ La autora afirma que “el pacto fundacional antioqueño logrado con la independencia y la institucionalización de la república, fue un pacto entre criollos y blancos del cual estuvieron ausentes los indios, los negros y todos aquellos que por diversas razones no hicieron parte del corpus social, de la trama mercantil” (2001: 103-104) y de los valores predominantes en la identidad del pueblo antioqueño.

de la crisis descrita (Bernal, 2005; Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003). Sobre ese escenario de contradicciones y claro-oscuros se han ido tejiendo los entramados urbanos, entre ellos, los derechos sociales y las luchas de los pobladores.

Mapa 1 División político-administrativa de Medellín por zonas y comunas



FUENTE: <http://www.region.org.co/MEDELLIN.htm>

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta investigación tiene tres partes: la primera explica el concepto central de esta investigación denominado "el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios" construido con base en las líneas analíticas de otros trabajos sobre las luchas sociales por los derechos en el tercer mundo, cuyo núcleo teórico común son los conceptos de acción colectiva y resistencia y sustenta porque ese concepto se articula con el campo de la salud colectiva de tres formas: temática, epistemológica y desde las prácticas de los actores.

La segunda parte presenta los conceptos teóricos con los cuales se analizaron los resultados empíricos de cada uno de los objetivos de investigación: para abordar la acción colectiva en salud, se requiere el marco legal de la participación en salud en Colombia y la caracterización de las OUS como "públicos subalternos", siguiendo a Nancy Fraser (1991, 1997); para analizar el contenido del derecho a la salud para los usuarios, se toman elementos del marco jurídico nacional e internacional, de la fundamentación de los derechos sociales y de trabajos empíricos que han explorado la construcción social de los derechos en el tercer mundo y; el análisis de las estrategias de los usuarios remite a autores de la salud colectiva para ver la configuración de inequidades en el derecho a la atención, al concepto de justiciabilidad del derecho a la salud y al concepto de resistencia de Scott (2000)

En la tercera parte se hace una síntesis de las seis líneas conceptuales y empíricas identificadas en la revisión bibliográfica sobre el derecho a la salud, realizada para ésta investigación.

1. ¿Qué es el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios?

Aquí se hace una sustentación de ese concepto explicando tres aspectos: el primero, los aportes de las líneas analíticas de otros trabajos empíricos sobre derechos desde la experiencia de la población; el segundo, el cómo esas líneas se incorporan en ésta investigación argumentando porque un derecho también se construye "desde abajo"

pero también se complementan con conceptos de las ciencias sociales incorporados al análisis de resultados y; el tercero, porque esa perspectiva es un objeto de conocimiento de la salud colectiva.

El concepto teórico central de ésta investigación es “el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios” y se re-construye tomando siete líneas de análisis desarrolladas en varios trabajos, realizados en el tercer mundo y en Medellín, que han estudiado el aporte de grupos o movimientos sociales a la construcción de los derechos. Esas líneas son: un enfoque “desde abajo” que haga visible el papel de esos actores; la construcción social de un derecho requiere abordarlo como lucha; los ámbitos de construcción de ciudadanía pasan pero trascienden el espacio del Estado; la emergencia de nuevos actores y demandas sociales puede representar una ampliación de la esfera pública; las luchas hacen visibles reivindicaciones que amplían el espectro de reclamos morales que podrían considerarse derechos; en algunos casos las nociones de ciudadanía combinan lo violento y lo cívico y; los grupos sociales recurren tanto al orden legal como a su propio “sistema moral interno” para obtener o luchar por un derecho. A continuación se presenta una reseña de estos trabajos:

En la literatura, el centro de análisis de los derechos ha girado en torno al Estado, con vertientes hacia la filosofía, el ordenamiento jurídico o las políticas públicas, pero en la última década aparecen varios trabajos que aunque no son del ámbito de la salud ni configuran un cuerpo de conocimiento –es decir, teoría, método y desarrollos instrumentales propios- sí comparten una perspectiva epistemológica y metodológica sobre los derechos y la ciudadanía a partir de investigaciones históricas y empíricas (Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003; Rajagopal, 2005; Kabeer, 2007; Nyamu-Musembi 2007) las cuales tienen en común la crítica o el cuestionamiento a la teoría liberal de los derechos²⁹, a los modelos cívicos tradicionales³⁰ y a categorías explicativas como

²⁹ Para la teoría liberal, los derechos individuales –en particular los civiles y políticos- son los verdaderos derechos porque la libertad es el máximo valor en tanto las personas son anteriores a cualquier organización social y deben ser protegidas de imposiciones o renunciaciones a nombre de los demás. Así el límite de las políticas orientadas al bienestar general –aunque sean pretensiones mayoritarias- son los derechos individuales. Por otra parte, el liberalismo hace una separación tajante entre lo público y lo privado, entre lo político y lo personal, considera que el Estado no debe intervenir

las de sociedad civil o movimientos sociales* para dar cuenta de la construcción de los derechos humanos o de las luchas por la inclusión o ampliación del espectro de la ciudadanía, en el tercer mundo, en sociedades no-occidentales o atravesadas por la violencia, o por grupos marginados, subalternos, con poco poder, o carentes de voz o de presencia en la escena pública.

La investigación de Rajagopal (2005) demuestra el papel histórico de los movimientos sociales –desde la resistencia y en el tercer mundo- en la configuración del derecho internacional y propone “una historia y una teoría desde abajo” que trascienda los análisis estado-céntricos o individualistas liberales, posibilitando visiones de gobernabilidad que transformen el derecho internacional. Todos los autores reseñados parten de una tesis central: entender los derechos humanos como lucha y construcción social y eso implica, por una parte, hacer visible y explícito el papel de los movimientos sociales y por otra parte, estudiarlos teóricamente como resistencia porque las investigaciones empíricas demuestran que esas luchas nacen de la carencia y la opresión. *“Sin la experiencia de la enfermedad no puede existir la noción de salud. Y sin el hecho de la opresión no puede existir la práctica de la resistencia y una noción de derechos”* (Mandani, 1989: 1-2, *apud* Nyamu-Musembi, 2007: 42).

en la moral privada de los individuos y la relación con los ciudadanos es en términos abstractos e individualistas (Gargarella, 1999: 173- 177) En general, los DESC no cumplen estos principios porque implican objetivos sociales de bienestar colectivo y excesiva intervención del Estado con fondos públicos. Una ampliación de la teoría liberal de los derechos y de sus vertientes puede verse en Gargarella, 1999 y en Cortés, 2001.

³⁰ Escalante (1992: 32-34 *apud* Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003: 163) plantea que el modelo cívico recoge tres tradiciones: *la republicana* basada en la noción de un bien público superior a los intereses individuales y en la virtud de los ciudadanos; *la liberal*, centrada en las garantías individuales, la tolerancia y el respeto a las leyes y; *la democrática* que enfatiza la participación, la justicia y el auto-gobierno.

* Algunos de los autores que han trabajado la perspectiva de las ciudadanía aquí mencionada, señalan que los conceptos tradicionales de sociedad civil y movimientos sociales apelan a Estados fuertes –en cuanto a institucionalidad y democracia- y a ciudadanos deliberantes, informados, que actúan dentro de la legalidad y cuya acción política –en el caso de los movimientos sociales- se orienta a transformar el Estado o las relaciones de poder. Esa visión euro céntrica dista de las realidades socio-políticas, organizativas y de movilización social de otras sociedades como las latinoamericanas o las del tercer mundo y por tanto no puede explicarlas.

El trabajo de Naranjo, Hurtado y Peralta (2003) desarrollado en Medellín, en la última década del siglo XX explora los nuevos espacios donde podrían configurarse las ciudadanías posibles a través de las acciones de jóvenes marginados, actores armados³¹ y población desplazada por la violencia, en tanto redefinen la esfera pública hacia la heterogeneidad y la pluralidad en un contexto de confrontación y tensión, (Ibid.161) con demandas de reconocimiento de viejos y nuevos derechos y de participación no resueltas definitivamente (Uribe, 2003: 17) Esos nuevos ámbitos de ciudadanía pasan pero trascienden el espacio del Estado³² y son descritas como "inacabadas, siempre en construcción".

Otras investigaciones empíricas documentan como algunas organizaciones que trabajan por los DESC han contribuido desde las luchas sociales a hacer visibles reivindicaciones por un medio ambiente limpio, por la supresión de riesgos para la salud derivados de actividades industriales y por la protección de los conocimientos indígenas ancestrales, logrando ampliar el espectro de "reclamos morales" que pueden considerarse derechos o inscribirse dentro de una interpretación amplia de otros derechos tradicionales –por ejemplo a un nivel de vida adecuado- (Nyamu-Musembi, 2007: 51).

El trabajo de Naranjo, Hurtado y Peralta (2003: 156) muestra que las nuevas ciudadanías están ligadas a la lucha por los derechos pero en estas, en Colombia y en Medellín, el orden cívico co-existe con otros órdenes sociales, ilegales o violentos (Uribe, 1998 *apud* Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003: 156).

³¹ Los autores plantean que el conflicto armado en Medellín ha sido una vía para construir nociones de ciudadanía y para tramitar prácticas e imaginarios de "reciprocidad, armonía, comunidad y moralidad" sean ó no éstas válidas o discutibles. Advierten que no se trata de exaltar esas prácticas e imaginarios porque reconocen el daño ocasionado por los actores armados a la institucionalidad, a la capacidad organizativa y a las redes sociales democráticas o alternativas, sino de analizarlas desde las "otras dinámicas que promueven o en las maneras como tejen relaciones de cooperación con expresiones ciudadanas" en tanto en la historia colombiana no es posible una separación radical entre lo violento y lo cívico, ambos presentes en el mestizaje político y cultural de nuestras ciudadanías (Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003: 154-156)

³² Una concepción tradicional de ciudadanía privilegia una visión "homogénea, dialógica, generadora de consensos, proveedora de gobernabilidades" Véase, Uribe, María Teresa (2003: 17).

Las investigaciones empíricas sobre derechos compiladas por Kabeer (2007) describen en las comunidades en la práctica la pluralidad de sistemas legales y morales imbricados con la cultura que devienen en una negociación constante entre el orden interno y el formal y abren el campo de los derechos humanos hacia enfoques y estrategias innovadoras (Nyamu-Musembi, 2007: 46-48).

Las líneas o pistas analíticas de las investigaciones reseñadas, se retoman para proponer el concepto de “el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios”

1.1. La delimitación del concepto.

Los elementos teóricos aportados por estas investigaciones empíricas sobre derechos, contribuyeron a construir el concepto “el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios” porque permitieron entender que: ese derecho podía abordarse “desde abajo” es decir desde las OUS y los usuarios no organizados; que los cambios introducidos con la reforma en su concepción y en su contenido centrados en la competencia, en el aseguramiento con planes de beneficios diferenciales y en los pagos a cargo de los usuarios eran el contexto específico que daba forma a la organización y movilización social por el derecho a la salud y además explicaba el interés de nuevos actores en el tema; que esa construcción ocurría también en espacios sociales no institucionales y finalmente; que en Medellín la lucha por la realización de los derechos tiene la impronta histórica de la combinación entre lo cívico y lo armado. Además categorías de las ciencias sociales incorporados en el análisis de resultados le dieron forma al concepto.

Según los autores reseñados, la construcción social de un derecho implica situar la mirada “desde abajo”, abordar el derecho como lucha y reconocer el papel de movimientos y actores sociales; aquí esto se concreta en el estudio de las acciones realizadas por las organizaciones de usuarios de salud –OUS- las cuales en el entramado de relaciones de poder del SGSSS son actores subalternos o subordinados; también contribuyen a esa construcción social, los usuarios no organizados con las presiones individuales para modificar el derecho, por ejemplo, a través del aprendizaje y utilización de mecanismos de justiciabilidad como la tutela o

de la solicitud de re-encuesta de focalización* Este acotamiento se hace en función del objetivo general de investigación, cual es el de comprender cómo han contribuido los usuarios a la construcción del derecho a la salud en el contexto de la reforma

Es un contexto específico –la reforma- el que hace que el derecho a la salud, ahora disminuido en su contenido, aparezca en la escena pública como “lucha” porque esos cambios empiezan a generar organización y movilización social y a convocar a otros actores antes no interesados en el tema de salud; por eso surgen una pluralidad de OUS: las que se conforman respondiendo al decreto que norma la participación en salud en la ley 100 de 1993, las que emergen en zonas populares o en comunas de la ciudad como iniciativa de los pobladores o acompañadas por organizaciones no gubernamentales que empiezan a interesarse en los cambios generados con la reforma, las que se constituyen transitoriamente como veedurías al aseguramiento público o a la prestación de servicios y las que buscan unirse o convocar a otros actores para el fortalecimiento organizativo.

Algunos de los trabajos reseñados encuentran que la construcción de los derechos pasa por el Estado pero también ocurre en espacios extra-institucionales, es decir diferentes al Estado y a los canales regulares de resolución de conflictos. Esa premisa general orientó la indagación acerca de otras acciones de las OUS en espacios sociales como las reuniones comunitarias o las interacciones y mediaciones personales entre usuarios, líderes de salud y otros actores en los barrios y comunas.

La investigación de Naranjo, Hurtado y Peralta (2003: 156) refiere como resultado que en las nociones de ciudadanía en Colombia y en Medellín no hay una separación radical entre lo violento y lo cívico porque en “la historia nacional y local el mestizaje político y cultural se configura entre la guerra y la paz” y además porque una parte de nuestra violencia contemporánea, de alguna manera se ha institucionalizado. Este hallazgo fue clave para comprender porque en las OUS y en el trámite o resolución

* Como se explica en varias partes de éste trabajo, la encuesta de focalización es el mecanismo para asignar el seguro subsidiado de salud mediante una encuesta denominada SISBEN, el monto subsidiado depende de la clasificación por niveles de pobreza según puntaje obtenido en la encuesta -a mayor nivel, menor subsidio- por eso los usuarios ejercen una presión sistemática solicitando re-encuesta para obtener una menor clasificación

de algunas demandas individuales de los usuarios, intervenían de diversas formas actores armados ilegales o desmovilizados que ya hacían parte de la vida cotidiana en muchas comunas de Medellín.

Estos dos conceptos tomados de las ciencias sociales se incorporan al análisis de resultados –se abordan más adelante- porque varias investigaciones los plantean como requerimiento teórico cuando se analiza un derecho desde la perspectiva de grupos subalternos.

Las líneas de análisis descritas le dieron un soporte teórico y empírico al concepto de construcción social del derecho desde la perspectiva de los usuarios.

1.2. La perspectiva de los usuarios sobre el derecho a la salud y la salud colectiva.

El derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios en el contexto de la reforma, como objeto de investigación, tiene tres tipos de articulación con la salud colectiva: una temática, otra epistemológica y otra desde las prácticas. En cuanto a la primera, plantear una mirada “desde abajo” aporta una comprensión nueva de la realidad socio-sanitaria de la población generada con la reforma, pues el lugar central, en la amplia producción de autores representativos de la salud colectiva, lo ha ocupado el análisis de los cambios estructurales, las transformaciones institucionales y el papel de otros actores como el Banco Mundial (Laurell y López, 1996; Laurell, 1997; Tetelboin, 1998; Navarro, 2001; Almeida, 2005).

En cuanto a la articulación epistemológica, estudiar un derecho desde sus titulares en un contexto estructural complejo como el de la reforma requiere re-construir el objeto de estudio y su interpretación con elementos de varias disciplinas o campos de conocimiento: la teoría jurídica, la política pública, la economía de la salud, la ciencia política, la sociología y las técnicas cualitativas de investigación, para articular un conocimiento nuevo en salud con base en la experiencia de quienes son precisamente la razón de ser de la salud colectiva: los grupos sociales y sus condiciones de vida y salud. Es éste proceso el que como lo señala Duarte Nunes

(2007: 28-29) ha caracterizado la construcción de conocimiento en salud colectiva: son las necesidades para “describir, explicar y/o interpretar la realidad en salud que se desea estudiar o transformar las que van dando forma a tal configuración mediante categorías, conceptos o claves analíticas procedentes del “núcleo duro” de las ciencias”, es entonces filtrar un problema por la teoría.

Una tercera articulación tiene que ver con las prácticas: situar la mirada del derecho a la salud en el saber y en la capacidad de acción y movilización social de usuarios y organizaciones admite una intencionalidad político-ideológica, asunto que no es nuevo en la salud colectiva; de hecho Donnangelo (1983: 21 *apud* Duarte, 2007: 28) señala las diferentes tentativas y limitaciones para delimitar ese campo reconociéndole una permeabilidad más inmediata a las influencias político-ideológicas y “un compromiso, aunque genérico e impreciso con una noción de lo colectivo que implica la posibilidad de compromisos con manifestaciones histórico-concretas de ese colectivo”; también Duarte Nunes (2007: 24-25) destaca el papel de los movimientos sociales populares en la visibilidad social de los problemas de salud como un rasgo que ha acompañado el desarrollo de la salud colectiva.

2. Los conceptos teóricos para el análisis de la información empírica.

Los tres grandes asuntos que configuran el derecho a la salud, en el contexto de la reforma, para los usuarios, son *la acción colectiva* de las OUS; el cambio percibido en cuanto *al contenido* de ese derecho y; el despliegue de *diversas estrategias* – entre ellas la *tutela*- para enfrentar los obstáculos de acceso a los servicios o para lograr algún aspecto de la realización de ese derecho y emergieron del procesamiento de la información obtenida en las entrevistas a OUS y en los grupos focales con usuarios de las tres formas de adscripción al SGSSS –asegurados de los regímenes subsidiado y contributivo y vinculados-. Cada uno de estos asuntos se convirtió en un objetivo de investigación que demanda desde el dato empírico, un encuadre teórico específico, incorporando conceptos sobre la participación, la acción colectiva, el derecho a la salud, el acceso y la tutela delimitados por las necesidades de la información empírica; además cada objetivo requiere otros elementos de

diversas disciplinas para la interpretación de resultados: por ejemplo, aquí se toman, de las ciencias sociales, los conceptos de acción colectiva y resistencia. Ese es el recorrido teórico que se describe aquí.

2.1. La Acción Colectiva en Salud –ACS–.

Uno de los objetivos de investigación es el de comprender la incidencia de la ACS realizada por las OUS en la construcción del derecho a la salud y se llevó a cabo a través de las diez entrevistas realizadas a las OUS conformadas en Medellín. En el análisis de esa información fue emergiendo la necesidad de comprender el espectro de las acciones realizadas por aquellas en dos vías: una, inscrita en el marco normativo para la participación en salud establecido con la reforma –Decreto 1757 de 1994– centrada en el ámbito institucional y otra, en iniciativas más amplias y autónomas de carácter político. Ambas se entrecruzan y requieren un acercamiento desde la acción colectiva porque ambas habían contribuido a configurar el derecho a la salud.

2.1.1. El ámbito normativo para la acción institucional de las OUS.

El Decreto 1757 de 1994, hace parte del desarrollo normativo de la ley 100/93 y reglamenta la participación en salud. Entre otras formas organizativas, dispone la conformación de asociaciones o alianzas de usuarios a través de asambleas comunitarias con funciones de representación en las juntas directivas y comités de las EPS y de las Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS– y en el organismo regulador del sistema –el Consejo de Seguridad Social– y también de veeduría para la prestación de servicios (Véase el Cuadro 1) Algunas OUS –conformadas en las ESES y EPS públicas de la ciudad– cumplen estas funciones en el ámbito institucional con un limitado alcance decisorio porque la representación de los usuarios en la composición de esas instancias es minoritaria o tiene un carácter asesor, definido por la estructura del SGSSS, en la cual las decisiones se toman en el nivel nacional mientras las entidades territoriales –como el municipio de Medellín– solo son ejecutoras.

Aún con esas restricciones, las OUS han construido redes o relaciones de asesoría y trámite para canalizar las demandas de los usuarios en el espacio institucional, sin trascender al político: por ejemplo, cuando una organización hace recorridos por las instituciones de salud para recoger opiniones o conocer las necesidades de los usuarios y actúa como mediadora, ante las directivas para resolverlas.

2.1.2. Las acciones políticas de las OUS.

Pero otras acciones realizadas por las OUS, trascienden los límites institucionales normativos, se vuelven más públicas y consensuadas y reclaman asuntos estructurales que modifican el contenido del derecho a la salud –por ejemplo, replantear la focalización, reclamar servicios de salud pública o rechazar el cierre de instituciones públicas de salud- nacen o convergen con iniciativas o relaciones que se establecen con nuevos actores –organizaciones no gubernamentales –ONG- o movimientos sociales- interesados en el tema de salud, a propósito de los cambios ocurridos con la reforma. Esta otra dimensión de las actividades de las OUS requiere una aproximación desde la acción colectiva –AC-³³.

³³ La acción colectiva –AC- es un campo de estudio de la teoría social –especialmente de la sociología y de la ciencia política- En términos generales los investigadores del tema buscan responder, desde las diversas perspectivas teórico-metodológicas, por qué, cómo, para qué y con qué resultados, la gente se organiza y moviliza para resolver sus necesidades y demandas o tramitar sus intereses ante el Estado, o ante otro actor colectivo, considerado como “adversario” o contradictor. Las diversas teorías de la AC, en principio, están influenciadas o inspiradas por dos tradiciones: el marxismo y el funcionalismo (Melucci, 1998: 97), aunque de los desarrollos teórico-metodológicos deriven escuelas con concreciones sociales y políticas diversas aun dentro de una misma línea o corriente de pensamiento (Tarrés, 2004-2005).

Cuadro 1 Mecanismos y formas específicas de participación en salud (Decreto 1757/94)

MECANISMO O FORMA	CONFORMACIÓN	PRINCIPALES FUNCIONES
<p>1. SERVICIO DE INFORMACIÓN Y/O ATENCIÓN A LA COMUNIDAD Y/O A LOS USUARIOS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A la comunidad: Deben ser establecidos por las Direcciones Locales y Seccionales de salud ▪ A los usuarios: Deben ser establecidos por las EPS e IPS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canalizan y vigilan resolución de inquietudes y quejas de usuarios ▪ Velar y exigir que EPS-IPS mantengan canales de comunicación
<p>1. COMITÉS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA COPACOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Son espacios de concertación entre estado y actores sociales. ▪ Son elegidos para períodos de tres años. ▪ Pueden opcionalmente tener personería jurídica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcalde o delegado quien preside. ▪ Jefe de la DLS. ▪ Director IPS más representativa. ▪ Un representante de organizaciones sociales y comunitarias en o con ingerencia en salud. Además: iglesia, sector educativo, gremios de producción y servicios; asociaciones de usuarios y Juntas Administradoras Locales. 	<p>En el ámbito territorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenir en la gestión del gasto desde la planeación, utilización hasta el control de fuentes de financiación y recursos. ▪ Presentar proyectos de salud a la entidad territorial o propuestas de investigación y capacitación según necesidades del plan local. ▪ Gestionar inclusión de prioridades en el plan de desarrollo territorial. ▪ Velar por ejecución de programas, promoción y prevención. <p>En gestión y prestación de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar en el proceso desde la planeación, hasta el control y seguimiento de los programas. ▪ Presentar prioridades o planes en salud a las juntas directivas de las entidades. ▪ Concertar la organización de la prestación de servicios y participación en programas, especialmente preventivos. <p>Acción política-representación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercer representación en Juntas Directivas de las ESES, y en Comités Territoriales de Planeación y en el de Seguridad Social. ▪ Informar a la población representada sobre su trabajo y decisiones de las instancias mencionadas y canalizar sus iniciativas. ▪ Solicitar consultas populares para asuntos de interés en salud pública y concejales.
<p>ASOCIACIONES O ALIANZAS DE USUARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agrupaciones de afiliados del Régimen Contributivo o del Subsidiado constituidos en asamblea. 	<p>Ejercicio de Representaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En juntas directivas de la EPS e IPS; en el COPACO; ▪ En el CTSS y en el Comité de Ética Hospitalaria. <p>Veeduría.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conformar veedurías sobre prestación de servicios. ▪ Vigilar cumplimiento disposiciones y proponer mecanismos en relación con información al usuario, calidad, quejas, tarifas y atención en los servicios. <p>Prestación de Servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proponer a las juntas directivas horarios de atención y mejoramiento de los servicios.
<p>COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA: Se conformarán en las IPS</p>	<p>Director de IPS, dos representantes de los trabajadores médicos y de enfermería; dos de la alianza o asociación de usuarios; y dos de las organizaciones comunitarias con asiento en los COPACOS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veeduría e información y canalización de inquietudes a usuarios sobre deberes y derechos ▪ Calidad y oportunidad de los servicios ▪ Presentar propuestas en esas áreas ▪ Promover programas de prevención-promoción.

Pese a las diferentes teorías y escuelas, hay elementos comunes en el concepto de acción colectiva (Tarrés, 2004), útiles para caracterizar esas actividades y actores de las OUS: en primer lugar: todas coinciden en que se inicia cuando se “generaliza” una experiencia y un diagnóstico compartido de “malestar” social porque una necesidad colectiva no es satisfecha en los ámbitos público o privado: esto explica porque organizaciones que no tienen contacto entre sí, comparten los mismos ejes de movilización en torno al derecho a la salud. Otros autores relacionan ése malestar con la vivencia de lo injusto: para Barrington Moore (1996) por ejemplo, la gente acepta el contrato social hasta que se produce una injusticia y allí se inscribe la persistencia de las luchas contra la exclusión generada por la focalización o las denuncias por la discriminación del plan de beneficios del régimen subsidiado.

En segundo lugar, la AC se construye en las relaciones sociales, en tercer lugar, implica la realización de acciones para resolver las necesidades e intereses que la articulan, por ésta última razón supone algún grado de identidad en torno a objetivos comunes, finalmente en la AC hay conflicto y un adversario. Esas características se expresan en el hecho de que los ejes de organización y movilización de las OUS persistan en el tiempo, hagan visibles con marchas de protesta y denuncias los asuntos críticos o no resueltos del derecho a la salud –las barreras de acceso, la exclusión del aseguramiento, la crisis de las instituciones públicas- y todo eso implique relaciones de conflicto con el Estado.

La acción colectiva da cuenta de lo que es visible para todos y responde a necesidades no resueltas vividas como malestar, pero también hay un ámbito privado o social donde emergen demandas que pueden o no convertirse en derecho, o cuestionarlo o transformarlo –por ejemplo, las quejas que los pobladores presentan ante las OUS- El concepto de “públicos subalternos” y el vínculo entre necesidades y derechos, ambos propuestos por Nancy Fraser (1991: 3-40.) son útiles para analizar esas dimensiones en las acciones realizadas por las OUS.

Aquí las OUS son caracterizadas, siguiendo a Nancy Fraser (1997:115) como "públicos subalternos"³⁴ porque tienen grandes asimetrías de poder frente a otros grupos o actores sociales o porque "allí circulan discursos que les permiten formular interpretaciones opuestas de sus intereses y necesidades" (Fraser, 1997: 115,123) Los públicos subalternos realizan acciones que buscan convertir las necesidades en derechos tramitándolas a través de la resolución política bien sea por institucionalización –en los canales formales del estado y de las instituciones- o convirtiéndolas en un "asunto de interés público" debatido ampliamente a lo largo de un territorio por "diversos públicos" (Fraser, 1991: 3-40). Aquí caben buena parte de las acciones de las OUS por ejemplo, en defensa de las instituciones públicas o contra la exclusión de la focalización que han logrado convertirse en "malestar social" convocando a otros públicos y que en la práctica representan una ampliación del derecho a la salud.

En síntesis, los espacios institucional y político –éste último con sus dos connotaciones, formal-institucionalizado y de interés público- y la propia legislación para la participación, son lugares donde emergen, se tramitan, se resuelven o se despliegan necesidades y actividades de las OUS y de los pobladores y son también categorías para nombrar y ordenar su alcance y contenido en la descripción de resultados que se presenta en el Capítulo IV.

2.2. Los contenidos del derecho a la salud para los usuarios.

Otro objetivo de investigación es el de identificar el contenido que los usuarios, diferenciados por tipo de adscripción al SGSSS, le otorgan al derecho a la salud. En la información recolectada en los grupos focales emergieron cuatro aspectos: la comparación de cómo era el derecho antes de la ley 100 de 1993; los componentes centrales introducidos con la reforma; algunos contenidos propios de la concepción de la salud como derecho humano y, otros contenidos simbólicos no traducibles en normas positivas como la dignidad o el sentido de la justicia. Esos cuatro aspectos

³⁴ Fraser propone esa caracterización para miembros de grupos sociales excluidos, discriminados o subordinados.

requieren contexto e interpretación con elementos jurídico- normativos del ordenamiento internacional y nacional, de análisis estructural de la reforma, de la fundamentación filosófica de los derechos sociales y referencias históricas sobre el derecho a la salud en Colombia.

2.2.1. El contenido del derecho a la salud antes de la ley 100 de 1993.

En el contexto de un incipiente Estado de bienestar, no hay en Colombia una definición jurídica del derecho a la salud hasta la Constitución de 1991, pero sí hay un desarrollo legislativo en salud³⁵. El papel estatal respecto a la salud se concretó en la llamada “*asistencia pública*” –entendida como la protección para procurar el bienestar a quienes no podían tenerla por incapacidad física, falta de recursos o imposibilidad de exigirla de terceros- como una función del Estado consagrada en la reforma constitucional de 1936 y refrendada para salud en la de 1963. En síntesis, como lo señala De Currea- Lugo (2003: 80): “la salud aparece con ciertos matices como un deber del Estado, pero en rigor no como un derecho humano y menos aún fundamental”.

En ése periodo, sin embargo hay dos hechos de importancia para el derecho a la salud: uno, la creación del *Sistema Nacional de Salud* –que operó entre 1976 y 1993- el cual intentó fallidamente articular tres sub-sectores –seguridad social, privado y público- por medio de varios subsistemas, pero terminó de hecho reducido al sub-sector público bajo la coordinación del Ministerio de Salud, consolidando desde entonces la segmentación: tres sub-sectores autónomos, con servicios diferenciales en calidad y oportunidad para tres grupos diferentes de población más un segmento que no tenía acceso a los servicios de salud.

El otro hecho es la suscripción, por parte del Estado colombiano, de los pactos e instrumentos jurídicos internacionales para el reconocimiento y la protección de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales –DESC- y de la salud como derecho

³⁵ Según De Currea- Lugo, el énfasis jurídico-normativo apuntó a establecer la estructura de un Sistema Nacional de Salud, a generar un Código Sanitario Nacional y a la regulación de los servicios de salud de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social.

humano fundamental. Tales compromisos –vigentes desde entonces- no se han concretado en disposiciones legislativas o en políticas públicas, pero ha servido para fundamentar la jurisprudencia de la Corte Constitucional³⁶, le otorgan un contenido normativo al derecho, han sido útiles para presionar a los Estados- parte en las instancias internacionales y son una plataforma de lucha para los defensores de derechos humanos³⁷.

2.2.2. El contenido del derecho a la salud en la ley 100 de 1993.

En la Constitución de 1991 la atención en salud es parte de la seguridad social integral, es un servicio público y se concreta en prestaciones –asistenciales individuales en el POS y colectivas de salud pública en el PAB- que el Estado debe proveer o delegar en instituciones públicas o privadas (Artículo 49, CN) solo es un derecho fundamental para los menores de un año (Artículo 44, CN) Esa dimensión predominantemente prestacional del derecho implica que su contenido se establece a través de políticas públicas y de las normas que desarrollan la ley 100 de 1993 (Arbeláez, 2002: 22-23) y se concreta en el aseguramiento, universal en teoría, con un plan de beneficios elaborado con base en el criterio de intervenciones costo-eficientes; la prestación de servicios curativos se rige por criterios de mercado, con varios agentes en competencia y las acciones colectivas de salud pública son responsabilidad del Estado³⁸.

Aún con ese contenido, las metas de universalidad y equidad definidas en la Ley 100 –entendidas como afiliación obligatoria al aseguramiento y provisión gradual de

³⁶ En un estudio y sistematización de normas realizado la Defensoría del Pueblo Colombiana (2003:59) se menciona como las Sentencias de Tutela C-251 de 1997 y C-1165 de 2000 se refieren, respectivamente, a las obligaciones internacionales contraídas por el Estado de garantizar el contenido mínimo esencial del derecho a la salud y al respeto al principio de ampliación progresiva de la seguridad social

³⁷ Un ejemplo son las diversas publicaciones citadas en esta investigación, entre otras: Defensoría del Pueblo (2003) de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (2000).

³⁸ Estas directrices están planteadas en los Informes del Banco Mundial de los años ochenta, especialmente en el de *Invertir en Salud*. Se mantienen y profundizan en el nuevo informe del Banco Mundial *Extensión de la protección social* (2000) cuyo marco conceptual es el manejo social del riesgo y la estrategia es la lucha contra la exclusión social en salud.

servicios con un POS igual para todos, independiente de la capacidad de pago- (Artículo 153) no se han cumplido y los cambios en el derecho a la salud han sido tan sustanciales y marcados por la lógica de la rentabilidad económica que incluso los usuarios lo definen principal y diferencialmente en torno al aseguramiento y a la capacidad de pago.

2.2.3. El contenido del derecho a la salud como derecho humano fundamental.

El derecho a la salud –en el marco de los DESC- se concibe como indisoluble e interdependiente de los derechos civiles y políticos³⁹, fundamentado en la igualdad en la dignidad humana y ligado al derecho a la vida y a la supervivencia –mínimo vital- en consecuencia, su contenido abarca los llamados *factores determinantes básicos de la salud* referidos a las condiciones de bienestar necesarias para un nivel de vida adecuado que se concreta en la provisión y el disfrute de alimentación, nutrición, vivienda, agua potable, condiciones de trabajo seguras, medio ambiente sano y alto nivel de salud física y mental, en sus dimensiones individual, colectiva, participativa y promocional⁴⁰.

En el ámbito específico de los sistemas y servicios de salud, los contenidos abarcan la política pública con una orientación general hacia la reducción de la pobreza y la eliminación de formas de discriminación (Hunt, 2003: párrafo 41) y una específica sobre los principios y características de los servicios de salud y del agua potable, referidos a: la disponibilidad, universalidad, equidad, no regresividad y acceso – universal, informado, de calidad, no discriminatorio, acorde a las necesidades y aceptabilidad de la población y no condicionado por la capacidad de pago-; a las

³⁹ *Los derechos civiles* son los asociados a la libertad: física, de palabra, de pensamiento, de culto; el derecho a la propiedad y a firmar contratos y el derecho a una justicia independiente por parte del Estado, con base en el principio de igualdad ante la ley; su constitución y reconocimiento ocurrió fundamentalmente durante el siglo XVIII. *Los derechos políticos* se desarrollaron en el siglo XIX y son el derecho al ejercicio del poder político, a elegir y ser elegido, al sufragio y a la participación política (Bustelo y Minujin, 1998: 72).

⁴⁰ De acuerdo a lo consagrado en los instrumentos jurídicos internacionales, en especial en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, suscrito por Colombia, formulado en 1966 y que entró en vigencia en 1976 y, en la Observación General N° 14 de 2000.

políticas de protección a grupos vulnerables y marginados⁴¹ y a la salubridad pública. Ambas orientaciones –general y específica- incorporan las dimensiones individual y colectiva, la promoción de la salud y la participación de la población⁴².

2.2.4. Los contenidos simbólicos del derecho a la salud.

En las narrativas de los usuarios emergieron como contenidos nociones de justicia y dignidad no traducibles en normas positivas y que requieren para su análisis de elementos de la fundamentación de los derechos sociales (Gosepath 2001) además de los aportados por los hallazgos de las investigaciones empíricas aquí citadas, los cuales han explorado la construcción social de otros derechos diferentes al de salud, desde las luchas de organizaciones del tercer mundo (Kabeer, 2007).

2.3. Las estrategias de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud.

El tercer objetivo de investigación es el de identificar las estrategias puestas en marcha por los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud generados con la reforma: en la información de los grupos focales con los tres tipos de población usuaria, emergió que un variado espectro de estrategias que se despliegan para enfrentar las barreras de acceso a los servicios, pero la más eficaz es la acción de tutela. Estos aspectos requieren una clasificación de las barreras de acceso, una definición teórica del concepto de justiciabilidad del derecho a la salud y; una caracterización de la doble naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia

⁴¹ Los instrumentos específicos referidos a grupos vulnerables son: la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres, la Convención sobre los Derechos de los Niños, la Convención Internacional contra todas las formas de discriminación racial, Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad, Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental; Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la protección de pueblos indígenas y tribales (PROVEA, 2000, p 37-45)

⁴² De acuerdo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; a la Declaración Americana de derechos y deberes del Hombre en su artículo XI y al Informe del Relator Especial para el Derecho a la Salud de Naciones Unidas.

para entender de dónde viene la tutela; además los resultados, demandan elementos de los análisis estructurales sobre la reforma para explicar la configuración de las inequidades en el acceso, a partir de los cambios en la equidad y en la universalidad como fundamentos del sistema de salud; también se toma, de las ciencias sociales, el concepto de resistencia, para comprender el sentido de algunas estrategias.

2.3.1. Los obstáculos para el acceso a los servicios.

El modelo de Aday y Andersen (1983: 51) es una propuesta para abordar el acceso a los servicios porque analiza todo el proceso desde la búsqueda hasta la resolución de la necesidad en salud; define un conjunto de indicadores para analizar las características de la oferta –sistema de salud- y de la demanda –población- en cada una de las dos fases del proceso de acceso, la de la búsqueda de servicios o acceso potencial y la de la utilización efectiva de servicios o acceso real y; considera que el sistema de salud y la política pública deben organizarse con base en las necesidades de la población buscando su resolución final y la satisfacción del usuario. Pese a las limitaciones del modelo⁴³ se toma para esta investigación como una propuesta empírica para clasificar y ordenar la información con base en la adaptación de indicadores que se hizo para el SGSSS colombiano* (Restrepo, Echeverri, Vásquez y Rodríguez, 2006: 32) (Véase Gráfico 1).

Para Aday y Andersen, tanto el acceso potencial como el acceso real están condicionados por las características de la oferta y de la demanda y la política de salud determina la búsqueda y utilización de servicios; en el SGSSS los elementos centrales de la política de salud son el aseguramiento, los planes de beneficios y las políticas de atención a la población no asegurada. La búsqueda de servicios o acceso potencial está condicionada, del lado de la oferta por la disponibilidad de recursos, la ubicación y facilidades para llegar a los centros de atención, y por la

⁴³ El modelo tiene limitaciones porque fue pensado para sistemas de salud planificados con un referente territorial y una perspectiva colectiva de las necesidades de la población y todos éstos criterios se rompen con la reforma donde el núcleo organizador del SGSSS es el aseguramiento en un entorno de competencia regulada.

* La adaptación se hizo para una investigación sobre acceso a los servicios realizada en Antioquia entre 2001 y 2002.

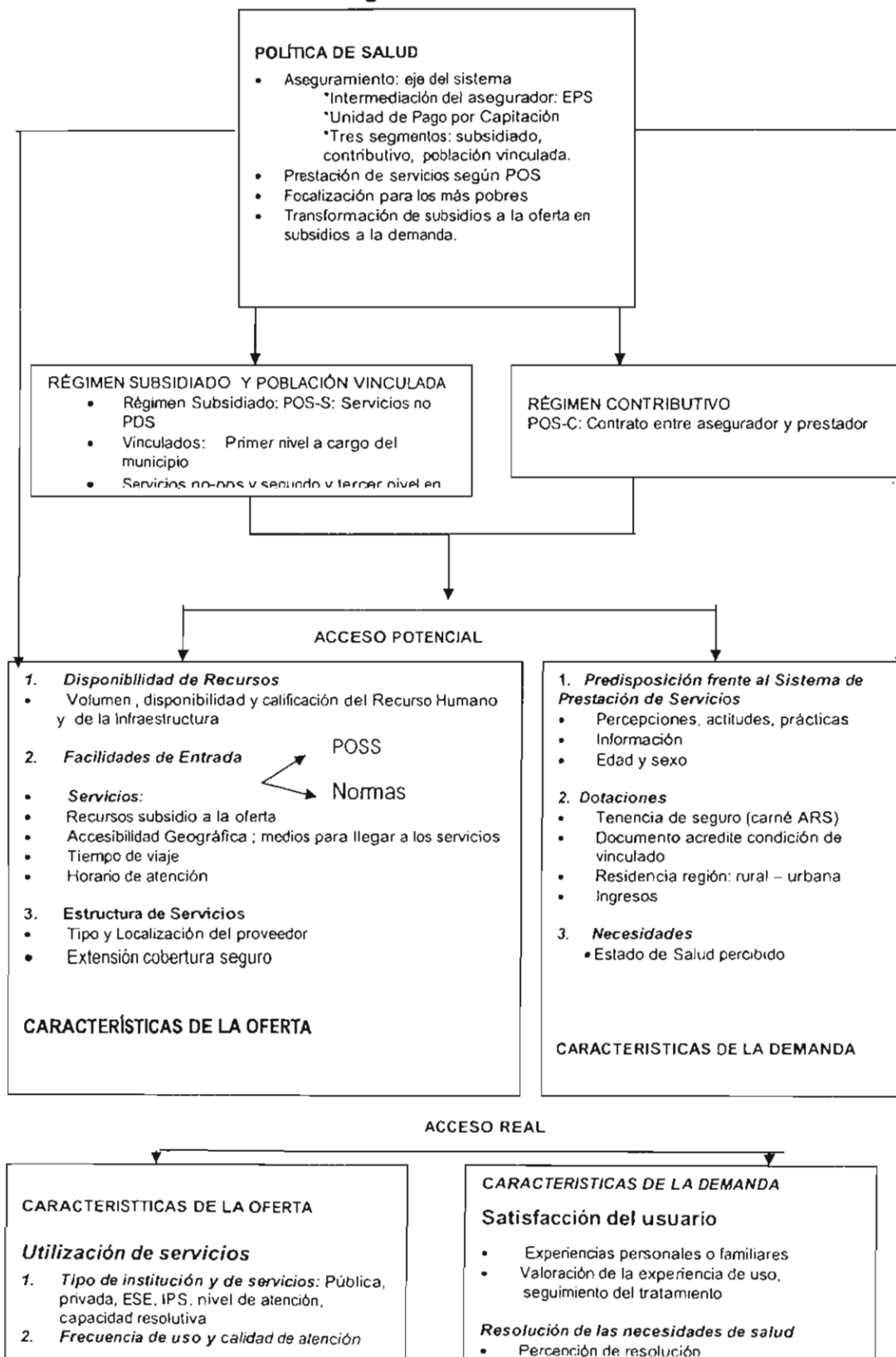
forma como está organizada la prestación de servicios y; del lado de la demanda, por la percepción de necesidad en salud, las dotaciones –tenencia o no del seguro, ingresos- y la predisposición para usar servicios. La utilización efectiva o acceso real está condicionada, del lado de la oferta, por la capacidad resolutive y la calidad de atención y; del lado de la demanda por las experiencias anteriores de uso y la percepción de resolución de la necesidad de salud.

Los conceptos de acceso potencial y acceso real definidos por los autores permiten organizar la información identificando los obstáculos comunes y los diferenciales en los tres tipos de población usuaria y la ubicación de los trayectos donde se encuentran las mayores barreras; por ejemplo, la población no asegurada y la del régimen subsidiado tienen más obstáculos, por las barreras económicas, para la búsqueda de servicios que la del régimen contributivo.

2.3.2. Las inequidades en el derecho a la asistencia sanitaria.

Esta investigación analiza las barreras de acceso conjuntamente con las estrategias para re-construir, desde los usuarios, las inequidades en el derecho a la asistencia sanitaria las cuales son analizadas como la expresión empírica de la tesis sostenida por una corriente de la salud colectiva, para la cual uno de los propósitos de la reforma es la transferencia de recursos de los más pobres a los más ricos (Navarro, 2001: 35-36; Laurell y López, 1996:1,3). El perfil de las inequidades también se analiza con base en los autores que han estudiado el cambio estructural en los fundamentos de equidad y universalidad del sistema de salud, introducidos con la reforma (Hernández, 1997: 63-69; Vega, 2002: 49-63; Almeida, 2005: 15-18; González, 2001: 39-46) y se comparan algunos resultados con los de otros trabajos colombianos.

Gráfico 1 Estructura de acceso a los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia



2.3.3. La justiciabilidad en el derecho internacional de los derechos sociales.

La justiciabilidad es la aplicabilidad de un derecho por los órganos judiciales mediante el poder jurídico que posee el titular de ese derecho para hacerlo valer ante el Estado o ante los tribunales de justicia, mediante procedimientos definidos, por ejemplo: una tutela jurídica (Rossi, 2004: 62) Tiene un elemento de exigibilidad en virtud del cual el derecho no es solo una aspiración o un valor moral porque puede reclamarse por vía judicial y otro elemento de procedimiento que concreta los pasos para ejercer en la práctica recursos judiciales individuales o colectivos para esa reclamación (PROVEA, 2000: 79-82) La justiciabilidad es parte del contenido esencial de un derecho fundamental y en el caso de los DESC es responsabilidad de los Estados nacionales (Rossi, 2004: 63).

La justiciabilidad en el ordenamiento jurídico internacional del derecho a la salud es considerada una obligación estatal de protección estipulada en la Observación General N° 14⁴⁴ para "garantizar la protección a las personas de conductas abusivas y arbitrarias del propio Estado y de los particulares" (párr. 35,51) y uno de sus contenidos es la provisión de mecanismos judiciales para evitar y reparar las violaciones producidas (párr. 59); sin embargo en la práctica ha habido una gran debilidad de los mecanismos de justiciabilidad y de su fuerza vinculante, es decir de los efectos o sanciones que genere la violación de derechos, porque en el debate internacional a los DESC se les considera onerosos⁴⁵ y esto ha determinado, de hecho, la carencia de un Protocolo Facultativo⁴⁶ (Sepúlveda, 2005: 270-271).

⁴⁴ Las Observaciones Generales son interpretaciones de las disposiciones del PIDESC y sirven para darle contenido a los derechos sociales. La N° 14 sobre "el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", de agosto de 2000, en desarrollo del artículo 12 de dicho pacto, establece las obligaciones estatales y determina el contenido y alcance del derecho a la salud.

⁴⁵ El argumento es que los derechos civiles y políticos –DCP– generan solo obligaciones negativas o de abstención a los Estados –por ejemplo: no perseguir la libertad de opinión o de cultos, no interferir en el libre desarrollo de la personalidad– que son precisas y no implican recursos económicos, por eso los Estados deben cumplirlas de manera inmediata. En esa línea, los DESC solo impondrían obligaciones positivas –de hacer– muy costosas y de contenidos imprecisos. La contra-argumentación plantea que en la práctica los derechos humanos son indivisibles e interdependientes y que los DCP también exigen grandes gastos a los Estados –por ejemplo, mantener el ejército, la administración de

2.3.4. La justiciabilidad del derecho a la salud en Colombia, vía tutela.

La acción de tutela es un mecanismo individual de protección de los derechos fundamentales, consagrado en la Carta Política colombiana de 1991 para que una persona o quien actúe en su nombre, reclame ante los jueces mediante un procedimiento preferente y sumario*, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando sean amenazados o vulnerados por autoridades públicas o por los particulares (Art. 86 CN); la tutela ha sido el mecanismo más utilizado por los usuarios para la justiciabilidad del derecho a la salud y se ha incrementado a la par con las barreras de acceso y la contención de costos instauradas por las EPS e IPS.

2.3.4.1. El derecho a la salud en Colombia: derecho de prestación y derecho fundamental.

Sin embargo en Colombia la salud no es un derecho fundamental⁴⁷, excepto para los niños (Art. 44. CN) eso significa que en principio no está protegido por la tutela; está reconocido en la Constitución como parte del derecho a la seguridad social integral

justicia para proteger las libertades individuales, un sistema electoral para garantizar el ejercicio político-

⁴⁶ En 1966 los Estados adoptan dos pactos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos –PIDCP- y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC- Un Protocolo Facultativo implica control de su cumplimiento y un sistema de quejas individuales en caso de violación a los derechos contemplados en el mismo. Para los DCP, ese protocolo existe desde 1966, pero para los DESC solo se estableció en 1985, un débil mecanismo de supervisión a través del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Una ampliación de este debate puede consultarse en Sepúlveda, 2005: 253-277

* Es un procedimiento preferente porque prima sobre los demás procesos que se están tramitando en ese momento en el juzgado y es sumario porque es corto y en un término de 10 días, el juez debe practicar las pruebas y tomar la decisión, cuyo incumplimiento da lugar a sanciones.

⁴⁷ El Título II de la Constitución Colombiana establece como *derechos fundamentales*: la vida, la libertad, la igualdad de derechos, libertades y oportunidades, el reconocimiento de la personalidad jurídica, la intimidad, tener una familia, escoger profesión u oficio, el libre desarrollo de la personalidad, las libertades de circulación, culto, conciencia, pensamiento, asociación y cátedra; la honra, el debido proceso, el habeas corpus, presentar peticiones respetuosas a las autoridades, apelar decisiones judiciales, al asilo, a no ser torturado, a no ser sujeto de servidumbre, a la manifestación pública y pacífica, al trabajo y a la asociación laboral y sindical y a la participación política.

(Artículo 49, CN) y como un derecho de prestación, es decir, a través de políticas públicas, del desarrollo legislativo y del diseño técnico, programático e institucional, el Estado debe proveer —o delegar en instituciones públicas o privadas— prestaciones concretas y disponer erogaciones económicas para garantizar su realización progresiva⁴⁸; esta disposición se ha llevado a cabo a través del SGSSS y de prestaciones individuales asistenciales contenidas en los planes de beneficios cubiertos por el seguro —POS— y, colectivas de salubridad pública —PAB— (Defensoría del Pueblo, 2003: 39-40); jurídicamente el POS genera solo una relación contractual entre el usuario y la EPS (Arbeláez, 2002: 22-23) y el PAB es una obligación estatal, que debe ser provista universal y gratuitamente.

Precisamente por esa restricción jurídica de la ley 100 de 1993, los usuarios han venido utilizando crecientemente la tutela como estrategia para lograr acceso a los servicios porque es ágil, gratuita⁴⁹ y los jueces han tenido, con algunos matices, una tendencia de fallos a favor y por esa vía, la Corte Constitucional ha definido tres criterios de fundamentalidad para el derecho a la salud (Arango 2004: 3-5): la conexidad con otros derechos, esos sí, fundamentales: la vida, la integridad, el libre desarrollo de la personalidad y el mínimo vital o sea las condiciones materiales para asegurar una subsistencia digna; el subjetivo, cuando existe mandato constitucional explícito como en los menores de edad o una interpretación de hecho, por ejemplo, la protección a grupos especiales y; el material, que considera derecho fundamental al POS y al PAB. La jurisprudencia también agrega las obligaciones básicas o el

⁴⁸ La progresividad implica una inversión estatal sistemática en la vía de la universalidad y el no retroceso en los logros alcanzados en la realización del derecho (PROVEA, 2000: 56) Considero que con la reforma, la progresividad ha sido interpretada como afiliación universal al aseguramiento en salud y no como acceso a los servicios y menos aún como homologación de los planes de beneficios entre los regímenes subsidiado y contributivo.

⁴⁹ El ciudadano que solicita la tutela acude ante cualquier juez de la República para presentar la solicitud que sólo procede cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, se debe resolver en 10 días hábiles si hubo o no violación del derecho fundamental y ordenar, en caso positivo, las medidas para ampararlo. El fallo es de inmediato cumplimiento pero puede ser apelado ante un juez de segunda instancia y allí el plazo de resolución es de 20 días, algunas tutelas consideradas paradigmáticas son remitidas a la Corte Constitucional para su eventual revisión (García y Uprimny, 2006: 477-478).

contenido mínimo esencial consagrados en el derecho internacional⁵⁰ (Sentencias T-859 y T-860, ambas de 2003 *apud* Defensoría del Pueblo, 2003: 45-46).

2.3.4.2. La utilización de la tutela por los usuarios.

En ésta investigación, algunos resultados sobre la tutela como estrategia utilizada por los usuarios se discuten con base en otros estudios jurisprudenciales, cuantitativos o descriptivos realizados en Colombia y Medellín (Arango, 2004; Arbeláez, 2002; Defensoría de Pueblo, 2004; Personería de Medellín, 2006b) pero la mayoría de los resultados son información nueva referida a las inequidades en la utilización y a los aprendizajes realizados por los usuarios.

2.3.5. Las estrategias de los usuarios como prácticas de resistencia.

Algunas de las estrategias de los usuarios son interpretadas, en ésta investigación como prácticas de resistencia porque son formas de lucha para la ampliación o el reconocimiento del derecho a la salud. Los referentes teóricos se toman de dos autores de la ciencia política que trabajan el concepto.

Rajagopal (2005:34-35) a partir de su investigación sobre la incidencia de los movimientos sociales en la configuración del derecho internacional y con base en la nociones de poder y hegemonía de Foucault y Gramsci, define la resistencia, no como una empresa contra-hegemónica, porque reconoce esa connotación institucionalizada o portadora del orden en el derecho; sino como un conjunto de visiones alternativas sobre las relaciones sociales, la cual "a veces debe trabajar, en cierta medida, dentro de los parámetros establecidos por aquello a lo que opone resistencia y constantemente corre el riesgo de convertirse en una empresa cooptativa o cooptada" (Ibid.: 34) por eso rechaza las dicotomías absolutas. Este acercamiento es pertinente para analizar algunas estrategias de las OUS y de los

⁵⁰ El *contenido mínimo esencial* del derecho a la salud, según la Observación General N° 14 representa obligaciones de "efecto inmediato e independiente de los recursos" y se refiere a : acceso universal y equitativo a los servicios de salud, a medicamentos esenciales, a un Plan Nacional de Salud Pública que abarque la lucha contra enfermedades endémicas y epidémicas y las inmunizaciones, a la provisión de seguro y servicios a quienes carezcan de medios suficientes, a la educación e información en salud y a la asistencia y cooperación internacional.

usuarios que a primera vista parecen contradictorias o que sugieren una relación ambigua con el Estado y con las instancias del SGSSS -por ejemplo, aceptar ciertas políticas y al mismo tiempo poner tutela contra ellas-.

Scott (2000: 17-22) desde su estudio de la resistencia en grupos subordinados, plantea que en el concepto convergen y se imbrican tres elementos: la disidencia marginal frente al poder oficial, la producción de discurso oculto y las prácticas de insubordinación. En oposición al "discurso público" que se dice frente al poder, define tres características del discurso oculto: "es específico de un espacio social determinado y de un conjunto particular de actores" quienes lo elaboran y configuran "un público restringido" que excluye o limita a otros públicos; incluye gran variedad de prácticas y no solo actos de lenguaje que controvierten el discurso público y; hay una frontera permeable y permanentemente conflictiva y no una separación tajante entre los dos tipos de discurso (Ibid.: 38-40).

Algunas estrategias desplegadas individualmente por los usuarios para enfrentar las barreras de acceso a los servicios atravesadas por sentimientos de humillación, tristeza, rabia, impotencia, así como la acción dual de las OUS pueden entenderse como discurso oculto porque expresa sentimientos y valoraciones compartidas al interior de las organizaciones o de los espacios sociales pero que no se dicen en el discurso público, es decir frente a las directivas del SGSSS o a las autoridades sanitarias; también otras estrategias individuales, por ejemplo "mentir" para quedar incluido en la focalización o "consultar por urgencias" sin necesitarlo son prácticas de insubordinación.

3. La revisión de literatura.

La revisión de literatura mostró seis líneas de elaboración conceptual y empírica sobre el derecho a la salud.

3.1. Sustentación jurídica.

Esta línea se ocupa de la sustentación jurídica: a través de la descripción y el seguimiento de los derechos sociales y particularmente del derecho a la salud en el ordenamiento internacional de los derechos humanos –origen, pactos, declaraciones y convenios- algunos enfatizan además los mecanismos de exigibilidad y de protección internacional (Rossi, 2003, 2004; González, 2003; Abramovich y Courtis, 2003; Uribe, 2005) otros, la perspectiva regional para América Latina y la construcción de indicadores de seguimiento del cumplimiento de ese derecho (PROVEA, 2000; Conrado, 2005) Para Colombia, se destacan un conjunto de trabajos que aportan compilaciones normativas y/o un abordaje novedoso sobre el derecho a la salud a partir de la jurisprudencia de la Corte Constitucional (Defensoría del Pueblo, 2003; Paredes, 2003; Arango, 2004 y 2005; Arbeláez, 2006).

Los aportes de ésta línea de trabajo son la caracterización del derecho a la salud como derecho humano fundamental y la delimitación jurídica de su contenido y alcance; la explicación del vínculo entre política pública y derecho a la salud que deviene en propuestas de indicadores de monitoreo; la provisión y compilación normativa y; la visibilidad de la nueva doctrina jurisprudencial surgida a partir de las tutelas en salud que ha generado con base en evidencias empíricas otra sustentación del derecho a la salud, por ejemplo, su pertinencia y garantía asociada a la calidad de vida –el mínimo vital- o a la conexidad con derechos fundamentales: a la vida, a la autonomía, a la dignidad, situaciones que han representado en la práctica, como lo sostienen sus autores, una ampliación del derecho a la salud.

También este conjunto de trabajos aportan elementos teóricos como la distinción entre las dimensiones prestacional y fundamental del derecho a la salud, el conocimiento de términos y conceptos básicos sobre derechos –por ejemplo, exigibilidad, justiciabilidad, progresividad- y el alcance y los límites del debate, de la jurisprudencia y de los instrumentos internacionales de protección. Aunque dan una idea de las falencias del derecho a la salud en la práctica y de los contenidos de las

necesidades de los usuarios, a través de la tutela, su aporte y al mismo tiempo su limitación se definen fundamentalmente en el terreno jurídico.

3.2. Fundamentación moral.

Otra línea se refiere a la fundamentación de los derechos sociales y del derecho a la salud, algunos trabajos son del campo de la filosofía política y se basan en el respeto igual vinculado a la dignidad humana (Gosepath, 2001; Cortés, 2001; Arango, 2005) Un esfuerzo importante es el de Álvarez, (2005) quien fundamenta específicamente el derecho a la salud desde distintas vertientes y autores de la filosofía política, describiendo tres teorías: una de la distribución igual basada también en la igualdad de la dignidad humana; otra, la de la igualdad de oportunidades originada en la interpretación que Daniels hace de Rawls y donde se argumenta la necesidad de incluir la salud dentro del conjunto de instituciones sociales para generar igualdad de oportunidades y; la teoría del desarrollo como libertad de Amartya Sen para la cual la libertad se refiere a la oportunidad real de alcanzar lo que se considera valioso en salud y a estar libre de obstáculos para lograrlo.

Otros trabajos tocan, desde otros temas, los fundamentos morales del sistema de salud colombiano y, más estructuralmente, de algunos cambios institucionales y políticos como la focalización, la separación entre servicios asistenciales y de salud pública y la nueva concepción de equidad, implantados con la reforma (Laurell, 1997; González, 2001; Hernández, 1997 y 2000; Vega, 2002) y proveen elementos conceptuales en un tema al parecer poco explorado en la literatura como es el de la fundamentación moral y filosófica de las políticas sociales y de salud y de la nueva institucionalidad implantada con la reforma, especialmente para entender el carácter estructural de los cambios* en la concepción de justicia sanitaria con la focalización; en la separación entre servicios asistenciales y servicios de salud pública a partir de la teoría neoclásica de bienes y la distinción entre la imparcialidad financiera y la equidad. Además esta perspectiva articula e incorpora los conceptos de necesidad y

* Los cambios en los fundamentos de las políticas sociales y de salud se presentan en el Capítulo II – sobre derecho a la salud- y Capítulo III –sobre reforma a la salud-.

justicia distributiva a la discusión del derecho y de las políticas de salud, superando los límites de la racionalidad económica.

Estos elementos son útiles para perfilar al menos dos grandes enfoques antagónicos sobre derecho a la salud: el de la reforma y el de los derechos humanos, aunque algunos autores argumentan sólidamente porque para la concepción neoliberal-utilitarista no hay más derechos que los civiles y políticos en tanto los sociales son prerrogativas que no generan obligaciones estatales (Álvarez, 2005; Cortés 2001; De Currea, 2000) Sin embargo hay unas características específicas acerca de la forma de entregar prestaciones en salud, de concebir el aseguramiento y el papel del Estado que pueden alegarse como elementos para trazar un perfil del derecho a la salud en el contexto de la reforma. Una dificultad con algunos trabajos de esta línea es que por su inscripción epistemológica en el terreno de la filosofía política son abstractos y requieren elaboración teórica para hacer visibles las conexiones entre la sustentación filosófica y la política social o el derecho a la salud.

3.3. Estado, derechos sociales y políticas públicas.

Una tercera línea analítica es la que plantea las relaciones entre Estado, derechos sociales y políticas públicas y en algunos trabajos, con la globalización. En conjunto, tienen en común una crítica al despojo -realizado por el propio Estado- de derechos sociales en el neoliberalismo; la propuesta del Estado Social de Derecho como el escenario de realización e institucionalización de tales derechos y por tanto un papel irrenunciable en su protección; el vínculo inescindible y estructural entre éste y la democracia y; el hecho de evidenciar la tensión manifiesta entre libertad e igualdad que cuestiona la versión actual del capitalismo globalizado, considerando que las políticas públicas para garantizar derechos sociales implican exigencias redistributivas para construir algún nivel de igualdad (Uprimny, 2001; Bustelo y Minujin, 1998; Ferrajoli, 2003; Pisarello, 2003).

Bustelo y Minujin hacen un recuento del concepto e implicaciones de la "ciudadanía social" propuesta desde mediados del siglo XX por el sociólogo inglés Thomas Marshall y definida como el derecho a tener un nivel adecuado de educación,

salud, vivienda y seguridad social -según los estándares del contexto político de referencia- con tres implicaciones: la superación de la pobreza, la titularidad de derechos sociales mediante la definición de un "piso" universal y la constitución de sujetos o actores sociales libres de dependencia y pobreza y potencialmente capaces de conquistar esos derechos.

Esta línea contribuye a entender el contexto histórico de surgimiento de los derechos sociales, algunos autores (Uprimny, 2001; Pisarello, 2003; Ferrajoli, 2003) rescatan el valor de los instrumentos y pactos internacionales de consagración y protección de los Derechos económicos, sociales y culturales- DESC- porque a pesar de su limitada influencia política y jurídica, son una base normativa en un Estado democrático de derecho y de obligaciones para el legislador; pero también son críticos del paternalismo, el clientelismo y de la ambigüedad en la vocación social asociados a la puesta en marcha de políticas y derechos en esa forma de Estado. Consideran que el ESD es una construcción inacabada y abierta, históricamente enriquecida por el legado igualitarista del socialismo y que puede fortalecer su potencial garantista y democrático y enfrentar los efectos adversos de la globalización a través de la participación ciudadana.

Pisarello rescata el potencial de la jurisprudencia internacional, de la anulación de la deuda externa para los países pobres y de la re-distribución económica mundial, de experiencias exitosas de presupuesto participativo y de la tutela colectiva de derechos sociales como alternativas para el fortalecimiento y garantía de derechos sociales en un entorno de globalización económica.

En síntesis, esta línea de análisis aporta una mirada dinámica sobre los derechos sociales: no son solo aspiraciones o formulaciones normativas abstractas, están vinculados a una forma de Estado y se traducen en políticas públicas, se generan y transforman en contextos históricos concretos, se han enriquecido con las luchas sociales y con matrices de pensamiento disímiles como el liberalismo y el socialismo y su potencial de realización efectiva está inscrito en los límites, posibilidades y

tensiones de el escenario de institucionalización y de reconocimiento positivo –es decir de concreción legal- que es el ESD.

3.4. Las reformas a la política social y a la salud.

Un cuarto campo de análisis es el de las reformas sociales y de salud: aunque no refiere directamente al derecho a la salud, es imprescindible para comprender su expresión en la nueva institucionalidad y los cambios estructurales en las políticas sociales. Aquí hay tres tipos de producción: una de fundamentación teórica con varias vertientes: la primera vincula la orientación de la reforma con la teoría de la elección racional, desarrollada en Estados Unidos según la cual las personas deciden privilegiando sus intereses individuales, propone la distinción entre bienes públicos y privados producidos por el Estado y el mercado respectivamente -en salud los servicios de asistencia médica serían un bien privado- y, la asignación de recursos con criterios costo-eficientes aplicados a los bienes públicos (Almeida, 2005) La segunda vertiente es la incorporación de esas directrices a las reformas promovidas por el Banco Mundial, se destaca el diseño técnico del “pluralismo estructurado” de Londoño y Frenk (1995) que propone la organización institucional y de prestación de servicios basada en la competencia regulada, cambiando el papel del Estado hacia el establecimiento de reglas de juego –modulación- del sistema de salud y con el aseguramiento como la estrategia para superar la segmentación y las barreras de acceso a los servicios.

Una tercera vertiente viene de la salud colectiva y analiza el significado de la reforma como una de las piezas del re-ordenamiento mundial del capitalismo y sus implicaciones para la política social, la equidad en salud y la prestación de servicios (Laurell y López, 1996; Laurell, 1997; Tetelboin, 1998; Navarro, 2001).

Un segundo tipo de producción sobre reforma se refiere al seguimiento o evaluación de resultados en salud América Latina y el Caribe (Almeida, 2005) en Colombia (Hernández, 2000; Paredes, 2000; Echeverry, 2003a; Torres y Paredes, 2005; Rodríguez, 2005; GES, 2006, 2007a; Corporación Fergusson, 2006) y en Medellín (Plan Estratégico de Medellín, 1997; Veedurías Ciudadanas en Salud, 1997, 2000 y

2003; Álvarez, 2005; Restrepo, Echeverry, Vásquez y Rodríguez, 2006; GES, 2007b). Estos trabajos analizan uno o varios de los siguientes aspectos: la afiliación al aseguramiento en salud, variables económicas y equilibrio fiscal del sector, seguimiento a nuevas instituciones, impacto sobre la red pública, evolución de indicadores de salud, resultados en términos de equidad, acceso a los servicios y gasto de bolsillo y aunque tienen orientaciones y posiciones diferentes frente a la reforma, hay amplia coincidencia en la persistencia o aumento de las inequidades en salud, en la pérdida de fortalezas en la gestión pública sanitaria y en el deterioro o estancamiento de algunos indicadores de salud.

El tercer tipo de producción es sobre seguimiento a la política pública a través de los informes oficiales y de organizaciones de la sociedad civil en Colombia y en Medellín, que dan cuenta de los cambios en la orientación e indicadores de la política social – leyes sobre reformas sociales, empleo, pobreza, ingresos, gasto social- (Contraloría General de la República- Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2006; Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, 2003, 2004 y 2006; Bernal y Álvarez, 2005; Corporación Región; Alcaldía de Medellín – Secretaría de Bienestar Social -CR; AM-SBS- 2006) y muestran una profundización en la orientación hacia el mercado del conjunto de reformas y una tendencia de mediano plazo al deterioro de indicadores sociales.

Los trabajos de esta línea aunque tienen diferente nivel de complejidad, permiten la re-construcción en el tiempo de la orientación de la reforma y de la política social, en un plano más particular, el seguimiento nacional y local de indicadores sociales y de salud y; en general aportan elementos para ver la tendencia de algunos componentes del derecho a la salud ligados a la calidad de vida, pero esas posibilidades exigen un trabajo de re- elaboración para hacer visibles las relaciones e inferencias entre esas dimensiones del derecho y no incorporan la perspectiva de la población.

3.5. Análisis histórico sobre la salud en Colombia.

La quinta línea de análisis se refiere al análisis histórico o historiográfico en salud de las reformas y de su expresión institucional en sistemas de prestación de servicios y derecho a la salud. Coinciden en que el derecho a la salud en Colombia, aún limitándolo únicamente a servicios asistenciales ha sido, de tiempo atrás, una aspiración aplazada. Se identifican dos tipos de abordajes: las investigaciones de Hernández desarrollan el enfoque de "proceso socio-político" (1999, 2000) para el análisis de las dos últimas reformas sanitarias en Colombia –Sistema Nacional de Salud en 1976 y Sistema General de Seguridad Social en Salud, a partir de 1993- a fin de identificar las relaciones, intereses y tensiones de los distintos actores nacionales e internacionales en el proceso de negociación y formulación de las mismas. También hacen una identificación e interpretación histórica de los "obstáculos estructurales" para la realización del derecho a la salud en el país, señalando la debilidad y fragmentación de los actores socio-políticos y la configuración estructural desde principios de siglo XX de sistemas y derecho a la salud segmentados –caridad y servicios según capacidad de pago- que devienen en "frustración acumulada" porque las distintas reformas no resuelven esos obstáculos de larga pervivencia.

Otro abordaje es el de De Currea (2000, 2003) quien hace un análisis de la salud en Colombia desde los derechos humanos, aborda descripciones históricas pero se concentra en la reforma implantada a partir de la Ley 100/93; realiza además una sistematización de conceptos e instrumentos jurídicos con base en los cuales propone una concepción de derecho a la salud sustentada en: requisitos de contextualización –aceptación, integralidad y universalidad de los derechos humanos y relación entre libertad, necesidad y derecho-; requisitos de definición –de la salud, de sus dimensiones individual, prestacional y objetiva y de la relación entre universalidad y protección de grupos especiales- y; requisitos de materialización – exigibilidad, relación entre derecho y servicio y entre deberes estatales y servicios privados-.

Esta línea aporta una sistematización analítica e historiográfica del componente jurídico del derecho a la salud en Colombia y en el ordenamiento internacional de los derechos humanos y, es clave para comprender la configuración histórica de los actores socio-políticos, de los sistemas de salud y de la mentalidad frente al derecho –ciudadanía en salud- en el país desde una perspectiva estructural y de cultura política.

3.6. La indagación a los usuarios.

La sexta y última línea de trabajos sobre el derecho a la salud es la que recoge la opinión de los usuarios. Los más representativos son el análisis de las causas de las tutelas en salud en Colombia y las encuestas o evaluaciones nacionales de calidad, percibida por los usuarios, realizadas por un organismo estatal de vigilancia de los derechos humanos: la Defensoría del Pueblo (2000, 2003, 2004, 2005) En Medellín informes de investigación o de seguimiento a la política pública incorporan la consulta a los usuarios.

Las encuestas nacionales de la Defensoría proponen un concepto de calidad centrada en la percepción subjetiva (2000, 2005) y hacen una definición de contenido mínimo esencial del derecho a la salud basándose en las normas nacionales e internacionales y en las quejas recibidas por ese organismo en cuanto a vulneración del componente asistencial del derecho a la salud traduciéndolo en cuatro indicadores operativos de disponibilidad –libre escogencia-; acceso a los servicios – geográfica, económica, funcional y a la información-; aceptabilidad y calidad – oportunidad para obtener atención y percepción- (2005) con los cuales se crea un Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS- para cuantificar los indicadores descritos y establecer comparaciones de seguimiento entre Encuestas.

En Medellín, buena parte de los trabajos son sobre la política de salud: la veeduría ciudadana al plan de desarrollo ha realizado seguimiento al cumplimiento de metas y políticas públicas con consultas a pobladores (1997, 2000, 2003) organizaciones sociales han promovido debates con líderes para generar consensos en torno a la orientación de esas políticas (Echeverry, 2002) Una investigación cualitativa y

cuantitativa sobre acceso a los servicios para la población afiliada al seguro subsidiado de salud en Antioquia realizada entre 2001-2002 (Restrepo, Echeverri, Vásquez y Rodríguez, 2006) incorpora la consulta a los usuarios en tres localidades, una de ellas Medellín.

Esta línea posibilita un seguimiento de aspectos de la política de salud y por esa vía, es una aproximación al derecho a la salud desde la perspectiva de la población: los trabajos coinciden en señalar el deterioro en la salud pública, la escasa información por parte de aseguradores y prestadores sobre servicios y derechos, el gasto de bolsillo y las trabas para acceder a servicios costosos como puntos críticos de inconformidad y todos son componentes del derecho a la salud, que coinciden con los hallazgos de ésta investigación y por eso son útiles para la discusión de resultados. Las encuestas de la Defensoría y los seguimientos de la Veeduría ciudadana aunque sean puntuales, han contribuido a generar debate, opinión pública y propuestas en un tema al que hasta la reforma no era de gran interés como es el del derecho a la salud.

Sin embargo, no se encontraron –en Colombia o en Medellín- trabajos con una mirada de conjunto, con enfoque cualitativo y diferenciada por forma de adscripción al sistema de salud sobre qué significa para la población y para las organizaciones sociales el derecho a la salud y cómo ha sido vivido en la práctica desde la acción colectiva o desde la condición subjetiva de usuario; la respuesta a esos interrogantes sería la contribución de la presente investigación.

Aportes de las seis líneas descritas se incorporan aquí en los capítulos de contexto, marco teórico, análisis de resultados y en las conclusiones; otros se dejan como reseña por considerarlos de utilidad para los lectores interesados en el tema.

CAPÍTULO III

LA ARTESANÍA INTELECTUAL: EL DISEÑO DE UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Este capítulo detalla, en la primera parte, la ruta metodológica que se siguió para realizar esta investigación: en primer lugar, sustenta la selección del enfoque cualitativo en el propósito de comprender la forma en que los usuarios han contribuido a la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma; argumenta como las técnicas etnográficas de trabajo de campo, de observación participante y la reflexividad con la convergencia de conocimientos de la investigadora y de los participantes, posibilitaron la delimitación inicial de las preguntas de investigación, la generación de vínculos con los participantes, el esbozo de temas gruesos emergentes y el descubrimiento de relaciones micro-macro.

En la segunda parte se siguen los cuatro procesos cognitivos comunes a toda investigación cualitativa descritos por Janice Morse (2003: 29-52): en el primero: comprender se relata el trabajo de campo, las entrevistas a OUS y los grupos focales con los tres tipos de población usuaria: subsidiada, contributiva y vinculada; el segundo: el de síntesis, muestra los pasos seguidos para la codificación, la creación de categorías y el análisis de contenido; en los otros dos procesos: teorización y re-contextualización se describe cómo tomaron forma los resultados de la investigación a partir del trabajo artesanal con los datos empíricos.

En la tercera parte se describe la utilización de fuentes secundarias en los temas de reforma, derecho a la salud y en la selección y delimitación de conceptos teóricos para el análisis de la información empírica: se enuncia el tipo de trabajos consultados y la forma como se integraron a este reporte de investigación.

1. ¿Por qué una investigación cualitativa con técnicas etnográficas?

Cuando se inició la realización del trabajo de campo para esta investigación, en septiembre de 2005, no se tenía seleccionado un enfoque de trabajo metodológico

en particular; el interés central del trabajo se centró en comprender la perspectiva de los usuarios acerca del derecho a la salud en Medellín, por tanto se requería la realización de una investigación cualitativa. La reforma a la salud puesta en marcha en Colombia desde 1990, pero cuyas mayores transformaciones institucionales y políticas ocurrieron con la implantación de la Ley 100/93, había sido profusamente evaluada en sus aspectos técnicos, económicos y de aseguramiento, en algunos casos, por su impacto en salud pública y solo algunos trabajos se habían referido a la percepción de la población. Así la recolección de la información en terreno inició "no muy orientada" (Muecke, 2003: 237).

1.1 El trabajo de campo y la observación participante: aprehender la cotidianidad de la población usuaria de los servicios de salud.

En la segunda fase del trabajo de campo, en el primer semestre de 2006- se decidió trabajar con técnicas etnográficas porque proporcionaban los elementos y el enfoque adecuado para cumplir los objetivos planteados en la investigación: el trabajo de campo, la observación participante, el énfasis en la perspectiva de los sujetos pero también la reflexividad y la intencionalidad holística y contextual, pues aunque no son características exclusivas de la etnografía, para la mayoría de los autores son consensuales⁵¹ (Hammersley y Atkinson, 1983; *apud* Boyle, 2003:187-190; Muecke, 2003: 218) El trabajo de campo inicial permitió acotar el problema y las preguntas de investigación: la observación participante fue útil para el acercamiento al terreno y la renovación de vínculos con las personas que suministraron la información, con quienes ya existía contacto previo, y para recopilar lo que Wolcott (1985: 128) y Geertz (1973: 137) llaman el "material" o "las rutinas cotidianas" de las cuales está hecha la etnografía.

⁵¹ Sin embargo, etnógrafos reconocidos –de la corriente hermenéutica, de tradición Weberiana- como Wolcott y Geertz afirman que lo que distingue a la etnografía de otros enfoques, más que esas características, es la interpretación cultural.

1.2 La perspectiva etic para comprender la emic.

Otro criterio para elegir técnicas etnográficas, fue *el énfasis en la información suministrada por parte de los usuarios, o sea la perspectiva "emic"*; los etnógrafos la definen como el punto de vista del "nativo" o "la visión desde adentro" mientras la visión "etic" se refiere a la teoría o las explicaciones que el investigador trae desde "afuera". Aquí, el eje ha sido la información producida por la investigación, con base en entrevistas, grupos focales, observación participante y actividades de campo, por eso en el proceso analítico y en la construcción del texto pesan más la impronta emic que la etic; además porque siguiendo a Geertz (1973), el sentido de la investigación etnográfica como experiencia personal, está en "conversar" más que en hablar con los usuarios del sistema de salud, sin pretender ser uno de ellos —eso es, ampliar el horizonte del discurso humano lo cual es más difícil que hablar—.

Por otra parte, es realista el criterio de Boyle (2003:192) para quien la mayoría de las etnografías están en un lugar entre las posturas extremas etic y emic⁵² y mantienen una tensión entre las dos. Esta investigación incorpora desde el diseño y la formulación de las preguntas, las experiencias, prejuicios, conocimientos e intereses de la investigadora, pero aspira a que el análisis y el texto reflejen también la intencionalidad de subordinación de lo etic a lo emic. Es decir, lo teórico sirve aquí para explicar y contextualizar la información generada en entrevistas y observaciones de campo, pero también hay un doble reconocimiento: el de la afirmación de Geertz (1973: 556) para quien lo emic es, en alguna medida, interpretación del investigador porque éste sistematiza los datos y el de que lo etic es necesario para explicar y contextualizar lo emic (Reeves, 2002: 219).

⁵² Boyle (2003: 204) afirma que hay posturas extremas etic y emic. Para la primera —representada en los materialistas culturales— lo primero es la teoría y las entrevistas son secundarias; para los emic —representada por la posición cognitiva— la cultura puede estudiarse por medio del lenguaje y hace énfasis, por tanto, en la entrevista.

1.3 La reflexividad: combinación del conocimiento de los usuarios sobre el derecho a la salud, con el de quien investiga.

Las perspectivas emic y etic están relacionadas con *la reflexividad*, otro elemento tomado de la etnografía, la cual considera al investigador parte del mundo que estudia y por tanto es afectado por éste: no es “ni un autómatas ni un receptor neutral de la experiencia cultural” (Hammersley y Atkinson, 1993:14, *apud* Boyle, 2003: 192). Es en la combinación entre el conocimiento del etnógrafo y el de los participantes⁵³ donde radica el poder de la reflexividad porque genera un conocimiento nuevo. Sin embargo, como lo señalan Werner y Schoepfle (1987:60):

“La paradoja es que toda descripción, comprensión o explicación del conocimiento cultural de los nativos se basa fundamentalmente en dos sistemas de conocimiento desiguales, transmisibles en forma incompleta y presuntivos: el conocimiento del nativo y el conocimiento del etnógrafo” (1987: 60, *apud* Boyle, 2003: 192-193).

Es decir, las desigualdades en ese intercambio de conocimiento también estuvieron presentes en esta investigación*

1.4 La orientación holística y contextual: crear el contexto de los datos referidos al derecho a la salud.

Otro criterio, tomado de la etnografía para esta investigación es su carácter holístico y contextual. En la literatura etnográfica, lo holístico se refiere a dos planos

⁵³ En ésta investigación, se sustituye la palabra “informante” por la de “participante” por dos razones: porque en Colombia la primera tiene otra connotación: la de un delator que recibe dinero por suministrar información para denunciar actores armados y porque la segunda es un término más incluyente y acorde al papel que desempeñan los usuarios en este trabajo.

* Esas desigualdades son de ambas partes: respecto al conocimiento técnico del sistema de salud y de la política social, con frecuencia, puede haber predominio de la visión de quien investiga; sin embargo, frente a acontecimientos cotidianos o asuntos de los cuales no se habla o se comparten solo ocasional o superficialmente y con mucha reserva, por ejemplo, el poder de actores armados ilegales en los barrios de Medellín y su incidencia en las decisiones de salud, prima la visión de los pobladores. En éste último caso, se reconstruyó la información a través de conversaciones con otros investigadores y de la revisión de fuentes secundarias.

epistemológicos diferentes: una corriente de pensamiento⁵⁴ y una característica: aquí tiene la última connotación porque se refiere a las *descripciones comprensivas* acerca de las perspectivas de los grupos o sujetos estudiados (Muecke, 2003: 223) y a *construir el contexto* de los datos: es decir, al análisis y abstracción para comprender los significados sociales del comportamiento y de las acciones humanas (Hammersley y Atkinson 1993: 9; *apud* Boyle, 2003: 189)

Sin embargo, lo holístico como característica tiene matices en esta investigación porque se refiere a situar las observaciones y los datos de las entrevistas en una perspectiva más amplia que permita desde lo micro descubrir articulaciones con lo macro para perfilar el contexto (Boyle, 2003:188-190). No se pretende realizar interpretación cultural⁵⁵ ni descubrir significados⁵⁶ que son la esencia misma de la etnografía. Por eso, **su alcance es el de una investigación cualitativa con técnicas etnográficas** que acoge la recomendación de Wolcott de “declarar con franqueza *estar tomando prestadas técnicas etnográficas* para cumplir propósitos diferentes a los de los etnógrafos “puros” (1985: 142, subrayado original) porque mientras no haya interpretación cultural no hay etnografía.

El carácter holístico se expresa en esta investigación en que las descripciones y análisis micro, por ejemplo las protestas o debates públicos o las estrategias para enfrentar las barreras de acceso a los servicios de salud, demandan para hacerlas inteligibles, la creación de un contexto explicativo más general que de cuenta del por

⁵⁴ La etnografía clásica u holística es la escuela más tradicional y fundacional de la antropología cultural (Reeves, 2002: 211-214; Hammersley y Atkinson, 1994: 249-251).

⁵⁵ Según Wolcott y Geertz, la cultura no es poder externo al que se le puedan atribuir procesos o instituciones sociales, es **un contexto** en el cual los datos pueden hacerse inteligibles, al que Geertz (1973: 555) denomina “descripción densa” No está afuera esperando ser descubierta, **se infiere** de las palabras y acciones de los sujetos estudiados, “*no puede observarse directamente porque es literalmente asignada por el investigador por eso no existe hasta que este la sitúa*” (Wolcott: 1985: 133).

⁵⁶ Los significados son el centro de la disciplina antropológica, y de otras ciencias sociales, también son “elusivos y mal definidos” y en ellos se revela la cultura; son las percepciones, acciones, discursos, y diferencias entre lo que la gente hace y dice y; en general, los símbolos públicos, aprendidos socialmente, las señales que comunican –en palabras y en hechos- algo acerca de la manera como se hacen las cosas en una sociedad y se aprehenden observando y recopilando empíricamente discursos, comportamientos y acciones cotidianas⁵⁶ (Geertz, 1973:553-554, 567; Wolcott, 1985: 131-132).

qué y las circunstancias de ocurrencia de los hallazgos empíricos —ordenamiento legal, algunas características históricas de la política social, de la participación ciudadana o del sistema de salud colombiano- para comprender las relaciones o la articulación entre esas descripciones micro y realidades socio-sanitarias o políticas macro.

2. Los procesos cognitivos de la investigación cualitativa del estudio del derecho a la salud en el contexto de reforma: comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar.

Para dar cuenta de los procesos de análisis de datos y de la construcción de esta investigación se recurrió a Janice Morse (2003: 29- 42), quien describe cuatro procesos cognitivos [momentos] comunes a todos los métodos cualitativos: comprender, sintetizar, teorizar y re-contextualizar; Se denominan momentos, porque aunque requieren algún ordenamiento secuencial, lo más frecuente es la simultaneidad y el “ir y venir” entre cada uno de ellos, de hecho también es lo más ajustado al procesamiento de la información y al análisis realizado en la investigación.

Sin embargo, Morse (2003:32) también precisa que el método de investigación es el que da una especificidad a los cuatro procesos o momentos: señala la intensidad o restricción, el nivel de abstracción y la forma presentación de resultados. Por eso las técnicas etnográficas tienen su impronta en cada uno: en la comprensión y síntesis se destacan el trabajo de campo con entrevistas y grupos focales, la observación participante y la reflexividad como estrategias cognitivas; en la teorización, la emergencia de categorías que van ordenando los resultados y la forma de darle contexto a los datos emic mediante fuentes secundarias y; en la recontextualización, el análisis de resultados para acercarse a la perspectiva de los usuarios sobre el derecho a la salud, con el apoyo de los autores y las teorías de la salud colectiva y de las ciencias sociales referenciados en el marco teórico. A continuación se explica como se llevaron a cabo los momentos planteados por Morse en esta investigación.

2.1. Comprender: entre la experiencia previa, el conocimiento nuevo y la reflexividad.

Para Morse (2003:33-37) el proceso de comprender consiste en obtener el mayor conocimiento o “aprender todo sobre el lugar o la experiencia de los participantes” y requiere tres condiciones: entrar al medio como un “extraño”, aprender de manera pasiva, sin juzgar y con un esfuerzo concentrado en el tema de interés y, por último; lograr que los participantes estén dispuestos a compartir su mundo con el investigador. En ese momento es útil la observación como técnica etnográfica porque se busca generar confianza entre participantes e investigador (Ibíd., 2003:45).

Conjugando las dos miradas –la de la investigación cualitativa en general y la que aportan las técnicas etnográficas- se describen a continuación las cuatro estrategias para llevar a cabo el proceso cognitivo de comprender: la experiencia previa en investigaciones con usuarios de servicios de salud en Medellín, la estructura del trabajo de campo, las actividades de observación participante y, las interacciones con usuarios a través de entrevistas a las organizaciones, grupos focales con usuarios de las tres formas de adscripción al SGSSS, devolución de resultados y conversaciones informales.

2.1.1. La experiencia previa en investigaciones con usuarios de servicios de salud en Medellín: avances y vacíos.

Entre 1997 y 2003 la investigadora del presente estudio, tuvo la oportunidad de participar en diversos trabajos empíricos que incorporaban la perspectiva de los usuarios de servicios de salud de Medellín al análisis de la reforma y al monitoreo de políticas públicas en salud. Son cinco trabajos sobre acceso a los servicios de salud, situación de salud y evaluación del componente de salud en el Plan de Desarrollo de la ciudad, todos incorporaron la perspectiva de los usuarios. Dos de ellos publicados y uno en prensa, en los cuales se participó como investigadora principal o co-investigadora. Aunque solo un tercio de estas indagaciones tenía como finalidad específica el seguimiento de indicadores del derecho a la salud, todas mostraban en diferentes momentos y con distinto matiz, asuntos críticos asociados a la no

realización de algún componente de ese derecho –especialmente la falta de cobertura del aseguramiento, la insatisfacción con la estrategia de focalización empleada para seleccionar los beneficiarios del seguro de salud subsidiado por el Estado y las barreras para el acceso a los servicios de salud-. Los estudios mencionados se llevaron a cabo en sectores populares o con pobladores en condición de pobreza y no incorporaron –salvo algún acompañamiento puntual- a las organizaciones de salud de los usuarios.

El conjunto de estos trabajos mostró en relación con el derecho a la salud lo siguiente: la pervivencia, el cambio y la emergencia de nuevos ejes de análisis; permitió el intercambio personal y de conocimiento y la generación de confianza con algunos líderes de salud de la ciudad. Algunos liderazgos de ese período se mantenían al momento de esta investigación, lo cual facilitó la renovación de vínculos y el contacto con otros líderes y organizaciones a través de la técnica de "bola de nieve" donde un líder remite o informa sobre otro. Con estos estudios se hizo evidente el hecho de que la perspectiva de los usuarios no estuviera sistematizada, o suficientemente destacada en el trabajo académico ni diera lugar a una reflexión teórica sobre el derecho a la salud, y permitió reconocer a la investigadora vacíos conceptuales y metodológicos para abordarlos. Estas experiencias previas también aportaron la construcción de un "*rapport*" (Taylor y Bodgan, 1984: 55) –generación de confianza- a través de varios años; la selección de Medellín como lugar del trabajo y; un interés por el derecho a la salud como un tema de investigación en sí mismo.

2.1.2. El trabajo de campo: actividades en tres momentos para la construcción de la comprensión.

El trabajo en terreno se llevó a cabo en tres momentos entre septiembre de 2005 y marzo de 2007, cada uno respondió a propósitos cognitivos específicos con intervalos para el análisis de la información y para la preparación del siguiente. Los tres representan un tiempo total de diez meses dedicados a las actividades de recolección de información, entrevistas y grupos focales, a la observación

participante, a la devolución de resultados y a las conversaciones informales con líderes y organizaciones. A continuación se hace una síntesis de los tres momentos.

El primer momento: las entrevistas a las organizaciones de usuarios de salud de la ciudad

En un primer momento, de tres meses de trabajo de campo entre septiembre y noviembre de 2005 se realizaron diez entrevistas semi-estructuradas a igual número de organizaciones de usuarios con un doble propósito: uno, cognitivo respecto a uno de los objetivos de la investigación: comprender la incidencia de la acción colectiva realizada por las OUS en la construcción del derecho a la salud y, el otro, metodológico, porque al momento la investigadora no tenía suficiente claridad acerca de si la pregunta de investigación ¿cómo ha sido el proceso de construcción de ese derecho por los usuarios, en el escenario de la reforma? tenía sustento empírico y si así era, entonces: cuáles pudieran ser las pistas para acotar y traducir en preguntas concretas, una definición tan amplia en la literatura como la de derecho a la salud, pensando en un segundo momento con grupos focales.

En efecto, se logró avanzar en esos propósitos, además las entrevistas aportaron una panorámica, hasta entonces desconocida para la investigadora, acerca del contexto local en salud visto desde esa óptica (Carey, 2003: 266), y sirvieron, como se ha descrito en la literatura, para preparar la guía de trabajo y formular las preguntas con los grupos focales.

El segundo momento: los grupos focales según la forma de adscripción al SGSSS.

En un segundo momento de cinco meses de duración –entre febrero y junio de 2006– se realizaron diez grupos focales conformados de acuerdo a tres formas de adscripción en el SGSSS: población subsidiada, contributiva y vinculada. Este criterio se decidió porque la adscripción, basada en el aseguramiento es el eje ordenador de la estructura del sistema de salud colombiano, instaurado por el proceso de reforma a partir de inicios de la década del noventa en todo el país, e implica, de hecho, recibir beneficios diferentes en contenido y alcance de servicios de

salud de acuerdo con la capacidad de pago del usuario de los servicios, es decir fragmentados los servicios por adscripción al sistema, y porque los otros dos objetivos de la investigación eran identificar las diferencias en los contenidos del derecho a la salud para cada uno de los tres grupos poblacionales e identificar las estrategias diferenciales de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud, con la reforma

El tercer momento: las entrevistas a expertos y trabajadores de la salud y la devolución de resultados a los usuarios.

El tercer momento del trabajo de campo se realizó durante dos meses entre enero y marzo de 2007, posterior a la codificación y a un primer análisis de la información obtenida, se hicieron varias entrevistas y talleres de devolución de resultados, con dos propósitos: ampliar la comprensión y llenar algunos vacíos acerca de los resultados, para así dialogar acerca de éstos con los participantes.

2.1.3. La Observación participante en los tres momentos del trabajo de campo.

La observación participante es una técnica fundamentalmente etnográfica: en la investigación antropológica tradicional consiste en introducirse en una cultura extraña para comprenderla observándola y mirando desde dentro el punto de vista del "nativo" y eso supone un tiempo de residencia prolongado en el lugar. En la observación no participante el investigador es un visitante en el escenario y por tanto ve desde afuera (Sánchez, 2004:100-101).

Un concepto más cercano a las actividades realizadas en esta investigación es el de Boyle (2003:189) para quien la observación participante combina la participación en la vida de las personas con la distancia profesional requerida del investigador para registrar la cotidianidad y puede hacerse en forma discontinua, en episodios de observación intensiva diseminados en un período largo de tiempo, todo ello fundamentado en que los escenarios y objetos de conocimiento de la etnografía han cambiado.

Las actividades de observación participante realizadas en esta investigación se iniciaron con el proceso de recolección de la información de entrevistas, grupos focales y conversaciones informales con los participantes. Se registraron sus sentimientos, valoraciones, actitudes y gestos, además los de la investigadora, durante o inmediatamente después de esos intercambios.

Si la investigadora estaba acompañada –como ocurrió en el segundo momento del trabajo de campo- el registro se hacía durante la entrevista, con el apoyo de una auxiliar de investigación, que cuenta con entrenamiento en antropología y amplia experiencia en trabajo de campo lo cual permitió la posibilidad de discusión y análisis conjunto de los ejercicios de observación. Si la investigadora estaba sola, las observaciones se consignaban después de la entrevista o conversación. En ningún caso, las observaciones fueron delegadas en terceros.

También se desarrollaron observaciones programadas con objetivos, escenarios y criterios diferentes durante los tres momentos del trabajo de campo: en el primero, consistió en la asistencia a dos reuniones de las organizaciones de usuarios, en los espacios habitualmente utilizados por ellos, para conocer la forma de planeación y realización de sus actividades, explicar los objetivos de la investigación, obtener entrevistas y generar confianza y contactos para la realización de los grupos focales.

En el segundo momento del trabajo de campo se optó por seleccionar escenarios de observación de acuerdo a los "temas" emergentes a medida que transcurrían la recolección y el análisis de información: asistencia a dos eventos académicos de carácter organizativo o de debate público donde los propios usuarios analizaban o denunciaban su problemática; a un foro sobre la situación del seguro social; a una reunión solicitada por pobladores a representantes del gobierno local para tratar el tema de la focalización en salud y; a un evento sobre la política de salud convocado por la administración municipal.

En el tercer momento del trabajo de campo, el criterio para seleccionar los escenarios de observación fue el de llenar vacíos de la información recopilada hasta el momento, profundizar o complementar información acerca de los resultados de la

investigación: otro evento académico donde se presentaba la situación de los usuarios; un acompañamiento a un usuario en todo el proceso de obtención de atención especializada en una clínica del seguro social; un día en la oficina de atención al usuario de Metrosalud; y por último, un día en un punto de atención del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios –SISBEN- para conocer las quejas, solicitudes y situaciones descritas por los pobladores en relación con la prestación de servicios y la focalización en salud.

Las actividades observadas se registraron en un diario de campo y en memorandos analíticos y esa información se integró al análisis de datos y a la escritura del texto. Aquí la observación fue programada y selectiva, pero no estructurada por una guía, orientada más por los resultados que por los objetivos de la investigación porque observar el derecho a la salud, un concepto demasiado amplio y difuso, en movimiento y en forma abierta era una tarea imposible; elegir escenarios de acuerdo a los “temas emergentes” o a los asuntos descritos como “críticos” por los participantes fue una buena estrategia de comprensión en tanto permitió llevar a cabo las técnicas descritas por Morse (2003: 35-36), para aumentar ese proceso cognitivo: la indagación activa, formulación de preguntas manteniendo un espíritu inquisitivo, y la diferenciación entre el conocimiento y el lenguaje de campo y el de la literatura.

Este proceso también sirvió a otros propósitos: para establecer relaciones de confianza, aceptación y apertura con la investigadora y para “montar el escenario para otras técnicas y obtener la base para los significados y los contextos” (Boyle, 2003: 189-190) porque se pudo conocer y entablar relación con los líderes de salud que actuarían como coordinadores de los grupos focales, se accedió a otros espacios de observación, por ejemplo, reuniones comunitarias, se identificaron vacíos en la información recolectada y se buscaron elementos de contexto como la verticalidad o las tensiones en las relaciones entre usuarios y directivos del SGSSS. Con estos elementos fue posible darle forma a los temas críticos del derecho a la salud, desde la cotidianidad de los usuarios.

2.1.4. La interacción con los usuarios: entrevistas, devolución de resultados y conversaciones informales.

Aunque los grupos focales también son una forma de entrevista grupal, aquí se separan los tres tipos de intercambios para mostrar el desarrollo operativo e instrumental en diferentes momentos del trabajo de campo.

2.1.4.1. Las entrevistas con las Organizaciones de Usuarios de Salud –OUS-.

La entrevista cualitativa es definida como el encuentro cara a cara entre el investigador y los participantes, orientado a la comprensión de las perspectivas de las vidas, experiencias o situaciones de estos últimos, expresadas con sus propias palabras. Es más una conversación que un intercambio formal de preguntas y respuestas (Taylor y Bodgan, 1984:101). En esta investigación, las entrevistas se realizaron en el primer y en el tercer momento del trabajo de campo.

En el primer momento del trabajo de campo se decidió entrevistar a las organizaciones de usuarios de salud –OUS- las cuales pueden conformarse en torno a las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios -EPS e IPS- porque se supuso que por su naturaleza aportarían una mirada general o “colectiva” sobre el derecho a la salud en el contexto de la reforma y tendrían alguna relación con una base poblacional más amplia de usuarios, por tanto serían una puerta de entrada para obtener información directa de los pobladores. Su propia experiencia como organización integra la mirada del SGSSS, necesaria para abordar el estudio de un derecho que tiene una dimensión institucional y unos límites jurídicos, y las demandas de los pobladores, no necesariamente incorporadas en ese marco institucional y legislativo. En otras palabras, las OUS tienen un pie en el SGSSS y otro en las necesidades de la población usuaria a la que representan; sin embargo, debido a la estructura del SGSSS con múltiples aseguradores y prestadores autónomos, sin una instancia de coordinación e integración no existía un inventario

de estas organizaciones y la pluralidad trascendía los límites normativos del SGSSS. Fue necesario entonces elaborar un censo que tuvo los siguientes resultados:⁵⁷

- Cinco asociaciones de usuarios ligadas a instituciones públicas: una de la empresa promotora de salud –EPS- del seguro social y cuatro de Empresas Sociales del Estado –ESES-.
- Tres mesas de trabajo en salud, ligadas a barrios o zonas de la ciudad, no articuladas a algún asegurador o prestador de servicios en particular.
- Dos organizaciones de segundo orden, es decir, que agrupan a otras asociaciones o iniciativas ciudadanas, una asociación de asociaciones de usuarios y un conjunto de veedurías ciudadanas en salud.

En las instituciones privadas no se encontraron organizaciones conformadas porque la ley establece que la promoción para hacerlo es competencia discrecional de las respectivas juntas directivas.

La información para el censo se recolectó en múltiples fuentes: por la técnica de "bola de nieve" porque algunas organizaciones han establecido algún tipo de relación: asesoría, intentos de articulación, concurrencia a eventos o debates públicos entre si; a través de organizaciones no gubernamentales –ONGs- que han acompañado proyectos en las mesas de trabajo en salud o en las veedurías ciudadanas; por el conocimiento o la relación anterior con algunos líderes de salud y por la información suministrada en la Secretaria de Salud Municipal. Aunque se entrevistó por una sola vez a cada OUS, en el transcurso de la investigación, se mantuvo comunicación informal con miembros de las juntas directivas de algunas de las organizaciones.

Se decidió entrevistar -individual o colectivamente según disponibilidad de los participantes- a todas las organizaciones de usuarios contactando al coordinador o a

⁵⁷ Según el Decreto 1757 de 1994, reglamentario de la participación en salud en el marco de la reforma, las asociaciones o ligas de usuarios pueden conformarse en cada empresa aseguradora o en cada institución prestadora de servicios de salud de carácter público y representan a los usuarios adscritos a ellas. Las Mesas de Trabajo en Salud responden a un proceso diferente: la planeación zonal de la ciudad que pretende integrar las comunas al Plan de Desarrollo de la ciudad y las organizaciones de segundo orden corresponden a iniciativas ciudadanas autónomas.

uno o varios integrantes de la junta directiva, solo una mesa de trabajo en salud no aceptó la entrevista⁵⁸. Como el propósito era orientar la investigación, precisar el problema, obtener pistas para pensar una estrategia de recolección directa de información con los pobladores en un segundo momento, y tener una idea acerca del papel que habían jugado las organizaciones frente al derecho a la salud en el escenario de la reforma, se optó por elaborar una guía semi-estructurada que proporcionara esa mirada panorámica indagando por la conformación, los aspectos organizativos, las actividades realizadas, los vínculos con la población representada, los logros y las dificultades (Ver Anexo 1) en la cual deliberadamente, se omitieron preguntas referentes al derecho a la salud prefiriendo, en vez de forzar el tema, ver si éste emergía en las respuestas de los participantes.

No se realizaron grabaciones porque se privilegió el contacto cara a cara más flexible y porque en tres de las diez entrevistas, los participantes manifestaron sentirse más cómodos sin grabación. Se obtuvo autorización para tomar notas y re-construir la información transcribiéndola después de cada entrevista.

Estas entrevistas se convirtieron como dice Wolcott (1985: 136) en "un excelente punto de partida" para la investigación, es decir la verdadera entrada al trabajo de campo. Esta primera aproximación permitió informar a las organizaciones sobre este trabajo, establecer contactos con los participantes y decidir los grupos focales como estrategia para el segundo momento del trabajo de campo. El análisis de esta información perfiló los temas duros o críticos del derecho a la salud en el contexto de la reforma y sirvió para elaborar una clasificación y una descripción de las OUS en la ciudad, información valiosa con la que no se contaba hasta este momento y que se recabó con esta investigación (Véase el Capítulo IV).

En el tercer momento las entrevistas fueron selectivas, vale decir que no fueron grabadas, se re-construyeron con notas de campo y la información derivada de ellas

⁵⁸ En la mesa de trabajo de una de las comunas de la ciudad, organización con la cual existía un antecedente de relación cordial y de cooperación mutua, algunos de sus miembros mostraron resistencia y desconfianza cuando se les invitó a participar en la entrevista, su renuencia puede explicarse por el conflicto armado o la persecución de las organizaciones sociales en un periodo de consolidación del poder de los antiguos paramilitares hoy desmovilizados

se integró a la escritura de este trabajo. Se realizaron a autoridades sanitarias y del gobierno local, a académicos, trabajadores de salud y expertos en distintos temas críticos pero solo para comprender, ampliar y ayudar a contextualizar la perspectiva de los usuarios expresada en los resultados obtenidos en los dos momentos anteriores. El criterio fue tomar los asuntos críticos y los temas transversales del derecho a la salud: la focalización, el acceso a los servicios, la tutela y la crisis del seguro social y formular las preguntas específicas sobre aspectos o resultados pocos claros de la investigación.

2.1.4.2. Los grupos focales con usuarios afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo y con población no asegurada –vinculada-.

El propósito de este segundo momento fue el de recoger la experiencia y la perspectiva de los usuarios de acuerdo a su pertenencia al régimen subsidiado, al contributivo o a la población vinculada, conversando sobre cinco aspectos específicos enfocados a los objetivos planteados en esta investigación. Los criterios para seleccionar esa técnica fueron:

- Su alta eficiencia como forma de recolección de información cualitativa, reúne la información de varias personas en una sola sesión.
- Su pertinencia para conocer, entre otros aspectos, las necesidades en salud de los pobladores, y por último,
- Su vínculo con el derecho y en general la visión acerca del derecho a la salud diferenciada por forma de adscripción al SGSSS.

Esos criterios coinciden con la literatura: es una técnica eficiente, útil para valorar necesidades y evaluar programas y los participantes deben compartir alguna homogeneidad –en este caso, la forma de adscripción al SGSSS- y no busca generar consenso o desacuerdo, sino poner en un contexto social –el de la interacción grupal- el punto de vista de los participantes (Carey, 2003: 263-264. Patton, 1990:335-336).

Carey (2003: 264) define el grupo focal como una sesión semi-estructurada colectiva, moderada por un líder, para recolectar información sobre experiencias y creencias en el tema de investigación. Patton (1990: 335) destaca que es una entrevista con un grupo pequeño de participantes –no es una discusión ni una sesión de resolución de problemas o de toma de decisiones-.

Para la preparación de los grupos focales se utilizaron dos estrategias: una, las reuniones o asambleas comunitarias y los eventos académicos de usuarios donde se les explicaba a los asistentes el propósito de la investigación y se tomaba sus datos si estaban interesados en participar y; la otra, la contratación de líderes como coordinadores de los grupos focales⁵⁹, siguiendo los lineamientos de la literatura (Carey, 2003:263). Se elaboró una guía explicando el objetivo, las cinco preguntas sobre las cuales se desarrollaría la entrevista, los aspectos logísticos, el número de asistentes, las funciones del líder coordinador y los tres criterios para participar: la disponibilidad para hacerlo voluntariamente, la experiencia de uso de servicios o el conocimiento de la situación de salud de la comunidad y la pertenencia a una de las formas de adscripción al SGSSS (Ver Anexo 2).

Esta guía fue discutida y ajustada con los líderes coordinadores quienes seleccionaron a los participantes, bien fuera convocándolos directamente o motivando a quienes se habían inscrito como voluntarios en las reuniones, consiguieron los espacios para realizar las sesiones, explicaron y entregaron previamente, en el momento de la citación, a los participantes la guía y el consentimiento informado y ayudaron a coordinar la realización del grupo focal. Estas personas fueron claves en el tercer momento del trabajo de campo, pues también hicieron la convocatoria para la devolución de resultados.

Los coordinadores fueron cinco líderes sociales o de salud para la realización de diez grupos focales, estas personas tienen un buen conocimiento del SGSSS, aunque en

⁵⁹ Recibieron un pago por la coordinación de cada uno de los grupos focales, financiado con los recursos que la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia, entregó como apoyo económico para esta investigación. La investigadora está vinculada como docente a esta Facultad.

ningún caso tenían preparación académica formal, el criterio central para seleccionarlos, es que fueran reconocidos y aceptados por los usuarios y pobladores de una zona de la ciudad o de un grupo social para garantizar la convocatoria. A diferencia del primer momento de trabajo de campo, en éste caso la investigadora no conocía previamente a ninguno de ellos; se contactaron en los eventos académicos y reuniones a las que se asistió o a través de otros líderes conocidos, de miembros de las OUS, o de personas involucradas en el trabajo comunitario de salud o en proyectos sociales de la ciudad.

Inicialmente se decidió hacer tres grupos focales para cada uno de los segmentos de población usuaria porque el objetivo planteado en la investigación era conocer la perspectiva frente al derecho a la salud, diferenciada por forma de adscripción:

1. Población pobre afiliada a un seguro de salud subsidiado por el Estado, es decir, adscrita al régimen subsidiado. Esta población es seleccionada por focalización, mediante una encuesta de medición de la pobreza.
2. Población empleada con capacidad de pago, afiliada a un seguro de salud pagado entre el empleador y/o el trabajador, esta franja está adscrita al régimen contributivo.
3. Población pobre no asegurada denominada "vinculada", este segmento de población no alcanza a ser incluida por la estrategia de focalización, bien porque los recursos no alcanzan para afiliarla o porque no es lo suficientemente pobre, o bien, porque no cuenta con empleo o ingresos para afiliarse al régimen contributivo.

En total se hicieron diez grupos focales: cuatro con usuarios afiliados al régimen subsidiado⁶⁰, tres con usuarios afiliados al régimen contributivo y tres con población vinculada. Desde los primeros grupos, la información emergente fue transversal y

⁶⁰ A una de las sesiones para trabajar con población vinculada, asistieron varias personas del régimen subsidiado. Se decidió organizar también una sesión de trabajo con ellos para no devolverlos a sus barrios de procedencia y por eso se hicieron cuatro grupos focales con afiliados al régimen subsidiado.

reiterativa en cada forma de adscripción para lo que posteriormente se denominó "los temas duros" del derecho a la salud.

Las sesiones se realizaron en los sitios dispuestos por líderes y pobladores, generalmente en espacios barriales, en las zonas de residencia de los usuarios o en instalaciones gremiales, con la coordinación de aquellos y de la investigadora. Al iniciar cada grupo focal, nuevamente se leían la guía y el consentimiento informado (Ver Anexo 3) de los cuales el líder coordinador ya había enterado a los participantes, en el momento de la citación y se resolvían las preguntas planteadas por el estudio o las que el mismo hubiera generado entre ellos.

En todos los grupos, se obtuvo la autorización correspondiente para grabar la entrevista y salvo en un caso en que los participantes no cumplían los criterios descritos, no se repitió ninguna sesión. Aunque el número de participantes según la literatura varía entre seis y ocho (Patton, 1990:335) o depende más de las características del grupo o tema (Carey, 2003: 260) se acordó con los líderes que serían entre cinco y siete personas por sesión, pero de hecho el número de participantes varió entre cuatro y doce. En cada grupo focal los asistentes firmaron un consentimiento informado, se les ofreció un refrigerio y con los recursos asignados se sufragaron sus gastos de transporte.

El balance de este segundo momento fue positivo porque hubo buena asistencia y se obtuvo información de muy buena calidad para la investigación. Aunque se realizaron sesiones únicas con cada grupo, los participantes hablaron ampliamente de sus experiencias, sentimientos, percepciones y valoraciones frente a la reforma y al derecho a la salud. Se percibió mayor facilidad y rapidez para hablar de asuntos o experiencias difíciles, por ejemplo, los sentimientos de rabia frente al Estado o al SGSSS o de humillación durante el proceso de atención en las instituciones de salud, con los grupos focales que en las entrevistas del primer momento, coincidiendo con la ventaja señalada en la literatura acerca de estos como estrategia útil en estudios que involucran muchos niveles de sentimientos y experiencias.

Esa situación se atribuye a la ausencia de otros espacios de interlocución, muchos no eran miembros de una OUS y algunos manifestaron su escepticismo frente a estas, donde los usuarios puedan hablar de su experiencia, sin miedo a represalias por parte de las instituciones o de las instancias del sistema de salud. Los temores iniciales referidos a cómo estimular la participación con personas a quienes no se conocía de antemano se disiparon desde los primeros grupos focales porque siempre se encontró en cada grupo una evidente necesidad de hablar, de ser escuchado y de compartir la experiencia. Otro factor fue el trabajo comprometido de los líderes y de la auxiliar de investigación quienes asistieron con la investigadora en todas las sesiones; ellos fueron de gran ayuda en la preparación y realización de los grupos focales porque cada quien tenía funciones asignadas y esto permitió además de una buena asistencia, tomar notas adicionales a las grabaciones, balancear las intervenciones de los participantes y garantizar el adecuado funcionamiento de la logística; esos elementos propiciaron la interacción de grupo (Carey, 2003:262).

Las dificultades se presentaron con la conformación de los grupos de participantes de población no asegurada, por su alta movilidad y porque había una política municipal y departamental de aumento de la afiliación al seguro subsidiado, y aunque se pudieron realizar tres grupos focales, fueron los de más bajo número de participantes tuvo - cuatro en promedio-.

2.1.4.3. La devolución de resultados, buscando la depuración de la información de campo.

Los talleres de devolución de resultados a los participantes realizados en el tercer momento del trabajo de campo tuvieron dos propósitos: cumplir el compromiso adquirido con ellos de dar a conocer los resultados y saber si se sentían representados en esa forma de organizar y presentar la información. La citación se hizo directamente a través de la investigadora para las OUS o a través de los líderes coordinadores para los participantes en los grupos focales. La asistencia fue menor a la esperada –solo el 50% del total de los participantes- posiblemente incidió el que esta fue la única actividad que no se realizó en espacios comunitarios, ya que, por

razones de logística y de capacidad de las instalaciones, los talleres se realizaron en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Además, el lapso de tiempo transcurrido entre la recolección de la información y la devolución de resultados, nueve meses, hizo que algunos participantes no se pudieran localizar.

Los talleres se diseñaron y realizaron únicamente con usuarios, se elaboró una cartilla con los resultados, la cual fue entregada a los participantes; no se convocaron a los trabajadores de salud, autoridades y expertos entrevistados en el tercer momento del trabajo de campo, a fin de mantener la perspectiva de la investigación, desde la población usuaria, porque además, su aporte se dirigía a profundizar la comprensión de la investigadora de los resultados.

En términos cognitivos, los talleres reafirmaron los resultados y aportaron nueva información, especialmente en cuanto a la evolución de la participación en salud en la ciudad y a los cambios ocurridos en la focalización, la tutela en salud y el acceso a los servicios: los componentes más sensibles del derecho a la salud, descritos por los usuarios, se mantenían en el tiempo y los problemas para la no realización total o parcial de ese derecho se habían agravado.

2.1.4.4. Las conversaciones informales, niveles de conocimiento importantes para el estudio del derecho a la salud.

A lo largo de los dieciocho meses, periodo de permanencia total en la ciudad y de los diez meses de recolección de la información, se mantuvo contacto telefónico o encuentros informales con algunos líderes y representantes de OUS, por ese medio fue posible obtener datos importantes y permanecer al tanto de los eventos académicos, encuentros y cambios en las políticas de salud o en la relación de fuerzas entre actores sociales en salud de la ciudad. Se percibió, en algunos de ellos, más libertad para hablar de asuntos difíciles, por ejemplo, de los sentimientos y valoraciones frente a las directivas de las instituciones del SGSSS y del gobierno local y de elementos contextuales relacionadas con el orden público y la seguridad de la ciudad y de los barrios, muy importantes en la investigación como el paseo de

la muerte⁶¹ y la presencia de actores ilegales en las organizaciones y en el trámite de demandas en salud; esos contactos también permitieron programar mejor las actividades de observación participante.

2.1.5. Balance del proceso cognitivo de comprensión del derecho a la salud, visto desde los usuarios.

Las actividades descritas efectivamente se constituyeron en la columna vertebral del proceso de comprensión. Aunque las diez entrevistas a OUS y los diez grupos focales con usuarios de las tres formas de adscripción al SGSSS se realizaron en sesiones únicas, una vez con una duración promedio de entre hora y media y dos horas para cada uno; la densidad de la información obtenida, la observación participante y las conversaciones informales, telefónicas o en encuentros cara a cara, lograron mantener durante los periodos de análisis de la información, el contacto con algunos participantes y con las realidades empíricas en las cuales se expresa el derecho a la salud. La fluidez de los asuntos logísticos y la experiencia en trabajos de investigación en salud anteriores con pobladores en la ciudad también contribuyeron a crear o a fortalecer las condiciones de comprensión descritas por Morse: si bien no se entró como desconocida al campo, asuntos clave, las OUS y la situación de los usuarios por forma de adscripción aportaron conocimientos nuevos, generaron otras preguntas y mostraron la necesidad de hacer un tercer momento del trabajo de campo. En síntesis ayudaron a “aprender del tema todo lo posible”.

Tres situaciones explican la fluidez logística –importante porque liberó más tiempo para la lectura y análisis de la información y porque los participantes siempre cumplieron las citas- el hecho de que todas las entrevistas a OUS y grupos focales se realizaran en espacios y lugares seleccionados por los participantes y conocidos por ellos; la estrategia metodológica de contar con líderes coordinadores aceptados y

⁶¹ Con este nombre se conoce el tránsito de pacientes que requieren atención urgente y generalmente en estado crítico, entre una institución de salud y otra sin obtener acceso a los servicios en ninguna, hasta que finalmente fallecen. Esta situación se debe, en la mayoría de los casos, a la negación del servicio por falta de recursos económicos del usuario. Aunque la legislación colombiana considera la atención de urgencias como obligatoria, esa práctica de rechazo a los pacientes es cada vez más frecuente.

reconocidos por los pobladores y con conocimiento del SGSSS y con una auxiliar de investigación de amplia experiencia y; la pertenencia de esta investigadora a una universidad pública que cuenta con credibilidad en las comunidades y en la cual los docentes pueden mantener autonomía o posición crítica frente al sistema de salud. Esas situaciones también explican la otra condición de la comprensión descrita por Morse: "que los participantes estén dispuestos a compartir su mundo".

También el proceso de comprender tuvo tres limitaciones: la primera, la resistencia de los participantes –por miedo, coerción o "conveniencia"- a hablar específicamente acerca de la incidencia de antiguos actores armados en las iniciativas organizativas y en las decisiones de salud en los espacios micro-territoriales de barrios y comunas; la segunda, la conformación de grupos focales con población vinculada con menos asistencia y volumen de información respecto a los otros dos grupos de población asegurada y la tercera, la realización de los talleres de devolución de resultados con la presencia de sólo el 50% de los usuarios participantes en la investigación. Estas limitaciones, sirvieron para concertar con los participantes, el alcance y los límites del anonimato, también se consideraron resultados en el sentido de que son "señales que comunican algo" (Geertz, 1973: 554) por eso son claves para comprender el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios.

2.2. El proceso cognitivo de síntesis: la codificación, el análisis de contenido y la emergencia de los componentes del derecho a la salud desde los usuarios en Medellín.

La síntesis, para Morse(2003:38-39,46), consiste en describir patrones, comportamientos o respuestas del grupo en estudio, crear relaciones, descubrir y explicar variaciones en los datos, es resultado de la codificación y del análisis de contenido y ese proceso se imbrica con la teorización porque va introduciendo reflexiones contextuales o "descripción densa" sobre los datos; toda vez que sintetizar, teorizar y re-contextualizar son los otros tres momentos –además de la comprensión- del proceso de análisis en investigación cualitativa con diferente complejidad y alcance epistemológico.

En esta investigación, la síntesis se expresó en los procesos de codificación y de análisis de contenido realizados a las entrevistas a OUS y a grupos focales, con la consideración de que ambos usualmente se emplean en todos los enfoques de investigación cualitativa (Morse, 2003:46; Coffey y Atkinson, 2003: 31-35). Ese material empírico se transcribió como texto en Word y se procesó en el programa Atlas-ti. La concreción de este proceso fue un primer borrador de resultados a cuya redacción se incorporaron –precisando la fuente- las reflexiones consignadas en las notas de campo y en los memos analíticos y; cuando fue necesario, la información de entrevistas con expertos, gerentes y trabajadores de la salud⁶²

2.2.1. La codificación: reducir y ampliar los datos y crear categorías.

La codificación es el proceso de transformación de los datos, en este caso las veinte entrevistas a OUS y los diez grupos focales de usuarios según su adscripción al SGSSS, en unidades analizables mediante la creación de categorías. En la práctica implica una mezcla de reducción y ampliación de los datos: organizar, descomponer y clasificar las entrevistas por segmentos asignándoles etiquetas o membretes para simplificar y facilitar su recuperación, esto es "reducir", así el investigador puede buscar los datos que están bajo un mismo código y equivale a elaborar índices sobre el texto de los datos. De acuerdo con Coffey y Atkinson (2003: 31, 33-50), utilizar esos códigos o membretes para expandir, reconceptualizar y abrir las posibilidades analíticas de los datos es "ampliar o complicar" los datos. Las categorías, según estos autores, son conceptos de rango superior o de mayor capacidad descriptiva o explicativa, por ejemplo las estrategias desplegadas por los usuarios frente a la no realización del derecho a la salud, en los cuales se inscriben varios códigos o etiquetas, que pueden ser: la reclamación, el endeudamiento, la solidaridad entre vecinos y la intermediación de organizaciones y líderes; estas etiquetas describen o desagregan esas estrategias.

⁶² Esta información fue transcrita pero procesada de otra forma sin el uso de ningún programa de análisis cualitativo.

El proceso de codificación vincula el dato textual o bruto con los conceptos del investigador porque los códigos son “principios organizadores y creaciones de aquel, son herramientas para pensar”, para crear conceptos a partir de los datos, pero no sustituye el análisis, es solo una parte de un proceso más complejo (Coffey y Atkinson, 2003: 31-32, 38), y esa denominación abarca una variedad de enfoques y maneras de organizar los datos cualitativos desde la categorización descriptiva, más cercana a ciertos informes etnográficos y al alcance epistemológico de esta investigación, hasta perspectivas de mayor profundidad analítica que privilegian la expansión y las preguntas a los datos como las de la teoría fundada (Strauss 1987, *apud* Coffey y Atkinson, 2003:59).

2.2.2. El análisis de contenido: relación con la codificación y uso en los enfoques cualitativos.

Sobre el análisis de contenido hay varias definiciones y debates; Krippendorff (1990: 28) lo define como “una técnica de investigación para formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”. Desde principios del siglo XX hasta la década de los sesentas, cuando el análisis de contenido cobró interés para la antropología, la sociología, la psicología y otras ciencias sociales, predominó una concepción y uso de este basado en la objetividad, la reproducibilidad y el uso de técnicas estadísticas (De Souza Minayo, 1995:244); esa concepción se mantiene en autores representativos como Krippendorff (1990),

Un concepto más afín al análisis y procesamiento cualitativo que se realizó en esta investigación es el de Navarro y Díaz (1995: 181-182 *apud* Galeano, 2004: 126) quienes lo definen como un conjunto de procedimientos para transformar el conjunto de datos, en éste caso, las entrevistas y los grupos focales o el “corpus textual”, en un meta-texto analítico producido por el investigador, que articula su intuición teórica con ese “corpus”. Así, las transcripciones de las entrevistas a OUS y a usuarios, y los grupos focales se ordenan y clasifican en diferentes segmentos etiquetados o codificados que describen sentimientos, experiencias, comportamientos y valoraciones frente al derecho a la salud y luego se vuelven a organizar,

adscribiéndolos o agrupándolos en conceptos más abarcadores, como categorías. Ese proceso, antes descrito como reducción y ampliación de los datos –o “detextualización y re-contextualización” para otros autores- hace que se imbriquen el análisis de contenido y la codificación.

Varios autores señalan esa intersección; De Souza Minayo (1995:241) y Morse (2003:46), consideran al análisis de contenido como la forma más usada para el tratamiento de datos en los diversos enfoques de investigación cualitativa y no establecen diferencia explícita entre aquel y la codificación. Coffey y Atkinson (2003: 33-35), asimilan el proceso de reducción de los datos, descrito en la codificación, a “las formas simples de análisis de contenido” descritas por Krippendorff (1990). Para Navarro y Díaz (1995:199-208 *apud* Galeano, 2004:132) la codificación es la forma de instrumentar el análisis de contenido; sin embargo, para todos ellos, los dos procesos son más que operaciones técnicas porque involucran trabajo analítico, intuiciones teóricas o avances interpretativos. Esta investigación opta por esta última perspectiva porque se concreta en una propuesta más flexible y cercana al tratamiento cualitativo y al análisis temático de los datos que se lograron.

Esa elección remite a uno de los debates más polémicos sostenidos por los investigadores acerca de cuál es el del carácter cuantitativo o cualitativo del análisis de contenido. Según Galeano (2004: 124) los seguidores del enfoque cuantitativo defienden la objetividad, precisión y formalización de los análisis de frecuencia y de las técnicas estadísticas y la posibilidad de utilizarlas; mientras los partidarios del enfoque cualitativo, destacan la codificación, categorización y contextualización de la información como sus mayores fortalezas. Arribar a la comprensión de significados de un asunto amplio y difuso como el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios, requiere por la naturaleza del objeto a conocer, un enfoque cualitativo que aunque menos prescriptivo, también tiene reglas y sigue un proceso sistemático como se describe más adelante.

2.2.2.1. Limitaciones del análisis de contenido.

Esa dimensión cualitativa del análisis de contenido también tiene limitaciones. Morse (2003: 46) presenta la crítica de Lincoln al proceso de segmentación y reordenamiento, denominado por Atkinson “detextualización y recontextualización”, implícito en la codificación y en el análisis de contenido: Lincoln considera que esa fragmentación se presta a la reducción de datos en desmedro del enfoque holístico y a ella recurren investigadores atraídos al mismo tiempo por la riqueza de los métodos cualitativos pero que tampoco prescinden de una postura positivista.

Esa limitación es, al mismo tiempo, válida para esta investigación y útil para perfilar su alcance epistemológico: las reglas sistemáticas para el análisis de contenido: las lecturas reiteradas, la codificación y categorización, la identificación de pautas y diferencias entre grupos de usuarios y la inferencia; hicieron posible, parafraseando a Morse, “la emergencia desde el dato” de los temas recurrentes –la organización y movilización social, el acceso a los servicios, el aseguramiento y la exigibilidad jurídica- que configuran el concepto de derecho a la salud para los usuarios. El alcance es fundamentalmente descriptivo y comparativo, pero también intenta en otros momentos analíticos posteriores, correspondientes a lo que Morse denomina teorización y recontextualización, una incursión con rasgos holísticos e interpretativos. Con base en esa aproximación, este trabajo asume y relativiza la crítica de Lincoln.

Diversos autores describen con mayor o menor detalle el proceso a seguir en el análisis de contenido, dependiendo del enfoque, cualitativo o cuantitativo, enfatizan o desagregan uno u otro aspecto. Krippendorff (1990: 70-80) pone el acento en la elaboración del dato: determinación de las unidades de análisis, muestreo y registro en la inferencia como finalidad cognitiva y en la validez como criterio metodológico. Navarro y Díaz (1995: 191-196 *apud* Galeano, 2004:126-130) relevan la codificación y categorización porque son la base de la interpretación y de la inferencia teórica. De Souza Minayo (1995: 264-268), destaca la clasificación de los datos mediante *lectura fluctuante* –interrogativa- y *lectura transversal* – temática y de sentido general, en

tanto el análisis del discurso en clave interpretativa debe dar cuenta del conjunto de relaciones y actores sociales involucrados porque la palabra también es arena de lucha política. Coffey y Atkinson (2003: 31-63) prefieren presentar estrategias contrastantes y complementarias a partir de ejemplos empíricos para descontextualizar y recontextualizar, es decir, reducir y complicar los datos.

Los elementos comunes en todos ellos son: la lectura exhaustiva, la codificación, la categorización y, el trabajo analítico de inferencia, reconocido como una construcción del investigador; allí radica la potencia del análisis de contenido, Ese proceso de tratamiento de las entrevistas a OUS y a usuarios en los grupos focales hasta convertirlas en los temas transversales y diferenciados por forma de adscripción del derecho a la salud, es el que se describe a continuación.

2.2.3. Los criterios de codificación: combinación de objetivos, teoría, conocimiento empírico y códigos en vivo.

En la primera lectura de las veinte entrevistas se decidió iniciar el proceso de codificación, ordenando la información con base en los objetivos de investigación definidos inicialmente:

- Comprender cómo han contribuido los usuarios a la construcción del derecho a la salud en el contexto de reforma, entre 1900 y 2005, en Medellín Colombia.
- Comprender la incidencia de la acción colectiva realizada por las Organizaciones de Usuarios de Salud en la construcción del derecho a la salud.
- Identificar el contenido que los tres tipos de población usuaria (vinculada, subsidiada y contributiva) otorgan al derecho a la salud, y por último,
- Identificar las estrategias puestas en marcha por los tres tipos de población usuaria frente al los cambios en el derecho a la salud generados por la reforma.

Hasta ese momento no se había formulado ninguna hipótesis, criterio sugerido en la literatura (Coffey y Atkinson, 2003: 38), porque no se tenía interés en "comprobar" algo, salvo que pueda entenderse como tal, la intuición de que la experiencia y la

percepción de los usuarios frente a los asuntos enunciados en los objetivos eran diferenciales según la forma de adscripción al SGSSS⁶³.

Aunque se mantuvo el criterio de los objetivos porque resultó útil como un ordenador general, pronto resultó insuficiente frente a la riqueza y densidad de la información; en una nueva lectura del material, se recurrió entonces a *la teoría sobre el derecho a la salud* para adscribir segmentos de las entrevistas a conceptos como la participación social, el acceso a los servicios y la justiciabilidad que en otro momento posterior, ayudarían a configurar las categorías de análisis.

La experiencia de investigaciones anteriores realizadas con usuarios aportó un criterio muy importante: el de los hallazgos empíricos para darle contenido o desagregar esos conceptos, así por ejemplo en el acceso a los servicios, los usuarios desplegaban muchas estrategias para enfrentar las barreras, organizativas, de intermediación con otras organizaciones y actores, de solidaridad comunitaria, de endeudamiento o de resolución en espacios privados.

Simultáneamente emergía de las lecturas reiteradas de los documentos primarios conocimiento nuevo, en algunos casos como respuesta a preguntas directas en los grupos focales y en otros como iniciativa de los entrevistados: por ejemplo, los sentimientos y valoraciones de los usuarios frente al Estado, a los trabajadores de la salud y al SGSSS y las percepciones y experiencias sobre el derecho a la salud diferenciadas por tipo de población usuaria: asegurados subsidiados, asegurados contributivos y población vinculada; y por la comparación entre antes y después de la reforma. Buena parte de estos segmentos en las entrevistas se agruparon y clasificaron con "códigos en vivo" (Strauss, 1987 *apud* Coffey y Atkinson, 2003: 38-39), o sea, con los términos y el lenguaje empleados por los usuarios: así, el derecho a la salud para los asegurados subsidiados es considerado como regalo o como limosna; para los asegurados contributivos es tener derecho por estar pagando; y

⁶³ Hasta ese momento, las experiencias previas de investigaciones con usuarios eran en el tema de acceso a los servicios de salud y dentro de éste, únicamente en población afiliada al seguro subsidiado por el Estado y en población desplazada.

para la población no asegurada es quedar o estar en el limbo⁶⁴. Los códigos en vivo fueron claves para comprender los contenidos del derecho a la salud.

En síntesis: Los criterios de codificación utilizados son una mezcla de los señalados en la literatura (Coffey y Atkinson, 2003: 36-39) y de las circunstancias particulares de esta investigación. Como se ha descrito, se recurrió a la teoría, a conceptos pre-seleccionados tomados de lecturas sobre el derecho a la salud, a los códigos en vivo, a los objetivos de investigación y a los hallazgos empíricos de trabajos anteriores. Todos los criterios respondían a la intención de análisis basada en la reducción y ampliación de los datos, aunque esa articulación entre los propósitos teórico y fue tomando forma a medida que el proceso de codificación, categorización e inferencia teórica avanzaba, por eso los códigos fueron modificados reducidos, reagrupados y fusionados varias veces.

2.2.4. El proceso de codificación y categorización

Se toma como ejemplo las diez entrevistas a OUS para ilustrar éste proceso

2.2.4.1. La codificación de unidades de significado: las descripciones sobre el derecho a la salud.

Las lecturas iniciales mostraron una variedad de aspectos muy amplios, entre otras razones porque, aunque se utilizó una guía semi-estructurada para la recolección de la información, no había ninguna pregunta específica sobre el derecho a la salud; sólo se indagó por la conformación, los aspectos organizativos, las actividades, logros, dificultades y propuestas para cada OUS. Se fragmentaron las entrevistas asignando frases cortas o palabras clave por segmento, utilizando los diferentes criterios antes descritos. Por ejemplo, en un solo aspecto: el de las actividades realizadas por las OUS, se encontraron las veedurías ciudadanas, las marchas de protesta, las acciones en torno a las necesidades de la población, el acompañamiento a usuarios para resolver una necesidad en salud, las iniciativas de

⁶⁴ Estar en el limbo hace referencia a quedar en la incertidumbre por no tener ninguna cobertura en salud, ni vinculación permanente al sistema.

capacitación en derechos, las peticiones de exigibilidad del derecho a la salud y muchas otras actividades de diferente alcance.

Pero además se nombró o etiquetó con frases o palabras muchos aspectos en los segmentos: sentimientos y valoraciones frente al Estado o al SGSSS, respuestas de esas instancias ante las demandas de los usuarios y articulación con otras organizaciones. Estos primeros códigos configuraron un panorama todavía muy amplio y descriptivo de las OUS, pero aún no había un trabajo analítico que permitiera adscribir o “atribuir” esas descripciones a la perspectiva de la gente frente al derecho a la salud. Se realizó el mismo proceso para organizar la información producto de los grupos focales. Ese primer paso corresponde a la identificación de unidades de registro: *un segmento de contenido situado en una categoría* (Holsti, 1969: 116 *apud* Krippendorff, 1990: 84) también llamadas *unidades de significado* (Miles y Huberman, 1994: 56 *apud* Coffey y Atkinson, 2003: 33).

2.2.4.2. La creación de categorías: re-codificación y búsqueda de conceptos más incluyentes.

Un segundo momento de este proceso mediado por re-lecturas de las entrevistas y modificaciones en los códigos mostró una doble carencia: con la codificación y con el manejo de un gran volumen de información. Respecto a la primera, algunos códigos debían desagregarse más porque contenían demasiada información y otros estaban asignados a muy pocos segmentos en el conjunto de entrevistas. Así era necesario, por ejemplo detallar qué motivaba las marchas de protesta: el cierre de instituciones públicas de salud, la crisis del seguro social, el carácter excluyente de la focalización; pero al mismo tiempo la larga lista de necesidades de la población descrita por las OUS podía reducirse y agruparse en una clasificación más simple: necesidades de promoción y prevención, de cobertura del aseguramiento, de saneamiento ambiental y de recursos económicos para sufragar los gastos de atención.

El gran volumen de información evidenció otra carencia: la de conceptos o categorías más elaboradas e incluyentes para clasificar y agrupar las *unidades de significado* indexadas con los códigos. Continuando con el ejemplo de las actividades realizadas

por las OUS y acudiendo a la teoría sobre derecho a la salud, SGSSS y políticas de salud, se generaron tres conceptos para ese propósito: elementos del derecho a la salud, elementos de la política pública y necesidades colectivas. En el primero se agruparon las actividades relacionadas con la exigibilidad jurídica o institucional del derecho a la salud, con la participación social, con la formación ciudadana en deberes y derechos y con el acompañamiento a usuarios para resolver una necesidad en salud. En la política pública se incorporaron las marchas de protesta, las denuncias y debates públicos, la articulación con otras organizaciones que fuesen motivadas por cambios en la política o en las decisiones institucionales de salud y, en las necesidades colectivas se incluyó la participación en proyectos de desarrollo social y las actividades para la obtención de infraestructura y servicios de salud en una comunidad.

Este mismo proceso se realizó con las otras unidades de significado las cuales se clasificaron bajo otros conceptos: por ejemplo códigos como el ignorar, incumplir o no resolver las peticiones de los usuarios se clasificaron bajo el concepto de *respuestas del sistema de salud*; la impotencia, la pena, la rabia, la humillación como *sentimientos frente al Estado, al sistema de salud y a otros actores sociales en las comunidades*. Así el perfil de las OUS a partir de las entrevistas fue agrupado en cinco conceptos o categorías:

- Acciones realizadas
- Necesidades en salud
- Respuestas
- Relaciones con otros actores y
- Organizaciones y sentimientos

Las operaciones cognitivas de codificación y categorización descritas se aplicaron también a las entrevistas con usuarios en grupos focales y permitieron identificar los temas recurrentes transversales, para todo tipo de usuarios, y específicos, según forma de adscripción al SGSSS del derecho a la salud y construir en un momento analítico posterior, al que Morse llama "teorización" y los analistas de contenido

"inferencia e interpretación" los capítulos de resultados. El proceso cognitivo de síntesis terminó cuando no emergieron más categorías (Morse, 2003:46).

Este segundo momento del análisis de contenido se concreta en una red o mapa de códigos, sub-categorías y categorías e implica un esfuerzo analítico mayor porque acude a la teoría, identifica relaciones y perfila los temas emergentes o críticos del derecho a la salud. Krippendorff (1990: 85-87) y Navarro y Díaz (1995: 191-196, *apud* Galeano, 2004:127-129) lo denominan creación de unidades de contexto, y Coffey y Atkinson (2003. 33-39) descontextualización y recontextualización de los datos. El procedimiento común subyacente en las diferentes denominaciones es la adscripción o ubicación de unidades de registro, códigos o unidades de significado en conceptos más elaborados denominados unidades de contexto o categorías mediante reducción y ampliación de datos. Habría que reducir el texto a lo que en específico se hizo aquí al respecto y dejar la discusión teórica para otros momentos y espacios.

2.2.5. Balance del proceso cognitivo de síntesis; los temas relevantes del derecho a la salud para los usuarios.

Aunque el análisis de contenido va más allá de la codificación porque incorpora la inferencia y la interpretación, se describen estas tareas más adelante al abordar la teorización y la recontextualización como los otros dos procesos cognitivos propuestos por Morse para el análisis cualitativo. En esta investigación la síntesis fue útil para identificar "patrones" (Morse, 2003: 38) o "temas relevantes" (De Souza Minayo, 1995: 266), como por ejemplo, el aseguramiento y el pago por servicios como elementos definitorios del derecho a la salud para todos los usuarios. También permitió establecer las variaciones porque aunque la exigibilidad del derecho, el acceso a los servicios y la organización social en torno a la salud como asunto de interés público marcan el derecho a la salud en el contexto de la reforma, tienen diferente significado y apropiación por los usuarios, según el tipo de adscripción al sistema de salud. En resumen, el proceso de síntesis cumplió los propósitos cognitivos descritos en la literatura.

Sin embargo, en éste trabajo, tal proceso fue más un ir y venir entre códigos, categorías y subcategorías que una construcción de abajo hacia arriba: la descripción, el análisis y la teorización se superponían con diferente alcance aunque con primacía de la primera. Tampoco es el resultado de una receta, corresponde a un análisis temático (Galeano, 2004; De Souza Minayo, 1995), afín a la investigación cualitativa y a la búsqueda de temas relevantes ya descrita. Requirió comparación constante para cotejar diferencias y similitudes en los datos hasta la saturación, o sea, hasta que no emergieran datos nuevos (Morse, 2003: 46-47). Las facilidades para hacerlo fueron la consistencia y recurrencia de los temas claves desde las primeras entrevistas, la utilización de criterios plurales de codificación, el conocimiento empírico aportado por las experiencias investigativas anteriores a esta y las lecturas teóricas.

Las dificultades fueron las escasas investigaciones encontradas desde la perspectiva de los usuarios; un volumen muy grande de códigos, esto hizo más compleja la tarea de reducción de la información pero también llevó a la elaboración de un índice o guía de códigos y el tener dos tipos de información recolectada con instrumentos y preguntas diferentes: por un lado, la de las OUS, y por el otro, la de los usuarios por forma de adscripción.

Para este trabajo, el proceso cognitivo denominado "síntesis" fue un ejercicio de reflexividad en la búsqueda de sentidos a partir de las narrativas de los pobladores en los grupos focales y en las entrevistas a las OUS. Más que una herramienta de sistematización de la información empírica, fue una reflexión teórico-analítica sobre el objeto de estudio y un ejercicio creativo de construcción de un sistema conceptual.

2.3. Teorizar y re-contextualizar: mapas conceptuales, contexto y contenido del derecho a la salud para los usuarios.

Estos son los otros dos momentos cognitivos que completan el análisis cualitativo. Morse define la teorización como:

“El proceso de construir explicaciones alternativas y de cotejarlas con los datos, es desarrollar y manipular constantemente esquemas conceptuales hasta desarrollar el mejor (...) es la fase de organización del análisis y emerge a partir de la comprensión y síntesis de los datos” (...) Recontextualizar es desarrollar teoría emergente aplicable a otras localidades y poblaciones” (Morse, 2003: 40-42, 47).

Dado que en la práctica, los dos procesos se imbrican, aquí se abordan en un solo momento cognitivo con varias fases.

En esta investigación, ese proceso de teorizar se expresa en la forma de construcción y organización de la información de resultados: Aunque desde la codificación, re-codificación y categorización hay un re-ordenamiento de la información, en éste momento se hizo un trabajo más sistemático de descontextualización y re-contextualización porque si bien los datos ya estaban segmentados, extraídos de su contexto original, también el análisis temático proporcionó “porciones comprensibles por si mismas y lo bastante grandes para ser significativas” (Tesch, 1990: 121 *apud* Coffey y Atkinson, 2003: 36); esto implicó al mismo tiempo, sacar los datos del contexto original y también, retener su sentido.

Por ese proceso al que Tesch llama descontextualización, se afinaron y redujeron las categorías, integrándolas en conceptos más amplios, mediante la elaboración de tres mapas conceptuales, éstos relacionaban, para las OUS y para los usuarios, según forma de adscripción, diferentes categorías:

- El primero, exploraba los vínculos entre necesidades en salud, acciones realizadas y su espacio de resolución, participación, respuestas de las instancias ante las cuales se tramitan las necesidades y relaciones que se establecen.
- El segundo cruzaba necesidades con percepciones frente al derecho a la salud, estrategias desplegadas por los usuarios y las acciones ya descritas.
- El tercero relacionaba las percepciones con las barreras de acceso a los servicios, los sentimientos y las valoraciones.

Las categorías a vincular en los mapas, se definieron con base en las lecturas reiteradas de los datos, en criterios teóricos, en comparaciones entre segmentos y en intuiciones y expresan ese proceso continuo y riguroso de especulación, conjetura, verificación, selección, revisión y descarte de que habla Morse.

Sin embargo, la preocupación más urgente no era la búsqueda de generalizaciones y de conexiones emic-etic, propósitos propios de este momento analítico, según la literatura, sino de una ruta conceptual para escribir los hallazgos. Sólo cuando se empezó el proceso, se comprendió que los mapas y categorías ya eran interpretaciones porque vinculaban segmentos de los datos con conceptos, generaban nuevas preguntas, mostraban temas reiterativos, transversales y diferenciales del derecho a la salud. En resumen: las categorías se habían convertido, como lo dicen Hammersley y Atkinson, en *un esquema teórico* (1983:180 *apud* Boyle, 2003: 211-212), en el cual empezaba a tomar forma una organización de resultados.

Definir categorías para agrupar resultados supuso un trabajo que Tesch llama recontextualización, es decir de reorganización de segmentos, agrupándolos bajo encabezados temáticos, esto les dio un nuevo contexto: surgieron inicialmente cinco temas:

- La organización y movilización social en torno al derecho a la salud.
- Las valoraciones de los usuarios acerca de ese derecho antes y después de la reforma.
- Las barreras de acceso y las estrategias para enfrentarlas.
- La exigibilidad jurídica y
- La focalización.

En la re-escritura se mantuvieron los temas reduciéndolos a cuatro capítulos porque la focalización quedó como un eje transversal integrado a cada uno. Todo esto significó prescindir de alguna información pero permitió también ganar en la delimitación de los temas enunciados (Coffey y Atkinson, 2003:54). El teorizar se expresó aquí en tres momentos de diferente alcance:

- **El primer momento**, cuando la escritura de resultados mostró la necesidad de crear conexiones entre el dato empírico y la teoría que pudiese explicarlo, se trataba de construir los vínculos emic-etic por medio de las fuentes secundarias para hacer inteligible la información de las entrevistas. Retomando el ejemplo de la organización y movilización en las OUS en torno al derecho a la salud para entender el alcance de las actividades realizadas, se requería un contexto teórico acerca de la acción colectiva a fin de clasificar aquellas en acciones político-institucionales, acciones políticas de interés público y acciones institucionales. El mismo procedimiento se siguió en la construcción de los otros grupos de resultados.
- **El segundo momento**, corresponde a la identificación de pautas, variaciones, secuencias de características y conjeturas con los datos de las entrevistas ya inscritos en las categorías, para definir los elementos transversales, comunes para todos los usuarios, y específicos, según forma de adscripción, en cada uno de los cuatro grupos de temas descritos: se trataba de alcanzar alguna generalización, en la perspectiva señalada por Wolcott (1985:138) y Geertz (1973: 562) de teorizar con los casos o a partir de observaciones modestas, así los hallazgos sean particulares.

Aquí la teoría se construye y sustenta con las historias y narrativas de los informantes y se pone a prueba con las entrevistas, los talleres de devolución de resultados y la observación de la tercera fase del trabajo de campo, en una especie de muestreo teórico. Continuando con el ejemplo, con las entrevistas a OUS, se identificaron como criterios diferenciadores el ámbito de acción: institucional, micro-territorial, local, y el alcance de las actividades realizadas (políticas, institucionales y de interés público) para definir cuatro tipos de OUS en Medellín, en las cuales una generalización es que la autonomía, entendida como tener un proyecto propio y articular su perfil de acción en torno a este, esta ligada al alcance político de las acciones.

- **El tercer momento** es la interpretación, si bien en los procesos cognitivos anteriores: comprender, sintetizar y teorizar; ya hay un trabajo interpretativo

–más sistemático y claro en éste último- aquí se refiere a la “inferencia” o “atribución” descrita por los etnógrafos y que en esta investigación es apenas un intento, no se pretendió construir una teoría del comportamiento cultural frente al derecho a la salud sino realizar un análisis de resultados que en algunos casos logra “forzar la teoría a un nivel de abstracción” (Morse, 2003: 47). Por ejemplo, una de esas interpretaciones plantea que las acciones realizadas por las OUS -a pesar de las diferencias en la autonomía- han configurado una red invisible de apoyo a los pobladores que ha terminado mediando en la realización del derecho a la salud, ante los vacíos del Estado.

Otras interpretaciones llevan a construir las trayectorias del acceso a los servicios para cada grupo de población usuaria, a caracterizar y diferenciar las iniquidades en salud a partir de la profundización de la segmentación del derecho y a atribuir a la exigibilidad jurídica, vía tutela, una doble connotación: de protesta y de construcción de ciudadanía.

En todo caso, esas interpretaciones están abiertas al debate porque representan, como dice Wolcott “el trabajo altivo de proponer afirmaciones sobre las suposiciones y expectativas mutuamente comprendidas que guían el comportamiento” (1985:132); no representan “resultados aplicables” a otras poblaciones o localidades, sino la intencionalidad de allegar elementos para comprender esa mirada.

Así, los tres momentos de los procesos cognitivos de teorización y re-contextualización dan cuenta de cómo se estructuraron los capítulos de resultados en esta investigación, a partir de los datos de las entrevistas y del trabajo de campo.

3. El apoyo de fuentes secundarias.

Las fuentes secundarias utilizadas en esta investigación fueron claves en tres direcciones:

En el tema de la reforma: para conocer sus determinantes genéricos, fundamentos teóricos, las políticas públicas a que da lugar, el diseño técnico del pluralismo estructurado propuesto para la reforma colombiana y su concreción en contenidos del derecho a la salud y en un plano más específico, el seguimiento empírico de los temas críticos, por ejemplo el aseguramiento, en Colombia y Medellín.

En el tema del derecho a la salud: para comprender el ordenamiento internacional y los acuerdos y pactos suscritos por Colombia porque son un criterio para definir los componentes más vulnerados de ese derecho; para conocer los contenidos del derecho inicialmente definidos por la ley 100 y su modificación con la puesta en marcha de las políticas de salud; para documentar el contenido del derecho antes de la reforma y los factores históricos que han incidido en su configuración, en el caso colombiano; para allegar elementos de la teoría jurídica a fin de acotar definiciones como la justiciabilidad, el mecanismo de tutela, el concepto de derecho humano fundamental y la fundamentación de los derechos sociales.

En la selección de conceptos teóricos de las ciencias sociales, entre otros, los de acción colectiva, resistencia, construcción social del derecho, esfera pública, requeridos para la definición del concepto “el derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios” y para definir categorías de análisis de la información empírica en función de los objetivos de investigación.

Las fuentes consultadas fueron:

Investigaciones, ensayos y trabajos teóricos y empíricos sobre reforma a la salud, sobre los conceptos teóricos de las ciencias sociales mencionados y, sobre derechos desde la perspectiva de los actores, legislación nacional e internacional sobre derechos sociales y derecho a la salud, archivo de prensa, informes de gobierno y de organizaciones de la sociedad civil y trabajos sobre temas o componentes específicos del derecho, por ejemplo, el acceso a los servicios de salud o la tutela.

La revisión de fuentes secundarias se integró a este reporte de diversas maneras:

En la delimitación de los conceptos y categorías de análisis y, en la revisión de literatura con los cuales se construyó el marco teórico; en la elaboración de los contextos de investigación y del entorno del problema y; en el análisis de resultados y en las conclusiones. Todo esto permitió la re-construcción y análisis de las preguntas de investigación desde diferentes disciplinas, acercamiento epistemológico que ha caracterizado la construcción del conocimiento en salud colectiva y en el cual un problema empírico es filtrado por la teoría (Duarte, 2007: 24-25).

A modo de síntesis:

La combinación creativa de instrumentos, formas y recursos para extraer y analizar los elementos muestran más elocuentemente el recorrido por el mundo de los usuarios de los servicios de salud en Medellín y de su perspectiva frente al derecho a la salud. Aquí juega un importante papel lo que Wright Mills (1987) en su clásico libro, *la imaginación sociológica*, denomina "la artesanía intelectual" donde convergen el análisis y la sistematización de fuentes secundarias y la combinación de las técnicas del trabajo de campo, de observación, de recolección de información en fuentes primarias a través de entrevistas y grupos focales, las conversaciones casuales con pares, funcionarios y líderes sociales integrando así, voces, estrategias y diálogos entre disciplinas para lograr aprehender lo observado, vivido, descrito y narrado.

De esta manera se ha mostrado con este recorrido que si alguna metodología es especialmente reflexiva de forma reiterada y permanente es sin duda la cualitativa, especialmente porque se sabe que en ciencias sociales y en salud la investigación no es un proceso neutral; desde el planteamiento inicial, éste trabajo partió de formas específicas de ver y de abordar el mundo desde la salud colectiva y desde su compromiso con un derecho a la salud universal y equitativo en términos de inclusión y de una justicia sanitaria basada en las necesidades de la población y en la integralidad de la atención.

SEGUNDA PARTE

LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV

RESULTADOS LA ACCIÓN COLECTIVA EN LAS ORGANIZACIONES DE USUARIOS DE SALUD –OUS- Y EL CONTENIDO DEL DERECHO A LA SALUD PARA LOS USUARIOS

En este capítulo se presentan los resultados de diez entrevistas realizadas a las OUS, las cuales responden al primer objetivo específico de investigación de comprender la incidencia de la acción colectiva en salud, en la construcción del derecho a la salud a través de las acciones realizadas por los usuarios en los espacios sociales y políticos.

También se presenta una parte de la información recolectada en diez grupos focales para dar cuenta del segundo objetivo de investigación que es identificar el contenido que los usuarios, según su forma de adscripción al SGSSS –afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo y población vinculada- le atribuyen al derecho a la salud.

Se hace una descripción de los resultados, en algunos casos argumentada con fragmentos de la información obtenida en entrevistas y grupos focales y al final se presenta una síntesis.

1. La acción colectiva en las OUS*

1.1. Perfil de las organizaciones de usuarios de salud en Medellín en 2005 (Cuadro 2).

El perfil se obtuvo de un censo realizado en 1995 para ésta investigación, en el cual se clasificaron cuatro clases de organizaciones originadas en disposiciones legislativas, en iniciativas ciudadanas y en la fusión o alianza con otras organizaciones.

* La acción colectiva se define en el marco teórico con base en el concepto de “públicos sub-alternos” de Nancy Fraser para referirse a grupos sociales excluidos o con poco poder.

1.1.1. Las asociaciones de usuarios de Empresas Sociales del Estado.

Las asociaciones de usuarios de las Empresas Sociales del Estado –ESES-^{*} fueron conformadas por decreto del gobierno nacional, para reglamentar la participación en salud establecida en la Ley 100/93 que les define un ámbito de acción en la institución pública a la cual están adscritas con funciones de representación de los usuarios en juntas y comités establecidos normativamente, de conformación de veedurías sobre prestación de servicios y de comunicación y mediación con los usuarios de la base representada.

Sin embargo, las acciones institucionales van más allá de los límites normativos: participan en la ejecución de programas de salud, hacen recorridos para conocer quejas y opiniones de los usuarios y hacen acompañamiento, mediación y asesoría a los usuarios para el acceso a los servicios y para la exigibilidad del derecho a la salud vía tutela.

Pero también realizan acciones políticas dirigidas a defender las instituciones de la red pública de servicios, –exigiendo el respeto a mecanismos de regulación-⁶⁵, a mantener la unidad de empresa de la ESE más grande de la ciudad y a evitar el cierre de puntos de atención –mediante la protesta y la denuncia pública- con el argumento de que son las únicas instituciones que históricamente han atendido a la población pobre.

Otras acciones políticas de interés público son la participación en el debate de asuntos críticos de salud en la ciudad^{*} la asesoría para la conformación de otras

* Las Empresas Sociales del Estado corresponden a la transformación institucional, jurídica y administrativa, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- creado con la reforma, de los hospitales o instituciones públicas de salud del antiguo Sistema Nacional de Salud.

⁶⁵ Las instituciones prestadoras de servicios –IPS- públicas además compiten entre sí y con las IPS privadas por contratar con las aseguradoras o Empresas Promotoras de Salud –EPS- la prestación de servicios a la población asegurada. La acción de los usuarios ha defendido la contratación preferencial como norma reguladora que establece la obligación de los aseguradores de contratar el 60% de la capitación total del régimen subsidiado con IPS públicas.

* Por ejemplo, en la Comisión Accidental de Salud: un espacio de debate político local conformado por el órgano de gobierno legislativo local –Concejo Municipal-.

asociaciones de usuarios y la reclamación de programas de salud pública; sin embargo no se oponen al conjunto de la ley 100 sino a los efectos descritos.

En estas OUS también hay una relación dual con la institución y con los usuarios: por ejemplo, ayudan económicamente a estos últimos cuando no pueden pagar la atención o solicitan mediación para resolver alguna necesidad, pero al mismo tiempo los presionan para que paguen; apoyan políticas de re-estructuración de la red pública y protestan para mantenerla abierta. Un ejemplo en esta narración de una OUS:

Es frecuente que los usuarios no paguen, aunque tengan los medios: los ve uno en la cafetería comiendo, o hablando por celular o yéndose para la casa en taxi, en los casos en que no tienen les hacemos un poco de fuerza, [se refiere a retenerlos, demorando la salida después de la orden de egreso] a ver si pagan algo y luego los dejamos ir (...) Hacemos apoyo a los usuarios para conocer el sistema, diligenciar los documentos para la atención y colaborarles para regresar cuando son de provincia y no tienen plata para el pasaje ENAU- LM

Este perfil es común a todas las asociaciones de usuarios de las ESES, está definido en buena medida por la norma y los límites institucionales a la autonomía. Por eso, para algunos de sus miembros los logros alcanzados son limitados, pero para otros, el reconocimiento institucional de la asociación –mediado por luchas y presiones- es valorado como logro.

1.1.2. Las asociaciones de usuarios del seguro social estatal*

Representan una parte de la población trabajadora afiliada –régimen contributivo- También su adscripción y ámbito de acción es fundamentalmente institucional, pero ponen de presente una problemática distinta a las anteriores por ser la expresión de una institución en crisis y actualmente en proceso de privatización**; al igual que las

* El seguro social público, organizado durante el periodo del Estado de Bienestar, correspondía al esquema de seguridad social para los trabajadores y sus familias, puesto en marcha en América Latina. En Colombia, en el marco de la reforma, se transformó en tres instituciones: una empresa aseguradora pública, denominada "EPS, seguro social" siete Empresas Sociales del Estado, que agrupan y organizan la red y la prestación de servicios una Empresa que maneja los riesgos laborales y las pensiones. Para efectos de este trabajo, interesan las dos primeras que son las que han conformado asociaciones de usuarios.

anteriores, se conformaron siguiendo la disposición normativa y tienen un perfil de acción institucional, pero la diferencia está en el énfasis político de interés público de las actividades realizadas con marchas de protesta para impedir el cierre de instituciones o servicios, denuncias públicas a través de los medios de comunicación y debates abiertos a la ciudadanía y a los usuarios frente a la crítica situación de la seguridad social pública en Colombia y en Medellín. Otra diferencia tiene que ver con la búsqueda de unidad o articulación organizativa para hacer visible el carácter estructural de la crisis financiera del seguro social, aunque estas acciones son consideradas "ineficaces" y así lo expresan:

Nosotros hacemos denuncias a la opinión pública a través de los medios de comunicación y de foros y debates con los trabajadores de la salud, los afiliados y el público en general acerca de la falta de financiación y de pago oportuno entre aseguradores y prestadores, de los problemas de atención que vulneran el derecho a la salud y de la intencionalidad expresa del actual gobierno nacional para acabar con la prestación de servicios del seguro social para dejarlo sólo como aseguradora que contrate con prestadores privados. Estas acciones han sido ineficaces porque no han resuelto ninguno de los problemas enunciados ni han sensibilizado a la opinión pública ni a los propios afiliados del seguro ENAU-ESERUU.

La acción colectiva en estas asociaciones está marcada por la crisis del seguro social público colombiano y tiene una fuerte impronta política opositora a la ley 100/93 y en general al SGSSS a raíz de la puesta en marcha de la reforma. Por su composición –profesionales de la salud, jubilados, algunos sindicalistas- allí convergen personas informadas acerca del carácter estructural de los cambios en la política de salud, trabajadores que han visto recortados sus derechos laborales o que tienen una trayectoria de participación más autónoma.

1.1.3. Las mesas de trabajo en salud –MTS-.

Las mesas son espacios organizativos, de debate y de generación de propuestas que surgieron ligadas al ámbito territorial de las zonas de la ciudad e inscritas en procesos de planeación de abajo hacia arriba* de acción colectiva más autónoma

** Al momento de las entrevistas en la primera fase del trabajo de campo la EPS y la ESE del seguro eran públicas. En enero de 2007 el gobierno nacional ordenó la transformación del seguro social ofreciendo a aseguradoras mixtas -cajas de compensación- el 51% de las acciones.

* Medellín está dividido en 6 zonas y en 16 comunas. En la segunda mitad de la década del noventa, se iniciaron en la ciudad procesos de planeación zonal, con el fin de integrar las necesidades y

porque no tienen una adscripción formal a ninguna institución- han desarrollado su acción colectiva en salud con el acompañamiento de organizaciones no gubernamentales –ONG-; empiezan a organizarse en torno al tema de salud, a finales de los noventa por los cambios ocurridos en el derecho a la salud, especialmente en las zonas más pobres; su adscripción es territorial y su acción pública se construye principalmente a partir de las necesidades colectivas en sus zonas de influencia, todas ubicadas en poblaciones pobres, en especial la lucha por la inclusión en el seguro subsidiado sustentada en la crítica a la estrategia de focalización y por mantener los programas de prevención y promoción en salud pública, también se han unido a las protestas públicas, marchas y presiones a políticos para evitar el cierre o la separación de entidades públicas de salud; su posición explícita de apoyo o rechazo a la ley 100 de 1993 es variable. Un ejemplo es el narrado aquí:

(...) Lucha por una clasificación socio-económica realista de la población de la zona en la focalización, que considere la pobreza de un amplio sector desprotegido para ser incluido en el régimen subsidiado, es una lucha por bajar la estratificación socio-económica. Vamos a invertir una parte de los recursos del presupuesto participativo otorgados a la mesa, en investigar las condiciones de los grupos y zonas de la comuna que no son censados: minusválidos, trabajadoras sexuales y sus hijos, población considerada pobre para los habitantes de la zona pero no para el gobierno. ENMS-C4.

1.1.4. Las organizaciones de segundo orden:

Éstas corresponden a instancias conformadas por varias organizaciones o grupos y son una asociación de usuarios de servicios de salud –ASUDESSA- que busca agrupar a todas las asociaciones de usuarios y; las veedurías en salud, pequeños proyectos organizativos, articuladas transitoriamente para hacerle seguimiento a micro-procesos de política pública o de prestación de servicios*.

propuestas de esos territorios urbanos a la planeación del desarrollo de la ciudad. En ese proceso se conformaron mesas de trabajo sobre diferentes temas, entre ellos salud.

* Se indagó la visión de conjunto a dos años de puesto en marcha un proceso de acompañamiento a esa experiencia, realizado por una ONG de la ciudad con la financiación de una agencia de cooperación internacional.

ASUDESSA se articula en torno a la defensa de la salud como derecho fundamental y eso implica, para ellos, la sustitución de la ley 100 y el uso de la protesta pública; mientras las veedurías actúan dentro de límites jurídicos⁶⁶ y se definen dentro de la construcción de ciudadanía a través de la calificación organizativa y del acompañamiento y la formación para realizar seguimiento –con consultas a la población- a aspectos críticos del sistema de salud, de la prestación de servicios, de la política pública y del derecho a la salud, todos propuestos por iniciativa de los usuarios.

1.2. Acciones realizadas por las OUS y sus espacios de trámite y resolución.

Las OUS realizan principalmente acciones de contenido y alcance político y en menor medida acciones en el ámbito de las instituciones.

1.2.1. Las acciones políticas.

El principal eje de organización y movilización de las OUS a través de denuncias o debates públicos con el gobierno local y de solicitudes individuales es la lucha por *la inclusión en el seguro subsidiado* porque la queja más frecuente de usuarios y pobladores es que la focalización los clasifica como menos pobres de lo que realmente son o los deja por fuera. Un segundo eje es *la defensa de las instituciones públicas* que ha logrado convocar a otros actores –ONG, representantes del gobierno local, movimientos sociales- y pobladores y que logró mantener la unidad de empresa de la ESE pública más grande de la ciudad y aplazar la privatización del seguro social, convirtiendo uno de los efectos más críticos de la reforma en un asunto político de interés público.

⁶⁶ Las veedurías ciudadanas según la Ley 850 de 2003, Artículo 15 tienen funciones de vigilancia, petición y recepción de información de interés público, comunicación y denuncia. Vigilan la planeación, la ejecución presupuestal, el proceso de contratación, y la gestión; reciben informes y sugerencias de ciudadanos y organizaciones y a su vez piden información a interventores, supervisores, contratistas, ejecutores y autoridades contratantes; comunican a las autoridades y a la ciudadanía los avances y resultados de su actividad y denuncian irregularidades de los funcionarios.

Otros asuntos han sido las *iniciativas de formación en temas de "ciudadanía y democracia"* en la ley 100 y en el derecho a la salud -no ligadas a la oferta de capacitación de las instituciones del sistema de salud-; la consecución de *proyectos de desarrollo social o de investigación* para resolver necesidades comunitarias, en general o para grupos específicos de población vulnerable o excluida y; la demanda a las autoridades sanitarias por la disminución e insuficiencia de *programas de salud pública*, especialmente en las zonas más pobres de la ciudad canalizadas a través de solicitudes al gobierno local y a las ONG.

En algunos casos, las OUS expresan el conflicto político de la ciudad disputando antagónicamente sus propuestas porque actores como los paramilitares desmovilizados* buscan cooptar a sus integrantes o penetrar esas organizaciones: así lo señala un miembro de una mesa de salud:

Ellos, ahora desmovilizados, para lanzar su propuesta política necesitan una institucionalidad que los legitime, a través de las corporaciones que están montando en Medellín y en la zona, por ejemplo, con énfasis en el empleo. Están construyendo su plataforma política, ahí las zonas nor-oriental y centro-oriental y en general, la zona norte son claves de tiempo atrás porque han aportado para el narcotráfico, pero en lo político eso apenas se está configurando pero es lo que está en juego hoy y le apuestan a penetrar organizaciones y a comprar liderazgos, otra estrategia es aliarse con el poder. ¿Por qué los liderazgos tradicionales terminan aliándose con los paramilitares? Porque han perdido poder, la gente que los apoya, cree que estar del lado de ellos les da más importancia y poder: salió [de la mesa de salud] "x", neutralizaron a "y" e intentan ganar a "z" En la mesa están los dos sectores en la coordinación, pero hay que trabajar restándoles importancia, no les vamos a entregar lo que se ha hecho desde hace rato en bandeja de plata. ENMS-C4.

* Desde 2003 en la ciudad, por disposición de una ley nacional, se inició un proceso de desmovilización de los paramilitares, inicialmente organizados para enfrentar a la guerrilla, pero que terminó teniendo amplio control territorial y social en algunas zonas de la ciudad.

Cuadro 2 Perfil de las Organizaciones de Usuarios de Salud de Medellín 2005

TIPO DE ORGANIZACIÓN	PERFIL DE LAS ACCIONES REALIZADAS	CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORES Ó ESPECÍFICAS
<p>ASOCIACIONES DE USUARIOS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO -ESES-</p>	<p>ÁMBITO: Especialmente Institucional.</p> <p>ACCIONES INSTITUCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Representar a los usuarios ante juntas y comités según norma del SGSSS - Ejecución, programas institucionales - Trámite de quejas de usuarios <p>ACCIONES POLÍTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesoría a usuarios en exigibilidad de derechos y organización de OUS - Defensa de IPS Públicas 	<p>PERFIL: preferentemente institucional</p> <p>DUALIDAD: Entre la defensa de intereses institucionales y los de los usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACCIONES POLÍTICAS DE INTERÉS PÚBLICO: menor alcance, visibilidad y autonomía. - NECESIDADES COLECTIVAS: no hay acciones.
<p>ASOCIACIONES DE USUARIOS DEL SEGURO SOCIAL</p>	<p>ÁMBITO: Institucional/político</p> <p>ACCIONES INSTITUCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trámites, quejas, solicitudes y usuarios - Representar usuarios ante junta directiva y comités <p>ACCIONES POLÍTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesoría usuarios en exigibilidad - Marchas, denuncias públicas, debates, situación ISS, cierre instituciones - Articulación organizativa 	<p>PERFIL: institucional.</p> <p>ACCIONES POLÍTICAS: -Énfasis en acciones de interés público.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulación con otras organizaciones y gremios - Ejes articuladores de acción: •Crisis Seguridad Social Pública •Oposición a la ley 100/93 - NECESIDADES COLECTIVAS: No son eje articulador
<p>MESAS DE TRABAJO EN SALUD</p>	<p>ÁMBITO: Comuna micro-territorio</p> <p>ACCIONES POLÍTICAS INTERES PÚBLICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protestas, presiones, marchas: situación instituciones públicas <p>ACCIONES INSTITUCIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trámite atención usuarios 	<p>PERFIL: territorial en su área de influencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escasas actividades institucionales - NECESIDADES COLECTIVAS: Énfasis en éstas. - Presentan iniciativas poblacionales al gobierno local - Mayor autonomía - Heterogeneidad en apoyo o desacuerdo frente a reforma
<p>ORGANIZACIONES DE SEGUNDO ORDEN</p>	<p>ÁMBITO: Toda la ciudad</p> <p>ACCIONES POLÍTICAS INTERES PÚBLICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulación y calificación organizativa - Defensa derecho fundamental a la salud -Protestas, aspectos críticos del SGSSS -Formación en ciudadanía -Acompañamiento a iniciativas poblacionales de veeduría 	<p>PERFIL: de ciudad, local y área metropolitana</p> <ul style="list-style-type: none"> -Énfasis en formación de ciudadanía y en fortaleza y unidad organizativa - Mayor autonomía - Apoyo y oposición a la reforma variables

1.2.2. Las acciones institucionales:

Las instituciones ofrecen a las OUS y en algunos casos, a la población en general, capacitación en aspectos legales y de funcionamiento del SGSSS –porque también es una obligación legal- pero esta oferta con frecuencia no coincide con las expectativas o necesidades de las organizaciones porque buscan resolver necesidades cotidianas concretas; también los convocan a participar en la ejecución de programas institucionales. Del lado de las OUS está la mediación para obtener exención o disminución de pagos para los usuarios, la recolección de opiniones acerca de la prestación de servicios y de las necesidades en salud con la base social representada y, el acompañamiento o asesoría a estos para la exigibilidad jurídica del derecho*.

Un elemento muy importante de las actividades en salud que hacemos ha sido la apropiación de mecanismos para reclamar y exigir nuestros derechos: directamente la asociación pone, tramita o asesora a los usuarios que lo solicitan para los derechos de petición, la acción de tutela y la acción de cumplimiento. Conocemos y aplicamos una secuencia para exigir el derecho a la salud, nosotros sabemos que hay que hacer cuando se concede o se niega una tutela: Cuando la situación de salud lo permite, ponemos primero un derecho de petición, si no hay resolución o esta no es satisfactoria procedemos con la tutela y si hay problemas con su acatamiento ponemos una acción de cumplimiento. ENAU-METROSALUD.

1.3. Las respuestas frente a las acciones de las OUS.

Las respuestas provienen de las instancias gubernamentales y de las instituciones del sistema de salud porque la mayoría de las acciones son motivadas por los cambios en la política de salud y por solicitudes de los usuarios ante la negación o restricción para acceder a los servicios.

1.3.1. Ignorar, Minimizar, o no resolver total o parcialmente.

La respuesta más frecuente frente a las acciones de los usuarios es la de “ignorar” es “no tener en cuenta” o “no darle importancia” al trabajo de las organizaciones o no

* Son mecanismos como la tutela, el derecho de petición y la acción de cumplimiento, previstos en la ley para pedir ante los responsables, entre otras solicitudes, protección, información o cumplimiento de un derecho. Cuando la tutela no es acatada por los responsables de la vulneración del derecho a la salud, teniendo fallo favorable del juez, entonces el usuario puede reportar un incidente de desacato e instaurar una acción de cumplimiento.

considerar sus propuestas o solicitudes, por eso pese a la obligatoriedad de la norma de conformar asociaciones de usuarios, uno de los logros ha sido el ganarse un espacio de reconocimiento como interlocutor para unos, a través de “la persistencia y el respeto”, para otros por relaciones de cooperación y para otros en medio del conflicto o de relaciones tensas entre usuarios e instancias de dirección del sistema de salud.

También las instancias del SGSSS minimizan las necesidades de los usuarios o las resuelven parcial o tardíamente, especialmente en el caso de servicios de salud costosos y de tecnología especializada; o incumplen compromisos pactados con las OUS –por ejemplo, la consecución de insumos para la atención, medicamentos, infraestructura y ampliación de servicios-. Algunos responsabilizan también a la población por su apatía frente a la participación y por el escaso acompañamiento a la tarea de los líderes. Esta situación es particularmente crítica en el seguro social.

Los gerentes no niegan las citas pero sistemáticamente no las hacen efectivas lo que a la larga significa lo mismo para el paciente: no atención. A mi me tienen fobia los gerentes ellos nos han hecho promesas a nosotros como asociación, por ejemplo, de ampliación de los servicios de urgencias, de dotación de insumos y medicamentos para la León XIII [máximo nivel de atención del seguro social en Medellín] Como nosotros hemos manifestado nuestro disgusto ya no nos atienden, no contestan las cartas y nos dan un trato vulgar y grosero” ENAU-EPS-ISS.

1.3.2. La presión a pacientes hospitalizados para el pago por servicios.

La retención de pacientes es una estrategia bastante generalizada utilizada por las instituciones prestadoras de servicios para presionar pagos por la atención: el usuario “permanece” en la institución, después de habersele expedido la orden de salida, hasta que la familia o la persona acompañante consiga el dinero o firma un documento de compromiso de amortización de la deuda.

1.3.3. La exclusión y el cambio en la clasificación de la focalización en salud.

La demanda más frecuente de los usuarios del régimen subsidiado es la inclusión en el seguro subsidiado de salud y para quienes ya lo poseen, es el requerimiento a las instancias gubernamentales para disminuir o por lo menos mantener, la clasificación

de pobreza y así obtener un subsidio más alto por parte del Estado* Los usuarios describen diversas estrategias de las instancias gubernamentales para cambiar la clasificación o excluir a los incluidos: el retiro, sin explicación, de la base de datos - especialmente a personas que por sus necesidades representan atención costosa o sistemática para el sistema de salud- o el cambio en la política con una nueva encuesta de focalización que endurece los criterios de clasificación de pobreza haciendo más difícil o costosa la posesión de un seguro de salud subsidiado: por ejemplo, una persona que durante 3 años ha tenido un subsidio de nivel 1, en la nueva clasificación de la encuesta, aparece en el nivel 3 sin haber mejorado sus condiciones de vida o sus ingresos. Estas respuestas son consideradas ineficientes o “abusivas” por los pobladores. Un ejemplo es la experiencia descrita a continuación:

Yo, en la mesa de salud, hice unas encuestas y me encontré con la problemática de que hay mucha gente que no tiene seguridad social de ninguna especie, personas que están en el nivel cero, en el nivel, me encontré con ese problema. Otros, están en el problema de que estaban en el nivel dos y en las nuevas encuestas pasaron a nivel tres y los del nivel tres los pasaron a nivel cinco, total que no tienen ninguna protección. GFRS-C4.

1.3.4. Obstaculización a veedurías realizadas por los usuarios.

Otra respuesta es la obstaculización a las actividades de monitoreo o vigilancia por parte de los usuarios al proceso de atención. A pesar del intento institucional por impedir esa actividad, el respaldo de otras personas –por ejemplo familiares, otros usuarios- se vuelve una forma de presión que termina por vencer la prohibición. A ésta respuesta se enfrentan quienes están organizados y hacen ésta actividad en forma colectiva, como se relata en ésta entrevista.

Ingresamos a la parte interna donde uno ve la gente tirada en el suelo. La última tarea que realizamos fue tomarles fotografías a estos pacientes, y obviamente, se nos vino

* La focalización es la estrategia para la asignación del gasto social puesta en marcha con las reformas sociales, instauradas en Colombia en la década del noventa, opera a través de una encuesta denominada *Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios* –SISBEN- la cual se aplica a los segmentos más pobres de la población, de acuerdo al puntaje se obtienen seis niveles decrecientes de clasificación de la pobreza –a menor nivel en el SISBEN, mayor nivel de pobreza- para determinar el monto de los subsidios estatales. En el caso de salud, el seguro subsidiado solo opera para los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN y; a mayor nivel, menor monto en dicho subsidio y más pago complementario para el usuario –porque el porcentaje no subsidiado debe ser cubierto por el- Una de las quejas más frecuentes de los usuarios son los criterios minimalistas de clasificación que terminan considerándolos menos pobres de lo que realmente son.

encima la parte administrativa para no dejamos hacerlo, porque esto es una parte con la que nosotros respaldamos la información que tenemos de los pacientes con algo concreto. ¿Cuál fue nuestra observación? Fueron los acompañantes de los mismos pacientes, que se les dejaron ir, es decir, que salieron en nuestra defensa y dijeron: no, es tan amable y me les deja que me le tome fotografía a mi mamá, porque es que ellos no le están tomando a nada distinto de la realidad que hay acá. La hacinación que hay es tremenda, la verdad es que es triste, es triste el estado en que se encuentra la clínica en urgencias GFRC-TC.

1.3.5. Las respuestas positivas.

Las respuestas estatales o de las instancias institucionales consideradas positivas por los usuarios son poco frecuentes, Se refieren a la obtención de servicios en forma más ágil y están mediadas por el respaldo de un colectivo – por ejemplo una veeduría ciudadana, una asociación de usuarios - o por una decisión judicial – una tutela a favor. Sin embargo, en todos los casos se acompaña de alguna queja referida a los problemas estructurales antes descritos, a la restringida oferta de otros servicios y al desgaste para la reclamación.

1.4. Síntesis de la acción colectiva de las OUS.

En Medellín, se han conformado durante el período de la reforma tres tipos de OUS: las de *adscripción institucional* con énfasis en la representación ante las juntas directivas e instancias internas, en el acompañamiento a los usuarios y en la mediación entre esos y las instituciones para la resolución de necesidades de salud; de estas las OUS del seguro social se oponen explícitamente a la reforma. Un segundo tipo de OUS son las de *adscripción territorial* articuladas en torno a necesidades colectivas, relativamente autónomas de las instituciones y con diferencias en la posición frente a la reforma. El tercer tipo es de *adscripción local amplia* –Medellín y el Área Metropolitana- con un proyecto de formación ciudadana en salud a los pobladores y de unidad y fortalecimiento para las organizaciones y con una postura crítica u opositora frente a la reforma.

La mayoría de las acciones realizadas por las OUS, pese a las diferencias de adscripción, son de contenido político* porque buscan resolución ante las instancias judiciales o ante los canales institucionales formales del Estado o del SGSSS o porque apuntan a convocar a otros actores o a hacer visibles ante la ciudadanía como "asuntos de interés público" *aspectos críticos del derecho a la salud* como la crisis de instituciones de la red pública y la insuficiencia o carencia de programas de salud pública y del seguro subsidiado, a través de marchas de protesta o de alianzas con otras organizaciones para hacer denuncias y reclamos. Otras acciones emergen o se resuelven en el ámbito institucional: es el caso de los recorridos de miembros de las OUS por las instituciones prestadoras de servicios para recoger opiniones de los usuarios o la colaboración en programas de salud institucionales.

Las respuestas ante éstas acciones privilegian el no reconocimiento o la minimización de interlocutores y demandas de los usuarios insinúan elementos acerca de *cómo se construye la interacción y la relación de poder entre el Estado, las instancias del SGSSS y los usuarios*. También la presión a pacientes para el pago por servicios evidencia el efecto de necesidades no resueltas que terminan en desbordamiento de las tutelas, en muertes por negación o retraso en la atención y muestran como se produce en la práctica la sustitución de la necesidad, como criterio de atención, por la rentabilidad y la contención de costos dentro del SGSSS. Las respuestas positivas son escasas, basadas en la obtención final de servicios después de sortear varias barreras.

2. El contenido del derecho a la salud para los usuarios.

Aquí se describen las valoraciones acerca del derecho a la salud antes y después de la reforma y las aspiraciones y propuestas de los usuarios, apuntando a reconstruir los contenidos transversales –comunes a todos- y específicos –por forma de

* El concepto de acciones políticas es definido en ésta investigación con base en Nancy Fraser -Véase el capítulo de Marco teórico- y son aquellas que emergen desde espacios sociales o privados al espacio de lo público y se tramitan en los canales institucionales –políticos formales- o buscan convertir una reivindicación en un "asunto de interés público" convocando a otros actores o grupos sociales o a la opinión pública.

adscripción: subsidiada, contributiva y vinculada- que los usuarios atribuyen al derecho a la salud.

2.1. Los contenidos del derecho a la salud para los usuarios antes de la reforma.

El elemento más relatado es que había menos barreras económicas. Por eso *el derecho a la salud se valora, centralmente, a partir de lo económico porque la búsqueda y obtención de servicios tenía costos más bajos*, aunque reconocen que también se cobraba y había esperas y madrugones para obtener cita pero las personas ayudaban con un "sentido de solidaridad" y, el dinero no era condición para la atención e incluso quienes estaban afiliados a la seguridad social pública, tuvieron la experiencia de utilizar servicios sin ningún costo, con protección y programas estatales para grupos vulnerables como los niños y con mayor disponibilidad en la red de servicios.

Un segundo elemento era la *mejor calidad de atención*: más rápida, con más posibilidad de acceso para la población rural, con amabilidad y buen trato a los usuarios por los trabajadores de salud, con facilidades para la atención odontológica, medicamentos oportunos y suficientes y en general sin las fallas que hay actualmente. Hay varias valoraciones comparando la atención en el seguro social antes –la calificación varía de excelente a buena o mejor- y la de ahora con muchas más barreras de acceso y calificada de "humillante". En general, la calidad se asocia a *un sentido ético* referido a "la parte humana" más integral en la prestación de servicios y más solidaria o con mejor trato con el usuario.

Otro componente era *la disponibilidad de los hospitales públicos para toda la población, en especial para la más pobre* con atención a bajo costo y sin la exigencia de seguro, aunque también había una valoración que persiste hasta hoy, marcada por la caridad, plantean que había menos discriminación en la atención, es decir, menos segmentación. Algunos usuarios nombran esa situación como "salud para el pueblo" o "salud pública".

En cuanto *al papel del Estado*, la mayoría coincidieron en que antes de la reforma cumplía sus obligaciones porque financiaba la salud y, no promovía la mercantilización; pero la experiencia de los usuarios también señala la pervivencia de componentes del derecho a la salud, históricamente no resueltos porque antes también había “negocio” a través de la medicina y la salud privadas y nunca el Estado ha desempeñado “un papel fuerte en salud, aunque reconocen que la situación se ha agravado. Con menor frecuencia, aparece una explicación más estructural: antes de la reforma había un “Estado benefactor”, hoy sustituido por uno “neoliberal” y esto significa menos derechos, además hoy hay más pobreza que antes.

Sí, la poquita, la poca responsabilidad que tenía el Estado antes de la Ley 100, ahora, simplemente, se ha descargado de la poca responsabilidad que tenía; es decir, ya no está respondiendo en ningún punto por la salud de los colombianos, somos nosotros los que tenemos que pagar casi toda la totalidad, y fuera de eso, tras de que pagamos no tenemos la atención. Porque repito, el POS ¿Qué hace? Simplemente, sacar un listado de la droga que el médico puede recetar, porque si el médico se sale de ese listado, sencillamente pierde su puesto (...) entonces, con la Ley 100 el pueblo colombiano se está muriendo. GFRC-TC.

2.2. Los contenidos del derecho a la salud para los usuarios después de la reforma.

2.2.1. Valoraciones transversales: derecho a la salud como mercantilización, tenencia del seguro, menos acceso y peor trato.

Para los tres grupos de población usuaria, el derecho a la salud después de la reforma tiene cuatro características: la mercantilización de la salud, el seguro como requisito de atención, el deterioro en la calidad de atención especialmente por los problemas de acceso y el maltrato recibido por los usuarios. Esas situaciones generan efectos y sentimientos negativos también transversales.

La *mercantilización de la salud*^{*} en palabras de los usuarios es el tránsito “de servicio a mercancía” “la privatización” “la rentabilidad” como objetivo del SGSSS o “la salud como negocio” para la acumulación de capital a través de la intermediación de las

^{*} Se toma ésta expresión de los relatos para agrupar varias descripciones referidas a los cambios económicos ocurridos en salud.

aseguradoras y del pago como componente de la atención; *el seguro como requisito de atención* es una valoración tan generalizada que la población vinculada no se considera a sí misma sujeto de derecho; el deterioro en la calidad de atención se refiere al *cambio negativo en el trato entre trabajadores de la salud y usuarios* – “indigno y falto de humanismo” y al *incremento en las barreras de acceso* a los servicios especialmente económicas y para atención especializada porque con la reforma hay cobros más altos, co-pagos obligatorios por los servicios, mayor gasto en medicamentos y rechazo o evasión cuando no se tienen recursos económicos.

2.2.1.1. Efectos de la nueva concepción de derecho a la salud: el tránsito de paciente a cliente y el paseo de la muerte.

Estos cambios en el derecho a la salud, a propósito de la reforma han generado *varias consecuencias descritas por los usuarios* y son las ya mencionadas de crisis en las instituciones públicas de salud, e incremento de tutelas y además: la pérdida de la solidaridad, el cambio “de paciente a cliente” y, el “paseo de la muerte” La *pérdida de la solidaridad* es entendida como la falta de conciencia gubernamental, de las instancias del SGSSS y/o de algunos trabajadores de la salud acerca de las necesidades de la población, por eso no son éstas sino el afán de ganancia el eje de la atención y el usuario pasó de “paciente a cliente”.

La necesidad del usuario frente a la no atención, creo que es un problema muy delicado. Porque nadie sabe el dolor que siente el cliente, no el paciente, si no el cliente porque ya no hay paciente si no cliente, al llegar al consultorio a buscar solución al problema.
GFRC-TC.

Las barreras de acceso y el afán de ganancia en casos críticos terminan en “*el paseo de la muerte*”. En los medios de comunicación colombianos y en la opinión pública, así se denomina al traslado de un paciente, generalmente en estado crítico, de una institución a otra y de ésta a otra y así sucesivamente porque sistemáticamente en todas le es negada la atención o es remitido, hasta que en esos traslados el paciente fallece sin lograr el ingreso al SGSSS.

Esa situación ocurre porque el prestador de servicios, ignorando la norma de atención obligatoria en urgencias*, minimiza la necesidad o la prioridad de atención, exige la tenencia de un seguro vigente o un depósito de dinero que el usuario o su familia no pueden pagar como condición para la atención. Algunos usuarios han caracterizado esta situación y en general el rechazo en la prestación de servicios como "genocidio" por parte del Estado, además porque en "el paseo de la muerte" ha habido impunidad o escaso control estatal y muy débiles sanciones.

Lo que hay ahora en salud es un genocidio con la aplicación de la ley 100: le quieren programar la enfermedad al usuario y que las necesidades de la gente se adapten al sistema de salud y no al contrario como debería ser. Así vienen matando la gente en todas las EPS con la negación de la atención, el aplazamiento de la urgencia, el portero es el que define si el que consulta está o no enfermo y si necesita la atención de urgencia, o los médicos atienden por encima, mandan ibuprofeno a todo el mundo y para la casa, y la gente muniéndose, todo porque la enfermedad o la necesidad de la gente no coincide con el presupuesto o con el afán de ganancia de la EPS: esa es la razón de los paseos de la muerte ¿por qué no nos unimos? GFRC-TC.

Los sentimientos producidos por esos cambios en el derecho a la salud son la tristeza, la rabia, la humillación y en algunos casos, el escepticismo.

2.2.2. Valoraciones específicas del derecho a la salud después de la reforma.

2.2.2.1. Régimen contributivo: derecho ligado a la cotización y a la exigibilidad.

Los afiliados al régimen contributivo consideran que "se han ganado el derecho" porque han pagado una cotización durante toda la vida laboral y esto a su vez, les otorga la posibilidad de exigir ante las instancias del sistema –quejándose o discutiendo- o por vía jurídica a través de la tutela, aunque, paradójicamente, ésta última resulta indignante, precisamente porque no debería ser necesario utilizarla cuando se ha pagado. Este relato ilustra la situación:

A mi me evaluaron las vistas y me dijeron: hay que operarlo con láser, pero particularmente no con la misma EPS. Fui a mi EPS, entonces me dijeron: No, ¿sabe qué?, lo que pasa es que a usted no se le puede operar, le vamos a mandar la orden. Entonces, yo le dije al médico: No, es que yo no quiero, yo tengo todos mis derechos, yo soy usuario de aquí y yo tengo el derecho. Entonces, les canté todo lo que yo sé y fui donde el coordinador. Y, ahí estoy en este momento pues, porque no he podido pues ir

* En la legislación, la norma confiere carácter obligatorio a la atención de urgencias en cualquier institución de salud pública o privada del territorio nacional e independientemente de la condición de aseguramiento y dispone el pago con recursos del Estado.

allá, por falta de tiempo, pero yo creo que tengo ese derecho a que me operen, porque yo ya me lo gané GFRC-C4.

Se insiste mucho en que *el Estado no ha asumido a cabalidad la responsabilidad en la conducción de la salud*, ha evadido la financiación del seguro social y de los hospitales públicos y ha trasladado costos a la población y algunos usuarios atribuyen ésta transformación a la directriz de organismos multilaterales de crédito y la intencionalidad explícita de beneficiar a los grandes capitales; sin embargo otros señalan el débil papel del Estado en salud y los problemas de atención en el seguro social como persistencias crónicas que, sin embargo, han empeorado con la reforma y; una valoración más crítica atribuye también una responsabilidad a los usuarios y a la población por la “apatía e ignorancia” frente a la crisis del seguro social que se quedó con afiliados de menores ingresos, más enfermos y de mayor riesgo –no rentables- y “otras entidades” con las ganancias. Una síntesis de lo descrito en este relato:

Con la aprobación de la Ley 100 en 1993 se acabó la parte de la salud pública*, que pasó a ser privada y con esto le dio facultad al gobierno para que descargara en hombros de los usuarios la responsabilidad de la salud, y a la vez, favoreció al capital nacional y extranjero para que conformaran las EPS, que hoy están siendo enriquecidas con la cotización que hace el usuario y no presta la atención en la salud (...) Y lo otro, es cómo el pueblo, en su ignorancia, en su apatía por recuperar lo que tenía, ha dejado que todo esto avance y nunca le exigió al Estado colombiano su participación y el pago de la deuda que tuvo a través de la historia con el Seguro Social GFRC-TC.

2.2.2.2. Régimen subsidiado: dinero y seguro determinantes de un derecho incompleto.

La *tenencia de seguro* es considerada requisito de atención atribuida a un cambio en la concepción de derechos -del Estado garante a la privatización- con la ley 100 de 1993 sin embargo, en ocasiones, tampoco el seguro sirve para tener atención porque aseguradores y prestadores evaden afiliación y atención de usuarios pobres,

* En este contexto, la salud pública no se refiere al concepto técnico de promoción y prevención sino a una cobertura universal en salud garantizada por el Estado, que se expresa en la frase de “salud para el pueblo” Esta interpretación, emerge de la lectura de toda la narrativa de este grupo focal.

Además hay quejas reiteradas por la clasificación de la focalización y porque ellos siendo más pobres, reciben menos servicios *

También hay descripción y comprensión de elementos de contexto –con menor frecuencia que en el régimen contributivo-. el cambio de un Estado “benefactor” a uno “neoliberal” , la relación entre empleo, ingreso y un sistema basado en el pago por servicios, las consecuencias negativas de la negociación de medicamentos en el tratado de libre comercio –TLC- y la crítica a organismos de control del Estado porque solo actúan cuando las quejas en salud de los usuarios son graves y generalizadas y porque han permitido la profundización de la crisis del seguro social, tolerando el incumplimiento de los aportes estatales obligatorios.

Sin embargo, *también hay valoraciones positivas* –minoritarias frente a las críticas- porque algunos usuarios consideran el seguro subsidiado como un “regalo del presidente” de la república o una salvaguarda económica en el momento de pagar altas cuentas por servicios:

¿Una experiencia que tenga? por ejemplo, yo ahora hace diez o quince años uno se enfermaba y bueno, iba a la Cruz Roja y allá lo atendían muy bien y todo a uno. Pero, por ejemplo mi papá, murió por falta de recursos médicos, porque a ver, yo en el fondo al SISBEN de ahora le doy muchas gracias porque el presidente lo dio (...) Hay que aceptar y comprender y agradecer al gobierno y al Estado en general que el SISBEN en la actualidad ha mejorado muchísimo, muchísimo. En el caso mío, pues mi mamá la atendieron y la totalidad de los gastos ascendieron a 30 millones de pesos y lo cubrió todo el SISBEN. GFRS-VA.

El deterioro en la calidad de atención para la población subsidiada empieza desde la consulta médica general: esperas y madrugones para conseguir citas, demoras en la atención, entrega incompleta y tardía de medicamentos o rechazo en la atención. Esta situación genera en los usuarios *sentimientos de humillación y discriminación* porque ellos la atribuyen a su falta de recursos económicos, aunque también reconocen la orientación hacia la rentabilidad como un cambio a consecuencia de la reforma.

* El Plan de Beneficios del seguro subsidiado por el Estado es inferior en un 25% al del régimen contributivo.


2.2.2.3. Población vinculada: “el pobre no tiene derechos”.

Para este segmento de población, el elemento más sentido y reiterado es el económico: la condición para tener derecho a la atención es que los usuarios paguen, especialmente en servicios costosos, la mayoría de las experiencias de búsqueda o de utilización de servicios describen esa situación, aún después de conseguir el ingreso formal al sistema de salud, son rechazados sólo por no poder pagar o hay exigencia de dinero antes de prestar el servicio. Como ésa situación es frecuente, las IPS evaden la a atención. Véase el siguiente caso:

Ah, y me tocó la vivencia aquí, aquí hace unos tres o cuatro años: este paciente necesita una ecografía que vale 500 mil pesos; se le averiguo a toda la familia, nadie podía, entonces, se le daban de alta para la casa. Un paciente al que le tenían que hacer un estudio de tercer nivel y una ecografía pues muy costosa que ellos decían 500 mil pesos ah, no, denle salida, para la casa. Y así es, esa es la política GFVV-AA.

Emerge consistentemente la valoración de que *“el pobre no tiene nada” no tiene derechos*, gana muy poco dinero, si consigue un trabajo debe pagar por cuenta propia la afiliación al seguro y a los que más tienen y concretamente a los dueños de las aseguradoras no les importa que los pobres mueran porque precisamente esa es la lógica del negocio y ellos viven otra situación –la de ser ricos–.

Cuadro 3 Valoraciones y contenidos del derecho a la salud para los usuarios, Medellín 2002

<p style="text-align: center;">TRANSVERSALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mercantilización de la salud, cambios económicos • Seguro: Requisito de atención • Deterioro en calidad de atención: <ul style="list-style-type: none"> * Problema de acceso * Trato insolidario <div style="text-align: center;">  <p>EFFECTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de paciente a cliente • Evasión financiación pública • Paseo de la muerte • Pérdida de la solidaridad • Aumento de Tutelas <p style="text-align: center;">SENTIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Rabia • Humillación Escepticismo frente al cambio </div>	<p style="text-align: center;">REGIMEN CONTRIBUTIVO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tránsito de la salud de servicio a mercancía 2. Menor e ineficiente papel del estado en salud 3. Pérdida de importancia del derecho a la atención 4. Sentimiento de tristeza y humillación
	<p style="text-align: center;">REGIMEN SUBSIDIADO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dinero requisito de atención 2. Cambio de "Estado benefactor" a "neoliberal" 3. Tenencia del seguro: valoración dual 4. Deterioro de la calidad de atención 5. Sentimiento de discriminación y humillación
	<p style="text-align: center;">POBLACIÓN VINCULADA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dinero requisito de atención 2. Sin derechos por ser pobre 3. Sentimiento de escepticismo frente al cambio

2.3. Las aspiraciones y propuestas sobre el derecho a la salud.

2.3.1. Aspiraciones y propuestas transversales: salud incluyente y bienestar.

Las aspiraciones apuntan a la superación de los vacíos, carencias, o fallas producto de la puesta en marcha de la reforma a la salud ya descritas, es decir a una salud más universal, incluyente, sin discriminación y prioritaria para el Estado y al bienestar entendido como calidad de vida.

Un primer conjunto de aspiraciones y propuestas tienen que ver con *el cambio en el papel del Estado: en salud hacia la obligatoriedad y prioridad de la igualdad y la universalidad del derecho a la salud*, implica la no discriminación y la inclusión de grupos vulnerables como sujetos de derechos; *la financiación estatal* de la universalidad del derecho a la salud pasando o no por el aseguramiento y para costear los medicamentos; una *mejoría en la calidad de atención* incluye para los asegurados, oportunidad, calidad y suficiencia en la atención y en los medicamentos y, en servicios ampliación de la disponibilidad y de los horarios y; *la re-apertura de los hospitales públicos e instituciones del seguro social* para los pobres y los trabajadores de bajos ingresos.

Otra aspiración es *la atención integral* –incluyendo la educación en salud y la promoción y prevención- *eficaz* –que resuelva los problemas, con recursos suficientes- y *oportuna* –sin restricciones de horario y sin largas esperas- especialmente en los servicios más difíciles de obtener –urgencias, odontología, atención por especialista y promoción y prevención- en los que están por fuera del POS y sin reiteradas e infructuosas idas a los servicios, es decir atención según las necesidades.

En el ámbito del bienestar, se le pide al Estado un énfasis en la política social orientada hacia la lucha contra el desempleo y la mejoría en las condiciones materiales de vida que son las que permiten “la libertad”: nutrición, medio ambiente sano, agua potable, servicios públicos, empleo y, en salud: la promoción y

prevención sistemáticas en todos los niveles de atención. El bienestar es “*vida digna*” basada en la atención a las necesidades de la gente porque se critica que las prioridades sean la política económica y la seguridad. Esa mirada integral esta presente en narrativas como ésta:

Y derecho a como dicen ustedes ¿qué derechos tenemos nosotros respecto a la salud? todos los derechos, nosotros tenemos derecho a todo, porque es que tenemos derecho a una odontología, tenemos derecho a exámenes, a todos los exámenes clínicos, a techo, a comida, a ropa, a educación, todo eso [Agrega otra participante]: Lo más importante es tener una vida digna, o sea, eso es lo que todos debemos exigir. Cuando uno tiene la vida digna, tiene también lo que es libertad; no debe de haber una conformidad porque a veces nos conformamos con lo poco que tenemos, pero también debe haber un derecho que es a la igualdad. Y porque aquél paga más o paga menos, a eso se debe la atención (...) no importa a lo que uno pertenezca, sino la calidad con la que lo atienden a uno y lo que uno se merece. GFRC-C4.

2.3.2. Las aspiraciones y propuestas específicas.

2.3.2.1. Régimen Contributivo: organizarse, capacitarse y exigir un derecho amplio.

Los temas centrales son *la ampliación del POS y la capacitación*: el primero para evitar “el paseo de la muerte” y, la capacitación en temas relacionados con la salud, como reciprocidad por las cotizaciones de toda la vida laboral; también emergen *propuestas organizativas y de difusión del derecho a la salud*: la organización para dar a conocer la situación del seguro social ante la opinión pública y para defenderlo como patrimonio; los usuarios consideran “un deber” recíproco del derecho a la salud extender y fortalecer una cultura de la reclamación y la unidad y solidaridad para hacerlo valer, pero algunos proponen otro sistema de salud, aunque en el actual escenario no sea viable:

Que los congresistas se concienticen de que hay que tumbar la ley 100, pero eso no es posible porque son socios accionistas de EPS o porque la mayoría son uribistas, los congresistas de la oposición son muy pocos y la gente desconoce sus propuestas para crear otro sistema de salud” ENAU-ESERUU.

2.3.2.2. Régimen Subsidiado: inclusión, no discriminación y recibir según necesidad pagando según capacidad.

La aspiración más frecuente frente al derecho a la salud es la de *no discriminación* porque la experiencia vivida ha sido precisamente la de sentirse tratados diferencialmente inferiores cuando han buscado servicios, en la consecución de citas, el tiempo de espera, el trato de los trabajadores de salud -quienes, en algunos casos, les hacen sentir a los usuarios que el servicio es un regalo- y, en el paquete de beneficios cubiertos por el seguro -inferior al del régimen contributivo-segmentación que es nombrada por ellos como “atención de primera, de segunda o de tercera” que genera un sentimiento de “indignidad” por “estar pidiendo limosna”.

Quiere decir que nos opondríamos a que existieran, como hablábamos de ¿qué clases de salud hay?, es decir, hay una salud de primera, de segunda, de tercera eso es indigno, entonces, que sea una salud independiente para cualquier ser humano igual y de igual calidad y un derecho de que la persona antes de enfermarse lo tenga garantizado.
GFRS-TC.

Otros usuarios consideran que se tiene derecho solo por ser “seres vivos” y; otros destacan que la financiación del seguro subsidiado la hace el Estado con los impuestos y servicios pagados por todos los ciudadanos, por eso los derechos generan deberes -por ejemplo, reclamar es un derecho y un deber y en el caso de la promoción y la prevención, el cuidado con los hábitos de vida es un deber individual-.

Otras propuestas son *el recibir servicios según la condición* de cada grupo, como lo expresa un usuario: “que se le de más a quien más lo necesite”, también *remover barreras económicas*: *el derecho a la salud es atención con pagos mínimos o a costos que el usuario pueda pagar y la posibilidad de reclamar* por el rechazo en la atención o la no inclusión en el seguro subsidiado de salud y finalmente, la recuperación o incorporación de *un componente ético* referido a la no discriminación y a la “des-mercantilización” de la salud.

En cuanto a *la focalización* hay dos líneas de propuestas, una dentro del ordenamiento del SGSSS plantea la re-encuesta a quienes tienen una clasificación alta en el SISBEN porque muchas personas pobres deberían estar en un nivel

inferior acorde con su real situación socio-económica, piensan que todo se debe a una equivocación y por eso no hay referencias explícitas a una intencionalidad de la política. Otra línea pide que “se acabe el SISBEN” o se atienda a los usuarios solo con el documento de identificación –cédula de ciudadanía- prescindiendo de cualquier otro que discrimine:

También insisten en el *trato respetuoso*: se pide al gobierno educar o promover un cambio de actitud en el trabajador de la salud para suprimir “el mito de que al usuario pobre lo están atendiendo gratis o que “el seguro es un regalo”, esto sumado a la mala atención genera “rabia” recíproca. Estos sentimientos y un sentido “ético” ligado a la calidad y al buen trato se expresan, por ejemplo, en esta experiencia:

Pues a mí me gustaría así que mejoraran en la salud; haber yo quisiera que el gobierno educara también a la gente que atiende en las intermedias [unidades estatales de salud de segundo nivel] en que tengan también más calidad humana, que les enseñen a ellos a respetarnos a nosotros. También como que les quiten ese mito de que digan que nos están atendiendo gratis; que ellas comprendan que antes trabajan porque nosotros existimos, que si nosotros no existiéramos ellas no tendrían el empleo (...) Que igual nosotros también los respetemos a ellos; porque ahora hay un tejemaneje, porque nosotros a ellos les tenemos rabia porque nos tratan mal porque no nos respetan, y ellos nos tienen rabia a nosotros GFRS-C4.

2.3.2.3. Población Vinculada: inclusión y atención no condicionada al pago.

La principal aspiración es la *atención obligatoria y no condicionada al pago* porque el derecho se adquiere por la condición de ciudadano y porque el uso de servicios implica sacrificio económico. Aquí hay una diferencia con los otros regímenes los cuales valoran esa dimensión económica como “tener derecho por pagar” o como costos “mínimos” o “justos que puedan pagar” -aunque algunas propuestas de usuarios subsidiados, apuntan a la gratuidad- Otra aspiración es *la inclusión universal de los pobres* para sentirse titular del derecho y como un problema que el gobierno debe resolver o bien “tener carné”, es decir, ser incluido con las reglas de juego vigentes.

Esa situación –no sentirse sujetos de derecho ni con posibilidad de exigir- la atribuyen directamente al gobierno y son escépticos frente al cambio por varias razones: los que más tienen “no entienden” a los pobres porque no viven esa

experiencia; prima una concepción individual y egoísta frente al bienestar “si usted está mal, hágase para un lado que yo estoy bien” y la salud no es una prioridad de los gobiernos. En varias narrativas esa situación genera un sentimiento de tristeza:

Yo pienso que todo ser humano tiene derecho a la salud, todo ser humano ¿de dónde parte que nosotros no lo tengamos? Del mismo gobierno, es que la raíz de todos estos problemas yo veo que es del mismo gobierno (...) Pero realmente, deberíamos tener ese derecho, pero no lo tenemos, tristemente no lo tenemos, habiendo plata para que cada ser humano de acá de Antioquia tuviera el derecho a la salud (...) porque yo creo que un tratamiento o una operación es muy costosa, yo si creo, pero es que al gobierno también le entra mucha plata y pienso que lo primero en la vida en la salud, si no hay salud no hay personas ¿cómo va a trabajar una persona sin salud?

(...) Pero el gobierno nunca ha estudiado eso, hoy en día no se ve eso. El que está bien, está bien y si usted está mal hágase para un lado que yo estoy bien. Entonces, el problema parte es desde arriba. Y no tenemos ese derecho, que es muy triste y nunca lo vamos a tener, porque esto nunca se arreglará, el que una persona pobre pueda llegar a un hospital y ahí mismo la atiendan así no tenga un peso, eso nunca se va a ver en Colombia, nunca, nunca, nunca GFVV-C4.

Las propuestas de los vinculados se refieren a programas de política social –porque son insuficientes o se han suprimido- y en salud, además de la inclusión, a la provisión de servicios de difícil acceso. Al igual que los asegurados subsidiados, los vinculados piden *servicios de odontología, de promoción y prevención y de salubridad pública* para lo cual pueden aprovecharse las organizaciones sociales en salud. Para ellos hay discrepancia entre el reporte oficial de resultados en salud pública y la realidad cotidiana de la insuficiente cobertura en los barrios y zonas donde viven.

Otras propuestas novedosas son *la re-distribución económica* para proteger y garantizar “el derecho a la atención de los que no tienen nada” y en salud, *el conocimiento en terreno de las necesidades barriales y la atención domiciliaria* como estrategia para resolver el problema de la exclusión en salud y para “concientizar” al gobierno sobre las necesidades de los pobres, porque para algunos las políticas se deben también al desconocimiento de la realidad.

Para mi una propuesta importante sería como darnos cuenta de las necesidades, de las enfermedades principales que hay en los distintos sectores, porque en cada sector es un sentir diferente. Por ejemplo, en mi sector me parece horrible que se va el agua y la gente va a los pozos y de esos pozos saca agua para comer cuando el agua se va. Entonces,

yo digo ¡ay! aquí se nos va es fomentar una cosa de salud pública impresionante, cualquier día vamos a resultar todos yo no sé con qué GFVV-AA.

Que lo visitarán a uno en los hogares los médicos o centros de médicos, que fueran de casa en casa para ver qué necesidades tienen los ciudadanos, sería muy bueno. GFVV-VA.

2.4. Síntesis de los contenidos del derecho a la salud para los usuarios.

Contenidos del derecho a la salud antes de la reforma.

Antes de la reforma el derecho a la salud tenía para los usuarios los siguientes elementos: atención a costos más bajos, con menos discriminación y menor diferenciación de servicios, disponibilidad de instituciones públicas de salud para todos, pero especialmente para la población más pobre, un Estado más comprometido con la financiación, la dirección y el control de la política de salud y un componente ético que se expresaba en una relación médico-paciente más humana y solidaria, consciente de las necesidades de la población. Sin embargo, también reconocen el débil papel del Estado y de la lógica del mercado como fisuras históricas no resueltas del derecho a la salud en Colombia.

Contenidos del derecho a la salud después de la reforma.

Para todos los tipos de población usuaria, ha habido un cambio en el derecho a la salud con la puesta en marcha de la reforma caracterizado por la mercantilización y el seguro como elementos centrales y también por el deterioro en la calidad de atención a raíz de las barreras de acceso y del cambio hacia una relación menos humanista entre trabajador de la salud y usuario. Los efectos de esa situación apuntan todos a un mismo lugar: la rentabilidad se ha convertido en la práctica en el objetivo del sistema de salud y explica el aumento en las tutelas, el paseo de la muerte y la pérdida de la solidaridad y allí converge la crisis de la red pública como intencionalidad explícita de la política de salud.

Cuadro 4 Aspiraciones y propuestas de los usuarios sobre el derecho a la salud, Medellín

ASPIRACIONES Y PROPUESTAS TRANSVERSALES		REG. CONTRIBUTIVO	VIN
<p>ASPIRACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papel del Estado: <ul style="list-style-type: none"> - Proveedor de bienestar - Garante del derecho a la Salud • Universalidad Derecho Salud • Inclusión de grupos vulnerables • Atención oportuna, integral y no condicionada al pago • Posibilidad de reclamación 	<p>PROPUESTAS</p> <p>3. Financiación Estatal de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el papel del Estado <ul style="list-style-type: none"> - Énfasis política, social • Mejoramiento en la calidad de atención • Re-apertura de IPS públicas • Fortalecimiento organizativo 	<p>ASPIRACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derecho a exigir <p>PROPUESTAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampliación del POS - Capacitación tema Salud - Organización – difusión para derecho a la salud - Sustitución de la Ley 100 	<p>ASPIRACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención obligatoria no cond - Inclusión de población p <ul style="list-style-type: none"> • Atención u • Tener seg <p>PROPUESTAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restitución programas s - Inclusión en salud no co - Inclusión en salud, dos p <ul style="list-style-type: none"> - Suprimir el segu - Ampliar seguro - Provisión servicios faltan - Conocimiento necesidad domiciliaria.

REGIMEN SUBSIADO

ASPIRACIONES	PROPUESTAS
<ul style="list-style-type: none"> - No discriminación <ul style="list-style-type: none"> - Salud como regalo - POS Inferior - Servicios según necesidades - Remoción barreras económicas - Posibilidad de reclamar - Componente ético 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiación estatal de salud <ul style="list-style-type: none"> - Aseguramiento de los más pobres - Ampliación POS - Cobertura enfermedades terminales - Focalización: dos propuestas <ul style="list-style-type: none"> - Re-encuestar - Eliminar el sisben - Acceso a servicios odontológicos, de urgencias, de salud pública. - Trato respetuoso – amable de trabajadores de la salud.

Así los usuarios ponen en evidencia los efectos estructurales de la reforma para el derecho a la salud, su claridad frente a la comprensión de elementos contextuales de ese "nuevo derecho" –coincidentes con los descritos en la literatura- como el cambio en el papel del Estado. El pase de la muerte es una preocupación transversal, los usuarios dicen que les pasa más a los pobres, lo atribuyen al afán de ganancia que se ha impuesto en el SGSSS, a la insuficiencia del plan de beneficios cubierto por el seguro porque el POS no incluye medicamentos, tratamientos, ayudas diagnósticas o servicios requeridos por los pacientes y al desconocimiento de la población para reclamar derechos.

Diferenciando por tipo de población usuaria, la tenencia de un seguro y la capacidad de pago ligada a la posibilidad real de exigir son los componentes centrales del derecho a la salud: los del régimen contributivo consideran que "se han ganado el derecho" y la exigibilidad porque han pagado una cotización durante toda la vida laboral. Los del régimen subsidiado aunque se definen en torno al seguro, cuestionan la focalización por reducida y excluyente y plantean que aquel es condición necesaria más no suficiente para obtener servicios porque aseguradores y prestadores evaden afiliación y atención de usuarios pobres; además como reciben menos servicios que los del régimen contributivo y deben realizar co-pagos, consideran que tienen un derecho incompleto: los vinculados se auto-perciben como "pobres y sin derechos" porque carecen de seguro y de dinero para usar servicios.

Aspiraciones y propuestas.

En los aspectos transversales, el Estado es pensado como el garante de la política social, de la universalidad del derecho a la salud y de la inclusión socio-sanitaria pero en ningún grupo de usuarios se describen posibilidades de cambio, las expectativas están en el fortalecimiento organizativo y en la movilización social vistas más como potencial que como realidad. Las instituciones públicas de salud aún son valoradas como alternativa de atención para los pobres. En general las mayores aspiraciones son la universalidad del derecho a la salud –caracterizada por la no discriminación, la inclusión y la atención en salud no condicionada al pago- y el disfrute de un "nivel de

bienestar". Aspiraciones y propuestas se refieren a cómo llenar las carencias o insuficiencias, por eso quienes más creatividad tienen son precisamente los más pobres.

Diferenciando por regímenes: los afiliados al régimen contributivo proponen capacitación y organización como vía para generalizar la exigibilidad del derecho; los afiliados al régimen subsidiado, lo asocian a la experiencia de discriminación acompañada de un sentimiento de "indignidad" atribuido además a una idea que rechazan y es la fomentada por algunos trabajadores de la salud del derecho como "regalo" por eso proponen trato y servicios igualitarios y pagos según capacidad; la población vinculada propone tanto en política social como en salud, la inclusión descrita de diversas maneras –en la cobertura de programas sociales, en la atención sin condicionamientos económicos- y también plantean dos alternativas de atención: el aprovechamiento de organizaciones de la comunidad para realizar programas estatales de salud pública y una estrategia de salud familiar y de conocimiento de las necesidades barriales y zonales de los pobladores por parte del gobierno.

CAPÍTULO V

RESULTADOS: ESTRATEGIAS DE LOS USUARIOS FRENTE A LOS CAMBIOS EN EL DERECHO A LA SALUD GENERADOS CON LA REFORMA.

Aquí se presentan los resultados de la información recolectada en diez grupos focales con usuarios de los regímenes subsidiado, contributivo y con población vinculada acerca de las estrategias con las cuales ellos enfrentan los cambios en el derecho a la salud generados con la reforma, para dar cuenta del tercer objetivo de de ésta investigación.

Los cambios más estructurales y significativos en el derecho a la salud para los usuarios han ocurrido en el acceso a los servicios y en la justiciabilidad de ese derecho; en el acceso por los mecanismos de contención de costos introducidos por aseguradores y prestadores para maximizar la rentabilidad y; en la justiciabilidad* el uso de la tutela* porque la Constitución de 1991 estableció, por primera vez, diversos mecanismos para la exigibilidad de los derechos y de estos el que más se ha utilizado es aquella.

Los usuarios despliegan entonces diferentes estrategias, una de ellas la exigibilidad jurídica, para lograr el acceso a los servicios. Inicialmente se describen las barreras de acceso –comunes o transversales y diferenciadas por tipo de población usuaria- frente a las cuales se despliegan las estrategias y finalmente se hace una caracterización del uso de la tutela. Las descripciones se respaldan en algunas narraciones de los usuarios y al final de cada una de las partes se hace una síntesis de resultados.

* La justiciabilidad es la aplicabilidad de un derecho por los órganos judiciales mediante el poder jurídico que posee el titular de ese derecho para hacerlo valer ante el Estado. Este concepto se aborda en el marco teórico.

* En el marco teórico se abordan los mecanismos de justiciabilidad del derecho a la salud en Colombia. La acción de tutela es un mecanismo ágil de protección de los derechos fundamentales establecido en la Constitución de 1991; aunque la salud no es un derecho fundamental –excepto para los niños- en la práctica, la jurisprudencia ha establecido varios criterios de fundamentalidad; por ejemplo, la conexidad entre el derecho a la salud y otros derechos considerados fundamentales como el derecho a la vida.

1. Las Barreras de Acceso a los Servicios.

Aquí se describen las barreras para la búsqueda –acceso potencial- y para la utilización –acceso real- de servicios.

1.1. Barreras de acceso potencial (Cuadro 5)

1.1.1. Barreras de acceso potencial transversales: la crisis de la red pública, la exclusión del seguro y la falta de recursos económicos.

Los tres tipos de usuarios describen como barreras comunes del lado del SGSSS en el proceso de búsqueda de servicios: las *carencias o insuficiencias en la disponibilidad* y en el funcionamiento de la red pública, ésta situación es crítica en el seguro social y también, se relata con menor frecuencia en Metrosalud; el *exceso de trámites y los largos tiempos de espera* para la atención especializada; la *falta de información sobre el SGSSS* y; el *diseño del seguro* –por exclusión de la afiliación o por insuficiencia del plan de beneficios- Del lado de la población, los obstáculos comunes son *la falta de recursos económicos* para buscar y obtener servicios, el desconocimiento de derechos y de la estructura y operación del SGSSS.

1.1.2. Barreras de acceso potencial específicas por tipo de población usuaria.

1.1.2.1. Régimen contributivo: aplazar la posibilidad de uso de servicios.

Se destacan dos casos: el del seguro social y el de los trabajadores informales. La crisis del seguro público de salud da lugar a barreras por la carencia crítica de insumos, medicamentos, ayudas diagnósticas y demoras de hasta 6 meses o un año esperando una atención, generalmente especializada, porque la autorización administrativa para hacerlo no llega, incluso aún cuando el médico general certifique la necesidad de la atención, mientras la aseguradora argumenta la carencia de recursos para contratar con los prestadores. También se presenta “selección adversa” en la prestación del servicio: por rentabilidad económica el seguro social atiende preferentemente a los afiliados de otras EPS con las cuales tiene contrato, que a los propios afiliados. Estas barreras son cotidianas y por eso mismo se

presentan incluso para los servicios contenidos en el plan de beneficios cubierto por el seguro: el plan obligatorio de salud -POS-.

En el caso de los trabajadores informales éstos no buscan atención no sólo por falta de información, sino por “pereza” y porque hacerlo implica perder un día de trabajo cuando, pese a todo, puede no superarse el primer paso en la búsqueda de atención que es obtener una cita.

1.1.2.2. Régimen subsidiado: obstáculos desde la búsqueda en el primer nivel de atención.

Además de las barreras de acceso potencial transversales, aquí se describió más reiteradamente el *déficit en la disponibilidad de recursos, insumos e infraestructura en los centros de atención*, le sigue la *dificultad para obtener una consulta médica general* por la insuficiencia de “fichos” que entregan las instituciones prestadoras de servicios y las *barreras económicas*. Un ejemplo de esa situación es esta experiencia:

El problema de urgencias en el Hospital Consejo [Hospital público de pediatría, de segundo nivel] eso es muy horrible. Son niños a media noche, porque yo he ido allá de noche a urgencias, son 10, 30, 50 niños afuera en la calle y todo y un solo médico, y un solo médico, entonces, eso lo debían de aumentar. Eso lo deberían de aumentar siquiera 2 o 3 médicos en la nocturna porque es que es mucha la cantidad de niños. La farmacia debería estar todo el día al servicio de los usuarios, porque cómo es posible que hay citas a las 4 o 5 de la tarde y farmacia cerrada desde 1 de la tarde, y al otro día van por el remedio: no la fórmula ya está pasada, eso no es debido tampoco. Y los medicamentos tampoco los hay: no vaya y los compra o después vuelve GFRS-C4.

Estos obstáculos se deben al “ahorro” hecho por las IPS públicas y traducido en la insuficiencia de recurso médico y en el recorte de horarios y servicios, el efecto es la insuficiencia de la oferta frente a las necesidades de la demanda. Las barreras económicas se presentan, según los usuarios, porque hay otras necesidades diferentes a la salud e ingresos insuficientes para cubrirlas o porque se exigen co-

* El ficho es una tarjeta con un número consecutivo que se entrega al usuario que busca atención médica electiva, es decir, no urgente. El número de fichos entregados depende de la disponibilidad de médicos que realizan consulta. En una unidad de salud los fichos se asignan en las primeras horas de la mañana, antes de iniciar el horario de consulta médica general y los usuarios que requieren el servicio se van llamando para ser atendidos según el orden del número asignado.

pagos muy altos* y por tanto, se termina aplazando o auto-restringiendo la búsqueda de servicios. En varios casos se relata que las IPS evaden la atención de afiliados con SISBEN III porque generalmente éstos carecen total o parcialmente del dinero para cubrir el co-pago.

A diferencia con el régimen contributivo, en el subsidiado las barreras empiezan desde la atención médica general y son frecuentes las quejas por la falta o la tardanza en la atención odontológica y en las urgencias.

1.1.2.3. Población Vinculada: “a nosotros nunca nos toca nada”.

Aquí las barreras de acceso potencial son *la falta de recursos económicos para asumir los costos de la atención*: reiteradamente esta franja de población manifestó que “sin pago no había servicio” y *esa situación se asocia con la insuficiente cobertura de un seguro estatal* de salud en la población pobre porque su tenencia sería una de las condiciones –necesaria, más no suficiente- para potencialmente, ser atendido en el SGSSS.

Otra barrera es *la insuficiente disponibilidad de programas de promoción y prevención* –aunque por ley, son gratuitos, universales y a cargo del Estado- Nuevamente emergen las dificultades para obtener atención odontológica, descritas también por los usuarios del régimen subsidiado. Esa situación genera un sentimiento muy marcado de exclusión y de discriminación frente a otros grupos de población, potenciado por la carencia de seguro, como se aprecia en la experiencia vivida por algunos pobladores:

Los que no tienen nada tienen que pagar particular, y si no, no puede tener acceso a la atención en salud. Yo no sé los adultos para la atención en odontología, tiene que ser una urgencia y si no es urgencia, no hay atención. La promoción y prevención no es sino para los niños allá en Santa Cruz, y es un solo día van y hacen una cola de por ahí tres o cuatro cuadras para darles cita para odontología en el mes (...) Los que caminaban fuimos hasta allá, pero no pudimos porque no alcanzaron, simplemente no alcanzaron las vacunas. Entonces, la gente cada rato me reclama, como me ven que soy la que está poniendo el cachete, contando que les llegó un regalo muy rico; no nos tocó nada niñas,

* Los co-pagos dependen del nivel de clasificación en el SISBEN: los afiliados en el nivel I, co-pagaban al momento de recolección de la información para esta investigación el 5%, los del nivel II el 10% y los del nivel III el 30%.

a nosotros nunca nos toca nada. Y como por allá es tan poca la presencia del Estado en eso. Yo les digo: yo cumplo con venir a difundirles lo que me dicen en la mesa de salud, pero no nos tocó nada, no nos tocó a ninguno GFVV-AA.

1.2. Barreras de acceso real.

Aquí los resultados se refieren a los obstáculos para la utilización efectiva de servicios o para la resolución final de una necesidad en salud después de que se ha ingresado al SGSSS

1.2.1. Barreras transversales para el acceso real: la no resolución total o parcial de necesidades en salud (Cuadro 6).

La experiencia de los usuarios en la utilización de servicios se refiere a problemas comunes en la atención, derivados de la operación del SGSSS que finalmente interfieren o impiden la resolución final de la necesidad en salud: *la atención parcial o discontinua; el rechazo o la falta de oportunidad para la atención especializada; la entrega incompleta –total o parcial- de servicios, especialmente medicamentos y terapias; la fragmentación de la atención para la resolución de un sólo problema en varias instancias del sistema –asegurador, prestador, direcciones local o seccional de salud- y; la falta de recursos para pagar servicios ya prestados.* Del lado de la población, una experiencia frecuente es la minimización de necesidades por parte de los trabajadores de salud y las fallas en la calidad de atención descritas en el capítulo anterior.

Estas barreras tienen implicaciones o consecuencias también transversales: el aumento del gasto de bolsillo en salud para completar, por cuenta propia, la resolución de la necesidad –por ejemplo, compra de medicamentos faltantes- para costear varios viajes y trámites a las diferentes instancias porque la resolución se fragmenta y para obtener el egreso hospitalario cuando el usuario tiene una deuda monetaria pendiente con la IPS derivada de la atención y saldarla es requisito para salir. En cuanto al estado de salud, las consecuencias son la auto-restricción el la utilización de servicios, el agravamiento del problema de salud, la no resolución total o parcial de la necesidad y eventualmente, la muerte.

Cuadro 5 Acceso potencial: barreras e implicaciones para la población asegurada y vinculada de

REFERENTES TEORICOS: PROCESO DE BÚSQUEDA DE SERVICIOS		RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
CONCEPTO ACCESO POTENCIAL	INDICADORES ACCESO POTENCIAL	BARRERAS ACCESO POTENCIAL –BAP-	IMPLICACIONES
<p>Proceso de búsqueda de servicios, dependiente de la adecuación entre el sistema de prestación de servicios y las características de la población.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA:</p> <p>Forma cómo se organiza el sistema de prestación de servicios para facilitar la búsqueda por los usuarios</p> <p>CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:</p> <p>Dotaciones, determinantes culturales, económicos y de salud de la población que inducen la búsqueda de servicios</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de servicios - Volumen de recursos e infraestructura para atención. • Dificultades para buscar servicios - Horarios, accesibilidad geográfica, tiempo llegada, transporte • Estructura: - Políticas de aseguramiento - Trámites para atención o cita - Tiempos de espera. <p>CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predisposición De Uso: - Características demográficas, creencias y enfermedades anterior o actual - Estructura social y creencias • Dotación para buscar servicios - Ingresos - Tenencia seguro de salud ▪ Necesidades - Percibida o sentida - Diagnosticada 	<p>TRANSVERSALES DE LA OFERTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carencia o insuficiencia de servicios, insumos y recursos en algunas IPS. - Exceso de trámites y demoras en atención especializada. - Minimización o desconocimiento de necesidades sentidas de usuarios. - Falta de información sobre el SGSSS - Insuficiencia en cobertura del seguro. <p>TRANSVERSALES DE LA POBLACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faltan recursos económicos para buscar servicios - Seguro: tipo, plan de beneficios, carencia - Desconocimiento del SGSSS <p>REGIMEN CONTRIBUTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de disponibilidad oferta: seguro social - Atención diferencial según pago ó contrato. - Trabajador informal: pereza para buscar atención <p>REGIMEN SUBSIDIADO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia citas médico general - Demoras servicios de odontología – urgencias, atención especializada - Problemas con seguro estatal: insuficiente cobertura, clasificación alta. <p>POBLACIÓN VINCULADA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente disponibilidad servicios de promoción y prevención - Carencia de seguro - Demoras atención médica general, odontología y todos los servicios. 	<p>TR</p> <ul style="list-style-type: none"> - No resoluc - Mayor gas - Auto-restri - Paseo de l <p>ESPE</p> <p>A</p> <p>REGIM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida (trabaj <p>REGIM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayores servicios - Mayores utilización <p>POBLA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-pero - Sentimien - discrimina

FUENTE: Para referentes teóricos: Rastrepo, Echeverri, Vásquez y Rodríguez, 2006: 32

ABREVIATURAS: IPS: Institución prestadora de servicios BAP: Barrera de acceso potencial SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en

1.2.2. Barreras de acceso real específicas por tipo de población.

1.2.2.1. Régimen contributivo: atención incompleta y gasto en medicamentos.

La barrera de acceso real más descrita por los usuarios es la carencia o insuficiencia de los medicamentos prescritos porque no se entregan oportuna o completamente, esto implica esperas o viajes repetidos a la farmacia para obtenerlos; en otros casos los tratamientos ordenados no son eficaces para resolver la dolencia, cuestan más los pasajes o no están incluidos en el plan de beneficios del seguro y hay demoras para su aprobación. Aunque algunas aseguradoras –EPS- han agilizado la entrega, en la mayoría de los casos, los usuarios compran total o parcialmente los tratamientos.

La segunda barrera más nombrada es la falta de atención oportuna: se da incluso en los servicios de urgencias, es más fuerte cuando se trata de servicios especializados y aumenta cuando el usuario pierde su afiliación al régimen contributivo –por pérdida del empleo- aunque todavía esté dentro del período en el que tiene derecho a utilizar servicios; o cuando es afiliado al seguro social público donde se han registrado hospitalizaciones prolongadas –hasta de un año- esperando una autorización o una asignación presupuestal para una cirugía, o 3 años para un examen especializado, aún con la aprobación o la indicación de atención prioritaria del médico, como se describe en este relato:

La mayoría de los afiliados nuestros que piden una cita o no la consiguen o tienen que esperar meses o cuando se las dan, empieza el calvario con los exámenes de laboratorio y los medicamentos. Actualmente la situación es tan crítica que no se consiguen citas, ni atención especializada, ni ayudas diagnósticas ni exámenes de laboratorio y cada vez se agudiza más esta situación (...) ha habido y hay pacientes hospitalizados hasta 6 u 8 meses esperando un examen costoso o una intervención quirúrgica, la gente se aguanta eso porque teme un deterioro mayor en su situación de salud o irse a morir a la casa. En junio de este año denunciamos la muerte de un paciente esperando una solución quirúrgica, todo esto lo hemos escrito en cartas al gerente pero no nos paran bolas, ni siquiera nos responden, le hemos dicho que cuesta más mantener un paciente así que ordenar la atención ENAU-EPSISS.

Otra situación es *la atención incompleta*, cuando se obtiene una parte del servicio pero no otra, por ejemplo, la consulta médica general, pero no la especializada o ésta última pero no los medicamentos.

En las descripciones de los usuarios también emergieron -en pocos casos- experiencias de atención por especialista sin barreras de acceso por remisión efectiva del médico general.

1.2.2.2. Régimen subsidiado: entre la exclusión y la falta de dinero.

La *carencia de recursos económicos* es un obstáculo más grande para la población subsidiada porque son más pobres que la del contributivo y *porque asocian la atención oportuna a la capacidad de pago*. También se describe *el rechazo del prestador de servicios* porque han perdido su condición de afiliados al ser retirados sin explicación de la base de datos* En cuanto a la satisfacción, algunos consideran que la atención no se ajusta a la necesidad sentida. Estas barreras han generado agravamiento del estado de salud, exclusión y una valoración de falta de eficacia en los tratamientos. Una síntesis se aprecia en esta experiencia, narrada en un grupo focal:

¿Cómo es posible que haciendo unas encuestas ellos retiren a un niño que realmente tiene que tener una atención, inclusivemente fundamental? porque como lo ha dicho los médicos que lo han tratado puede quedar ciego cuando llegué a los seis años (...) Yo me preguntaba hoy, ¿bueno y con qué, cuál es el criterio y a dónde hay que ir a entutelar? para poder decir pero quién es el que tiene el azadón por el mango para poder decir: es a Comfenalco, es al Cóndor, es allí a la EPS de Prado [nombres de aseguradoras] en fin. Les hacen los diagnósticos, pero a la hora de decir que le van hacer una cirugía, entonces, resulta que: no, usted ya no está en el régimen, ya no está en el SISBÉN. Entonces, así uno mira que hay muchas personas que están con ese problema. GFRS-TC.

* Esa situación ocurre porque la Dirección Local de Salud –DLS- tarda en entregar las bases de datos a las aseguradoras y cuando el usuario va a demandar servicios no aparece registrado; en otros casos le retiran el subsidio por doble afiliación, el usuario no reclama la credencial o en la re-encuesta obtiene una clasificación alta en el SISBEN y algunas aseguradoras se niegan a afiliar población de nivel III porque generalmente no tienen recursos para asumir los co-pagos.

1.2.2.3. Población vinculada: auto-restricción del uso de servicios.

La única barrera de acceso real descrita –con muy baja frecuencia- son las dificultades para obtener medicamentos por la falta de recursos económicos para comprarlos e incluso para resolver la necesidad consultando al farmacéuta. Aquí, al igual que en el régimen contributivo, contrastan las escasas narrativas en la utilización de servicios frente a la más numerosas en las barreras de acceso potencial.

Empezando porque lo que tenemos más caro aquí son los servicios, y si pagas servicios no compras droga, no te da para nada, te tenés que ganar un platal, y aquí el gobierno no te deja ganar un platal. Y lo que no se llevan en impuestos, fijan un salario mínimo que no te alcanza para nada, entonces, de todas maneras lo hace el gobierno por decreto, ¿la droga con qué la compras? Si tienes una EPS o un seguro social seguís en el mismo caos. GFVV-VA.

1.3. Síntesis de las barreras de acceso a los servicios.

En el proceso de búsqueda de servicios –acceso potencial- las barreras transversales provienen de la estructura del SGSSS específicamente del diseño del seguro subsidiado, de la generalización de cobros a los usuarios, de la contención de costos y, de la política de competencia y auto-sostenibilidad de la red pública, puestas en marcha con la reforma y que se traducen, para los usuarios, en barreras económicas, en insuficiencia de oferta de servicios, en obstáculos para obtener atención especializada y en exclusión y alta clasificación en el seguro.

También emergen en la experiencia de los usuarios la pérdida de importancia de los servicios de promoción y prevención, de odontología y de atención nutricional para la población más pobre porque se han privilegiado los servicios asistenciales. Todas estas barreras de acceso potencial implican que sólo una parte de los usuarios logren superar ese proceso de búsqueda de servicios y pasar a su utilización, pero allí deben enfrentar los obstáculos para ser efectivamente atendidos.

Las barreras de acceso real –para la utilización efectiva de servicios- configuran las características de la atención en el sistema de prestación de servicios: discontinua, parcial, no integral, segmentada y costosa; el carácter transversal habla de

problemas generalizados y todo el entramado de obstáculos y de eventuales “soluciones” pasa por barreras económicas para los usuarios y por las estrategias de contención de costos de parte de los prestadores. Las implicaciones trazan un perfil de no resolución o en ocasiones, de desenlace fatal de las demandas en salud. Este panorama va trazando también el perfil de las inequidades: los asegurados del régimen contributivo son los que menos obstáculos enfrentan cuando utilizan servicios, los del subsidiado están condicionados por los co-pagos y la exclusión y los no asegurados son los que menos posibilidades tienen de resolver necesidades en la estructura del sistema de salud.

1.4. Epílogo: el sentimiento de humillación y “el paseo de la muerte”.

Dos situaciones que resumen contundentemente lo que representa para los usuarios el acceso a los servicios con la puesta en marcha de la reforma son el sentimiento de humillación vivido en ese proceso y “el paseo de la muerte”.

Todos los usuarios manifestaron sentimientos diversos frente a las barreras de acceso –tristeza, lástima, impotencia, desesperación- por la falta de atención oportuna, por no saber qué hacer ante las barreras descritas, por tener que recurrir a la caridad o a la ayuda de conocidos y familiares para pagar por la atención pero *el sentimiento de humillación fue común para los 3 grupos* y se describe en los segmentos pobres –subsidiados y vinculados- frente a las largas esperas para buscar un servicio, mientras en los trabajadores afiliados al seguro social porque la atención es diferencial entre las EPS públicas y las privadas y eso significa discriminación o mala calidad de atención cuando se ha pagado durante toda la vida laboral. Un ejemplo en esta descripción:

Para poder coger el ficho, a mí me parece eso como una humillación tan horrible, y la humillación de la droga, la gente tiene también que irse a horas de madrugadas muy tempranas como a las dos, tres de la mañana para que le den el ficho en la unidad intermedia para tener derecho a la droga. Es mucha la gente, a mí me gustaría que un día de estos fuéramos allá a mirar. Y así es para todo GFVV-AA.

Cuadro 6 Acceso real: barreras e implicaciones para la población asegurada y vinculada de Me

REFERENTES TEORICOS		RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN			
CONCEPTO ACCESO REAL	INDICADORES ACCESO REAL	BARRERAS ACCESO REAL	IMPLICACIONES		
<p>Uso efectivo de servicios de acuerdo a la necesidad y con satisfacción de los usuarios.</p> <p>CARACTERISTICAS DE LA OFERTA</p> <p>Capacidad técnica y operativa de resolución final de la necesidad en salud.</p> <p>CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN</p> <p>Percepción de satisfacción con el sistema de salud y con la prestación del servicio</p>	<p>CARACTERISTICAS DE LA OFERTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilización de servicios - Tipos de servicios a los que se tiene dificultad para acceder: niveles de atención, servicios especializados, medicamentos, odontología, servicios curativos y preventivos. - Pertinencia y oportunidad en la atención. <p>CARACTERISTICAS DE LA POBLACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de resolución de necesidad en salud y de la calidad de atención: - Recibir información sobre enfermedad - Recibir información sobre formas de pago - Actitud y trato por parte del trabajador de salud - Duración de la cita médica - Tiempo de espera para resolución del problema - Eficacia y pertinencia del tratamiento - Facilidades para recibir efectivamente el servicio. - Valoración de la calidad de atención y de la resolución de la necesidad en salud 	<p>TRANSVERSALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención parcial discontinua - Rechezo y falta de oportunidad en la atención especializada - Entrega incompleta-total ó parcial – de medicamentos y terapias - Fragmentación de atención para una necesidad en varias IPS, o entre asegurador y prestador - Remisión de una Institución a otra sin resolución de ingreso - Falta de recursos económicos para pagar costos derivados de la atención realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Varios viajes aseguradora problema. - No resolución de la necesidad - Aumento del salud. - Auto restricción - Eventual "pasos" - Consecución de recursos e pagos por atención - Sentimiento de 		
				<p>REGIMEN CONTRIBUTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Largas hospitalizaciones sin resolución de la necesidad o de la causa de consulta ** - Percepción poca eficacia y bajo costo de medicamentos del POS - Aumento de falta oportunidad por pérdida de afiliación 	<ul style="list-style-type: none"> - Muerte intra-hospitalaria - Compra particular de medicamentos - Escepticismo
				<p>REGIMEN SUBSIDIADO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechazo en atención por pérdida de afiliación (fuera de la base de datos) - Percepción de ineficacia en la atención - Mayores barreras económicas por cambio clasificación SISBEN: a mayor nivel, mayor co-pago 	<ul style="list-style-type: none"> - Exclusión del seguro - Desistir del uso de servicios - Co-pagos más altos - Mayor gasto de bolsillo
				<p>POBLACIÓN VINCULADA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo con mayores barreras económicas para servicios, medicamentos y atención especializada 	<ul style="list-style-type: none"> - Costos más altos - Menor satisfacción con servicios. - Mayor auto-restricción

FUENTE: Para referentes teóricos: Restrepo, Echeverry, Vásquez y Rodríguez, 2006: 32

ABREVIATURAS: BAR: Barrera de acceso real IPS: Institución prestadora de servicios ** Descrito únicamente en el Seguro Social

Una de las consecuencias descritas por la falta de acceso es la muerte: eventualmente los usuarios que requieren atención urgente o prioritaria, son sistemáticamente rechazados –generalmente porque no tienen dinero- y van de institución en institución tratando de obtener el servicio o son sometidos a prolongadas esperas y mientras tanto, fallecen, ésta situación ha sido denominada “*el paseo de la muerte*” y se le ha dado amplio despliegue en los medios de comunicación.

Lo otro, en el famoso paseo de la muerte, que es que un paciente llega a la unidad intermedia lo pasan de hospital en hospital, mejor dicho se recorre todo Medellín y ahí está el problema porque el paciente se muere; si es un parto muchas veces han tenido el bebé en la ambulancia, total que es un servicio pésimo. Ha pasado mucho eso, el famoso paseo de la muerte, llegan allá y a ver pues, si no tienen con qué pagar siguen andando y siguen andando. Entonces, total que no, mala, mala la calidad con la famosa Ley 100. GFRS-C4.

1.5. Estrategias para enfrentar las barreras de acceso.

1.5.1. Estrategias transversales.

Las estrategias utilizadas por los tres grupos de usuarios son: la consecución de recursos económicos para solventar la atención, la resolución por vías no institucionales y la búsqueda de intermediación de organizaciones, líderes u otras personas de la población.

1.5.1.1. La consecución de recursos económicos.

La consecución de recursos económicos en todos los casos es para pagar total o parcialmente la atención, en el régimen contributivo es principalmente para medicamentos, en el subsidiado para realizar co-pagos por consulta u hospitalización y para iniciar tratamientos cuando no son entregados o no están cubiertos por el POS-S y en la población vinculada para cubrir las tarifas que les permitan ser dados de alta en caso de hospitalización. Para cada grupo estos gastos tienen implicaciones distintas: para los asegurados con capacidad de pago pero con bajos ingresos, es el ajuste en el presupuesto familiar, para los asegurados pobres y los no asegurados la consecución empieza desde el transporte para ir a buscar la atención,

o sea que hay más carencias para los más pobres. También hay diferencias en la forma de conseguir los recursos, los del régimen contributivo acuden primero a recursos propios y luego a préstamos o a fondos corporativos y los subsidiados y vinculados a la solidaridad –colectas de dinero- de vecinos, familiares y amigos y luego a las casas de empeño porque tiene poca o ninguna capacidad de endeudamiento.

Porque así es en toda parte, si usted no tiene nada, a usted no lo pueden atender, vaya consiga, vaya empeñe, mire a ver qué va a hacer. O uno va y no tiene SISBÉN para que lo atiendan, entonces el familiar se tiene que quedar ahí, el paciente se queda y un familiar se queda empeñado esperando a que otro familiar al que él llamó por teléfono venga con plata, porque es que a mí me ha tocado ver eso y vivir eso. Entonces, uno dice: ay, en qué estamos, cuando se derrocha tanta plata, tanta plata en tantas y tantas y tantas cosas, estamos muy mal en salud, muy mal, muy mal en salud. Para mí estamos muy mal en salud. GFVV-AA.

1.5.1.2. La resolución no institucional.

Los caminos no institucionales son la consulta al farmacéuta y la auto-medicación, los remedios caseros y la búsqueda de agentes comunitarios de salud -una persona con conocimientos empíricos o formales- Otra estrategia es el pago de consulta médica particular cuando se tienen recursos para hacerlo – como en el régimen contributivo- o cuando la necesidad sentida o la prioridad de atención obliga. Generalmente todos combinan varias estrategias pero siempre la resolución no institucional implica un costo adicional, aunque en algunos casos es más rápida o eficaz. Quienes más la utilizan son los vinculados y en segundo lugar, los del régimen subsidiado.

1.5.1.3. Intermediación de organizaciones y líderes.

Los tres grupos de usuarios acuden a la intermediación de organizaciones, líderes y otras personas de la comunidad para enfrentar una barrera de acceso, pero hay diferencias para hacerlo: los usuarios del régimen contributivo acuden primero a la tutela o a la solicitud directa a las directivas de las IPS y EPS y luego a las organizaciones; los del régimen subsidiado buscan con más frecuencia las organizaciones y los vinculados las autoridades barriales o los agentes de salud

comunitarios. En todos los casos se acude a los líderes de salud y en algunas oportunidades a "personas con poder" –funcionarios del gobierno local- o a actores armados, como se relata en una de las mesas de salud:

A la gente le niegan la atención, en éste país es primero la plata y los papeles que la salud y ni Metrosalud ni las instituciones entienden el dolor humano, aquí sólo vale la plata, hay unos funcionarios no tentados por la plata que han entendido el dolor humano y pasando por encima de las normas, atienden a la gente aunque no llene los requisitos, aunque algunas veces sea por presión de los grupos armados" ENMS.

Hay un énfasis en los relatos de los usuarios en que la resolución de las necesidades en salud y las estrategias para resolver los obstáculos son un asunto individual así se tenga la conciencia de que afecta a muchos.

1.5.2. Estrategias específicas para cada tipo de población usuaria.

1.5.2.1. Régimen Contributivo: reclamar jurídicamente y organizarse.

Las estrategias desplegadas son: la reclamación judicial, vía *tutela*. En el ámbito de la atención institucional, *la consulta por urgencias* para necesidades que los propios usuarios reconocen que no son prioritarias, *el enfrentamiento verbal o las vías de hecho* –por ejemplo, el ingreso forzado a la sala o al consultorio- para presionar la atención urgente y, *el cambio de aseguradora* –EPS- esta última estrategia ha sido frecuente –aunque no exclusiva- ante la crisis del seguro social público.

Éste segmento de población es –en ésta investigación- el que más *estrategias de organización y acción colectiva* ha desplegado, especialmente a través de las asociaciones de usuarios del seguro social público y de organizaciones de segundo orden o de la participación directa en debates y protestas públicas.

Otra estrategia es "*aguantarse*" o "*esperar*" se pone en marcha cuando los usuarios no tienen recursos, hay alguna posibilidad de resolver en corto plazo una necesidad no urgente, o no se reclama por miedo o desconocimiento de los derechos.

1.5.2.2. Régimen subsidiado: la lucha por la inclusión.

La estrategia más nombrada es *la solicitud de re-encuesta de la focalización* buscando un nivel más bajo de clasificación en el SISBEN, para obtener un menor co-pago en caso de utilización de servicios, en algunos casos se acompaña de otras estrategias como el mentir para bajar el puntaje, el ajustarse a los requisitos institucionales –por ejemplo, cambiando de lugar de residencia- o la doble afiliación. Los afiliados al régimen subsidiado clasificados en el nivel III son quienes más solicitan la re-encuesta porque no tienen recursos para buscar atención o utilizar servicios y el monto de los copagos -30% del valor total del servicio- es muy alto. La asociación de usuarios de la Empresa Social del Estado más grande de la ciudad, resume así la situación:

En la asociación hay descontento y preocupación por la nueva clasificación en la encuesta del SISBEN, se terminó, a principios de septiembre [se encuestaron los estratos 1, 2 y 3] hemos estado pendientes de éste proceso y creemos que se ha logrado más confiabilidad de la base de datos, pero la gente hace varias cosas: mentir por ejemplo, respecto a la escolaridad de los hijos o a la posesión de electro-domésticos, hacerse encuestar en otra zona de más baja clasificación socio-económica para lograr ser incluido o tener al tiempo las dos afiliaciones, otros prefieren seguir como vinculados porque la atención tiene menos trámite. En fin, la gente ya ha aprendido. P 4: ENAU-METROSALUD (4:12).

Cuando se usan servicios hay tres estrategias: una es *adaptarse y moverse dentro de las limitaciones y barreras del SGSSS*, por ejemplo, madrugar para conseguir el ficho; otra es *contraer deudas con la institución prestadora de servicios*, es frecuente la retención institucional del paciente después de una hospitalización mientras la familia consigue el dinero del co-pago o la primera cuota de la deuda pactada o, esperar acatando los aplazamientos institucionales.

Cuando no se consiguen los recursos, los tratamientos son costosos, los usuarios no saben qué hacer por desconocimiento, les da pena pedir ayuda económica o la atención puede esperar, lo más frecuente es *“aguantarse”* es decir, auto-restringirse aplazando o desistiendo de la búsqueda y utilización de servicios dentro del SGSSS. Esta estrategia generalmente se combina con otras formas de resolución no institucionales: remedios caseros, auto-medicación, consulta al farmacéuta o a los agentes de salud del barrio o de la zona.

Otras *estrategias* menos frecuentes son *la tutela*, la búsqueda de apoyo institucional para *capacitación en focalización y SISBEN* y *la vinculación a espacios de participación social* en salud promovidos por el Estado.

1.5.2.3. Población vinculada: no hacer nada por estar desamparado.

En este grupo, una estrategia muy frecuente es *no hacer nada* por desconocimiento, por apatía, porque perder el seguro o no tenerlo es vivido como "quedarse en el limbo" por eso el sentimiento descrito es sentirse "desamparado" Otros recurren a los remedios caseros porque no creen o no están dispuestos a someterse al trámite de buscar la inclusión en el seguro, como en éste caso:

Porque es que usted tiene que dejar de comer para poder ir donde un médico, aquí no hay forma de que un pobre sobreviva, están acabando con la pobreza pero nos están matando es de hambre y de las enfermedades y de los males que nos van aquejando. Y el SISBÉN, yo en eso no creo, yo hasta que pude cotizar al seguro lo utilice, ya después de que quedé desempleado y sin forma de algo, quedamos desamparados, si te da una gripa tome hierbitas que eso no cuesta mucho, porque para un médico no hay forma. Y vaya al SISBÉN [la oficina de planeación municipal encargada de la focalización] métale dos o tres días, le van a decir que si a usted en su casa no le llenaron una hoja, que lleve la fotocopia, muchas veces uno no sabe ni a dónde reclamarla, que vaya a un CERCA [oficina descentralizada del gobierno municipal] del CERCA lo mandan para otro CERCA y no encuentra nada. GFVV-VA.

Otra estrategia es *la búsqueda de la inclusión en el seguro estatal* solicitando la encuesta y con frecuencia, acomodando las respuestas para quedar en alguno de los 3 niveles del SISBEN que reciben subsidio, otros no quieren intentarlo por el exceso de requisitos. La *tutela* se menciona como una posibilidad, una estrategia potencial que está ahí para cuando se requiera pero en realidad sólo se utiliza cuando la fuerza de la necesidad descarta otras opciones.

1.5.3. Síntesis de las estrategias.

Las estrategias transversales desplegadas coinciden con las barreras de acceso, por eso *la centralidad de la consecución de recursos* para resolver en primera instancia las demandas de la utilización de servicios; *la resolución no institucional* y el "aguantarse" implican que una parte de las necesidades no se está resolviendo dentro de la estructura institucional del SGSSS y es explicable si se consideran las

dificultades para obtener atención especializada, integral o continua. *La percepción y el despliegue de las estrategias como un asunto individual* –así afecte a muchos- son consistentes con las formas de trámite y resolución instaurada por el SGSSS donde el derecho a la atención y a la inclusión son problemas individuales antes que necesidades colectivas.

Otras estrategias apuntan a asuntos críticos del derecho a la salud descritos en otros capítulos: *la utilización de la tutela* de acuerdo a la pertenencia a un segmento de población usuaria: como primera opción en los del régimen contributivo, en el régimen subsidiado sólo después de agotar otras estrategias económicas o de resolución institucional y en los vinculados como recurso o herramienta potencial en caso de que la necesidad obligue. *La búsqueda de inclusión en el régimen subsidiado y la solicitud de re-encuesta* buscando una clasificación más baja en el sisben en los vinculados y subsidiados, confirman la importancia de la focalización por su efecto excluyente, como asunto transversal que atraviesa todo el campo de las demandas individuales y corporativas.

También las diferencias en las estrategias coinciden con las inequidades descritas en las barreras de acceso: *los no asegurados son los que más utilizan la resolución no-institucional* con remedios caseros, auto-medicación y consulta al farmacéuta o a agentes de salud de la comunidad y eso coincide con el hecho de que son los más rechazados cuando buscan servicios, los que deben pagar tarifas más altas y los únicos que hablan de “no hacer nada” por sentirse desamparados. *Los del régimen subsidiado son quienes despliegan más estrategias para conseguir recursos económicos* a pesar de ser los más pobres porque la resolución de una necesidad al interior del SGSSS cuesta, el POSS es insuficiente y menor que el del contributivo y enfrentan más obstáculos para la atención especializada. *Los del régimen contributivo* como tienen un POS más amplio, reclaman más –via tutela o ante las IPS y EPS- y, tienen más recursos económicos, *despliegan menos estrategias porque tienen, comparativamente, menos barreras de acceso.*

2. La justiciabilidad del derecho a la salud vía tutela.

Los resultados del trabajo de campo se refieren a las razones y características de uso y de no uso de la tutela, describiendo los rasgos comunes –transversales- y las diferencias según el tipo de población usuaria y; a las estrategias puestas en marcha por los diferentes actores frente a las interacciones y a los cambios generados en la práctica con la tutela.

2.1. Razones y características de uso de la tutela en salud: rechazo en la atención especializada o sistemática.

En este trabajo se encontró que las razones para solicitar el amparo del derecho a la salud vía tutela y las razones para no hacerlo son transversales, es decir son las mismas para los 3 tipos de población adscrita al SGSSS, pero hay diferencias en el uso y apropiación de este mecanismo de justiciabilidad.

2.1.1. Régimen Contributivo.

Este es el tipo de población que con más frecuencia utiliza la tutela para servicios o tratamientos urgentes, especializados o de alto costo, para padecimientos crónicos que requieren atención sistemática o en el caso de un servicio, cuando no se ha cumplido el período de cotización que exige la ley para prestarlo; también para servicios no incluidos en el POS; lo hace como última opción después de haber agotado la instancia de resolución institucional o, como primera vía, en el caso de usuarios que pertenecen a alguna organización de salud, para resolver la negación de la atención. Algunos usuarios lo hacen con la mediación o asesoría de organizaciones de salud.

Se destaca la crítica situación del seguro social en la que el rechazo es prácticamente rutinario y el gerente incluso va a la cárcel antes que acatar la tutela, más por falta de recursos para hacerlo que por decisión personal o voluntad institucional; allí el usuario termina desistiendo también porque hay barreras económicas hasta para la exigibilidad

2.1.2. Régimen subsidiado.

Este grupo de población *recurre con menor frecuencia que los del régimen contributivo* a la justiciabilidad del derecho a la salud y específicamente a la tutela porque cuando requieren servicios o inclusión en el seguro de salud estatal que son las necesidades más sentidas, ponen en marcha estrategias de solidaridad comunitaria –por ejemplo colectas de dinero entre vecinos o familiares- se “aguantan”, “no hacen nada” o utilizan las solicitudes a la oficina del SISBEN pese a las respuestas de no resolución o demora ya descritas.

Cuando hacen exigibilidad del derecho a la salud, es porque requieren *atenciones costosas que son negadas o cuyos costos no pueden cubrir* y utilizan la tutela. En todo caso, la tutela significa, para algunos usuarios, una posibilidad concreta para enfrentar “el desinterés” y “la mala atención” en salud, valoradas como un “engaño” a la población.

En algunos casos, los usuarios recurren a las organizaciones de salud para solicitar acompañamiento en el proceso de justiciabilidad y en esa situación también se busca como primera vía la resolución en la oficina del SISBEN pero pasa por el esfuerzo y la “pelea” para obtenerla; la tutela aunque no sea la primera estrategia utilizada, esta presente como alternativa.

2.1.3. Población Vinculada.

Esta es la población que menos utiliza la tutela, posiblemente porque como señala una de las líderes entrevistadas, coincidiendo con los relatos de los grupos focales, se auto-valoran como carentes de derechos en salud. Esa situación es narrada como “estar desamparado” “estar en el limbo” Aquí se encontró que los vinculados no pertenecen a organizaciones en salud y cuando usan la tutela, con frecuencia recurren a algunos líderes o a abogados quienes les cobran por un servicio que por ley es gratuito y las razones para hacerlo son las mismas que ya se han descrito para los otros regímenes, especialmente por negación de servicios o carencia de recursos para pagar la atención.

La gente recurre a la tutela cuando no hay otra opción, se van para las instituciones pensando que les van a solucionar el problema, pero se chocan, están desamparados. La gente tiene una sensación profunda de desamparo. Es la gente pobre pero de los niveles 3 y 4 del SISBEN que han perdido su empleo o no les alcanza el ingreso familiar para pagar la salud. Antes [cuando empezaron los problemas con la ley 100/93] no sabía que hacer, ahora se va para la Personería, son filas muy grandes y lentas, pero no hay otra opción porque los abogados cobran \$100.000 o \$150.000 pesos [entre 43 y 65 dólares] cuando eso es gratis. Es la personería o quedarse así, sin atención y con el problema. No hay otra solución (...) Yo he puesto muchas tutelas de vinculados. Por los casos que conozco, los problemas son los mismos que en el contributivo, pero para los vinculados es más duro porque no tienen es nada, ni plata, ni seguro y piensan por eso que no tienen ningún derecho. ENAC.

2.2. Razones para no exigir el derecho a la salud o para no usar la tutela: desconocimiento, miedo y pérdida de eficacia.

Las principales razones –en los tres grupos de población- para no utilizar la tutela son *el desconocimiento, el miedo y, la pérdida de eficacia* en los últimos años de este mecanismo de justiciabilidad; sin embargo también hay matices al interior de cada una de las formas de adscripción.

2.2.1. Régimen Contributivo:

Los usuarios del régimen contributivo, aunque son los que con más frecuencia utilizan la tutela, admiten que también hay gran desconocimiento y eso lleva a no defender o no exigir el derecho a la salud. Sin embargo, comparativamente con las otras formas de adscripción es donde menos desconocimiento hay y algunos usuarios –quienes pertenecen a alguna organización social o de salud- conocen incluso la coyuntura, es decir la intencionalidad del gobierno actual de recortar la acción de tutela.

Por eso dije al principio de la entrevista que debemos tomar otro tipo de medidas porque ya llevamos, yo llevo diez, seis años luchando por el derecho a la salud, y todos los días vemos que Álvaro Uribe ordena cerrar hospitales, y quitar el derecho a quienes tienen esa facultad por parte del Estado. Y es precisamente, la modificación que él está haciendo a la Constitución, al artículo de la Constitución que faculta el derecho a la salud, y si él piensa modificar ese derecho de la tutela, nosotros por qué no nos unimos y tomamos otro tipo de medidas para no más problemas de llevar y de traer, de reclamar y de hacer cositas que no nos han dado solución durante tantos años. GFRC-TC.

Otras razones para no exigir el derecho a la salud son: *el miedo*: incluso aún cuando existan derechos, se teme perderlos si se procede a reclamarlos y *la ineficacia* en

tanto se considera que no sirve de nada hacerlo porque las instancias que deberían garantizarlos o hacen atenciones a medias, o prórrogas que no resuelven, o los ignoran: -por ejemplo, los servicios de urgencias cuya prestación es obligatoria por todas las instituciones de salud o la atención especializada- o les dan *respuestas técnicas o normativas que el usuario no sabe cómo enfrentar* en una relación de conocimiento muy desigual.

Yo pienso que muchas veces uno si se queja, pero es la palabra de ellos contra la de uno. Es quejarse como en el punto, uno va y expone su necesidad, y ellos le dicen a uno unas cosas y con eso lo derrumban. Uno expone sus necesidades, pero ellos le dan como una pauta: ah, no, es que está estipulado esto y no me puedo salir de este esquema. GFRC-VA.

Los usuarios del contributivo consideran que la tutela se ha vuelto ineficaz por varias razones: porque aunque debe resolverse por ley en 10 días hábiles, en algunos casos —en especial para de servicios costosos o poco frecuentes, o solicitudes de revisión por parte de los usuarios a la Corte Constitucional- hay demoras hasta de uno a tres años para obtener un fallo, así generalmente sea a favor. Esta situación también ocurre porque las aseguradoras postergan la atención en el tiempo argumentando que no hay contrato con las instituciones prestadoras de servicios y por tanto, llamarán al usuario cuando eso se haya resuelto; o autorizan solo una parte del tratamiento y se demoran para conceder la continuidad, aduciendo carencia de recursos —por ejemplo, sólo se autoriza un ciclo de quimioterapia y el segundo puede tardar varios meses- En esos casos el usuario se siente sin argumentos suficientes para solicitar el amparo porque hay atención incompleta, pero no hay una negación explícita o total del servicio.

Otra razón de ineficacia de la tutela aducida por los usuarios es el incumplimiento de las instancias del SGSSS a las cuales corresponde acatar el fallo a favor. Aquí quedan dos opciones o desistir o continuar el proceso por desacato. Algunos líderes de salud coinciden en se ha vaciado de contenido su carácter de excepcionalidad, convirtiéndose en "un requisito de atención" Un argumento en ese sentido es el aumento de los incidentes de desacato. Sin embargo, hay valoraciones contradictorias en cuanto al conocimiento del tema por parte de profesionales,

organismos de control y población: algunos creen en su idoneidad profesional y otros consideran que falta claridad en la asesoría a los usuarios.

2.2.2. Régimen subsidiado:

Aquí también *el desconocimiento y el miedo* son las principales razones para no solicitar la protección del derecho vía tutela. Los usuarios temen perder la afiliación al régimen subsidiado si exigen un derecho, también *desconocen qué hacer* o terminan *desistiendo ante los requisitos y los gastos derivados para poner una tutela o tramitar una queja*: por ejemplo se les exige llevar la constancia escrita de negación del servicio o renovar la orden de atención médica cada mes y con frecuencia este lapso es superado por el tiempo requerido para ir de un lado a otro allegando información para sustentar la tutela.

En ocasiones, uno se encuentra con muchos casos, uno no sabe ni qué hacer porque hoy en día, si es para una cirugía manda uno la orden a Metrosalud [red pública] le salen a uno que no, que está postergada porque no hay contrato, por una cosa o por la otra. Va uno a montar una tutela, que no, que para poderla montar tiene uno que llevar la negación por escrito de Metrosalud, ¿y si a uno no le entregan la negación, entonces, uno qué puede hacer? Tiene que llevarla por escrito y la orden no la dan sino por un mes, y si uno en un mes no le han autorizado esa orden, en el hospital San Vicente ¿qué hace? pague 23.000 pesos [12 dólares] para que le vuelvan a autorizar la orden, porque si no, no puede uno hacer nada, vuelva y lleve y vuelva otra vez a lo mismo y en eso se la pasa, porque en eso me la he pasado en este año con una cirugía que tengo pendiente para mi papá. GFRS-C4.

También aquí hay quejas *de ineficacia* y se ha generado desconfianza en las razones o explicaciones institucionales para no atender al usuario, por ejemplo en la falta de recursos o insumos en las instituciones públicas.

Frente a la *intermediación de las organizaciones de salud*, algunos usuarios no confían plenamente en su capacidad para tramitar necesidades de atención de los usuarios aunque no hayan recurrido a ellas o porque las consideran “politizadas” o faltas de autonomía. Esto ha generado sentimientos de “desesperanza” porque nadie hace nada y de falta de apoyo ligado al miedo a perder lo que se tiene, alimentado – en algunos casos- por los trabajadores de la salud que les dicen a los usuarios del régimen subsidiado que tener un seguro es un regalo y no un derecho. Sin embargo, como se ha reseñado antes, también las organizaciones y algunos líderes y

trabajadores de la salud han intermediado en la resolución de necesidades y en la exigibilidad del derecho a la salud.

Otras razones para no reclamar son *la prioridad de la lucha por la supervivencia y el miedo de no saber cómo enfrentarse a respuestas técnicas*. En este último caso, algunos proponen como alternativa la unidad para la reclamación pues el no hacerlo devino, por ejemplo, en la imposición de políticas como la profundización de criterios de focalización.


Uno de los líderes entrevistados con cerca de 15 años de trabajo comunitario en salud y quien asesora o acompaña el trámite de quejas en salud de la población pobre de una populosa zona de la ciudad coincide con lo que aquí se ha señalado, sin embargo afirma que la tutela también ha servido para que las aseguradoras del régimen subsidiado concilien, bajo presión de los jueces, sin llegar a hacerla efectiva.

Generalmente la gente usa la tutela cuando se le induce o se le asesora, no lo hace por criterio propio. La gente lo que está haciendo en su mayoría es sufrir callada necesidades y enfermedades. Al colocar tutelas algunas no se ejecutan porque el juez llama a la ARS [aseguradora del régimen subsidiado] y un porcentaje que yo diría, al cálculo de lo que he visto, es del 20% no entra porque se concilia. ENFL.

2.2.3. Población Vinculada:

Específicamente la justiciabilidad y la tutela no surgieron en los grupos focales como experiencia vivida directamente, tal vez por el poco uso que este grupo hace de ellas. Como se describió antes, los vinculados se auto-definen "sin derechos" y coincide la descripción de los líderes con la de ellos mismos en sentirse desamparados y sin alternativas frente al SGSSS. Sin embargo emergió el *miedo a organizarse, a reclamar o a buscar el respaldo de otros pobladores* frente a una necesidad en salud por la intimidación ejercida por actores armados para mantener el poder y el control sobre recursos públicos en esas zonas de la ciudad.

Cuadro 7 Perfil de utilización de la tutela por los usuarios de servicios de salud de Medellín

Indicador	REGIMEN CONTRIBUTIVO	REGIMEN SUBSIDIADO	POBLACIÓN
<p>RAZONES PARA USARLA</p>	<p>NEGACIÓN DE LA ATENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para servicios o tratamientos: <ul style="list-style-type: none"> - Urgentes, especializados y costosos - Padecimientos crónicos - Servicios no- POS - Por falta de semanas cotizadas <p>TUTELA REQUISITO ATENCIÓN Usuarios Seguro social</p>	<p>NEGACIÓN DE LA ATENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para servicios especializados y costosos. - Falta recursos económicos para co-pagos. <p>USO POTENCIAL: Enfrentar desinterés- IPS - EPS- mala atención</p> <p>ALTERNATIVA INCLUSIÓN CLASIFICACIÓN SISBEN .</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si no funciona primera vía: oficina SISBEN 	<p>NEGACIÓN D</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando dema - Falta recursos
<p>FRECUENCIA</p> <p>ARACTERÍSTICAS DE USO</p> <p>INTERMEDIACIÓN</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Es el grupo que más la usa - ES PRIMERA VÍA: cuando pertenecen a OUS - ES SEGUNDA VÍA: cuando falla la solicitud de resolución institucional. <p>SOLICITUD ASESORÍA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento asesoría OUS - Pago particular tutela 	<ul style="list-style-type: none"> - Menor frecuencia de uso que en el Régimen Contributivo <p>LAS PRIMERAS VÍAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Solidaridad comunitaria - Aguantarse – no hacer nada - Acudir oficina SISBEN <p>TUTELA SEGUNDA VÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutela para inclusión, reclasificación en el SISBEN <p>SOLICITUD ASESORÍA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento – asesoría OUS 	<ul style="list-style-type: none"> - Es el grupo que percepción: sin derecho <p>LA PRIMERA VÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Resolución individual -farmaceuta, agentes -remedios caseros. <p>LASEGUNDA VÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pago consulta particu <p>TERCERA VÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutela alternativa po <p>SOLICITUD ASESOR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar ayuda a lide - Pago particular tute
<p>RAZONES PARA NO USAR TUTELA</p>	<p>DESCONOCIMIENTO DEL SGSSS</p> <p>MIEDO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perder derecho si se reclama <p>INEFICACIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desacato del fallo - Atenciones parciales intermitentes <p>NO SABER ENFRENTAR RESPUESTAS TÉCNICAS</p>	<p>DESCONOCIMIENTO DEL SGSSS</p> <p>MIEDO</p> <ul style="list-style-type: none"> -A perder la afiliación - A enfrentar respuestas técnicas <p>INEFICACIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No credibilidad en Instituciones <p>EXCESO REQUISITOS</p> <p>OTRAS RAZONES DE NO USO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconfianza en la OUS - Percepción del seguro como regalo - Prioridad: lucha por supervivencia 	<p>DESCONOCIMI</p> <p>AUTO-PERCEP</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personas sin de <p>MIEDO</p> <ul style="list-style-type: none"> - A organizarse

Fuente: Entrevistas

Abreviaturas: OUS Organización de usuarios de salud. SGSS: Sistema general de seguridad social en salud

2.3. Los aprendizajes de las OUS y líderes de salud frente a la acción de tutela.

Las estrategias desplegadas son: los líderes han aprendido a justificarlas *"amarrándolas"* al derecho a la vida, copiando argumentos de tutelas exitosas puestas por profesionales o, *sustentándolas de entrada en la integralidad del derecho a la salud* para anticiparse a fallos fragmentarios o para corregir los vacíos en la solicitud de amparo, según las asesorías de los organismos de control del Estado. Han realizado *acompañamiento y asesoría a los usuarios* y han buscado individual o corporativamente *capacitarse*. Los líderes coinciden en afirmar que la mayoría de las tutelas son concedidas –resueltas a favor de los usuarios- y algunos proponen la creación de una jurisdicción especial para las tutelas en salud. Algunas estrategias se describen en experiencias como esta:

Yo hago tutelas, participo en ASUDESSA [una asociación de usuarios] y estoy en el trabajo sindical. Aprendí a poner tutelas en el trabajo sindical, en la empresa donde trabajaba, me puse a estudiar una que un abogado me puso cuando tuve un problema con un familiar y así mirando, estudiando y viendo lo que decía empecé. También por intermedio de los trabajadores llegaba gente: familiares o amigos de trabajadores de la empresa que me pedían ayuda (...) Muchas tutelas las hacen incompletas en la Personería porque se basan solo en lo que la gente pide y no en la integralidad, hay que saber que para la cirugía se piden exámenes, procedimientos y después, medicamentos y todo eso hace parte de una misma necesidad, si no hay que poner una tutela por cada servicio, hay que sustentarlas muy bien. Eso se aprende a punta de hacer tutelas. Yo he puesto por ahí unas 50 y sólo he perdido dos. ENAC

Otros líderes o usuarios han buscado asesoría en los trabajadores de la salud y han aprendido a responder a algunas estrategias del SGSSS, quienes les recomiendan "confidencialmente" la exigibilidad, o en algunos casos trabajan conjuntamente para enriquecer la argumentación de conexidad entre los derechos a la vida y a la salud, por ejemplo, con el principio de "oportunidad en la atención" y enfrentando la resolución parcial de necesidades en salud por parte de los prestadores con la petición de amparo de "la integralidad".

Por eso con el Sr. "x" [nombre de un líder de salud] hemos encontrado varias estrategias: contratar un abogado para que nos asesore, basar la argumentación en la necesidad de oportunidad en la atención para garantizar el derecho a la vida, hacer la tutela bi-direccional y simultánea, es decir presentarla al mismo tiempo a la ARS [aseguradora] y a la DSSA [Dirección Seccional de Salud] para que cuando una instancia diga que hay que

recurrir a la otra ya el trámite esté adelantado y, lo otro es hacerla por toda la patología y no por una atención en particular, por ejemplo, si lo que se requiere es una ecocardiografía lo que se pide no es únicamente ese procedimiento sino la atención por patología cardíaca para apuntarle de una vez a los medicamentos, la hospitalización, los exámenes o los procedimientos que se requieran. ENGV.

2.4. Síntesis sobre la tutela:

Las razones para usar la tutela son las mismas en todas las formas de adscripción al SGSSS, están ligadas a la negación del servicio especialmente para servicios especializados o costosos o que requieren atención sistemática y para disminución o exoneración del pago en población subsidiada y vinculada; quienes más usan la utilizan son los usuarios del régimen contributivo, dentro de estos, se destaca la situación de los del seguro social para quienes es prácticamente un requisito de atención; luego están los del subsidiado y quienes menos la usan son los vinculados probablemente porque se auto-perciben como población "sin derechos" o que "están en el limbo".

Las razones para no exigir el derecho a la salud por esa vía son el desconocimiento, el miedo –a perder derechos o a enfrentarse a las respuestas técnicas por falta de apoyo de otros y de argumentos- y la pérdida de eficacia. Al desagregar la información aparecen como obstáculos en el régimen subsidiado, la lucha por la supervivencia, las barreras económicas, el incumplimiento de los fallos que protegen el derecho del usuario y, la incertidumbre o desconfianza frente a la capacidad de las organizaciones de salud. En algunos usuarios de la población más pobre pervive aún la noción de caridad o de regalo por parte del Estado más que la de derecho.

Las estrategias puestas en marcha por los distintos actores muestran un aprendizaje de los argumentos del oponente, los líderes -más que los usuarios- pese a su posición de asimetría frente al SGSSS se han apropiado de la tutela y han acompañado la exigibilidad del derecho a la salud por parte de los usuarios. El SGSSS busca contener el volumen de tutelas y el Estado cambiar la legislación en la vía de restringir garantías; algunos trabajadores de la salud acompañan a los líderes en los procesos de justiciabilidad y han enriquecido la argumentación de las tutelas, con asesoría jurídica, retomando los principios de oportunidad e integralidad en el

derecho a la salud -aportados por la jurisprudencia en torno al tema, producto de la reforma-.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo, siguiendo los objetivos de investigación, hace un análisis de los resultados, retomando los conceptos y autores reseñados en el marco teórico, contrastando algunos hallazgos con otros estudios empíricos o con trabajos sobre la reforma a la salud del campo de la salud colectiva y describiendo el aporte y la experiencia de los usuarios a la construcción del derecho a la salud. Esta organizado en cuatro partes y en una síntesis de los aportes de la investigación: en la primera se presentan –a modo de referente transversal- los cambios estructurales en el derecho a la salud que han determinado las acciones, experiencia y valoración de los usuarios; la segunda parte se refiere al primer objetivo de investigación, allí se hace un análisis de la acción colectiva realizada por las organizaciones de usuarios mostrando porque sus acciones han ampliado la esfera pública y el derecho a la salud.

En la tercera parte se aborda el segundo objetivo de investigación, el contenido que los usuarios le otorgan al derecho a la salud: se describe cómo se ha moldeado la segmentación del aseguramiento a medida que se ha consolidado la reforma y cómo los usuarios han vivido esa experiencia, los vacíos históricos en la realización del derecho a la salud percibidos por ellos y la re-interpretación que hacen del derecho hacia la concepción de la salud como derecho humano fundamental e incorporando nociones de justicia y dignidad.

La cuarta y última parte se ocupa del tercer objetivo de investigación: las estrategias de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud: allí se reconstruyen las trayectorias de acceso a partir de las barreras y estrategias narradas por los usuarios a fin de analizar cómo la contención de costos y los cambios en la universalidad y la equidad, introducidos con la reforma, configuran las inequidades en el derecho a la asistencia sanitaria; se muestra el uso diferencial de la tutela como estrategia y como mecanismo de justiciabilidad del derecho y los aprendizajes que ha generado en los usuarios y; se hace una interpretación de algunas de las estrategias narradas como

prácticas de resistencia que ayudan a comprender como se construye la compleja relación de los usuarios con el Estado y con el SGSSS y como la construcción del derecho “desde abajo” combina la simultaneidad del orden legal formal y del sistema moral interno de los territorios donde habitan los usuarios.

Al final se hace una síntesis de los aportes de la investigación, destacando como la perspectiva de los usuarios permite un análisis integral y enriquecido del derecho porque articula determinantes estructurales y realidades empíricas, que podrían contribuir al campo de la salud colectiva con nuevos elementos para el estudio de la reforma y del derecho a la salud que los trabajos macro o estructurales no incorporan.

1. Los componentes no realizados del derecho a la salud desde la perspectiva de los usuarios: comprendiendo los cambios estructurales de la reforma*.

Los resultados de los tres objetivos de ésta investigación: acción colectiva en salud, contenido del derecho a la salud y estrategias desplegadas por los usuarios frente a los cambios en ese derecho convergen en cinco efectos de la reforma que constituyen aspectos críticos o componentes no realizados del derecho a la salud: la falta de disponibilidad de la oferta pública de servicios, la exclusión generada con el seguro subsidiado, las barreras económicas, la insuficiencia de algunos servicios y los obstáculos para el acceso a la atención especializada.

Para entender estos efectos se requiere una comprensión estructural de los cambios en el derecho a la salud que se concretan en tres aspectos: el primero, la violación de las normas del derecho internacional; el segundo, el aseguramiento, los pagos y la competencia como ejes articuladores de esos cambios y, el tercero la forma como se introducen y operan esos tres ejes en la reforma colombiana.

* Aquí se hace una ampliación de los elementos de la reforma y del derecho internacional reseñados en el marco teórico.

1.1. El incumplimiento de las normas del derecho internacional.

Los cinco aspectos develados por los usuarios, muestran el incumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC-⁶⁷ (ONU, 1976) acogido por Colombia, y de la norma que desarrolla el componente de salud, la Observación General N° 14,(ONU, 2000) allí se establecen, entre otras obligaciones estatales de satisfacción del derecho a la salud, la disponibilidad equitativa de servicios, la ejecución de una política de salud pública, la provisión de un seguro público universal asequible (párr 36 a 38, 52); ese incumplimiento de los Estados -parte puede considerarse en el análisis como sanción moral pero no tiene efectos en la práctica por varias razones: el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, organismo de Naciones Unidas para la promoción y cumplimiento del PIDESC apenas entró en vigor en 1996; en esa materia el derecho internacional es subsidiario del nacional y; desde 1990 la ONU ha intentado fallidamente acordar un Protocolo Facultativo para los DESC que permita examinar denuncias de los particulares, producir jurisprudencia, avanzar en la exigibilidad, ordenar reparación internacional a las víctimas en las violaciones a los DESC e ir disminuyendo la asimetría frente al poder de los organismos financieros internacionales (Sepúlveda, 2005: 266-273).

1.2. Aseguramiento, competencia y co-pagos, los cambios estructurales en el derecho a la salud con la reforma.

Diversos autores del ámbito de la salud colectiva han calificado a la reforma como parte de la transición a un nuevo modelo de desarrollo neoliberal, inscrito en transformaciones más estructurales de re-ordenamiento mundial del capital y en la crítica al Estado de Bienestar⁶⁸; uno de los componentes de esa transición es la

⁶⁷ El PIDESC es el principal instrumento del derecho internacional de los derechos humanos sociales, promovido por la ONU en el marco de los Estados de Bienestar y de la guerra fría, formulado en 1966 y adoptado por 135 Estados –Colombia entre ellos- en 1976.

⁶⁸ Según Laurell (1997: 13-19) la crítica neoliberal al Estado de Bienestar, considera que la intervención estatal en general, no es conveniente en tanto genera dependencia, des-estimula la inversión productiva, el trabajo y la iniciativa individual, además requiere un gasto considerable, responsable en gran medida de la crisis fiscal. En el ámbito social, la acción estatal es especialmente

disminución del papel social del Estado para ganar en eficiencia introduciendo criterios de mercado acompañados de una exaltación del individualismo en las políticas sociales –que son las que concretan los derechos- y de la intención de convertir los servicios sociales en sector de acumulación de capital (Laurell, 1997 13-19; Tetelboin, 1998a: 502-507; 1998b: 42; Almeida, 2005: 22) Esa nueva orientación de las políticas sociales demanda una profunda reforma del Estado para garantizar el funcionamiento del mercado con el mínimo posible de obstáculos; en salud se incorpora, con la directriz de los organismos financieros internacionales, en especial del Banco Mundial, (Almeida, 2005: 24-27) a los diseños institucionales y de política pública de la reforma, a través del aseguramiento, de la competencia entre agentes públicos y privados y del establecimiento de co-pagos por los servicios, ejes incorporados al modelo colombiano de pluralismo estructurado puesto en marcha con la ley 100 de 1993.

1.3. Pluralismo estructurado y derecho a la salud en la reforma colombiana.

Las bases del pluralismo estructurado (Frenk y Londoño, 1995) y la forma como ha operado el modelo en la práctica explican los cinco aspectos críticos para la realización del derecho a la salud que han dado lugar a la movilización, a los contenidos de ese derecho y a las estrategias descritas por los usuarios. En teoría, el modelo apunta a construir el equilibrio entre los sectores público, privado y el papel del Estado, a fin de aprovechar las ventajas estratégicas y evitar la supremacía de cada uno, mediante la concurrencia *plural* de actores públicos y privados que compiten en la agencia y provisión de servicios, *estructurada* por reglas de juego para evitar las fallas de mercado y los conflictos latentes entre eficiencia y equidad; las principales responsabilidades del Estado son la “dirección estratégica” del sistema de salud para ganarle consenso social a la reforma y monitorizar su puesta en marcha; la provisión de servicios colectivos de salud pública y el subsidio al seguro de la población más pobre.

ineficiente porque ha sido incapaz de llevar políticas sociales a los más necesitados y no se compensa con los resultados obtenidos –bajas coberturas y segmentación en la provisión de servicios sociales-.

Los componentes centrales del modelo son: la competencia, el aseguramiento universal y la separación de funciones de administración del aseguramiento y de prestación de servicios; fueron puestos en marcha con la ley 100 de 1993 que creó el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud –SGSSS-. El aseguramiento está organizado en dos regímenes: el subsidiado para la población pobre seleccionada por focalización y el contributivo para la población empleada y con capacidad de pago; el seguro cubre un plan de beneficios -Plan Obligatorio de Salud- diseñado con criterios de costo-efectividad pero inferior en un 30% para los afiliados al régimen subsidiado (Hernández, 2000: 145) y se crea un intermediario, una empresa aseguradora –Empresa Promotora de Salud o EPS- que recibe y administra las primas de seguros y contrata con prestadores –Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS- los servicios para los usuarios. La ley 100 propuso como meta, con base en el cumplimiento de indicadores macro-económicos⁶⁹, la universalidad del aseguramiento y la igualación de los planes de beneficios en 2001; mientras tanto, la población no asegurada –vinculada- sería atendida con recursos de subsidio a la oferta; la nueva organización opera con sistemas de co-pagos y cuotas moderadoras en el uso de servicios, a cargo de los usuarios.

Así la reforma incorporó desde su concepción y luego en el diseño del modelo colombiano, los cambios que han generado mayores obstáculos para la realización del derecho a la salud: el seguro, la competencia, la intermediación de aseguradores –EPS- para la provisión de servicios asistenciales por contratación con IPS; los servicios colectivos de salud pública como responsabilidad del Estado y los pagos a cargo de los usuarios, pero la operación de toda esta estructura profundiza aún más esos obstáculos, como lo muestra la perspectiva de los usuarios en el análisis de resultados que se presenta a continuación.

⁶⁹ Esta meta se formuló previendo el comportamiento futuro de variables macro-económicas en el país: un nivel de pobreza del 25 al 35% y un incremento anual del crecimiento económico en un 5%, del empleo asalariado en un 3.5%, del empleo independiente en un 2.1% y de los ingresos promedio reales de los trabajadores en un 1.8%. Estas condiciones permitirían la incorporación progresiva del 70% de la población con mayor capacidad de pago, al régimen contributivo y del restante 30% más pobre al régimen subsidiado (Ministerio de Salud, 1994:147,149).

2. El aporte de la Acción Colectiva en Salud –ACS- en Medellín a la construcción del derecho a la salud.

El análisis de la acción colectiva en salud responde al primer objetivo de esta investigación, cual es el de comprender cual ha sido su incidencia en la construcción del derecho a la salud a través de las acciones realizadas por las Organizaciones de Usuarios de Salud –OUS- Los resultados se organizan en tres temas: en primer lugar, se hace una caracterización de las OUS como “públicos subalternos” con base a su posición frente al conjunto de actores del SGSSS; en segundo lugar se traza un perfil de las acciones desplegadas por ellas argumentando que representan una ampliación de la esfera pública y del derecho a la salud y; en tercer lugar se muestra como las OUS en los espacios extra-institucionales actúan como redes de apoyo para la mediación entre usuarios y SGSSS en la realización del derecho a la salud.

2.1. Las OUS: “públicos subalternos” de la acción colectiva en salud.

Los resultados de ésta investigación muestran que las OUS además de develar desde lo micro, los cambios del derecho a la salud ya reseñados, han contribuido a su construcción a través de la defensa de la red pública de servicios, de la realización de acciones políticas para construir ciudadanía o lograr la resolución de necesidades en salud en los canales institucionales del Estado y de la configuración de redes de apoyo a los usuarios: esa construcción se ha realizado a través de la acción colectiva desplegada en espacios sociales y políticos y ha representado alguna ampliación de “lo público” en salud. Esos resultados se discuten a continuación.

Como se señaló en el marco teórico, esta investigación utiliza referentes teóricos de otros estudios empíricos similares que consideran que los derechos en el tercer mundo (Kabeer, 2007) y en particular en Medellín (Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003) se construyen en las luchas sociales y esto implica acción colectiva y resistencia. Esa caracterización inicial es útil para analizar las acciones realizadas por las OUS, porque aunque para la mitad de las encontradas en esta investigación su quehacer

está delimitado por el Decreto 1757 de 1994*, tanto en éstas como en la otra mitad, la mayoría de las acciones realizadas son políticas y van en contravía de las directrices instauradas con la reforma.

Los elementos comunes en el concepto de acción colectiva entre las diferentes corrientes son: cierta generalización del malestar social porque una necesidad colectiva no es satisfecha o porque una situación es vivida como injusticia en grupos que comparten objetivos, realizan acciones para resolver esa necesidad y, develan la presencia de un conflicto y de un adversario (Tarrés, 2004) Los resultados de investigación muestran que la lucha por esos componentes no realizados del derecho a la salud que se han venido mencionando son los mismos en todas las OUS aunque éstas no tengan contacto entre sí y esto habla de cierta generalización del "malestar" generado con la reforma.

Pero las OUS en un entorno donde grandes aseguradoras asociadas al capital nacional y transnacional se disputan el mercado de la salud y moldean a su favor las decisiones sectoriales más importantes, son lo que Nancy Fraser (1997:115) denomina "públicos subalternos"⁷⁰ porque tienen grandes asimetrías de poder frente a otros grupos o actores sociales; sin embargo, "allí circulan discursos que les permiten formular interpretaciones opuestas de sus intereses y necesidades" y se realizan acciones que buscan convertir esas necesidades en derechos tramitándolas a través de la resolución política bien sea por institucionalización –en los canales formales del estado y de las instituciones- o convirtiéndolas en un "asunto de interés público" debatido ampliamente a lo largo de un territorio por "diversos públicos. A través de esas acciones las OUS han contribuido a la construcción del derecho a la salud "desde abajo".

* Una descripción de este decreto y de las funciones definidas para las asociaciones de usuarios, se presenta en el marco teórico.

⁷⁰ Fraser propone esa caracterización para miembros de grupos sociales excluidos, discriminados o subordinados.

2.2. La ACS: defensa de la red pública, acciones políticas y ampliación de la esfera pública en salud.

La ley 100/93 estableció que las Empresas Sociales del Estado⁷¹ –ESES- entraran a competir por la prestación de servicios de salud porque los subsidios a la oferta –es decir la financiación estatal de la red pública- se iría sustituyendo gradualmente y hasta lograr la afiliación universal al aseguramiento, en subsidio a la demanda. En la práctica, como lo describen diversos estudios (Paredes, 2004:112-115; Rodríguez, 2005:220-221; Caro, Vega, et al, 2006:240-246) esto ha devenido en competencia desigual porque los hospitales públicos –con la obligación adicional de atender a la población pobre no asegurada, altas cargas laborales, tecnología obsoleta, competencia con aseguradores privados que tienen su propia red y recibiendo tardíamente los pagos de parte de las aseguradoras- se ven abocados a ser cada vez más auto-sostenibles financieramente.

Desde la puesta en marcha de la reforma, las dos instituciones públicas con más puntos de atención en la ciudad de Medellín –Metrosalud y el seguro social- se han movido entre la re-estructuración y la lucha por mantenerse en el nuevo contexto de competencia: la primera se sostiene como la ESE pública más grande con unidad de empresa y la segunda –después de una larga agonía y del incumplimiento de la financiación estatal- ya no es una institución pública sino mixta, ambos procesos en medio de una amplia movilización y presión, entre otros actores, de las OUS y de los pobladores. La diferencia entre los dos procesos se explica porque Metrosalud es considerada en la opinión pública como “la única institución que atiende a los pobres”; cumple con la norma internacional de distribución equitativa en toda la ciudad, con frecuencia la única en zonas pobres que no interesan a los prestadores privados; y; recibe, justo a partir de esas movilizaciones, un gran aporte financiero del gobierno local que le ha permitido sostenerse⁷²; mientras en el caso del seguro social ha existido desde 1998 una política nacional sistemática de recorte de recursos, re-estructuración fallida e incumplimiento de aportes estatales (Sarmiento,

⁷¹ Con la ley 100 de 1993, las instituciones públicas de salud se deben transformar en Empresas Sociales del Estado con autonomía administrativa y financiera.

⁷² Entrevista con una Directora de Centro de Salud de Metrosalud, en febrero 20 de 2007.

2004; Reyes, 2007; Robledo, 2008) de ahí las múltiples quejas de los usuarios, relatadas en los resultados de este trabajo. La defensa de la red pública ha sido un eje de movilización en las OUS pero también han realizado otras acciones políticas.

La mayoría de las acciones de las OUS tienen un contenido político porque, siguiendo a Fraser, buscan resolverse en el Estado o en las instituciones como en el caso de la tutela, de la presión por programas de salud pública o de la atención a grupos vulnerables; o porque hacen visibles necesidades sociales convirtiéndolas en "asuntos de interés público"; por ejemplo, en algunas OUS, la formación en temas del ciudadanía, de veeduría y de formulación de proyectos para una participación más autónoma, la promoción y participación en debates locales sobre temas de salud y, la convocatoria a "otros públicos" --mediante marchas de protesta, denuncias públicas, articulación con otras organizaciones o actores- Otras OUS han tenido coyunturas de resistencia defensiva o propositiva, frente a la ingerencia de actores armados en las organizaciones.

Esas acciones representan, como en los hallazgos de otras investigaciones sobre derechos en grupos sociales excluidos o marginados, (Fraser, 1997; Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003) una ampliación de la esfera pública y del derecho a la salud desde ese "público subalterno" que son las OUS porque trascienden el límite normativo y porque la riqueza de formas organizativas e iniciativas ciudadanas pone de presente que la disminución en el contenido del derecho a la salud, introducido con la reforma, convirtió ese tema en un asunto de interés público y en un motivo de lucha para su ampliación; también ha incidido en algunos cambios en la política local logrando la implantación, desde 2002, de programas más sistemáticos de salud pública⁷³.

2.3. Las OUS como red "invisible" de apoyo: mediando en la realización del derecho a la salud.

Todas las OUS conforman a través de acciones cotidianas --muchas de ellas

⁷³ Entrevista al Representante de los trabajadores de la salud al Consejo Local de Seguridad Social en Salud en abril de 2006.

"invisibles"- una red de apoyo y trámite de demandas emergentes desde la población en busca de resolución política o institucional, ésa interacción deviene, muchas veces, en una contribución a la realización del derecho a la salud y ha construido un micro-tejido social o un entramado de relaciones reconocidas y utilizadas por los pobladores. Así las organizaciones terminan, en alguna medida, cumpliendo el papel del Estado o mediando ante las instancias del SGSSS en la realización del derecho a través de recorridos por las instituciones recogiendo opiniones de los usuarios, consiguiéndoles apoyo económico, asesorándolos o acompañándolos en la exigibilidad vía tutela.

Esas mediaciones son "formas cotidianas de construcción de ciudadanía" en espacios extra-institucionales o de convertir las necesidades en derechos, como lo plantea Fraser, tramitándolas en espacios sociales y políticos; esas "nociones cotidianas de ciudadanía" han sido descritas en investigaciones sobre movimientos sociales y derechos en el tercer mundo (Rajagopal, 2003; Musembi, 2007:53-54) Sin embargo, también evidencian las vulneraciones del derecho a la salud por las diferentes instancias del SGSSS.

En síntesis la acción colectiva en salud ha contribuido a la construcción del derecho a la salud a través de acciones políticas y de mediaciones cotidianas "invisibles" para la realización del derecho a la salud; sin embargo, transcurre en contextos de empobrecimiento y grandes exclusiones socio-económicas de la población⁷⁴ y de complejas interacciones entre lo cívico, lo armado y la dependencia del Estado, de la clase política y de las instituciones de salud, lo cual le resta autonomía y capacidad de incidencia en el escaso margen que la reforma deja a las decisiones locales y; pasa también –como lo señala Bernal- (2004: 37-51) por una historia marcada en la ciudad por intentos fallidos de democratización de la participación social y por el consecuente escepticismo y apatía de pobladores y organizaciones.

⁷⁴ En Medellín en las dos últimas décadas, aún con las variaciones de los ciclos económicos y del gasto social, la pobreza por ingresos se ha mantenido por encima del 50% (Corporación Región; Alcaldía de Medellín-Secretaría de Bienestar Social, 2006: 45-47).

3. El Contenido que los usuarios le otorgan al derecho a la salud.

La identificación del contenido que los usuarios le otorgan al derecho a la salud es el segundo objetivo de esta investigación y se re-construye a partir de cómo aquellos lo valoran, a qué aspiran y qué proponen frente a ese derecho. Los resultados se refieren a tres aspectos: el primero, los cambios en los contenidos introducidos con la reforma y la auto-definición diferenciada para cada tipo de población usuaria – subsidiada, contributiva y vinculada- centrada en la tenencia de seguro y en la capacidad de pago, esa auto-definición es consecuencia de la profundización en la segmentación del derecho; el segundo se refiere a las carencias históricas en su realización y; el tercero a la re-interpretación que los usuarios hacen del derecho ampliándolo hacia las nociones de inclusión, justicia y dignidad.

3.1. Derecho “ganado por pagar” en el régimen contributivo; “derecho a medias” en el subsidiado y “no tener derecho” en los vinculados.

Todos los usuarios definen tres elementos en el contenido del derecho introducidos con la reforma: la mercantilización de la salud, el seguro como eje del derecho y el deterioro en la calidad de atención; por eso proponen un cambio en el papel del Estado con énfasis en la política social para el bienestar, en la financiación de la salud hacia la inclusión con sentido de universalidad, no discriminación y protección de grupos vulnerables y, en la superación de barreras de acceso económicas y de atención especializada o costosa.

Con la reforma, el usuario como titular del derecho se auto-define por la tenencia del seguro y por la capacidad de pago para obtener atención porque también se requieren co-pagos y asunción de costos de transporte, trámites y compra de medicamentos; a su vez esos dos contenidos determinan un tercero y es la posibilidad de exigir: así los afiliados al régimen contributivo consideran que “se han ganado” el derecho porque están pagando o han cotizado durante toda la vida laboral y eso les da también derecho a exigir y, son quienes más recurren a la tutela.

Los afiliados al régimen subsidiado refieren un "derecho a medias" porque el seguro cubre menos servicios y deben realizar co-pagos y por eso utilizan menos la exigibilidad vía tutela; pero además en este grupo, la mayoría rechazan, pero otros no, la noción de caridad fomentada por algunos sectores de la sociedad –instancias del SGSSS, políticos y trabajadores de la salud- dado que el Estado financia el seguro y ellos solo lo reciben como "un regalo". Los no asegurados –o vinculados- se consideran sin derechos porque no tienen seguro ni dinero y son quienes menos recurren a la tutela. Esta auto-definición es consecuencia de la forma como se combinan lo que el Estado ofrece como respuesta –el seguro como centro del derecho- y lo que la reforma termina concediendo –exclusión del aseguramiento y planes de beneficios diferenciales e insuficientes para los incluidos-.

3.1.1. La profundización de la segmentación: evidencia del aumento de inequidades con la reforma.

La segmentación es la distribución diferencial por grupos de población, de los beneficios y servicios de salud que concretan el contenido del derecho a la salud; uno de los objetivos de los procesos de reforma a la salud en América Latina fue el de superar esa característica estructural de los sistemas de salud que los hacía inequitativos. (Londoño y FrenK, 1995) La vía propuesta fue un seguro universal con un plan de beneficios igual para todos y calculado con base en servicios costo-eficientes, que pudiesen impactar la morbi-mortalidad en términos de años de vida potencialmente ganados o de mortalidad evitable. Esa propuesta se ajustaba además a los lineamientos del Banco Mundial, para las reformas a la salud en el continente (Almeida, 2005: 24-27).

En Colombia, la ley 100/93 propuso alcanzar en el 2001 la afiliación universal de la población a un seguro con igual plan de beneficios para todos en el cual el 30% de la población sería subsidiada por el Estado y el restante 70% estaría en el régimen contributivo porque tendría empleo e ingresos, mientras tanto los no asegurados se atenderían con recursos públicos; ese objetivo no se cumplió, entre otras razones, por la gran crisis económica y la consecuente profundización de la pobreza vivida en

el país entre 1998 y 2002. (Rodríguez, 2005:189) Los resultados de ésta investigación confirman, desde la perspectiva de los usuarios, la profundización de la segmentación vivida en la cotidianidad de la prestación de servicios de salud, coincidiendo con la mirada estructural de otros estudios sobre la reforma colombiana. (Paredes, 2004; Rodríguez, 2005; Corporación Fergusson, 2006; Restrepo, Echeverri, Vásquez y Rodríguez, 2006).

Antes de la reforma había una red pública coordinada por el Ministerio de Salud Pública formalmente disponible para todos pero en la práctica atendía generalmente a la población pobre; el seguro social prestaba servicios de salud a los trabajadores con alguna protección a miembros del grupo familiar, y el mercado privado atendía a la población con capacidad de pago. Esta segmentación configuró un perfil de diferencias injustas en la salud en Colombia y fue uno de los argumentos para sustentar la necesidad de la reforma. Más de una década después de la puesta en marcha de la ley 100 de 1993, existen por lo menos seis segmentos de población, con aseguramiento y servicios diferenciales y con profundas diferencias marcadas por la posibilidad real de pago:

3.1.1.1. Régimen subsidiado, el seguro financiado por el Estado.

Este es un seguro que establece co-pagos diferenciales para la población, según nivel de pobreza, ha profundizado las barreras económicas de acceso y cubre un plan de beneficios inferior en un 30%⁷⁵ (Hernández, 2000: 145) al del régimen contributivo. Los datos de éste trabajo, muestran que ésa situación ha generado más sentimientos de rabia y discriminación que valoraciones positivas en los usuarios y la tenencia del seguro en vez de configurar un significado de ciudadanía ha dado lugar a la competencia por la inclusión entre la población pobre; además representa menos contenido y alcance del derecho a la salud precisamente para quienes menos tienen.

Tres críticas al régimen subsidiado documentadas en los trabajos sobre reforma

⁷⁵ Esta diferencia entre el plan de beneficios del régimen subsidiado respecto al contributivo fue corroborada por el gerente de aseguramiento de una EPS de la ciudad, en entrevista realizada en febrero 20 de 2007.

colombiana se corroboraron en ésta investigación: es excluyente porque los criterios minimalistas de la focalización dejan por fuera una parte de la población pobre que tampoco tiene como afiliarse al régimen contributivo; durante una década, entre 1994 y 2004, la afiliación o no creció o apenas tuvo leves incrementos (Hernández, 2003:472; Fresneda, 2003: 45-75) por ejemplo en Medellín, se mantuvo alrededor del 12% del total de la población entre 1997 y 2003 (Álvarez, 2005: 380) mientras el índice de pobreza por ingresos en las dos últimas décadas ha sido superior al 50% (Bernal, 2005:293-307) Finalmente, los co-pagos⁷⁶ son una barrera para los más pobres (Peñalosa, 2005: 27).

3.1.1.2. Los subsidios parciales, nueva segmentación del régimen subsidiado.

Implantados a partir de 2004, estaban dirigidos inicialmente a la población de niveles II y III, y más adelante solamente a los del nivel III de la encuesta SISBEN⁷⁷ ofrecen un plan de beneficios que equivale apenas al 50% del POS del régimen contributivo y a juicio de una profesional entrevistada,⁷⁸ no cubrió las causas de consulta más frecuentes. En este trabajo, la población de nivel III es la que se siente más excluida dentro del régimen subsidiado, con mayores barreras económicas porque a mayor nivel en la clasificación, menor pobreza, un subsidio más bajo y un co-pago más alto; en este segmento se ha generado el mayor volumen de solicitudes de re-clasificación y sufren discriminación porque algunas aseguradoras solo afilian población de los niveles 1 y 2 y no del nivel III⁷⁹.

⁷⁶ La encuesta SISBEN clasifica a la población en seis niveles de pobreza y asigna seguro sujeto a la disponibilidad presupuestal, solamente a los niveles I, II y III. El Estado subsidia un 90% -a partir de enero de 2007, en un 100%- al nivel I, en un 85% al nivel II y en un 70% al nivel III- Cuando el usuario utiliza servicios, debe realizar co-pagos por el monto no subsidiado.

⁷⁷ En entrevista –marzo de 2007- con un alto funcionario de la Secretaría de Salud Municipal de Medellín se afirma que en abril del mismo año, entre 300.000 y 400.000 afiliados con subsidios parciales pasarían a tener un subsidio pleno.

⁷⁸ Entrevista, el 1 de enero de 2007, a una consultora independiente, con trayectoria laboral en el antiguo Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Protección Social, en el seguro social y en un organismo internacional de salud.

⁷⁹ Visita de campo en febrero 15 de 2007 a un puesto de atención del SISBEN, ubicado en un Centro de salud de la ciudad y entrevista a la funcionaria a cargo.

3.1.1.3. La población vinculada o no asegurada.

Una franja de población – que oscila entre el 30 y el 40%⁸⁰ pero que ha venido disminuyendo desde le 2004 - mal llamada “vinculada”, no asegurada porque los recursos del régimen subsidiado no alcanzan para hacerlo o porque, según la focalización, no es lo suficientemente pobre para estar incluida como potencial beneficiaria, pero tampoco tiene ingresos o una inserción estable en el mercado laboral para afiliarse al régimen contributivo: en otras palabras, los vinculados son pobres, pero para los criterios de política social del Estado “les falta” aún más pobreza. La atención en salud de esta población normativamente corresponde al Estado con recursos públicos de subsidio a la oferta y con tarifas pagadas por el usuario, pero en la práctica éste trabajo encontró que son rechazados cuando buscan servicios. Como no tiene seguro y generalmente tampoco cuenta con recursos económicos para pagar las tarifas –o sea, carece de los dos elementos definitorios del derecho hoy- se considera a si misma sin derechos. Esa diferenciación les genera sentimientos de humillación y escepticismo respecto al cambio futuro de su situación.

3.1.1.4. Régimen contributivo, para la población empleada.

Es un seguro financiado por los empleadores y/o los trabajadores con posibilidad de afiliación de los miembros del grupo familiar no protegidos, con un plan de beneficios mayor que el del régimen subsidiado y el cual, según los resultados de ésta investigación, en la práctica no elimina las barreras de acceso a los servicios de salud –aunque es el segmento que menos las padece- e incluso para obtener los más especializados y costosos debe recurrir a la exigibilidad jurídica. Aunque dentro de los grupos de población estudiados éste tendría más derechos en salud en términos de contenido, los problemas concretos para su realización generan, en algunos casos, sentimientos de tristeza y humillación.

⁸⁰ Esta diferencia depende de la fuente consultada y es válida hasta antes de los subsidios parciales

3.1.1.5. Plan complementario de salud para la población con capacidad de pago.

Se ofrece a población asegurada con capacidad económica para comprar un plan adicional al cubierto por el régimen contributivo, el cual ampara algunos servicios y tratamientos no incluidos en el plan de beneficios y brinda mejores instalaciones y condiciones de infraestructura o de "hotelería" en caso de hospitalización para personas con altos ingresos.

3.1.1.6. El subsidio a la cotización.

Es para población trabajadora, generalmente informal o cuyos ingresos no alcanzan para cubrir el monto de la cotización exigida en el régimen contributivo. Esta propuesta subsidia la cotización en vez del plan de beneficios o sea que la responsabilidad por la afiliación y permanencia en el sistema finalmente es individual. A juicio de los expertos consultados⁶¹ los subsidios parciales y los subsidios a la cotización- segmentos no incluidos en ésta investigación- son una respuesta del Estado frente al aumento de la base poblacional potencialmente objeto del régimen subsidiado y de la informalidad laboral.

Los seis segmentos caracterizados aquí corresponden a seis formas diferentes de realización del derecho a la salud después de la reforma; y son indicadores de la profundización de las inequidades en salud y del fracaso en la meta de aseguramiento universal como vía para superar la segmentación histórica del sistema de salud colombiano.

3.2. Barreras económicas, no universalidad y noción de caridad: vacíos históricos en la realización del derecho a la salud.

En la experiencia de los usuarios, antes de la reforma el derecho a la salud se

⁶¹ Entrevista, en diciembre 19 de 2006, a un profesor investigador del tema de la reforma a la salud en Colombia, de la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia y, en febrero de 2007, al Gerente de aseguramiento de una EPS que prestó este tipo de planes con subsidio parcial.

caracteriza por menores costos, mejor calidad de atención, disponibilidad y acceso a los de hospitales públicos, una dimensión ética referida a un sentido humanista y solidario, menor rechazo para la población pobre y un Estado que, para muchos, garantizaba más derechos y, para otros, históricamente –ni antes ni ahora- consideró la salud como una prioridad.

Los resultados muestran cómo la realización del derecho a la salud con la puesta en marcha de la reforma aunque hay más recursos financieros⁸², ha tenido también más vacíos, insuficiencias y carencias que antes; algunas valoraciones y experiencias referidas al período anterior a la reforma, apuntan a señalar las barreras económicas y funcionales –horarios, esperas, atención especializada- la falta de universalidad y de responsabilidad estatal frente a la salud y la mentalidad de "caridad", y no de ciudadanía, para los pobres como aspectos críticos del derecho a la salud nunca resueltos. Otros trabajos de investigación coinciden en señalar algunos de los elementos descritos como "obstáculos estructurales" para la realización del derecho a la salud (Hernández 2000: 135-164) o como iniquidades históricas en el acceso a los servicios de salud. (Echeverri, 2003b:75- 119; Álvarez, 2005) Todo esto pone de presente un déficit histórico de ciudadanía social el cual la reforma a la salud en vez de resolver, ha profundizado y cuya superación implica cambios estructurales en la concepción del desarrollo, de la política social y del sistema de salud no viables en el corto plazo en el país⁸³.

⁸² La Constitución de 1991, dispuso las transferencias obligatorias de recursos de la nación a las entidades territoriales -municipios y departamentos- para el gasto público social. Aunque esa disposición está en proceso de reforma, retrocediendo hacia la centralización de recursos, lo que habría que destacar es que independientemente del monto, mientras exista una estructura de sistema de salud basada en la intermediación, una parte de esos recursos se queda en las aseguradoras, la mayoría privadas.

⁸³ La no viabilidad se explica ,entre otras razones, por la fortaleza ideológico-político del modelo y del gobierno actual; por una característica que Mario Hernández ha señalado cual es la debilidad de los actores socio-políticos en salud que eventualmente pudieran jalonar un cambio hacia la realización de los DESC; por el poder económico y político de las aseguradoras privadas de salud y por la des-institucionalización generada con la presencia y consolidación de actores armados en los espacios micro-sociales y territoriales en varias regiones del país y en Medellín.

3.3. La re-interpretación del derecho como derecho humano y hacia la dignidad y la justicia.

Los contenidos del derecho a la salud para los usuarios también van más allá del aseguramiento, la capacidad de pago y la exigibilidad e incorporan componentes que coinciden con el ordenamiento jurídico del derecho a la salud como derecho humano fundamental: todos los tipos de población usuaria reivindican alguna *noción de universalidad* entendida como ampliación del plan obligatorio de salud, atención sin restricciones o un sentido igualitarista expresado en la eliminación de la focalización y en la “no discriminación por ser pobre”. Proponen un *cambio en el papel del Estado* hacia la financiación de la universalidad en la atención en salud, la garantía del bienestar y, la inclusión como *condiciones materiales de vida*, porque las políticas sociales se han desmantelado o no han existido para algunos grupos poblacionales, además a modo de contrapeso a la orientación gubernamental nacional que ha privilegiado la seguridad democrática y la política económica. Otra propuesta es la *disminución o eliminación de barreras económicas* a través de “pagos justos” o no cobro para los pobres. Estos contenidos han sido consagrados en instrumentos internacionales vigentes y suscritos por el Estado colombiano como la Observación General N° 14 o han sido catalogados como principios rectores de la salud como derecho humano⁶⁴ (PROVEA, 2000: 27-132) y, demuestran, como lo han señalado varias investigaciones, que en la cotidianidad los derechos son interdependientes e indivisibles. (Nyamu-Musembi, 2007:48-52).

Un componente del derecho para todos los usuarios es *la dignidad*, narrada como condición para la libertad humana: “cuando uno tiene la vida digna, también tiene la libertad”; se asocia, además, con un sentido igualitario: “nos oponemos a que haya

⁶⁴ La Observación General N° 14 de agosto de 2000 interpreta y le da contenido a la disposición del PIDESC –Artículo 23- referente a “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” y establece como “contenido mínimo esencial” es decir como obligación estatal con efecto inmediato e independientemente de los recursos, entre otros componentes, el acceso equitativo y universal a bienes y servicios de salud y el seguro y servicios para quienes carezcan de recursos. Los principios rectores de la salud como derecho humano incluyen la universalidad, la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud con otros derechos y la gratuidad entendida como no condicionamiento del acceso a la disponibilidad de recursos o como pago según condición socio-económica.

una salud de primera, de segunda, de tercera, eso es indigno"; la dignidad es la atención con base en las necesidades de la gente, es el reconocimiento como sujeto de derecho sin ser humillado abusando de la posición de poder, es el resistirse a ser catalogado como beneficiario de un "regalo" o receptor pasivo de la "caridad" y es el repudio al "trato indigno, no humanitario, falta de ética" que los usuarios consideran se ha consolidado en la interacción con los trabajadores de la salud y administradores del SGSSS a partir de la reforma. Estos significados cuestionan parcialmente la tesis de quienes han señalado que en Colombia, en la mentalidad colectiva la noción de derecho a la salud para los pobres se ha instaurado históricamente desde la "caridad" y no desde la ciudadanía (Hernández, 2000; De Currea, 2000); pero también la reafirman en el sentido de que la segmentación y las ideas difundidas por algunos funcionarios gubernamentales y trabajadores de la salud acerca del seguro subsidiado como "regalo" explican ese imaginario y las políticas y prácticas discriminatorias a que da lugar.

Esa connotación de la dignidad va más allá de la que se ha invocado como fundamentación de los derechos sociales, basada en "la moral igualitaria del respeto igual" que implica una distribución lo más igualitaria posible de todos los bienes disponibles⁸⁵ (Gosepath, 2001: 19-51) y, de la que ha desarrollado la jurisprudencia colombiana a través de las tutelas al derecho a la salud, referida a condiciones materiales de vida o al "mínimo vital" necesario para una existencia compatible con la dignidad⁸⁶; es también el reconocimiento de la condición de usuario portador de necesidades subjetivas en salud, un ser humano merecedor de tratamiento respetuoso, igualitario y no degradante; por eso hay una re-interpretación del derecho adjudicándole, así sea desde el deber ser, reclamos morales que en su

⁸⁵ Gosepath explica que los derechos tienen fundamentos legales y fundamentos morales: los primeros convierten a los derechos en pretensiones que pueden reclamarse por vía judicial; los segundos apelan a la pertenencia universal "a la comunidad de los hombres". En el caso de los derechos sociales la pretensión moral universal a la parte justa de bienes a distribuir –por ejemplo, la salud– es además de un principio distributivo, un argumento generador de derechos humanos.

⁸⁶ Según diferentes fallos de tutela (T-426 de 1992, T-202 de 1995, T 011 de 1998, SU-225 de 1998) citados por Arango 2004:5) "por derecho fundamental al "mínimo vital" la Corte ha entendido la posición jurídico-constitucional que asegura el mínimo material necesario para garantizar las condiciones de una subsistencia acorde con la dignidad humana".

experiencia cotidiana asocian con la idea de ciudadanía. Ese significado de la dignidad asociado al respeto y al reconocimiento ha sido descrito en investigaciones sobre derechos en el tercer mundo (Kabeer, 2007: 10-11)⁸⁷ y en este caso, revela la afrenta moral, expresada en los sentimientos de humillación y tristeza descritos por todos los usuarios, causada cuando la rentabilidad y la exclusión están en el centro de la realización del derecho a la salud.

En los relatos emerge un vínculo entre justicia y derecho a la salud con dos connotaciones: una igualitarista o de equivalencia y otra re-distributiva, ambas articuladas con la dignidad y la no discriminación. La primera significa recibir igual atención de igual calidad no condicionada al pago o a la forma de adscripción al SGSSS porque es una forma de concretar en la práctica la ciudadanía; aquí la igualdad es un "merecimiento" otorgado en virtud de "la condición de "ciudadano" visión coincidente con la fundamentación moral de los derechos sociales basada en la moral igualitaria del respeto igual (Gosepath, 2001).

Pero además la igualdad implica no discriminación e inclusión sustentadas en el hecho de que aunque se es pobre y por tanto con un "derecho a medias" se es *ciudadano porque se actúa como tal, asumiendo deberes* -como el pago de impuestos o de servicios públicos- y esa es una manera de contribuir a la sociedad que implica reciprocidad expresada en un "derecho real" La igualdad también es la titularidad del derecho a la salud aún antes de requerirse su realización concreta: "un derecho que la persona antes de enfermarse lo tenga garantizado" Estos significados sustentan la igualdad no en un argumento trascendente sino en la experiencia real, por eso, por un lado, *invocan la reciprocidad* –no la caridad- como fundamento de la justicia y por otro, superan la reducción y homologación tradicional de que tener

⁸⁷ Me refiero a los trabajos compilados por Kabeer (2007) referenciados aquí y, realizados en la India, México y Brasil, entre otros países.

* "Derecho real" y con menor frecuencia "derecho a medias" son expresiones utilizadas por los participantes en esta investigación para narrar su condición de usuarios pertenecientes al régimen subsidiado, quienes a pesar de ser más pobres que los del contributivo, tienen un seguro con un plan de beneficios menor, más barreras para acceder a los servicios incluso desde el primer nivel de atención y menos ingresos para sumir los co-pagos y gastos derivados de la atención.

derecho a la salud es únicamente acceder a los servicios: lo justo es *la titularidad del derecho* y no solo la posibilidad de hacerlo efectivo.

Otra noción de justicia tiene un *sentido re-distributivo* en la prestación de servicios expresado como “pagos justos” –acordes con la capacidad económica- gratuidad cuando no se dispone de recursos –“no cobrarle al que no tiene”- y disponibilidad de servicios con el criterio de la necesidad y no con el del plan de beneficios; en un ámbito más general surgen propuestas de cobrar impuestos a quienes tienen más ingresos o beneficios para financiar la atención de la población vinculada y de ofrecer más servicios a los más pobres –comparativamente con otros grupos- porque son precisamente quienes menos reciben. Esta connotación remite al principio social-demócrata de justicia distributiva de “dar a cada cual según su necesidad y que cada quien aporte según su capacidad” como fundamento moral del sistema de salud (Hernández, 1997) antagónico al criterio minimalista de la focalización –subsidio solo a los extremadamente pobres- y al principio utilitarista del costo- beneficio para diseñar el paquete de servicios amparado por el seguro, ambos puestos en marcha con la reforma.

En síntesis, el contenido que los usuarios le otorgan al derecho a la salud, el segundo objetivo de ésta investigación, está determinado por la tenencia y el tipo de seguro y por la capacidad de pago, los cuales profundizan las inequidades configurando seis formas de realización del derecho a la salud con la reforma. Sin embargo, también emergen las barreras económicas la noción de caridad y la falta de universalidad como vacíos históricos en la realización de ese derecho y; hay en los relatos una re-interpretación novedosa del derecho a la salud como derecho humano y hacia las nociones de dignidad y justicia entendidas como reconocimiento de las necesidades subjetivas y tratamiento respetuoso para la primera y, como reciprocidad, y re-distribución para la segunda.

4. Las estrategias de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud.

Aquí se presenta el análisis de resultados del último de los objetivos de investigación cual es el de identificar las estrategias puestas en marcha por los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud. Se abordan tres aspectos: en el primero, se reconstruyen las trayectorias de acceso a partir de los obstáculos y de las estrategias en los tres tipos de población usuaria mostrando como se han configurado las inequidades en el derecho a la atención articuladas por la contención de costos instaurada en el SGSSS y por el cambio en los fundamentos de equidad y universalidad introducidos con la reforma. El segundo aspecto es el análisis de la tutela, este mecanismo de justiciabilidad establecido en la Constitución de 1991 es una estrategia creciente pero diferencialmente utilizada para acceder a los servicios que reproduce la inequidad por tipo de población usuaria pero también muestra como los aprendizajes de los usuarios enriquecen la fundamentación del derecho. El tercer aspecto hace una interpretación de algunas estrategias como prácticas de resistencia que ayudan a comprender como se construye la compleja relación de los usuarios con el Estado y con el SGSSS.

4.1. Las trayectorias del acceso: obstáculos y estrategias en la configuración de inequidades en el derecho a la atención.

A partir del análisis conjunto de obstáculos y estrategias los resultados permiten reconstruir la trayectoria del acceso para cada tipo de población usuaria trazando un perfil de las inequidades generadas por la segmentación y por la contención de costos en el SGSSS; esas trayectorias muestran la sustitución de la necesidad en salud por la tenencia del seguro asociada a la capacidad de pago como criterio de acceso instaurado a medida que se consolida la reforma y en un sentido más estructural, el cambio en los principios de equidad y universalidad como fundamentos del sistema de salud.

La información sobre acceso se organizó, tal como se reseñó en el marco teórico, con base en la propuesta de Aday y Andersen (1983)* quienes consideran dos momentos en el proceso: el de la búsqueda de servicios o acceso potencial y el de la utilización con resolución de la necesidad o acceso real, en ambos se diferencian los condicionantes que provienen de la oferta –SGSSS- y las que provienen de la demanda –usuarios- Así la búsqueda de servicios está condicionada del lado de la oferta por la disponibilidad de recursos, la legislación y la accesibilidad geográfica y funcional y la capacidad resolutoria y del lado de la demanda por la tenencia del seguro, la predisposición para usar servicios y la necesidad de salud percibida. En la utilización inciden la capacidad resolutoria y la calidad de atención de la oferta y en la demanda, las experiencias anteriores de uso y la resolución de la necesidad⁸⁸.

Con base en estos referentes teóricos se construyó, a partir de la experiencia de los usuarios una trayectoria de acceso para los tres tipos de población (Gráficos 2A y 2B; 3A y 3B) y aquí se describen los aspectos más importantes.

4.1.1 El inicio de la búsqueda de servicios.

Los asegurados se afilian a una aseguradora denominada Empresa Promotora de Salud –EPS- cuando pertenecen al régimen contributivo y Administradora del Régimen Subsidiado –ARS-^{*} cuando pertenecen al subsidiado Las aseguradoras reciben la prima de seguro por cada afiliado –denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC- y contratan con Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS- la entrega de los mismos a los afiliados. Aunque por ley la afiliación debe operar con el principio de la libre selección por parte de los usuarios, en la práctica ha habido

* En el marco teórico se amplían estos conceptos. El modelo se toma como referente para la clasificación de la información cualitativa porque el proceso de acceso es muy complejo y cada una de las fases de búsqueda y utilización implica efectos diferentes en cuanto a la equidad y al derecho a la salud.

⁸⁸ Esta clasificación de acuerdo a la adaptación de la propuesta de Aday y Andersen al SGSSS colombiano que se presenta en el marco teórico.

* Con la reciente reforma a la ley 100 de 1993 –Ley 1122 de 2007- se les denomina Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado. Los grupos focales y entrevistas en ésta investigación, se realizaron antes del cambio de denominación, por tanto los usuarios utilizan el término ARS.

dificultades relacionadas con la oferta, con la presión para afiliarse a algunas EPS en particular y con el retiro de algunas ARS del mercado⁸⁹ Los vinculados acuden a la red pública con un documento que acredite su condición.

En esta parte quienes menos obstáculos afrontan son los afiliados al régimen contributivo porque hay buena oferta de EPS en el mercado, a excepción de los usuarios del seguro social por la situación de crisis descrita. Los del régimen subsidiado enfrentan varias situaciones: deben conseguir dinero para gastos de transporte y copagos; cuando llegan al punto de atención no aparecen en las bases de datos aunque hayan sido seleccionados para el subsidio, o no alcanzan a recibir atención, por los recortes en horarios y servicios, si la solicitan en algunas instituciones de la red pública con las que la ARS tiene contrato. Los vinculados también deben conseguir dinero para transporte y tarifas derivadas de la atención. En esta primera fase, un usuario de cualquiera de los tres grupos puede ser rechazado por falta de contratos entre aseguradores y prestadores; aquí las barreras de acceso provienen de la forma como está organizada la oferta y de la falta de dinero de la población más pobre.

La estrategia más frecuente es la auto-restricción en la búsqueda de servicios: quienes más lo hacen y más utilizan la resolución no institucional –farmaceuta, auto-medicación, remedios caseros- son los vinculados porque aunque la ley dispone su atención con cargo a los recursos de oferta, con frecuencia éstos son menores que las necesidades de atención y los contratos entre la Dirección Local de Salud –DLS- y las IPS no se renuevan; o la IPS niega el servicio para evitar un lento proceso de cobro a las direcciones de salud o una deuda de dudoso pago con el usuario; por eso ellos dicen que sin seguro no hay atención y por tanto “no tienen derecho”.

⁸⁹ Estos problemas se han documentado con diversas fuentes: archivo de prensa, entrevistas a trabajadores de salud y coinciden con los relatos por los usuarios en esta investigación y se deben a que las EPS han construido su propia red de servicios y, con frecuencia, las IPS públicas tienen que recortar la oferta de servicios para disminuir costos y sostenerse en el mercado; algunos empleadores condicionan la contratación de trabajadores a su afiliación a EPS pertenecientes a su grupo económico y algunas ARS se han retirado del mercado cuando han obtenido jugosas ganancias.

Otra estrategia es la consecución de dinero: afiliados al régimen subsidiado y vinculados enfrentan la situación recurriendo a préstamos, a la solidaridad, o a las casas de empeño; o solicitan la encuesta de focalización buscando ser incluidos, en el caso de los vinculados, o una clasificación más baja y un subsidio más alto en el de los subsidiados; en otros casos la estrategia es “aguantarse” o “no hacer nada” o postergar la búsqueda.

Estas estrategias devienen en el desistimiento de la búsqueda o en su resolución total o parcial, en éste último caso la culminación del proceso de búsqueda depende en gran medida del tipo de servicio buscado.

4.1.2 La continuación de la búsqueda: el tipo de servicio solicitado.

La prima de seguro cubre un plan de beneficios, denominado Plan Obligatorio de Salud –POS- constituido por servicios de primero, segundo y tercer nivel y algunas enfermedades de alto costo; pero el POS del régimen subsidiado es inferior en un 30%, y en el caso de los subsidios parciales en un 50%, respecto al del régimen contributivo porque la meta de homologación al 2001 fijada en la ley 100 de 1993 no se cumplió⁹⁰ Cuando los usuarios requieren servicios cubiertos por el POS acuden a la red de prestadores de cada EPS o ARS, pero algunas atenciones y procedimientos especializados requieren autorización de la aseguradora, esto con frecuencia se traduce en demoras o en más trámites y costos de transporte para resolver una necesidad en salud.

La ley establece en la distribución de competencias que los servicios de primer nivel son responsabilidad de los municipios –Direcciones Locales de Salud- y los de segundo y tercer nivel y, alto costo del departamento –Direcciones Seccionales de Salud-; esas competencias operan para la población vinculada y para la del régimen subsidiado cuando requiere servicios no cubiertos por el POSS y la prestación funciona por medio de contratos entre esas jurisdicciones gubernamentales y las

⁹⁰ La ley 1122 de 2007 –que reformó la ley 100 de 1993- mantiene esa diferenciación y se propone al 2010, lograr la afiliación de la población de los tres primeros niveles del SISBEN al régimen subsidiado.

IPS: cuando estos usuarios demandan ese tipo de servicios acuden a las direcciones de salud para obtener la autorización de atención y la remisión, pero este trámite puede tardar días o meses por diferentes razones: porque se terminan los dineros de subsidio a la oferta, por falta de contratos, por insuficiencia de recursos en algunas especialidades, porque se busca postergar la atención para evadir costos y, por falta de claridad en las competencias o de voluntad política.

En estos casos los usuarios pueden esperar si la atención no es urgente o prioritaria, conseguir el dinero para atención particular, recurrir a la tutela o asumir una serie de trámites, bloqueos y negativas ejerciendo presión para tratar de obtener el servicio. Si estas estrategias no funcionan, la necesidad que originó la búsqueda no se resuelve y el problema de salud se agrava, si se logran sortear los obstáculos que en cualquier caso, implican más gasto de bolsillo en salud, se continua con el otro paso de la trayectoria que es la utilización de servicios.

Los usuarios del régimen contributivo no enfrentan esta situación por varias razones: tienen una relación contractual directa con la EPS y pagan el seguro conjuntamente con el empleador, tienen un POS más amplio y enfrentan barreras más en la utilización que en la búsqueda de servicios.

4.1.3 La utilización de servicios.

Los obstáculos comunes son la falta de oportunidad o el rechazo para la atención especializada; la atención parcial o incompleta en la cual los medicamentos, las terapias costosas o los tratamientos sistemáticos son los asuntos más críticos; los costos de co-pagos, medicamentos y trámites, la minimización o no resolución de las necesidades relacionadas por los usuarios; la retención de pacientes hospitalizados por no pago y; la fragmentación de la atención en varias instituciones.

Las estrategias comunes son insistir primero en la resolución institucional a través de solicitudes directas, diálogo o confrontación entre usuarios e IPS o EPS, buscar la mediación o asesoría de OUS o de terceros, conseguir recursos económicos o contraer deudas con las IPS, recurrir a la tutela y “no hacer nada”; sin embargo en

algunos casos no resuelven la necesidad en salud porque esta es minimizada por el trabajador de salud que la atiende o por el prestador o porque se obtiene la utilización de un servicio pero no de otro –la consulta médica pero no la especializada, una sesión de quimioterapia, pero otra no-.

Todos los usuarios enfrentan estos obstáculos pero afectan más a los más pobres porque, a diferencia de los del régimen contributivo, son quienes menos exigibilidad directa o jurídica se atreven a ejercer por miedo a perder lo poco que se tiene, a no saber cómo enfrentar las respuestas técnicas, por desconocimiento o por considerarse “sin derechos” como en el caso de los vinculados. Los del régimen contributivo tienen más ventaja porque son quienes más utilizan la tutela o la mediación institucional porque consideran que se “han ganado el derecho”.

Sí estas estrategias funcionan el usuario puede obtener finalmente la atención o sí no el proceso puede terminar en el agravamiento de problemas de salud y en casos extremos, en la muerte. En cualquier caso, someterse a esta trayectoria del acceso, siempre con un resultado incierto, genera en todos los usuarios sentimientos de humillación, indignidad y tristeza y pone de presente que la contención de costos y la segmentación son los ejes articuladores de toda la trama de obstáculos con las cuales se traza el perfil de las inequidades en la realización del componente del derecho a la salud más tangible y más apreciado por los usuarios: el del acceso a los servicios.

4.1.4 Contención de costos y cambio en los fundamentos del sistema de salud en el centro de las inequidades en el acceso a los servicios de salud.

Las trayectorias del acceso muestran que la mayoría de las barreras provienen de la forma como opera la oferta y más estructuralmente de otros dos pilares de la reforma: el seguro y los pagos a cargo de los usuarios: EPS e IPS aplican diversos mecanismos de contención de costos desde el inicio de la búsqueda de servicios y los van refinando a medida que el usuario sortea los obstáculos: exceso de trámites, menor disponibilidad de horarios y servicios, minimización de necesidades, trabas y demoras para la atención especializada, fragmentación de la atención y prestaciones

incompletas o postergadas en el tiempo buscan des-estimular el uso efectivo de servicios y aumentar la rentabilidad para las EPS. A esto se agrega la segmentación del aseguramiento y la exclusión de los vinculados, a modo de dotaciones diferenciales para iniciar la trayectoria.

La mayor inequidad recae sobre los vinculados: pobres, sin seguro, con altos pagos, con más trámites para obtener servicios especializados son los que más recurren a la auto-restricción de uso y a la resolución no institucional de necesidades y los que menos intentan la exigibilidad directa o jurídica, vía tutela. Otras investigaciones reportan en el país a este grupo como el de menor acceso real: son los que menos consultan cuando tienen necesidad de hacerlo por las barreras económicas, solo se hospitalizan en momentos críticos de gran avance de la enfermedad (Peñalosa, 2005:29) y solo acceden a la atención médica en un 52% comparativamente con el 80% en el régimen contributivo y con el 75% en el subsidiado. (Garay y Rodríguez, 2005:31 *apud* Corporación Guillermo Fergusson, 2006:16)

Gráfico 2A. Trayectoria de acceso a los servicios de salud de la población vinculada y del régimen focalización y aseguramiento, Medellín 2006

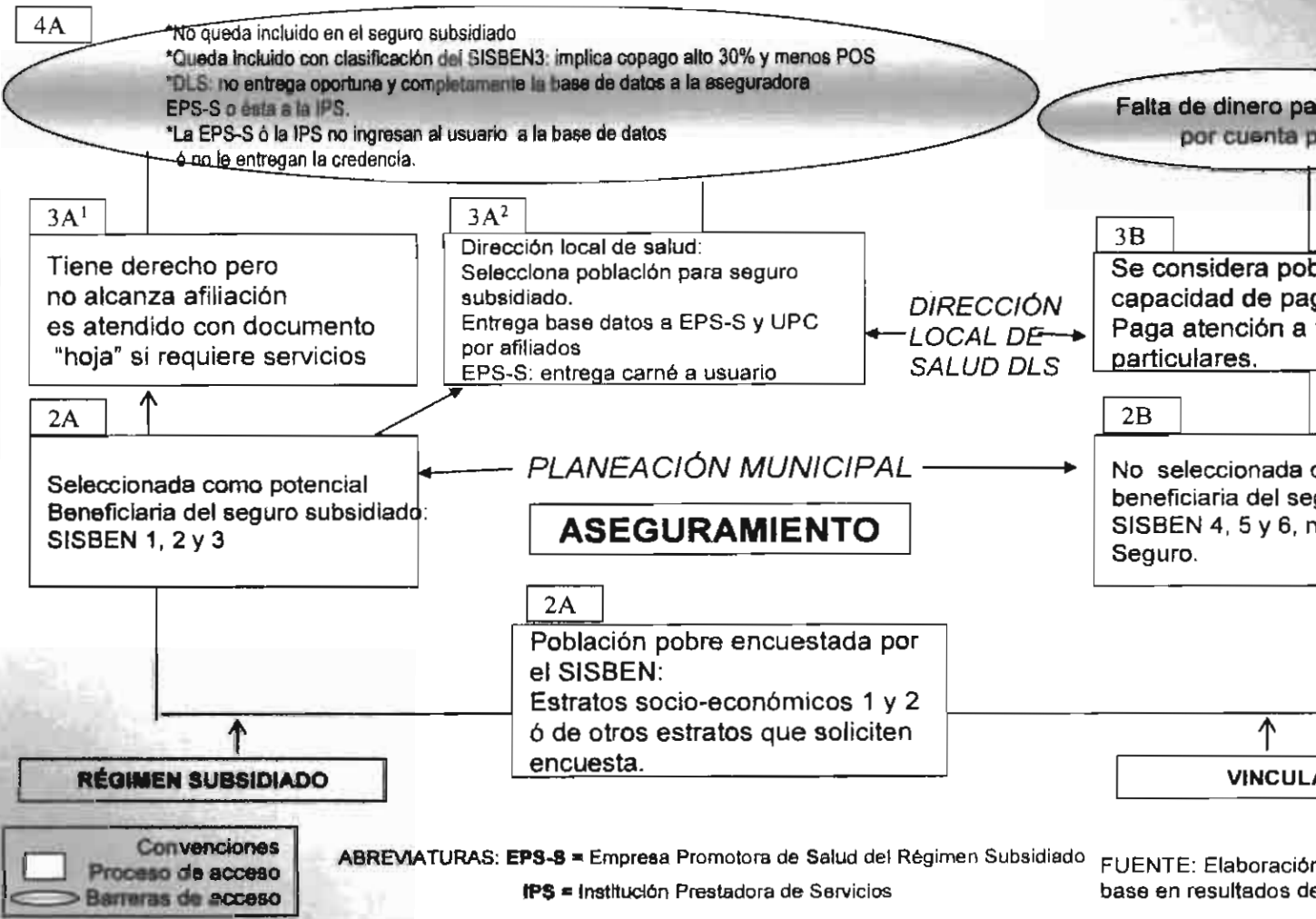


Gráfico 2B.

Trayectoria de acceso a los servicios de salud de la población vinculada y del régimen búsqueda y utilización de servicios, Medellín 2006

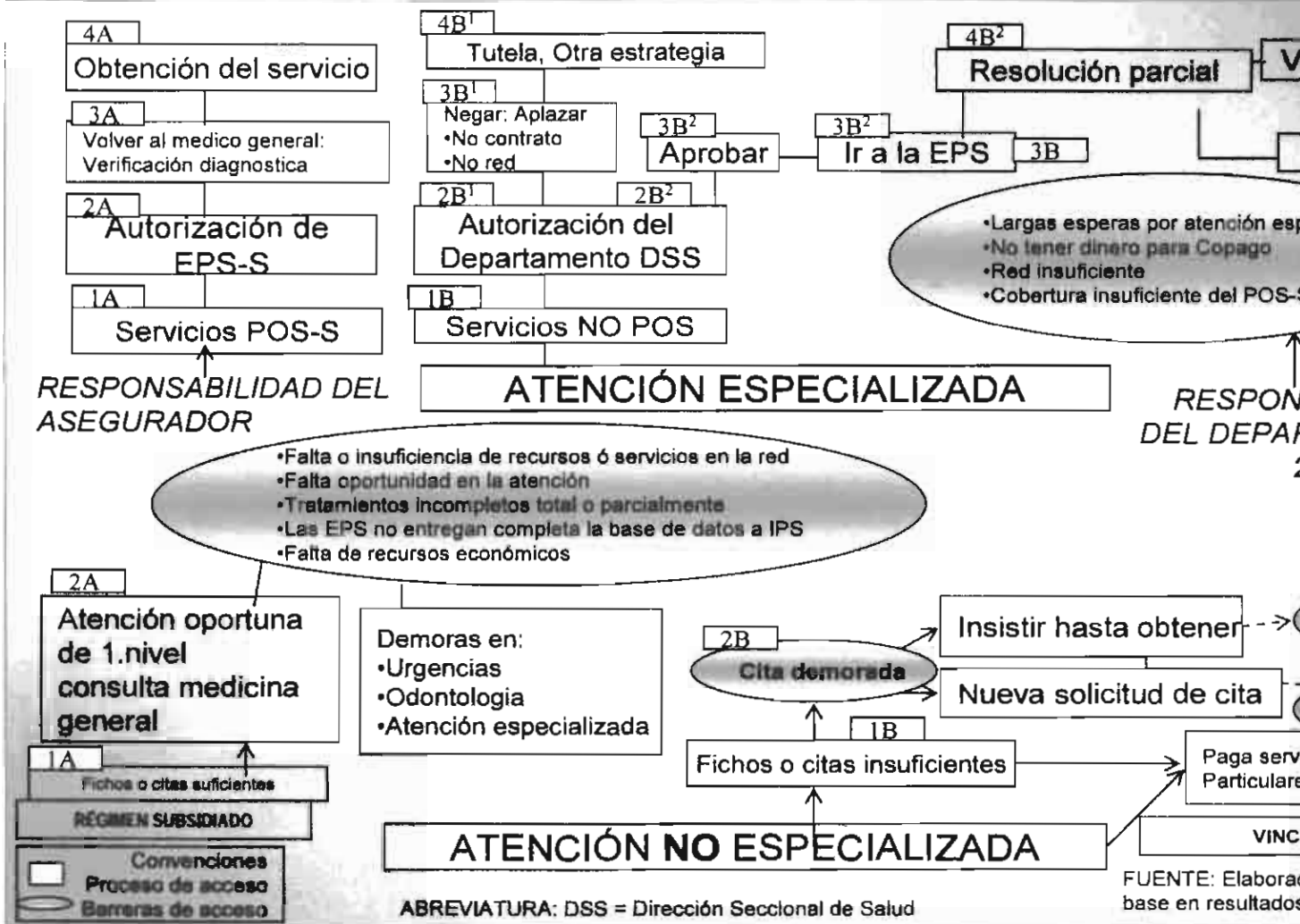
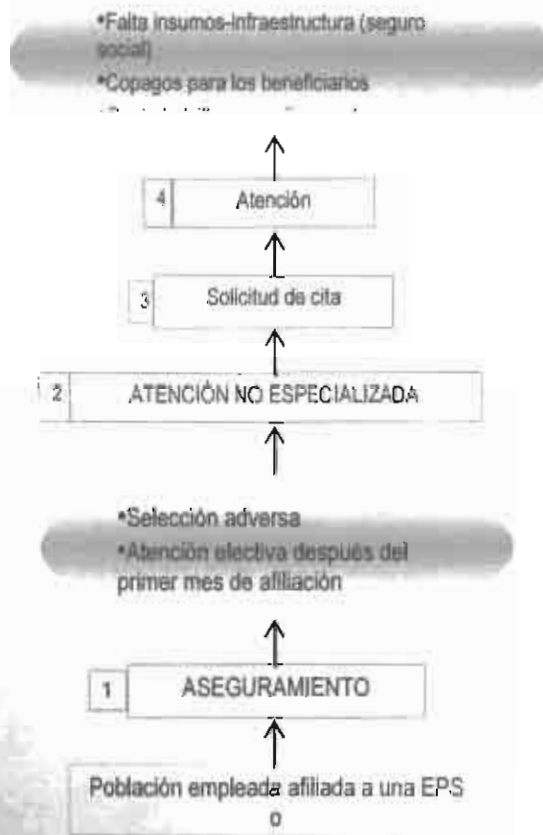
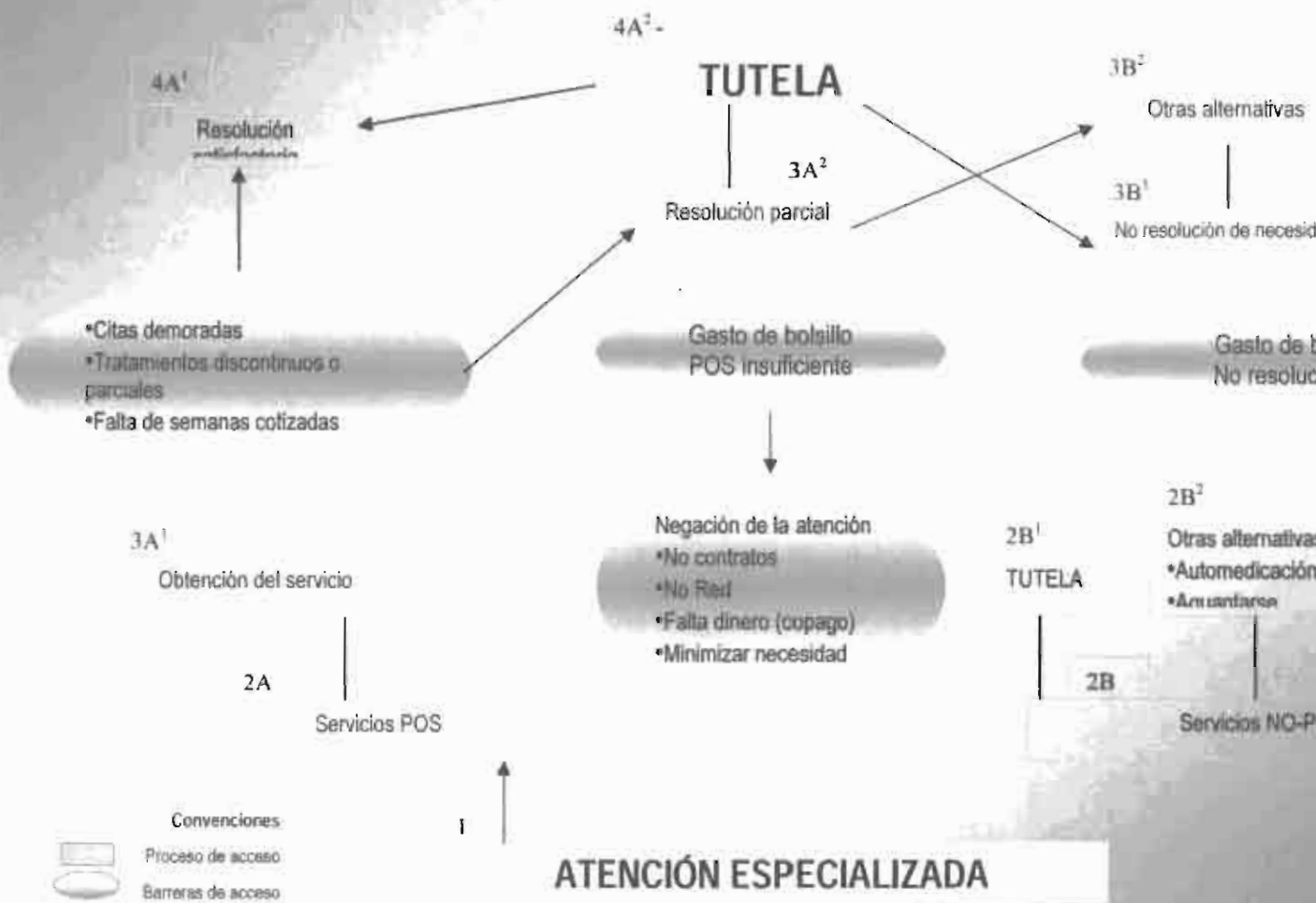


Gráfico 3A Trayectoria de acceso a los servicios para la población del Régimen Contributivo Aseguramiento y atención no especializada, Medellín 2006



FUENTE: Elaboración propia con base en resultados de investigación

Gráfico 3B Trayectoria de acceso a los servicios para la población del Régimen Contributivo
 Búsqueda y utilización de servicios de atención especializada, Medellín 2006



Luego están los usuarios del régimen subsidiado quienes inician la trayectoria con dos planes de beneficios diferenciales: unos con 30% y otros –los subsidios parciales- con un 50% menos de servicios en comparación con el POS del régimen contributivo; enfrentan barreras incluso para acceder a la consulta médica general debido a la insuficiencia de recursos y horarios en algunos puntos de atención de la red pública; además de los co-pagos por servicios deben asumir otros costos de transporte, de trámites para buscar y obtener servicios y de costos derivados de la atención parcial o del tipo de seguro, como la compra de medicamentos o de servicios no incluidos en el POS que en ocasiones no pueden someterse a la espera de una autorización en la Dirección Seccional de Salud.

Los que menos barreras enfrentan son los afiliados al régimen contributivo porque disponen de más recursos para el gasto de bolsillo en salud y son los que más recurren a la exigibilidad jurídica con la tutela o directa ante las instancias del SGSSS; sin embargo cabe señalar la situación excepcional del seguro social donde por la situación de crisis ni siquiera la tutela concedida al usuario logra la prestación del servicio y se han registrado hospitalizaciones prolongadas o muertes intra-hospitalarias esperando atención.

Una concreción contundente del perfil de inequidades descrito es “el paseo de la muerte” cuando los usuarios en estado crítico o con una necesidad prioritaria son rechazados o remitidos sistemáticamente de institución en institución hasta que mueren sin atención, pese a que la norma establece la atención de urgencias obligatoria, universal y no condicionada al pago. Un líder de salud lo resume así: “los afectados por el paseo de la muerte son los pobres, para el subsidiado no hay camas, la gente no denuncia por miedo”⁹¹.

Las inequidades descritas remiten a dos consideraciones estructurales: en primer lugar, confirman la tesis de autores de la salud colectiva de que la verdadera intencionalidad de la reforma y de sus consecuentes transformaciones estatales e

⁹¹ Entrevista con el representante de los usuarios al CTSSS de Medellín, en mayo 10 de 2006.

institucionales es el pago de la deuda externa y la transferencia de recursos de los más pobres a los más ricos vía mercantilización de servicios (Navarro, 2001: 35-36; Laurell y López, 1996:1,3); de hecho, un estudio del Departamento Nacional de Planeación de Colombia (*apud* Hernández, 2003: 473-474) demuestra que en la década del noventa aumentó más el gasto privado que el público en salud, cumpliéndose la meta del Banco Mundial de que en un sistema de aseguramiento cuanto más aporten las familias, menor será el gasto público (*Ibíd.*).

En segundo lugar, con la reforma, como lo han señalado analistas colombianos, hay un cambio estructural en los fundamentos del sistema de salud: así la equidad, transita de un principio de justicia distributiva –que es el que establece a quiénes y con qué criterios se entregan servicios de salud- sustentado en la necesidad, al de la racionalidad económica utilitarista⁹² basada en el costo-beneficio; por eso la universalidad es sustituida por la focalización (Hernández, 1997; Vega, 2002) y en la definición del POS priman los criterios económicos –intervenciones costo-eficientes, basadas en la carga de enfermedad y en altas externalidades positivas⁹³- sobre los socio-sanitarios (Almeida, 2005: 15-18) La equidad también es entendida como imparcialidad en la contribución financiera –ésta se concreta en subsidios estatales y aportes en co-pagos de los usuarios, proporcionales o diferenciales según la escala de pobreza o la posición dentro del sistema-. (González, 2001: 39-46)

Estos cambios en el contenido de la universalidad y de la equidad implican un desplazamiento de la necesidad resuelta a la tenencia del seguro como criterio central del acceso a los servicios. La perspectiva de los usuarios demuestra que indicadores como las razones para no buscar servicios necesitándolos, las causas de rechazo, la oportunidad o demora en la atención, la información sobre derechos y estructura del sistema de salud, la prestación completa del servicio y de los

⁹² Para el utilitarismo, las decisiones sociales –en este caso, las intervenciones sanitarias- deben guiarse por los efectos prácticos y la utilidad que producen y esto supone, en el terreno justicia sanitaria una maximización del principio de costo-eficiencia y el que se pueda prescindir de ciertas prestaciones –por ejemplo, algunos servicios de salud- porque no aportan al beneficio o al equilibrio económico global (Álvarez, 2001: 15-17).

⁹³ Las externalidades positivas se refieren a efectos que beneficiarían a un grupo: por ejemplo, la vacunación individual aumenta los niveles de inmunidad poblacional.

tratamientos, las barreras económicas, la percepción de resolución de la necesidad y en general, la reconstrucción de trayectorias; aportan elementos para un seguimiento más integral de las políticas que en la práctica concretan el acceso como el componente central del derecho a la salud.

4.2. La justiciabilidad del derecho a la salud vía tutela.

Una de las estrategias utilizadas por los usuarios para lograr el acceso a los servicios es la tutela; ellos ponen de presente las inequidades en la justiciabilidad del derecho a la salud y la pérdida de eficacia de ese mecanismo, pero también como su uso ha generado en la práctica aprendizajes para los usuarios y enriquecimiento de ese derecho.

4.2.1. La tutela en el ordenamiento jurídico colombiano.

Como se definió en el marco teórico, la justiciabilidad es la aplicabilidad de un derecho por los órganos judiciales mediante procedimientos definidos, por ejemplo: una tutela jurídica (Rossi, 2004: 62); tiene un componente de exigibilidad en virtud del cual el derecho no es solo una aspiración o un valor moral porque puede reclamarse por vía judicial y; otro de procedimiento que define los pasos para ejercer en la práctica recursos judiciales individuales o colectivos para esa reclamación (PROVEA, 2000: 79-82) También es uno de los contenidos de los derechos fundamentales y en el derecho internacional hace parte de las obligaciones estatales de protección del derecho a la salud (Observación N° 14, 2000: párr 35,51).

En Colombia la acción de tutela es definida en la Constitución de 1991 como un procedimiento preferente y sumario⁴, para que una persona o quien actúe en su nombre, reclame ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales (Art. 86 CN) es el mecanismo de justiciabilidad más utilizado en el derecho a la salud, pues aunque este no es un derecho fundamental,

⁴ Es un procedimiento preferente porque prima sobre los demás procesos que se están tramitando en ese momento en el juzgado y es sumario porque es corto y en un término de 10 días, el juez debe practicar las pruebas y tomar la decisión porque el incumplimiento da lugar a sanciones.

excepto para los niños (Art. 44. CN) en la práctica la jurisprudencia ha definido criterios de fundamentalidad por su conexidad con otros derechos fundamentales como el derecho a la vida.

El ciudadano que solicita la tutela acude ante cualquier juez de la República para presentar la solicitud, ésta sólo procede cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial y se debe resolver en 10 días hábiles si hubo o no violación del derecho fundamental y, ordenar, en caso positivo, las medidas para ampararlo. El fallo es de inmediato cumplimiento pero puede ser apelado ante un juez de segunda instancia y allí el plazo de resolución es de 20 días⁹⁴ En tiempo, esto representa un mecanismo ágil pues la mayoría de las tutelas se resuelven en un mes (García y Uprimny, 2006: 477-478) Es asequible a los ciudadanos porque es gratuita, no requiere de abogado, un tercero puede actuar a nombre del solicitante, el juez tiene gran libertad para practicar las pruebas y el desacato del fallo implica arresto y cárcel para quien vulneró el derecho.

4.2.2. Las inequidades en el uso de la tutela.

La auto-valoración del usuario frente al derecho incide en la utilización de la tutela pero también la favorecen otros factores como la pertenencia o acompañamiento de las OUS y el sentirse apoyado: algunos no reclaman –en especial los vinculados– porque están solos y son los que menos tienen presencia en las organizaciones. Sin embargo, algunos afirmaron que no acudirían a éstas porque las consideran “politizadas” y débiles en autonomía.

En general, en la utilización inciden la falta de recursos económicos para asumir los trámites o para buscar ayuda y la lucha por la supervivencia, que en algunos casos es prioritaria; sin embargo algunos usuarios por desconocimiento acuden a abogados o a líderes que cobran por el servicio y no a los organismos estatales –Personería, Defensoría del Pueblo– que asesoran y acompañan gratuitamente el proceso. Así

⁹⁴ Algunos fallos son remitidos a la Corte Constitucional, la cual ha establecido la revisión solo de aquellas sentencias que sean seleccionadas por tener un carácter paradigmático (Sent. C-018 de 1992) también para unificar la jurisprudencia sobre derechos fundamentales. Esta instancia puede tardar 4 o 5 meses en la revisión.

que en la práctica un mecanismo como la tutela pensado para acercar el derecho a los ciudadanos en forma democrática y gratuita termina siendo utilizado, de preferencia por los que más servicios tienen – los afiliados con capacidad de pago o con POS-C- y menos, por los más pobres, reproduciendo la segmentación generada por el SGSSS.

4.2.3. La pérdida de eficacia de la tutela.

Los usuarios consideran que la mayoría de las tutelas fallan a su favor pero al mismo tiempo han perdido eficacia porque las instancias a las que se les ordena tutelar el derecho pasan por alto el fallo o porque los jueces exigen una sustentación más elaborada que la conexidad con el derecho a la vida. Esto coincide con la percepción de los funcionarios públicos, de los defensores de derechos humanos entrevistados y con la información empírica de aumento de desacatos reportada por la Personería de Medellín en los últimos tres años.

Esas experiencias coinciden con otros estudios en Colombia; las tutelas en salud fueron falladas a favor en una proporción entre el 60% y el 78.5% de los casos entre 1994 y 2003 (Arango 2004: 30; Defensoría del Pueblo, 2004:40) por eso el usuario sigue acudiendo a ella o la mantiene como alternativa para usarla en caso de necesidad, aunque inicialmente intente resolver la necesidad en salud por otros medios. Sin embargo, al mismo tiempo, los criterios de procedibilidad de la tutela⁹⁵ en la Corte Constitucional se han venido restringiendo en la práctica Arbeláez. (2002: 30-36).

⁹⁵ La autora realiza un análisis de la jurisprudencia producida por la Corte Constitucional entre 1992 y 2002; afirma que inicialmente esa instancia acepta como criterio amplio de procedibilidad el que la vulneración del derecho a la salud afecte otro derecho o principio fundamental; luego lo acota a cuando hay conexidad del derecho a la salud con los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad humana, a la integridad personal y al mínimo vital; más adelante lo restringe al mínimo vital – entendido como condiciones materiales mínimas necesarias para garantizar una subsistencia acorde con la dignidad humana- y finalmente reduce éste último a condiciones mínimas de subsistencia.

4.2.4. Los aprendizajes de los usuarios.

Algunos líderes y organizaciones de usuarios han aprendido a elaborar tutelas estudiando fallos a favor en busca de sustentación, capacitándose por cuenta propia, haciendo veeduría a las tutelas, instaurando acciones de cumplimiento cuando el fallo no es acatado y aliándose con algunos trabajadores de la salud para cualificar los argumentos. Esta última estrategia coincide con lo reportado en el estudio de la Defensoría (2004:18-19): en “un alto porcentaje se presentan varias solicitudes en una misma tutela” y esa tendencia es más consistente a partir del 2001. Esto sugiere que las solicitudes de los usuarios buscan por un lado, atención más integral frente a la fragmentación o a la prestación parcial de servicios que ofrece el sistema y, por otro lado, representan aprendizajes de adaptación a los cambios del SGSSS: si los requisitos para presentar una tutela u obtener un fallo favorable se vuelven más complejos, hay que salir al paso con nuevos argumentos también más elaborados.

Algunos estudios muestran, tanto en Colombia como en Medellín, una tendencia creciente y constante a la mayor utilización de las tutelas en salud (Arango, 2004:16; Defensoría de Pueblo, 2004: 15; Personería de Medellín, 2006b) que representa por una parte, un aumento de la violación al derecho a la salud por aseguradores, prestadores y otras instancias del SGSSS. Por otra parte, aunque la relación entre SGSSS y usuarios es profundamente asimétrica porque estos sólo tienen a favor la tendencia mayoritariamente garantista de los jueces de tutela y de algunos organismos de control del Estado -Personería, Defensoría- frente a un SGSSS poderoso, con incidencia real en la orientación de la política y que no le concede al usuario un tratamiento igualitario y respetuoso, esos aprendizajes construidos en la cotidianidad, también hablan de una cultura de exigibilidad –asi sea incipiente- y sobre todo de resistencia, pero todavía en un contexto de gran desconocimiento de derechos.

4.3. Las prácticas de resistencia y la simultaneidad del orden legal y moral interno en las estrategias de los usuarios.

Aquí se plantea que algunas estrategias de los usuarios pueden interpretarse como prácticas de resistencia (Scott, 2000; Rajagopal, 2005) y además representan una combinación del orden jurídico formal y el sistema moral interno de los barrios y comunas donde habitan los usuarios (Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamú-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Musembi, 2007: 44-48). Esa tesis requiere acercamientos teóricos que reconozcan la doble dimensión del derecho como orden institucional y como espacio donde se despliega la resistencia; que ayuden a comprender el sentido político de algunas estrategias de los grupos "subalternos" o "subordinados" que a primera vista parecen ambiguas y; que expliquen la pluralidad de órdenes con los cuales los usuarios construyen el derecho a la salud.

4.3.1. Prácticas de resistencia dentro del derecho como espacio institucional.

Rajagopal (2005:34-35) a partir de su investigación sobre la incidencia de los movimientos sociales en la configuración del derecho internacional, define la resistencia, no como una empresa contra-hegemónica, porque reconoce esa connotación institucionalizada o portadora del "orden" en el derecho; sino como un conjunto de visiones alternativas sobre las relaciones sociales, la cual "a veces debe trabajar, en cierta medida, dentro de los parámetros establecidos por aquello a lo que opone resistencia y constantemente corre el riesgo de convertirse en una empresa cooptativa o cooptada" (Ibid.: 34) En otras palabras, "resistencia y hegemonía son mutuamente constitutivas, superpuestas y mantienen una relación dialéctica" (Ibid.: 35).

Como ya se ha señalado, este trabajo concibe a usuarios y pobladores como grupos subalternos o subordinados en el conjunto de relaciones de poder del SGSSS y encuentra que es dentro de espacios institucionales –instancias gubernamentales locales de salud, organismos jurídicos y de control del Estado, Concejo Municipal– donde transcurren gran parte de las luchas colectivas y de las demandas individuales de los usuarios por el derecho a la salud, pero al mismo tiempo, sus contenidos,

controvierten el orden jurídico establecido en la ley 100 de 1993 o cuestionan las políticas de salud implantadas con la reforma, por ejemplo la focalización, la disminución de los servicios de salud pública, la falta de universalidad, la ampliación del derecho con la tutela, etc.

Para Scott (2000: 17-22) en la resistencia convergen y se imbrican tres elementos: la disidencia marginal frente al poder oficial, la producción de discurso oculto y las prácticas de insubordinación y desde ese enfoque propone estudiar las relaciones de poder “mejorando la interpretación de la conducta política de los grupos subordinados”; define al discurso oculto en oposición al “discurso público”, con tres características: “es específico de un espacio social determinado y de un conjunto particular de actores” que elaboran ese discurso y configuran “un público restringido” que excluye o limita a otros públicos; incluye gran variedad de prácticas y no solo actos de lenguaje que controvierten el discurso y; hay una frontera permeable y permanentemente conflictiva y no una separación tajante entre los dos tipos de discurso, por eso en algunas situaciones límite, los subordinados convierten en público el discurso oculto (Ibid.: 38-40).

Ese planteamiento teórico permite comprender porque algunas OUS tienen un pié en los intereses de los usuarios y otro en los de las IPS o EPS –asesoran a los primeros para la tutela pero también están en las juntas directivas de las segundas- y van configurando una relación estratégica con el Estado, que tiene al mismo tiempo la impronta de la cooptación en el “discurso público” y de la resistencia en el “discurso oculto” y en algunas situaciones de confrontación con el poder. Una situación similar es la de los usuarios que buscan la mediación de directivos del SGSSS –resolución institucional- pero al mismo tiempo van en contra del “orden establecido” –resolución con actores ilegales-; o que defienden la red pública porque es “para los pobres” pero también critican abiertamente su ineficiencia y; se permiten expresar visiones frente al Estado y al SGSSS en las cuales priman las valoraciones y relatos cargados de “rabia”, “impotencia”, “indignación” “tristeza” y “situaciones ignominiosas” frente a las

vulneraciones del derecho a la salud[¶], que generalmente no se le dicen de frente a las directivas del SGSSS o a las autoridades sanitarias.

Además del lenguaje explícito, varias de las estrategias puestas en marcha –algunas mantenidas “en secreto” por los usuarios- constituyen prácticas de insubordinación: por ejemplo las que se hacen para tener seguro subsidiado: mentir o esconder los electrodomésticos y diplomas de estudio para obtener una clasificación más baja en el nivel de SISBEN, hacerse encuestar en otra casa, conservar la doble afiliación cuando se consiguen empleos temporales-; o las que subvierten los protocolos institucionales para obtener servicios –es el caso, de la consulta por urgencias sin requerirla o de la exageración de síntomas para evitar las largas esperas o la minimización de necesidades-; o las que se saltan los conductos regulares de autoridad –irrupción en el consultorio exigiendo ser escuchado o atendido o acudir a la presión de actores ilegales-^{**} Estas estrategias se despliegan en un ambiente de tensión entre lo que Scott (Ibíd.:35) denomina “actuación convincente de humildad y respeto” por parte de los subordinados –usuarios- y de “altanería y dominio” por parte de los detentadores del poder –directivas del SGSSS o autoridades sanitarias-⁹⁶.

Ocasionalmente el discurso oculto se vuelve público: algunos usuarios relatan como la desesperación o la indignación ocasionadas por la negación de servicios o por la falta de atención oportuna deviene en confrontación directa con trabajadores de la salud, representantes del gobierno local o directivas de EPS e IPS: ingresan sin

¶ Este discurso ampliamente compartido y extendido, explica en buena medida, porque se encontraron en ésta y en otras investigaciones tan pocos relatos de experiencias positivas. En trabajos anteriores, sobre acceso a los servicios de salud en Antioquia y en Medellín, también son escasas las valoraciones positivas de los usuarios. Véase Restrepo, Echeverri, Vásquez y Rodríguez (2006)

** Algunos relatos hablan de presiones de actores armados “desmovilizados” o ilegales –desde la petición formal hasta la amenaza- a los trabajadores de la salud para que atiendan a los pobladores cuando por alguna razón –generalmente falta de dinero o de algún trámite o documento- se les niega o posterga la prestación del servicio. Esta situación se describió en las Comunas 1, 2, 3 y 4, pero es probable — dado el control territorial de esos actores- que ocurran similares situaciones en otras zonas de la ciudad.

⁹⁶ Scott considera que una visión más integral de las relaciones de poder requiere abordar el discurso público y el discurso oculto tanto de los subordinados como de quienes detentan formalmente el poder. Los resultados de esta investigación solo se refieren a esos discursos en los usuarios. Sin embargo, algunas respuestas de las autoridades sanitarias y de las directivas del SGSSS se mencionan aquí, en varias partes, en especial en los Capítulos IV y V.

autorización al consultorio o a las dependencias administrativas para pedir explicación o rechazar algún comportamiento que consideran abusivo, inadmisibles o violatorio del derecho.

4.3.2. La pluralidad de órdenes en la construcción del derecho por los usuarios.

Algunos trabajos empíricos sobre derechos y ciudadanía, citados por Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Nyamu-Musembi (2007: 44-48) hablan de un hallazgo útil para esta investigación: la negociación constante y simultánea, en la construcción del derecho desde la perspectiva de los actores, entre “un sistema moral interno” –basado por ejemplo, en prácticas culturales- y el orden jurídico formal del Estado.

En “el sistema moral interno” convergen diversas estrategias: la intermediación de paramilitares desmovilizados y actores armados ilegales para obtener servicios o seguro subsidiado, algunas prácticas de resistencia descritas –por ejemplo, frente a la encuesta del SISBEN- porque se han venido generalizando y; las redes barriales y vecinales de solidaridad proveedoras de apoyo económico y social para el acceso a los servicios o para la resolución de necesidades en salud. Dos investigaciones, en contextos diferentes al de salud, describen algunas redes de solidaridad como parte de las prácticas culturales de la población pobre en la ciudad (Restrepo, 2000:234) y ciertos intercambios con actores armados ilegales como espacios donde se tramitan nociones de ciudadanía (Naranjo, Hurtado y Peralta, 2003: 154-156)⁹⁷.

El orden jurídico formal va en dos vías, con frecuencia antagónicas: por un lado están las normas del SGSSS que definen en el seguro y en el plan de beneficios, el alcance y los límites del derecho a la salud dentro de la concepción de la reforma; por otro lado, están los mecanismos de justiciabilidad establecidos en la

⁹⁷ Los autores afirman que el conflicto armado ha sido una vía para tramitar imaginarios y prácticas de “reciprocidad, armonía, comunidad y moralidad” sean ó no validas o discutibles; reconocen el perverso efecto político ocasionado por los actores armados a la institucionalidad y a las expresiones alternativas o democráticas, pero lo analizan en términos de las nociones de ciudadanía que promueven en tanto en la historia colombiana y regional lo violento y lo cívico no admiten una separación absoluta.

Constitución, en especial la tutela, ésta última en la práctica, ha representado tanto ampliación real del derecho a la salud (Arango,2004; Arbeláez, 2006) como oportunidad de lucha en contravía de la ley 100/93 y de sus desarrollos legislativos; tal vez, por eso es ampliamente defendida por los usuarios aún con las diferencias de uso entre los tres segmentos de población.

Entres los dos órdenes jurídicos en tensión y el "sistema moral interno" las estrategias de los usuarios le van dando forma al derecho a la salud a través de interacciones, mapas de relaciones complejas o estratégicas de cooperación y conflicto con el Estado y con las instancias del SGSSS.

En síntesis, los resultados de este objetivo de investigación, muestran los aportes de los usuarios a la construcción del derecho en tres aspectos: las trayectorias de acceso, a partir de la descripción de obstáculos y estrategias para cada uno de los tres tipos de población usuaria; los aprendizajes para enfrentar la pérdida de eficacia de la tutela como mecanismo de justiciabilidad, los cuales han enriquecido el derecho y; las prácticas de resistencia contenidas en algunas estrategias que ayudan a comprender la relación entre los usuarios, el SGSSS y el Estado y la simultaneidad del orden jurídico formal y del sistema moral interno en la construcción del derecho a la salud "desde abajo".

5. Los aportes de la investigación: una interpretación incluyente del derecho.

El aporte de este trabajo está en que la perspectiva de los usuarios permite analizar dos dimensiones del derecho: una, la de los determinantes estructurales que explican los cambios relatados por ellos en el derecho a la salud recuperando por un lado, el saber de la población y, por otro lado, los trabajos de la salud colectiva que se han ocupado del análisis de la reforma, dándole a algunas de las principales tesis de estos últimos un soporte empírico para enriquecer el análisis.

La otra dimensión es la contribución "invisible" de los usuarios a la construcción del derecho a la salud expresada, por ejemplo, en la acción colectiva para mantener la

red pública como elemento de equidad y en la mediación entre población y SGSSS para la realización del derecho; en la re-interpretación de éste hacia la dignidad y la justicia, en oposición a la lógica de la rentabilidad instaurada con la reforma; en las estrategias, sentimientos y experiencias que permiten re-construir “desde abajo” aspectos críticos de la reforma y del derecho como la segmentación del aseguramiento, las trayectorias de acceso y el uso diferencial de la tutela como mecanismo de justiciabilidad, documentando un perfil más integral de las inequidades y; en las estrategias de resistencia para comprender porque las políticas de salud instauradas con la reforma no terminan de ser aceptadas por la población. Así, la perspectiva de los usuarios aporta al análisis académico en salud colectiva una interpretación enriquecida del derecho a la salud en el contexto de la reforma.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

Esta investigación partió de la pregunta *¿Cómo han contribuido los usuarios de servicios de salud a la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma?* motivada en la experiencia personal de trabajos previos de investigación en salud con pobladores y en la escasa o muy delimitada presencia de los usuarios en la extensa literatura sobre reforma a la salud. El trabajo se llevó a cabo en Medellín, Colombia y exploró esa pregunta a través de *tres objetivos*, con base en los cuales se articulan estas conclusiones: 1. Comprender la incidencia de la Acción Colectiva en Salud –ACS- realizada por las Organizaciones de Usuarios de Salud –OUS- en la construcción del derecho a la salud. 2. Identificar el contenido que los tres tipos de población usuaria le otorgan al derecho a la salud 3. Identificar las estrategias puestas en marcha por los usuarios de los tres tipos de población usuaria frente a los cambios en el derecho a la salud, generados con la puesta en marcha de la reforma.

Pregunta y objetivos requerían un enfoque cualitativo desarrollado aquí a través del análisis de contenido de entrevistas realizadas a *las 10 organizaciones de usuarios en salud –OUS-* censadas en la ciudad cuando se inició el trabajo de campo y de 10 grupos focales conformados con pobladores adscritos a las tres formas de pertenencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- colombiano: población pobre beneficiaria de un seguro pagado por el Estado, afiliada al *régimen subsidiado*; población empleada o con capacidad de pago, titular de un seguro financiado por sus propios aportes y/o por los del empleador y adscrita al *régimen contributivo* y; población no asegurada, paradójicamente denominada “*vinculada*”. El censo de OUS y el seguimiento de prensa elaborados para orientar las indagaciones iniciales mostraron que el papel de usuarios y pobladores, en el contexto de la reforma a la salud, no había sido documentado sistemática o integralmente en los trabajos realizados hasta entonces en la ciudad ni había sido pensado como contribución a la construcción del derecho a la salud.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Estas conclusiones presentan una síntesis analítica de los resultados siguiendo los objetivos de investigación, a continuación hacen una consideración acerca de la metodología, luego señalan los aportes del trabajo para la salud colectiva y cierran, a modo de balance, con las preguntas que suscita la investigación.

1. Incidencia de la ACS en la construcción del derecho a la salud en el contexto de la reforma.

Este objetivo se evaluó a través de entrevistas a las 10 OUS conformadas en Medellín en 2005: la mayoría se habían constituido o re-compuesto dentro del período de la reforma. Los resultados muestran que la ACS realizada por esas organizaciones ha hecho visibles los componentes no realizados, como efecto de la reforma, del derecho a la salud y ha contribuido a la ampliación de la esfera pública en salud pero también revela los límites de la participación en contextos de exclusión socio-económica, de cooptación, y coacción y, de grandes asimetrías de poder. Además de la ACS, las OUS han contribuido a la mediación cotidiana para la realización del derecho a la salud a través de redes de apoyo a los usuarios.

Las OUS se constituyeron, unas respondiendo al marco normativo para la participación ciudadana –Decreto 1757/94- que estipula la conformación de asociaciones o alianzas de usuarios en las EPS e IPS por eso un 50% de las organizaciones eran de adscripción institucional pública; otras –el 30%- se conformaron como mesas de trabajo en salud, adscritas a un micro-territorio – comuna o conjunto de barrios- y retomando una forma organizativa más plural y autónoma que venía de los procesos de planeación y negociación anteriores a la reforma y puestos en marcha en la ciudad desde comienzos de la década de los noventa y; el otro 20% eran organizaciones de iniciativa ciudadana que buscaban agrupar a otras y actuar en el ámbito local.

Las OUS despliegan su acción en tres ámbitos: el de las ESES e IPS públicas en el institucional; las mesas de trabajo en salud en micro-territorios urbanos y; las de iniciativa ciudadana en el local y también en el institucional. Aquí son caracterizadas como “públicos sub-alternos” –tomando el concepto de Nancy Fraser- por su

asimetría de poder frente al conjunto de actores locales del SGSSS y sus actividades se analizan como acción colectiva, es decir, como organización y movilización para resolver necesidades frente al Estado u otro actor considerado "adversario"; su perfil está delimitado por la adscripción descrita y aunque tienen matices y diferencias de autonomía entre ellas, comparten ejes de movilización, por eso, también incursionan con demandas más genéricas en otros espacios de mayor alcance como el Concejo Municipal –organismo legislativo local- los medios de comunicación y la vía pública.

Esos ejes compartidos por las OUS, debido a su contenido y persistencia y a la no resolución en el tiempo representan *los componentes no realizados del derecho a la salud con la reforma* y son: el carácter insuficiente y excluyente del seguro subsidiado; la falta de recursos económicos para buscar y obtener servicios; las barreras de acceso para la atención especializada y en odontología, nutrición y salud mental; la ausencia o precariedad de servicios de salud pública y para las necesidades de grupos vulnerables y; la crisis por la transformación de la red pública. Frente a esos asuntos la mayoría de las acciones desplegadas son de contenido político porque buscan resolverse en los canales institucionales –por ejemplo, la tutela- o convertir una demanda o necesidad en “un asunto de interés público”-⁹⁸ mediante marchas de protesta, tomas pacíficas, debates en el Concejo y, comunicados o denuncias, haciéndolo visible frente a “otros públicos”.

Estas acciones han convertido en una reivindicación colectiva lo que para el SGSSS es un derecho individual: la inclusión en la focalización y; anticipándose a los trabajos académicos y a los pronunciamientos oficiales han hecho visibles los vacíos más relevantes en la realización del derecho a la salud como la situación de la población no asegurada, la supresión o disminución de programas de salud pública, el incremento en las tarifas de los servicios de salud y han preservando, como elemento de equidad, la red pública más grande de la ciudad;⁹⁹ Por otra parte, las

⁹⁸ Esos conceptos con base en Nancy Fraser, se presentan en el marco teórico.

⁹⁹ Un seguimiento de prensa, muestra como desde 1995 -prácticamente con el inicio de la puesta en marcha de la reforma a la salud en la ciudad- ya hay tomas pacíficas de unidades de salud de la red de Metrosalud para protestar por la decisión de cierre de tres puntos de atención en la ciudad, por las nuevas tarifas de servicios y por la gran franja de población no asegurada –vinculada- Algunos

OUS se han formado en temas de derechos, ciudadanía y en la ley 100, marco de la reforma colombiana. Todo esto representa una re-configuración, hacia la ampliación de la esfera pública¹⁰⁰ en salud entendida a la manera en que la plantea Fraser (1997: 132), un espacio en permanente construcción, moldeado por la emergencia de nuevos actores, demandas y relaciones de poder, donde no hay un "interés general" predefinido.

Esta re-configuración y ampliación de lo público se expresa en cuatro aspectos que caracterizan la ACS con la reforma: en la emergencia de nuevos actores, en las relaciones que se tejen con ellos, en los aprendizajes y, en el contenido de las reivindicaciones: así, los cambios en el derecho a la salud han convocado en las OUS a otros actores que antes no habían incursionado en ese ámbito: ONG, pobladores organizados en torno a las veedurías ciudadanas en salud, sindicalistas, vendedores ambulantes, etc.; las OUS y pobladores han tejido relaciones de cooperación y conflicto con los directivos del SGSSS, el gobierno, la clase política local y los actores armados y/o desmovilizados*, buscando visibilizar, tramitar y resolver sus demandas; en esos procesos han aprendido a concertar, a "perder el miedo" a hablar, a confrontar o a disputar con los contradictores, a insistir en las reivindicaciones y, a desplegar prácticas de resistencia como la toma pacífica de

artículos del diario local "El Colombiano" dan cuenta de esas situaciones. Véanse por ejemplo: mayo 11 de 1995, p 1A; octubre 9, p 2D y noviembre 17, p 19A, ambos de 1995; agosto 26, p 1A, diciembre 20: 2C, ambos de 1996. Nótese que una década después –cuando se realizó el trabajo de campo– esos temas persisten.

¹⁰⁰ "Lo público" históricamente ligado al proceso de la modernidad, ha tenido una pluralidad de significados: como asociado al Estado, a sus instituciones y al poder gubernamental; como espacio donde se despliega lo colectivo, como la arena donde individuos, fuerzas y actores sociales confrontan proyectos e ideas y como el lugar de la democracia política y de la construcción del interés colectivo o de una difusa voluntad general (Múnera, 2001:227). Las posiciones liberales conciben la construcción de lo público a través del voto y la representación política, considerándolos mecanismos de defensa del contrato social –vertiente contractualista– o como propiciador del debate público para consensuar el interés general –vertiente de la democracia deliberativa– (Hernández, Ochoa y Novoa, 2001: 25-26). Fraser (1997:132) critica esa concepción de esfera pública liberal porque no cuestiona la desigualdad social, hace una separación entre lo público y lo privado y excluye los intereses de otros "públicos débiles".

* Estos actores son expresión de la urbanización del conflicto político armado de Medellín en las dos últimas décadas. Por otra parte, a partir de 2003 se inició en la ciudad y en el marco de una ley nacional que permite la desmovilización de paramilitares y guerrilleros, un controvertido proceso de desmonte de algunas estructuras paramilitares, pero otras permanecieron ligadas al control territorial armado, especialmente en comunas y barrios populares de la ciudad.

clínicas del seguro social para evitar o postergar el desalojo de los trabajadores, producto de los procesos de privatización y re-estructuración; en cuanto a los contenidos, aunque solo algunas OUS proponen explícitamente la sustitución de la ley 100/93, la mayoría de las reivindicaciones y acciones políticas implican su modificación estructural: por ejemplo, la supresión o el cambio en la focalización y la política de competencia para la red pública.

Sin embargo, la ACS también tiene límites que inciden en la construcción del derecho a la salud: transcurre en contextos de empobrecimiento y de grandes exclusiones socio-económicas de la población y esto, como lo señala Fraser (1997:132) es una gran restricción en la esfera pública porque “no basta poner en suspenso la desigualdad social, hay que eliminarla”; algunas OUS aunque tienen un pié en los intereses de la población, tienen otro en los de las instituciones a las cuales están adscritas, a través de las representaciones en los organismos de dirección y en los comités institucionales de las ESES e IPS y desde allí también han apoyado o aceptado la implantación de controvertidas políticas –por ejemplo, el recorte en la planta de personal y la retención de pacientes hospitalizados para presionar el pago-; también en la ACS hay complejas interacciones entre lo cívico, lo armado y la dependencia del Estado, de la clase política y de las instituciones de salud, marcadas por profundas asimetrías de poder.

Todo esto implica relaciones de conflicto, miedo, sometimiento* y cooptación con diversos actores sociales, gubernamentales y del SGSSS y con los usuarios o pobladores de la base representada; en ocasiones, des-institucionalización en el trámite de necesidades sociales; menor autonomía y capacidad de incidencia en el escaso margen que la reforma deja a las decisiones locales y; pasa también –como lo señala Bernal- (2004: 37-51) por una historia marcada en la ciudad, por intentos

* Durante la realización del trabajo de campo fueron encarcelados dos líderes de salud acusados de vínculos con grupos guerrilleros en el marco de la política de “seguridad democrática” del Presidente Álvaro Uribe, uno de cuyos componentes es la delación pagada de supuestos miembros de grupos armados ilegales. Otro fue amenazado de muerte y tuvo que renunciar a la mesa de trabajo en salud. El hecho de que este fuera un tema apenas mencionado por los integrantes de los grupos focales provenientes de zonas de alta conflictividad o que cualquier intento de organización colectiva fuese descrito como alteración del orden, habla de por sí del miedo y la coerción impuestos por actores armados y/o desmovilizados.

fallidos de democratización de la participación social, de un lado, y del otro, por el consecuente escepticismo y apatía por parte de pobladores y organizaciones; finalmente, los componentes no realizados del derecho a la salud persisten, e incluso algunos se han profundizado.

Además de la ACS, también hay una construcción cotidiana del derecho a la salud, o por lo menos, una mediación para su realización a través de una "red de apoyo invisible" constituida por actividades de escucha, mediación ante instancias del SGSSS, acompañamiento y asesoría a usuarios para la exigibilidad del derecho a la salud y para conformar otras organizaciones, las cuales representan otra parte del trabajo realizado por OUS y líderes; esas actividades se originan y transcurren en ámbitos diferentes al Estado y a los espacios institucionales de participación en salud, no son visibles ni reconocidas por el saber o la práctica formal; se llevan a cabo a través de relaciones inter subjetivas –reuniones barriales, fiestas comunitarias y experiencias de los vecinos en los servicios de salud, por ejemplo- y; al mismo tiempo son espacios donde circulan valoraciones y vivencias frente a las necesidades en salud.

Varios autores (Foucault, 1991 *apud* Rajagopal, 2005: 295-296; Fraser, 1997; Scott, 2000) consideran que lo político y lo público se configuran también en espacios extra-institucionales a través de relaciones inter-subjetivas; que las prácticas cotidianas que se despliegan por fuera de la arena pública hacen parte de "la infra-política" de los subordinados (Scott, 2000) y que "una concepción sostenible de la esfera pública debe propiciar la inclusión de asuntos catalogados como privados" (Fraser, 1997;132).

2. Los contenidos que los usuarios le otorgan al derecho a la salud.

Un segundo objetivo de investigación buscaba identificar los contenidos, es decir, valoraciones, aspiraciones y propuestas, que los tres tipos de población usuaria – asegurados subsidiados y contributivos y no asegurados- le otorgan al derecho a la salud, con base en la información recolectada en los grupos focales. Los resultados muestran que antes de la reforma, aunque se reconoce que había más condiciones

para la realización del derecho a la salud, también había asuntos no resueltos; con la reforma aunque la auto-definición del usuarios como titular del derecho se articula en torno a la tenencia del seguro y a la capacidad de pago y estas a su vez, se asocian a la exigibilidad, también emergen contenidos que representan una ampliación y re-definición del derecho a la salud hacia su concepción como derecho humano fundamental e incorporando nociones de justicia y dignidad.

Antes de la reforma el derecho a la salud tenía para los usuarios los siguientes elementos: atención a costos más bajos, con menos discriminación y menor diferenciación de servicios, disponibilidad de instituciones públicas de salud para todos, pero especialmente para la población más pobre, un Estado más comprometido con la financiación, la dirección y el control de la política de salud y un componente ético que se expresaba en una relación médico-paciente más humana y solidaria, consciente de las necesidades de la población. Sin embargo, también se describen el débil papel del Estado y la lógica del mercado como fisuras históricas no resueltas del derecho a la salud en Colombia y; otras pervivencias hoy reconfiguradas con repercusiones sobre la situación de salud, como la profundización y heterogeneidad de la pobreza y su relación directa con la insuficiencia y exclusión de la focalización y del seguro subsidiado.

Con la reforma, para todos los usuarios, la tenencia de seguro y la disponibilidad de recursos económicos, ambos asociados a la posibilidad de exigir o reclamar, son los que definen centralmente el derecho a la salud, por eso los adscritos al régimen contributivo consideran que "se lo han ganado" porque han cotizado durante toda la vida laboral y pueden exigir; para los del régimen subsidiado es "un derecho a medias" porque la tenencia del seguro es requisito pero no garantía de atención debido a los obstáculos para obtener servicios especializados, a la insuficiencia del plan de beneficios y a los copagos que demanda la utilización de servicios y aspiran a tener "derecho real" para aumentar las posibilidades de reclamación; los vinculados se auto-definen como población "pobre y sin derechos" porque no tienen dinero ni seguro y son los que menos utilizan la tutela. Todos los tipos de población usuaria

hablan de deterioro en la calidad de atención debido a las barreras de acceso y al cambio hacia una relación menos "humanista" entre trabajador de la salud y usuario.

Otros aspectos del derecho que se han deteriorado con la reforma, especialmente para las poblaciones subsidiada y vinculada, son la capacidad resolutive y la disponibilidad de la red pública; la provisión de servicios de odontología, salud mental y nutrición porque no están incorporados integralmente al plan de beneficios y, de los de salud pública porque no han sido asumidos sistemáticamente por las EPS y por la Dirección Local de Salud. Las valoraciones positivas son escasas, en todos los casos están acompañadas de barreras para obtener servicios y refieren a la cobertura, vía seguro, de gastos de hospitalización y de atención en algunas enfermedades crónicas; priman en cambio los sentimientos negativos de rabia, impotencia y escepticismo hacia el Estado o el SGSSS.

Sin embargo, en las propuestas emerge una ampliación y re-interpretación del derecho, así sea desde "el deber ser": diferenciando por regímenes: los afiliados al régimen contributivo proponen capacitación y organización como vía para generalizar la exigibilidad del derecho; los afiliados al régimen subsidiado, lo asocian a la experiencia de discriminación acompañada de un sentimiento de "indignidad" atribuido además a una idea que rechazan y es la fomentada por algunos trabajadores de la salud del derecho como "regalo" por eso proponen trato y servicios igualitarios y pagos según capacidad; la población vinculada propone tanto en política social como en salud, la inclusión, tanto en la cobertura de programas sociales, como en la atención sin condicionamientos económicos y también plantean alternativas de atención: el aprovechamiento de organizaciones de la comunidad para realizar programas estatales de salud pública y una estrategia de salud familiar y de conocimiento de las necesidades barriales y zonales de los pobladores por parte del gobierno.

La salud también se volvió un "asunto de interés público" y, algunos usuarios han empezado a formarse en temas de veedurías, tutelas y ley 100, por eso, los afiliados al régimen contributivo y en menor medida, los del subsidiado tienen conocimiento de

contextos explicativos de la reforma. También en las narrativas de la población subsidiada y vinculada, hay un vínculo entre el derecho y una noción de justicia, entendida como equivalencia en la atención y en los beneficios amparados por el seguro y como redistribución de la riqueza para superar la exclusión.

Las aspiraciones y propuestas transversales incorporan contenidos propios de la concepción del derecho a la salud como un derecho humano de acuerdo al ordenamiento jurídico internacional: así el papel del Estado es pensado como el garante de la política social, de la universalidad del derecho a la salud y de la inclusión socio-sanitaria y, las instituciones públicas de salud aún son valoradas como alternativa de atención para los pobres. En general, las mayores aspiraciones son la universalidad del derecho a la salud –caracterizada por la no discriminación, la inclusión y la atención en salud no condicionada al pago- y el disfrute de un “nivel de bienestar”.

Además de estos contenidos explícitos, hay otros simbólicos descritos por todos los usuarios y no traducibles a normas positivas: es el caso de la preservación de la dignidad entendida como reconocimiento y respeto a las necesidades subjetivas y trato “no degradante”. Esa re-interpretación y ampliación de los derechos ha sido relatada en los trabajos empíricos con pobladores (Kabeer, 2007 –editora-) y es vista como argumento a favor de la interdependencia e indivisibilidad de aquellos, en contra de las vertientes de la teoría liberal que no reconocen a los derechos sociales como derechos humanos fundamentales.

3. Estrategias de los usuarios frente a los cambios en el derecho a la salud.

Un tercer objetivo de investigación fue el de identificar las estrategias de los tres tipos de población usuaria frente a los cambios generados en el derecho a la salud con la puesta en marcha de la reforma. Los resultados muestran que aquellas se despliegan para enfrentar barreras de acceso a los servicios e incluyen el recurrir a la exigibilidad jurídica del derecho, vía tutela; permiten re-construir las trayectorias diferenciales de acceso perfilando las inequidades en el derecho a la atención; en cuanto a la tutela como estrategia para la exigibilidad jurídica del derecho a la salud,

replica esas inequidades pero en el ámbito de la justiciabilidad del derecho a la salud, sin embargo, también ha generado aprendizajes en OUS y líderes de salud; Finalmente, otras estrategias representan prácticas de resistencia.

Con base en el análisis conjunto de esas barreras y estrategias se reconstruyeron las trayectorias de acceso a los servicios identificándose tres fases: el inicio y la continuación de la búsqueda de servicios y en la utilización de los mismos. En el inicio de la búsqueda se comprueba que el principio de libre elección postulado en la ley 100, marco de la reforma colombiana es restringido: quienes menos obstáculos afrontan son los afiliados al régimen contributivo porque hay buena oferta de EPS y pocas barreras para la atención de primer nivel, a excepción de los usuarios del seguro social por la situación de crisis.

Los del régimen subsidiado y los vinculados enfrentan tres situaciones: primero, deben conseguir dinero para gastos de transporte y pagos por la atención; segundo, cuando llegan a la IPS, ambos pueden ser rechazados: los primeros porque no aparecen en las bases de datos aunque hayan sido seleccionados para el subsidio, y los segundos porque ya no hay recursos* y tercero, ambos pueden no alcanzar a recibir atención, por los recortes en horarios y servicios de la red pública o por la falta de contratos** Las estrategias son la consecución de dinero, la auto-restricción en la búsqueda de servicios y, la solicitud de encuesta de focalización: quienes más lo hacen y más utilizan la resolución no institucional –farmaceuta, auto-medicación, remedios caseros- son los vinculados. Estas estrategias devienen en el desistimiento de la búsqueda o, en su resolución total o parcial, dependiendo del tipo de servicio buscado.

* La financiación de la atención a la población vinculada se hace con recursos públicos de subsidio a la demanda, recursos decrecientes porque el eje del financiamiento en el SGSSS es el subsidio a la oferta.

** Recuérdese que la prestación de servicios en el SGSSS es por el sistema de contratación entre aseguradores –EPS- y prestadores –IPS-; además la norma establece la contratación obligatoria de un porcentaje de las primas de seguros que reciben los aseguradores con la red pública de servicios.

En la segunda fase, el éxito en la continuación de la búsqueda depende del tipo de servicios buscado porque la trayectoria está asociada a la fragmentación de competencias entre las entidades territoriales y al plan de beneficios cubierto por el seguro. Nuevamente quienes menos obstáculos enfrentan son los del régimen contributivo, excepto cuando requieren servicios de atención especializada o no cubiertos en el POS; los del subsidiado tienen dos tipos de planes de beneficios, pero ambos inferiores al de la población contributiva, por eso los mayores obstáculos son por servicios no incluidos y, luego por la atención especializada y de alto costo aunque estén cubiertas por el seguro; los vinculados deben continuar la búsqueda dependiendo de las competencias: para servicios de primer nivel, en el municipio y para los de atención especializada en la entidad territorial superior, el departamento; para ésta última al igual que para los servicios no-pos para los subsidiados las citas pueden tardar hasta cinco meses.

Aquí los usuarios comienzan a utilizar diferencialmente la tutela: quienes más lo hacen son los del contributivo, luego los del subsidiado y los que menos recurren a ella son los vinculados; otras estrategias son "esperar", si la atención no es urgente o prioritaria; conseguir el dinero para atención particular o; asumir trámites y negativas ejerciendo presión para tratar de obtener el servicio. Si estas estrategias no funcionan, la necesidad que originó la búsqueda no se resuelve y el problema de salud se agrava. Si se logran sortear los obstáculos que en cualquier caso, implican más gasto de bolsillo en salud, se continúa con el otro paso de la trayectoria que es la utilización de servicios.

En la tercera fase de utilización de servicios las barreras son la falta de oportunidad y la atención parcial e incompleta, ambas para servicios especializados; los costos de co-pagos, medicamentos y trámites; la minimización o no resolución de las necesidades relatadas por los usuarios; la retención de pacientes hospitalizados por no pago y; la fragmentación de la atención en varias instituciones. También aquí los más afectados son vinculados y subsidiados; las estrategias son insistir en la resolución institucional, buscar la mediación de OUS y de terceros y conseguir

dinero; el uso de la tutela sigue siendo inequitativo, pero es más complicado porque con frecuencia la atención se presta parcialmente.

Si estas estrategias funcionan el usuario puede obtener finalmente la atención o si no el proceso puede terminar en el agravamiento de problemas de salud y en casos extremos, en la muerte. En cualquier caso, someterse a esta trayectoria del acceso, siempre con un resultado incierto, genera en todos los usuarios sentimientos de humillación, indignidad y tristeza.

Las trayectorias de acceso aportan una comprensión más integral del perfil de inequidades en el derecho a la atención que se ha venido configurando con la reforma: en primer lugar, el seguro no ha sido elemento de inclusión sino de segmentación y es el mecanismo para trasladar recursos públicos y de los más pobres a los más ricos; en segundo lugar, se han sustituido la universalidad y la equidad por la focalización y los planes de beneficios costo-eficientes, cambiando los fundamentos del sistema de salud, asuntos que ya han sido descritos en otros trabajos (Laurell y López, 1996; Navarro, 2001; Vega, 2002; Hernández, 2003) En tercer lugar, el eje estructurante de las inequidades en el acceso es la contención de costos para obtener mayor rentabilidad, por eso lo que se ha consolidado es un sistema de salud, en el cual desde el inicio de la búsqueda las mayores barreras están para los que menos tienen y para los que menos reciben, en su orden, los vinculados y los subsidiados y sobre ellos que son también los que menos reclaman jurídica e institucionalmente la realización del derecho, recaen los efectos negativos: el agravamiento de los problemas de salud, la no resolución de necesidades y el "paseo de la muerte".

En cuarto y último lugar, las trayectorias develan cambios en el derecho que solo pueden verse a través de la perspectiva de los usuarios: los sentimientos negativos generados en ese proceso que marcan la relación con el Estado, con el gobierno local y, con el SGSSS; la demostración de que la tenencia del seguro no representa acceso, aunque, bajo ciertas condiciones, puede favorecerlo y el aporte de indicadores trazadores que den cuenta realmente de los puntos críticos en el

proceso: las razones para no buscar servicios necesitándolos, las causas de rechazo y de oportunidad o demora en la atención, el tipo de información sobre derechos y estructura del sistema de salud que el usuario posee y la que le entregan aseguradores y prestadores, la prestación incompleta del servicio, las barreras económicas y la percepción de resolución de la necesidad.

La tutela como vía para la exigibilidad jurídica del derecho a la salud replica el perfil de inequidad descrito: aunque es gratuita, ágil y puede ser interpuesta por un tercero, todos los usuarios describen el miedo, el desconocimiento y la pérdida de eficacia como razones para no usarla, pero éstas afectan más a vinculados y subsidiados: miedo a enfrentar a las EPS o a instancias del gobierno local o a perder lo poco que se tiene; desconocimiento acerca de cómo funciona en la práctica y pérdida de eficacia porque aunque la mayoría fallan a favor del usuario, los criterios de los jueces para aceptarla se han vuelto más exigentes y las estrategias del SGSSS para evitar que el usuario la utilice o para esquivar los fallos también se han refinado.

Las OUS y los líderes de salud asesoran a los usuarios porque son quienes tienen más conocimiento y han hecho aprendizajes, incluso en alianza con abogados o con algunos trabajadores de la salud, para cualificar los argumentos. La tutela ha representado la realización del derecho a la asistencia para miles de usuarios desprotegidos frente al poder de las EPS, como fue establecida en la Constitución de 1991, para darle contenido al Estado Social de Derecho expresa la tensión entre éste y la orientación pro-mercado de la ley 100 (Arango, 2004) por eso ha habido varios intentos gubernamentales por modificarla desvinculándola de los derechos sociales; cuenta con reconocimiento entre los usuarios, pero ni fue diseñada para contener la magnitud de vulneraciones del derecho a la salud instauradas con la reforma, ni éstas que representan un problema colectivo pueden ser sistemática y perdurablemente resueltas a través de este mecanismo individual de protección de los derechos fundamentales.

Otras estrategias desplegadas por los usuarios son interpretadas como prácticas de resistencia: para comprender el derecho en su doble dimensión de orden institucional

y espacio de resistencia, se tomó el concepto de Rajagopal¹⁰¹ (2005:34-35) quien lo define “como un conjunto de visiones alternativas sobre las relaciones sociales, la cual a veces debe trabajar en cierta medida dentro de los parámetros establecidos por aquello a lo que opone resistencia (...) en relación dialéctica con la hegemonía”.

Además, siguiendo a Scott, en la resistencia convergen y se imbrican tres elementos: la disidencia marginal frente al poder oficial, la producción de discurso oculto y las prácticas de insubordinación (2000: 17-22, 38-40). Algunas OUS, en las juntas directivas de las ESES no hacen oposición explícita a las políticas del SGSSS pero en otros espacios donde realizan acciones políticas de denuncia y protesta pública, disienten del poder; Tanto usuarios como OUS tienen discursos que solo circulan entre “públicos restringidos” pero en cualquier momento pueden volverse públicos e incluyen lenguaje y actos que controvierten el discurso que se dice frente al poder –el público- por ejemplo, frente a la valoración del Estado –al que se le reclaman políticas sociales incluyentes pero frente al cual se expresan sentimientos de rabia, impotencia y escepticismo- o de la red pública –defendida en las protestas y atacada cuando se evalúa la calidad de atención- Finalmente las estrategias para quedar incluido en la focalización –mentir para obtener puntaje bajo o hacerse encuestar en otra casa- o para utilizar servicios oportunamente –por ejemplo, consultando por urgencias, sin requerirlo- son prácticas de insubordinación porque desafían los procedimientos establecidos.

4. ¿Cómo han contribuido los usuarios a la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma?

En la respuesta a esta pregunta que es el objetivo general de investigación convergen los resultados de los tres objetivos específicos antes descritos: los usuarios han contribuido a la construcción del derecho a la salud a través de la acción colectiva, haciendo visibles los asuntos críticos o componentes no realizados de ese derecho, ampliando la esfera pública con la pluralidad organizativa y la

¹⁰¹ El autor ha investigado la incidencia de los movimientos sociales, especialmente en el tercer mundo, en la construcción del derecho internacional.

emergencia de nuevos actores y demandas y, construyendo redes de apoyo, a través de las OUS, para mediar con las instancias del SGSSS y del gobierno local en la realización del derecho a la salud.

Los usuarios auto-definen la titularidad del derecho a la salud con base en el aseguramiento y en la capacidad de pago: así los afiliados al régimen contributivo consideran que “se lo han ganado” porque han cotizado durante toda la vida laboral; los afiliados al régimen subsidiado se sienten con “un derecho a medias” en tanto su seguro de salud es más reducido en beneficios y tienen más obstáculos para acceder a los servicios; y la población vinculada se considera “sin derecho” porque no tiene ni seguro ni dinero suficiente. Sin embargo las aspiraciones y propuestas de los usuarios hacen una re-interpretación del derecho a la salud: le otorgan nociones de justicia y dignidad y contenidos del ordenamiento internacional de la salud como derecho humano fundamental y, esto le da sentido a algunas demandas como la ampliación o eliminación de la focalización y la supresión de barreras económicas.

Otra contribución a esa construcción es la re-definición de los indicadores de acceso a los servicios a partir de la experiencia de los usuarios: en la práctica el aseguramiento –núcleo del derecho con la reforma- no garantiza el acceso; son las razones para no buscar servicios necesitando, la falta de oportunidad según tipo de atención solicitada, las barreras económicas en las distintas fases del proceso y la utilización de servicios sin resolución de la necesidad, entre otros indicadores, los que explican la no realización total o parcial del componente del derecho a la salud más valorado por los usuarios: el de la asistencia sanitaria. Por el lado de la exigibilidad jurídica, la tutela ha propiciado aprendizajes sobre el derecho a la salud, especialmente en las organizaciones de usuarios y en algunos líderes, pero los no asegurados y los afiliados al régimen subsidiado que son quienes menos tienen y menos reciben, son también los que menos la utilizan. Finalmente, algunas estrategias de los usuarios constituyen prácticas de resistencia.

La perspectiva de los usuarios muestra como con la reforma se ha profundizado una realización diferencial e inequitativa del derecho a la salud a través de la exclusión de

la focalización, la segmentación del aseguramiento y, el incremento de las barreras económicas y de las inequidades en el acceso.

5. Una consideración acerca de la metodología.

El uso de un enfoque cualitativo de investigación aporta un conocimiento más integral sobre el derecho y la reforma porque los usuarios, líderes y organizaciones de salud viven la experiencia de tener o no derechos y las posibilidades y restricciones para su realización, como totalidad integrada a su cotidianidad, por eso su mirada integra elementos del derecho internacional de los derechos humanos, de las carencias históricas y de la dignidad y la justicia; quien investiga aprende a valorar el conocimiento de los pobladores porque asombra descubrir que pese a la complejidad, a la maraña legislativa de la reforma colombiana y a las asimetrías de poder e información, ellos también tienen comprensión de algunos contextos estructurales, han buscado formarse y estudiar y son creativos para enfrentarse a las EPS, IPS y al gobierno local, re-construyen nociones de ciudadanía en medio de la violencia y del conflicto armado, han aprendido a resistir y a moverse dentro de las nuevas reglas de juego y con todo esto demuestran que ningún poder es absoluto.

En éste trabajo quien más se ha enriquecido ha sido la perspectiva "etic", es decir, la de la investigadora. Sin embargo, también la perspectiva "emic", la de los usuarios, revela la magnitud y multiplicidad de las vulneraciones en el derecho a la salud con la puesta en marcha de la reforma y plantea desafíos y preguntas al quehacer de los trabajadores de la salud comprometidos con la población, a los investigadores y defensores de derechos humanos y a la salud colectiva en cuanto a su forma de vinculación con la realidad socio-sanitaria de la población.

6. Aportes para la salud colectiva:

Situar la mirada de investigación en la perspectiva de los usuarios les otorga palabra y visibilidad a actores subalternos y devela aspectos del derecho y de la reforma que solo pueden ser re-construidos desde la población: por ejemplo, la acción colectiva reconoce el papel de las organizaciones de usuarios para convertir los componentes

no realizados del derecho a la salud en un asunto de interés público y las trayectorias de acceso precisan barreras y estrategias para cada tipo de población usuaria, permiten trazar un perfil de las inequidades y aportan elementos para re-definir indicadores de acceso. Esto representa un conocimiento nuevo para una interpretación enriquecida del derecho en un escenario tan restrictivo para los actores subalternos como el de la reforma y en un espacio tan representativo del orden institucional como el derecho.

Sí se admite que en la salud colectiva cabe un compromiso "genérico e impreciso con una noción de lo colectivo" (Donnangelo, 1983 *apud* Duarte, 2007:28) y que la política y las ciencias sociales han sido históricamente "formaciones disciplinarias constitutivas" de esa área (Duarte, 2007: 29) entonces el estudio de procesos socio-sanitarios desde la mirada de la población plantea dos retos: en primer lugar, la necesidad de reinterpretar conceptos de las ciencias sociales en contextos de globalización y de cambio estructural como el de la reforma, para construir las articulaciones entre lo macro y lo micro y; en segundo lugar, en el trasfondo del derecho a la salud como tema de interés para la salud colectiva están la lucha por "ciudadanías incluyentes" y por un nivel de igualdad socio-económica, pero esas tareas políticas con la impronta de consignas, pueden convertirse en "ideas fuerza" cuando la investigación las provee de contenido y de propuestas concretas, por ejemplo, la incorporación de otros indicadores aportados por la mirada de los pobladores al seguimiento o evaluación de las políticas públicas.

7. Las preguntas.

En el balance del trabajo quedan también interrogantes: ¿en un escenario como el colombiano de profundización de las reformas pro-mercado y de fragilidad del Estado Social de Derecho qué va a pasar con el derecho a la salud: se profundizaran aún más las inequidades considerando que el poder y la incidencia de las aseguradoras privadas en las decisiones sectoriales se ha venido consolidando mientras el del Estado se debilita? ¿Cómo han vivido y enfrentado los usuarios en otros lugares los efectos de la reforma sobre el derecho a la salud y cuáles elementos marcan la

diferencia? ¿Los resultados de trabajos empíricos con población pueden constituirse en evidencia y al mismo tiempo en una forma de presión para avanzar, en las Cortes Internacionales, en el reconocimiento jurídico de la fundamentación colectiva del derecho a la salud? Son preguntas y tareas para indagaciones posteriores o que quedan para otros investigadores interesados en el tema.

ABREVIATURAS

OUS	Organización de Usuarios en Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
ESD	Estado Social de Derecho
DESC	Derechos Económicos Sociales y Culturales
GES	Grupo de Economía de la Salud
CN	Constitución Nacional
POS	Plan Obligatorio de Salud
POSS	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
POSC	Plan Obligatorio de Salud Contributivo
PAB	Plan de Atención Básica
PICP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
ESES	Empresas Sociales del Estado
DLS	Dirección Local de Salud
DSS	Dirección Seccional de Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CLSSS	Consejo Local de Seguridad Social en Salud
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
EPS	Empresa Promotora de Salud
ARS	Administradora del Régimen Subsidiado
IPS	Institución Prestadora de Servicios
UPC	Unidad de Pago por Capitación
OEA	Organización de Estados Americanos
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
ISS	Instituto de Seguros Sociales
SISBEN	Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios
DCP	Derechos Civiles y Políticos

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, Víctor; Courtis, Christian (2003), Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales. En: *Derechos Sociales, instrucciones de uso*. Abramovich, Víctor; Añón, María José y Courtis Christian. Compiladores. Ediciones Coyoacán: México, D.F.: 55-78 pp.

Aday, Lu Ann y Andersen, Ronald (1983), Exploring dimension of access to medical care. En: *Health Services Research*. Vol 18 (1): 35-52 pp.

Ahumada, Consuelo (1999), Reformas del Estado y políticas de salud en Colombia: un enfoque de salud internacional. En: *Políticas y servicios sociales para el siglo XXI*. Consuelo Uribe, Editora. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia: 279-282 pp.

Alcaldía de Medellín <http://www.medellin.gov.co/alcaldia> Consultada en febrero y marzo de 2008

Almeida, Celia (2001), Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. En: *Cuadernos médico sociales* Rosario, Argentina, 79: 27-58 pp.

Almeida, Celia (2005), Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Pontificia Universidad Javeriana, diciembre Bogotá. Colombia. Vol. 4, N° 9: 6-60 pp.

Álvarez, Luz Stella (2001), Introducción. En: *Pensamiento en salud Pública. El derecho a la salud*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia: 23 pp.

Álvarez, Luz Stella (2005), Libres de enfermedad. En: *Democracia y Ciudadanías. Balance de derechos y libertades en Medellín*. Corporación Región, Corporación Viva la Ciudadanía, Escuela Nacional Sindical, Confiar Cooperativa Financiera. Medellín, abril: Capítulo VIII: 355-399 pp.

Álvarez, Luz Stella; Echeverry, María Esperanza (1997) Análisis del componente de salud. En: *Balance General al Plan de Desarrollo de Medellín 1995- 1997*. Veeduría Ciudadana al Plan de Desarrollo de Medellín. Colombia. En: www.alcaldiademedellin.gov.co

Arango, Rodolfo (2004), *El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional*. Fundación Ford, Universidad Externado de Colombia, Inédito. Bogotá, Colombia, mayo: 52 pp.

Arango, Rodolfo (2005), Naturaleza de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y obligaciones internacionales para su cumplimiento por parte de los Estados. Grupo de trabajo. En: *Seminario Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Programa de Cooperación sobre Derechos Humanos México-Comisión Europea. México, D. F. En Prensa.

Arbeláez, Mónica (2002), *La protección a la salud, línea jurisprudencial y notas constitucionales*. Centro de Investigación y Educación Popular –CINEP- Acción Ecuémica Sueca –DIAKONIA- Bogotá, Colombia, noviembre: 80 pp.

Arbeláez, Mónica (2006), *Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Centro de Investigación y Educación Popular –CINEP- Institut de Drét Públic-Barcelona. Ediciones Antropos. Bogotá, Colombia, junio: 372 pp.

Archivo de prensa (1995-2005) periódicos "El Colombiano" "El Mundo" "El Pulso"

Asociación Latinoamericana de Medicina Social; Plataforma Interamericana de Derechos Humanos Democracia y Desarrollo (2005), Otra salud es posible. En: *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*. Mauricio Torres y Natalia Paredes -Editores-: 7-11 pp.

Atkinson, Paul; Hammersley, Martyn (1994), Ethnography and participant observation. En: *Denzin, N and Lincoln, Y. (Editors) Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage Publications: 248- 261 pp.

Banco Mundial (1987), El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103 (6): 695-709 pp.

Banco, Mundial (2000), Documento de trabajo N° 0006 sobre protección social, febrero: 38 pp.

Bernal, Jorge A (2004) Democracia y derechos de participación en Medellín en la década del noventa. En: *Desde la Región*. Boletín N° 43. Corporación Región. Medellín, noviembre: 37-51 pp.

Bernal, Jorge A. (2005), Contexto. En: Bernal, Jorge A; Álvarez, Luz Stella (2005) *Democracia y Ciudadanías. Balance de derechos y libertades en Medellín*. Corporación Región, Corporación Viva la Ciudadanía, Escuela Nacional Sindical, Confiar Cooperativa Financiera. Medellín, abril: 28-45 458 pp.

Bernal, Jorge A.; Gutiérrez, José Fernando (2005), Libres de dependencia económica, desempleo e informalidad. Capítulo V. En: Bernal, Jorge A; Álvarez, Luz Stella (2005) *Democracia y Ciudadanías. Balance de derechos y libertades en*

Medellín. Corporación Región, Corporación Viva la Ciudadanía, Escuela Nacional Sindical, Confiar Cooperativa Financiera. Medellín, abril: 212-65, 458 pp.

Borrero, Camilo (2002), Presentación. En: *La protección a la salud, línea jurisprudencial y notas constitucionales*. Centro de Investigación y Educación Popular –CINEP- Acción Ecuménica Sueca –DIAKONIA- Bogotá, Colombia, noviembre: 80 pp.

Boyle, Joyceen (2003), Estilos de etnografía. En: Morse, J. Editora. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Colección Contus. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia, p: 185-214 pp.

Breilh, Jaime (1994), Las Ciencias de la moderna Salud Pública y la defensa y promoción de la vida. En: *Nuevos conceptos y técnicas de investigación, Guía pedagógica para un taller de metodología*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador: 19-57 pp.

Bustelo Eduardo, Minujin, Alberto (1998), Política social e igualdad. En: *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes*. Bogotá: Santillana: 72 pp.

Carey, Martha Ann (2003), El efecto del grupo en los grupos focales: planear, ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales. En: Morse, M Janice (Editora) *Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Colección Contus. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia, junio: 260-280 pp.

Caro, Ivonne; Vega, Manuel; ConCiencia; Corporación Social para la Asesoría y Capacitación Comunitaria (2006) -Y la crisis se volvió persistencia- Aportes para un balance de la crisis hospitalaria tras doce años de aplicación de la Ley 100 de 1993: 229-261. En: Corporación Guillermo Fergusson; Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (2006) *Ley 100 balance y perspectivas*, Bogotá, Colombia: 293 pp.

Castaño, Ramón A; Arbeláez, José; Guideón, Ursula; Morales, Luis Gonzalo (2001), Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud. CEPAL. Serie financiamiento del desarrollo. Número 108. Santiago de Chile, mayo: 51 pp.

Coffey, Amanda; Atkinson, Paul (2003), Los conceptos y la codificación. En: *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Colección Contus. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia: 31-63 pp.

Conrado, Roque (2005), Instrumentos de medición de los DESC, la experiencia colombiana. En: *Derechos económicos, sociales y culturales*. Programa de

cooperación sobre derechos humanos México- Comisión Europea. Secretaría de Relaciones Exteriores, México, diciembre: 493-504 pp.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (2004) Acuerdo 267, por el cual se establecen los subsidios parciales en el régimen subsidiado, Bogotá, Colombia.

Contraloría General de la República; Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia (2006) *Bienestar y macroeconomía 2002-2006: el crecimiento inequitativo no es sostenible*, Bogotá, Colombia: 127 pp.

Corporación Guillermo Fergusson; Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (2006) *Ley 100. Balance y perspectivas*. Bogotá, Colombia: 293 pp.

Corporación Región, Alcaldía de Medellín, Secretaría de Bienestar Social (2006) *Panorama Social de Medellín y evaluación del modelo de intervención de la Secretaría de Bienestar Social*, Medellín, Colombia, 282 pp.

Corte Constitucional Colombiana (1992) Sentencias C018 y T484.

Cortés, Francisco (2001), El proyecto político democrático y la cuestión de los derechos humanos sociales. En: *Ciudadanía y derechos humanos sociales*. Editores: Manuel Alberto Alonso y Jorge Giraldo. Escuela Nacional Sindical, Medellín, Colombia, febrero: 59-99 pp.

De Currea, Victor (2000), La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. En: *La Salud está grave, una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, Colombia, mayo: 189-308 pp.

De Currea, Victor (2003), *El derecho a la salud en Colombia, Diez años de frustraciones*. Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos. Ediciones Ántropos. Bogotá, Colombia: 311 pp.

De Souza Minayo, M. Cecilia (1995), La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En: *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: Métodos, análisis y ética*. Francisco Mercado, Denise Gastaldo y Carlos Calderón (Compiladores) Universidad de Guadalajara. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Universidad Autónoma de Nuevo León. México: 239-269 pp.

Defensoría del Pueblo (2000), *Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios*. Defensoría delegada para la salud y la seguridad social, Bogotá, Colombia: 144 pp.

Defensoría del Pueblo (2003), *Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Índice de vulneración o cumplimiento de los*

diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento, Bogotá, Colombia: 92 pp.

Defensoría del Pueblo (2003). Programa de seguimiento en políticas públicas y derechos sociales, *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia: 417 pp.

Defensoría del Pueblo (2004), *La tutela y el derecho a la salud. Causas de la tutela en salud*. Imprenta nacional de Colombia. Bogotá, Colombia: 51 pp.

Defensoría del Pueblo (2005), *Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005. Índice de satisfacción de usuarios de salud – ISUS*- Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia: 302 pp.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (1993, 1997, 2000, 2001, 2005) Encuestas de Calidad de Vida y Encuestas Continuas de Hogares. Colombia.

Departamento Nacional de Planeación- Misión Social. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2001), *Informe de Desarrollo Humano para Colombia 2000*. Alfaomega grupo editor, Bogotá, Colombia, mayo: 214 pp.

Departamento Nacional de Planeación Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Agencia Colombiana de Cooperación Internacional. Programa Nacional de Desarrollo Humano (2003) *Diez años de Desarrollo Humano en Colombia*. Alfaomega grupo editor, Bogotá, Colombia, enero: 121 pp.

Duarte, Everardo (2007), *Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto*. En: *Tratado de saúde coletiva*. Gastao Wagner De Sousa; Maria Cecilia De Souza; Marco Akerman; Marcos Drumond; Yara Maria De Carvalho –Organizadores- Editora Hucitec. Editora Fiocruz. Sao Paulo- Rio de Janeiro: 19-39 pp.

Echeverri, Maria Esperanza (2002), Informe de los conversatorios realizados con líderes de diferentes instancias de participación en salud de Medellín. *Taller sobre derechos sociales en Medellín*, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo: 5 pp.

Echeverri, María Esperanza (2003a), El derecho a la salud: balance a 10 años de la Constitución de 1991. En: *La Salud al derecho*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Medellín, Colombia: 49-73 pp.

Echeverry, María Esperanza (2003b), Estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la Ley 100 de 1993. En: *La salud al derecho*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Movimiento Nacional

por la Salud y la Seguridad Social. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Medellín, Colombia: 75-119 pp.

Ferrajoli, Luigi (2003), Estado social y Estado de derecho. En: *Derechos Sociales, instrucciones de uso*. Abramovich, Víctor; Añón, María José y Courtis Christian. Compiladores. México, D.F., Ediciones Coyoacán: 11-21 pp.

Franco, Vilma (2006), La ciudad y la guerra. En: Medellín presente. Boletín *Desde la región*. Corporación Región, Medellín, Colombia, n° 46, septiembre: 59 pp.

Fraser, Nancy (1991), La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. En: *Debate Feminista*. 2 (3): 3-40 pp.

Fraser, Nancy (1997) Pensando de nuevo la esfera pública. Una contribución a la crítica de las democracias existentes. En *Iustitia Interrupta*. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista". Bogotá: Siglo del hombre. Universidad de los Andes: 295-133 pp.

Frenk, Julio; Londoño, Juan Luís (1998) El costo de no reformar. En: *Cuestión Social*. Revista Mexicana de Seguridad Social. N° 42: 29-35 pp.

Fresneda, Oscar (2003), La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Colombia, Vol. 2, N° 5: 45-75 pp.

Galeano, María Eumelia (2004), Investigación documental: una estrategia no reactiva de investigación social. En: *Estrategias de investigación social cualitativa, el giro en la mirada*. La Carreta Editores, Medellín, Colombia: 113-144 pp.

García Mauricio; Uprimny, Rodrigo (2006), La reforma a la tutela: ¿ajuste o desmonte? Capítulo 9. En: Uprimny, Rodrigo; Rodríguez, César; García, Mauricio *¿Justicia para todos? Sistema Judicial, derechos sociales y democracia en Colombia*. Editorial Norma. Colombia, marzo: 471-530 pp.

Gargarella, Roberto (1999), *Las teorías de la justicia después de Rawls, un breve manual de filosofía política*. Paidós Ibérica. Barcelona, España: 223 pp.

Geertz, Clifford. (1973) Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: *The interpretation of cultures*. Copyright in 1973 by Basic Books. Inc. British reprint granted by Century Hutehinson Publishing Group. Reimpreso con permiso de Basic Books, Inc, Publishers: 547-568 pp.

González, Enrique (2003), El Derecho a la salud. En: *Derechos Sociales, instrucciones de uso*. Abramovich, Víctor; Añón, María José y Courtis Christian. Compiladores. México, D. F., Ediciones Coyoacán: 143-180 pp.

González, Jorge Iván (2001), Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del Informe de la Organización Mundial de la Salud- Año 2000. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, noviembre: 39-47 pp.

González, Jorge Iván (2004), Desigualdad y pobreza. En: *Reelección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo Colombia: 47-51 pp.

Gosepath, Stefan (2001), Consideraciones sobre las fundamentaciones de los derechos sociales. En: *Ciudadanía y derechos humanos sociales*. Editores: Manuel Alberto Alonso y Jorge Giraldo. Escuela Nacional Sindical, Medellín, Colombia, febrero: 15-57 pp.

Grupo de Economía de la Salud –GES- (2006), La salud en ciudades de Colombia. En: *Observatorio de la Seguridad Social*. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Antioquia. Año 5, N° 12, abril: 12 pp.

Grupo de Economía de la Salud –GES- (2007), Reforma a la seguridad social en Colombia 1993- 2007. En: *Observatorio de la Seguridad Social*. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Antioquia. Año 6, N° 15, abril: 16 pp.

Grupo de Economía de la Salud –GES- (2007b), *Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín 2004- 2005*. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Inédito. Medellín, Colombia: 16 pp.

Gutiérrez, José Fernando (2006), La Economía en Medellín. En: *Desde la Región*. Boletín N° 46. Corporación Región. Medellín, septiembre: 39-49 pp.

Hernández, Mario (1997), Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia. *Cartilla de Seguridad Social*, N° 2. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia: 60-76 pp.

Hernández, Mario (1999), El proceso socio-político de las reformas sanitarias en Colombia. En: *Cartilla de Seguridad Social*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia: N° 5: 21-43 pp.

Hernández, Mario (2000), El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización En: *La Salud está grave, una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Santafé de Bogotá, Colombia, mayo: 133-164 pp.

Hernández, Mario (2002), *Universalización por la vía de lo público para garantizar el derecho a la salud en Colombia*. Propuesta elaborada para el proyecto "Agenda para un nuevo país" Fundación Articular. Bogotá, Colombia, Inédito.

Hernández, Mario (2003), El debate sobre la ley 100 de 1993: Antes, durante y después. En: *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá: 463-479 pp.

Hernández, Mario; Ochoa, Doris; Novoa, Edgar (2001), Del capital social a la construcción de lo público. En *Trans Lo público y lo privado*. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá: 10-41 pp.

Holzmann, Robert; Jorgensen, Steen (2000) *Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*. Banco Mundial. Washington.

Hunt, Paul (2003), Informe preliminar del Relator Especial del Consejo Económico y Social del Sistema de Naciones Unidas sobre "el derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental", Febrero.

Jaramillo, Iván (2007), *Comentario al artículo Las Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003 de Gilberto Barón*. Documento enviado por correo electrónico: 7pp.

Kabeer, Naila (2007), Introducción: En busca de una ciudadanía incluyente: sus significados y expresiones en un mundo interconectado. En: *Ciudadanía incluyente: significados y expresiones*. Naila Kabeer –Editora- Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. octubre: 7-33 pp.

Krippendorff, Klaus (1990), *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Ediciones Paidós. Ibérica, Barcelona. España: 28-75 pp.

Laurell Asa Cristina (1999), Globalización y Reforma del Estado. Capítulo 1. En: *Saúde, equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas. I Encontro Latinoamericano*. Ana María Costa, Edgar Merchán-Hamann y Débora Tajer (compiladores). Asociación Brasileña de Salud Colectiva –ABRASCO- Asociación Latinoamericana de Medicina Social –ALAMES- y Universidad de Brasilia. Río de Janeiro: 35-59 pp.

Laurell, Asa Cristina (1997), *La Reforma contra la salud y la Seguridad Social*. Ediciones Era y Fundación Friedrich Ebert, México, D. F.: 13-19 pp.

Laurell, Asa Cristina y López, Oliva (1996), Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. En: *International Journal for health services*. Vol. 25, N 1: 3 pp.

Leininger, Madeleine (2003), Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morse, J. Editora (2003) *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia: 114-137 pp.

Londoño, Juan Luis; Frenk, Julio (1995), *Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America and the Caribbean*. World Bank, Washington, DC

Melucci, Alberto (1988), Introducción En: Cohen, J; Jenkins, J.C.; Melucci, A; Touraine, A. *Las Teorías de los Movimientos Sociales Cuadernos de Ciencias Sociales*. 17. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales –FLACSO- San José de Costa Rica: 97-109 pp.

Mills, Wright (2004) *La imaginación sociológica*. Fondo de Cultura Económica. México, DF.

Ministerio de Protección Social (2003), *La Seguridad Social en Colombia*. En: *Programa Nacional de Salud 2002- 2006*, Bogotá, Colombia: 13-23 pp.

Ministerio de Salud (1994), *La reforma a la seguridad social en salud*. Tomo I. Antecedentes y resultados, Bogotá, Colombia.

Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad –MDERPD- (2006), *Metodología de medición y magnitud de la pobreza en Colombia*, Bogotá: 48 pp.

Moore, Barrington (1996), *La injusticia: bases sociales de la obediencia y la rebelión*. Instituto de Investigaciones Sociales. Colección Pensamiento Social. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

Morse, Janice M. (2003), "Emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En: Morse, M. Janice (Editora) *Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Colección Contus. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia, junio: 29- 52 pp.

Muecke, Marjorie (2003), Sobre la evaluación de las etnografías. En: Morse, J. Editora. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Colección Contus. Facultad de Enfermería Editorial Universidad de Antioquia, Medellín: 218-243 pp.

Múnera, Leopoldo (2001), La tragedia de lo público. En: *Del capital social a la construcción de lo público*. En *Trans Lo público y lo privado*. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogota: 226-243 pp.

Naranjo, Gloria; Hurtado Deicy; Peralta, Jaime (2003), *Tras las huellas ciudadanas. Medellín: 1990-2000*. Instituto de Estudios Políticos. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, enero: 186 pp.

Navarro, Vicente (2001) Evaluación del Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Noviembre, año/Vol. 1, N° 001: 30-38 pp.

Nyamu-Musembi, Celestine (2007), Hacia una perspectiva de los derechos humanos orientada a los actores. En: *Ciudadanía incluyente: significados y expresiones*. Naila Kabeer –Editora- Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., Octubre: 37-56 pp.

Organización de Naciones Unidas (1966), *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

Organización de Naciones Unidas (2000), *Observación General N° 14*, por la cual se desarrolla el artículo 12 del PIDESC que establece compromisos estatales para “el disfrute universal del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Organización Panamericana de la Salud (1987), El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103 (6): 695-742 pp.

Orjuela, Luis Javier (2001), La debilidad del Estado colombiano en tiempos de neoliberalismo y el conflicto armado. En: *Colombia Internacional*. Revista del Centro de Estudios Internacionales de la Universidad de los Andes. N° 49-50. Tercer Mundo. Bogotá, Colombia: 103-116 pp.

Paredes, Natalia (2000) A cinco años de la reforma al sistema de salud colombiano ¿Qué ha pasado con el derecho a la salud? En: *La Salud está grave, una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, Colombia, mayo: 165-187 pp.

Paredes, Natalia (2003), *Derecho a la salud, su situación en Colombia*. Centro de Investigación y Educación Popular –CINEP- Bogotá, Colombia, enero: 134 pp.

Paredes, Natalia (2004), La salud pública: entierro definitivo. En: *Reelección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo Colombia: 109-118 pp.

Patton, Michael Quinn. (1990) Qualitative Interviewing. In: *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, CA: Sage. Chapter 7: pp. 277-368 pp.

Peñalosa, María Cristina (2005), *Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS*. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Estudios Económicos. Documento 284, Bogotá, Colombia: 57 pp.

Personería de Medellín (2006a), *Lo que el ciudadano debe conocer*. Cartilla pedagógica. 110 pp.

Personería de Medellín (2006b), *Información estadística sobre las tutelas en salud*. Inédito.

Pisarello, Gerardo (2003), El Estado social como Estado constitucional: mejores garantías, más democracia. En: *Derechos Sociales, instrucciones de uso*. Abramovich, Víctor; Añon, María José y Courtis Christian. Compiladores. Ediciones Coyoacán: México, D. F.:23-53 pp.

Plan Estratégico para Medellín y el Área Metropolitana (1997), *El futuro de la ciudad metropolitana al 2015*. Alcaldía de Medellín: 115 pp.

Plataforma Colombiana de Derechos Humanos democracia y Desarrollo (2003), *El embrujo autoritario. Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Ediciones Ántropos. Bogotá, Colombia, septiembre: 176 pp.

Plataforma Colombiana de Derechos Humanos democracia y Desarrollo (2004), *Reelección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Ediciones Ántropos. Bogotá, Colombia, septiembre: 306 pp.

Plataforma Colombiana de Derechos Humanos democracia y Desarrollo (2006), *Deshacer el embrujo Alternativas a las políticas del gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Ediciones Ántropos. Bogotá, Colombia, noviembre: 286 pp.

Profamilia (2005) *Encuesta Nacional de demografía y salud*. Bogotá Colombia

Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos –PROVEA- (2000), La Salud como Derecho. Marco Nacional e Internacional de protección al Derecho Humano a la Salud. En: *La Salud está grave, una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Bogotá. Colombia, mayo: 25 27 -132 pp.

Rajagopal, Balakrishnan (2005), *El Derecho Internacional desde abajo: el desarrollo, los movimientos sociales y la resistencia del tercer mundo*. Bogotá: Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos –ILSA- Colección En clave de sur, 366 pp.

Reeves Sanday, Peggy (2002), El paradigma etnográfico. En: Denman, C; Haro, J. A. Compiladores. *Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: El Colegio de Sonora. Universidad de Guadalajara: 207-226 pp.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia, 1991.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1757 de 1994, por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de Enero de 1990 por la cual se reforma y descentraliza el Sistema Nacional de Salud.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1122 de enero 9 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1176 de 2007 por la cual se reforma el Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales y se reforman los artículos 356 y 357 de la Constitución.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 152 de 1994 o Ley Orgánica de Planeación.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 472 de 1998 las Acciones populares.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 60 de 1993, por la cual se establece la distribución de competencias y recursos entre la nación y las entidades territoriales.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 de 2001, por la cual se crea el Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales y se reglamenta el Acto Legislativo 01 de 2001.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 850 de 2003, por la cual se establecen normas para la participación social y para las veedurías ciudadanas.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Leyes 11 y 12 de 1986 y Decreto 077 de 1987 por las cuales se definen competencias para las entidades territoriales.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud (1994), La reforma a la seguridad social en salud. Tomo I. Antecedentes y resultados, Bogotá, 149 pp.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Poder Público. Rama Legislativa Nacional. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.

Restrepo, Clara (2000), *Pobreza Urbana en Medellín, mediciones y percepciones*. Corporación, Región, Medellín, Colombia: 291 pp.

Restrepo, Jairo H; Echeverri, Esperanza; Vásquez, Johanna; Rodríguez, Sandra (2006), *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, julio, 194 pp.

Reyes, Germán (2007), *La ley 1122 de 2007*. Conferencia en la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, en febrero 23 de 2007.

Robledo, Jorge Enrique (2008), *¿Qué se esconde tras el afán de acabar con el ISS a toda costa?* Boletín de prensa del Senador Jorge Robledo, Bogotá, 18 de febrero, mensaje recibido por correo electrónico.

Robles, Leticia (2007), *La construcción de una etnografía: pasos metodológicos. Del amor al trabajo*. Trabajo presentado para optar el título de Doctora en Ciencias Sociales. Universidad de Guadalajara. En prensa: 99-133 pp.

Rodríguez, Oscar (2005), Avatares de la Reforma del Sistema de Seguridad Social, Ley 100 de 1993. En: *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá: 177-231 pp.

Rojas, Fernando (1991) Neoliberalismo: ¿Qué es? ¿Qué no es? En: *Revista Solidaridad* 24 Bogotá. 15-25 pp.

Rossi, Julieta (2003), Mecanismos internacionales de protección de los derechos económicos, sociales y culturales. En: *Derechos Sociales, instrucciones de uso*. Abramovich, Víctor; Añón, María José y Curtis Christian. Compiladores. México, D.F., Ediciones Coyoacán: 341-383 pp.

Rossi, Julieta (2004), Exigibilidad y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales En: *Derechos humanos y globalización alternativa: una perspectiva Iberoamericana*. Van Beuren Ingrid y Soto, B. Oscar Coordinadores. Universidad Iberoamericana, Puebla. México. Siena Editores: 61-100 pp.

Sánchez, Rolando (2004), La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En: Tarrés, M. L. Coordinadora. *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y El Colegio de México: 97-131 pp.

Sandoval, Martha Yaneth (2007), Lo que finalmente quedó de las transferencias. Corporación Viva la Ciudadanía. Bogotá, Colombia. www.viva.org.co Consultado en diciembre 3 de 2007.

Sarmiento, Libardo (1993), El paquete social del neoliberalismo. En: *Revista Foro*. 20. Fundación Foro Nacional por Colombia. Santafé de Bogotá: 4-19 pp.

Sarmiento, Libardo (1996), *Utopía y sociedad. Una propuesta para el próximo milenio*. Fundación Friedrich Ebert de Colombia. Bogotá, Colombia, mayo: 138 pp.

Sarmiento, Libardo (1999), *Exclusión, conflicto y desarrollo societal*. Ediciones Desde abajo. Colombia, noviembre: 186 pp.

Sarmiento, Libardo (2004), Malestar social y política pública. En: *Reelección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo Colombia: 89-97 pp.

Scott, James (2000) *Los dominados y el arte de la resistencia*, Ediciones Nueva Era México: 314 pp.

Secretaría de Salud de Medellín (2008) Información personal de la Sub-secretaria de aseguramiento por correo electrónico acerca del N° de EPS e IPS que operan en Medellín, febrero 25

Sepúlveda, Magdalena (2005), La necesidad de adoptar un Protocolo Facultativo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Un llamado a la acción. En: *Derechos económicos, sociales y culturales*. Programa de cooperación sobre derechos humanos México- Comisión Europea. Secretaría de Relaciones Exteriores, México, diciembre: 253- 277 pp.

Tarrés, Maria Luisa. Septiembre de 2004-febrero de 2005. Seminario Sociología de la Acción Colectiva y de los Movimientos Sociales. Centro de Estudios Sociológicos. Programa de Doctorado en Ciencia Social. El Colegio de México. México, D. F.

Taylor, S.; Bodgan, R. (1984), Capítulo II La observación participante. Preparación del trabajo de campo. Capítulo III La observación participante en el campo. En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* Barcelona, Paidós: 31-99 pp.

Tetelboin, Carolina (1998), Estado, políticas sociales y ciudadanía En: *Sociología y Política*. Revista de la Universidad Iberoamericana. México, D. F. Año V, N° 10: 39-59 pp.

Toro, Gilberto (2007), La propuesta para el crecimiento del Sistema General de Participaciones es insuficiente. En: www.actualidadcolombiana.org/boletin.shtml Índice de Boletín N° 442, noviembre 25 - diciembre 4. Consultado en enero 21 de 2008.

Torres, Mauricio; Paredes Natalia (2005), El caso colombiano: "El mercado no es para todos y todas" En: *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*. Mauricio Torres y Natalia Paredes -Editores-: 85-104 pp.

Uprimny, Rodrigo (2001), Constitución de 1991, Estado Social y Derechos Humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. En: Seminario: *Balance de los DESC a 10 años de la Constitución de 1991*. Medellín: inédito

Uribe, Alirio (2000), Presentación. En: *La Salud está grave, una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos humanos, Democracia y Desarrollo, Bogotá. Colombia, mayo: 7-24 pp.

Uribe, Alirio (2005) Aprendiendo los DESC. En: *Derechos económicos, sociales y culturales*. Programa de cooperación sobre derechos humanos México- Comisión Europea. Secretaría de Relaciones Exteriores, México, diciembre: 121-172 pp.

Uribe, María Teresa (2003), Presentación. En: *Tras las huellas ciudadanas. Medellín: 1990-2000*. Instituto de Estudios Políticos. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, enero: 15-21 pp.

Veeduría Ciudadana al Plan de Desarrollo de Medellín (2000), La Salud en el Plan de Desarrollo de Medellín 1998- 2000. En: *Balance General al Plan de Desarrollo de Medellín 1995- 1997*. Medellín, Colombia. En: <http://www.medellin.gov.co/alcaldia> Consultado en febrero de 2008.

Veeduría Ciudadana al Plan de Desarrollo de Medellín (2003) Componente salud. En: *Balance General al Plan de Desarrollo de Medellín 2001-2003*. Medellín, Colombia. En: <http://www.medellin.gov.co/alcaldia> Consultado en febrero de 2008.

Vega, Román (2002), Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, vol1 (2): 49-65 pp.

Wolcott, Harry F. (1985), Sobre la intención etnográfica. Traducido por M. Lourdes Soto Páez de la versión en inglés "On Ethnographic Intent" En: *Educational Administration Quarterly*. Vol 21, N° 3:187-203 pp. En la versión en español: 127-144 pp.

WORLD BANK (1993), Poverty and Income distribution in Latin America: The Story of the 1980s. Technical Department Latin America and the Caribbean Region Regional Office, Washington, DC: World Bank; 1993. Citado por: Almeida C. 2002. Op, cit: 909-910 pp.

FUENTES PRIMARIAS

Entrevistas a:

- Miembros de organizaciones de usuarios de salud de Medellín, entre septiembre y diciembre de 2005
- Representante de los gremios de trabajadores de la salud al Consejo Local de Seguridad Social en Salud de Medellín, en abril 21 y 28 de 2006.
- Representante de los usuarios al CTSSS de Medellín, en mayo 10 de 2006
- Profesor investigador del tema de la reforma a la salud en Colombia, de la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, en diciembre 19 de 2006
- Asesora del Ministerio de Protección Social y Consultora Independiente, en enero de 2007.
- Funcionaria de Metrosalud, en febrero 20 de 2007.
- Gerente de aseguramiento de una EPS, en febrero de 2007.
- Directora de Centro de Salud de Metrosalud, en febrero 20 de 2007.
- Médico especialista del seguro social y director de una agremiación sindical, en marzo 6 de 2007.
- Subsecretaria de Salud de Medellín, en marzo de 2007
- Funcionaria a cargo de un puesto de atención del SISBEN, ubicado en un Centro de salud de la ciudad, en febrero 15 de 2007

Grupos Focales:

Con usuarios y usuarias de los regímenes subsidiado y contributivo y con población vinculada de Medellín, en 2006

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A ORGANIZACIONES DE USUARIOS DE SALUD EN MEDELLÍN, COLOMBIA

1. Tipo de organización:

Asociaciones de usuarios de Instituciones Estatales Municipales (3 entrevistas)

Asociación de usuarios de Instituciones Estatales de Seguridad Social (2 entrevistas)

Mesas de trabajo en Salud (3 entrevistas)

Organizaciones de segundo orden:

Asociación de asociaciones de usuarios de servicios de salud (1 entrevista)

Veeduría en salud (1 entrevista)

2. Nombre de la organización: _____

3. Conformación

Fecha

Iniciativa de conformación (resuma brevemente por qué y a iniciativa de quién se conformó la organización)

4. Aspectos organizativos: describa

Conformación de estructuras

Periodicidad de las reuniones

Si tienen ó no personería jurídica u otro mecanismo de formalización legal de la organización.

Proceso de elección de junta directiva o de la instancia coordinadora

Identificación y relaciones con la base social representada

Otros que considere importante o que surjan en el transcurso de la entrevista

5. Actividades realizadas:

Describa las actividades que realiza la organización (pregunta abierta)

Indagar específicamente por el acompañamiento o asesoría a la población para poner tutelas o para tramitar solicitudes o exigencias ante las instituciones de salud.

Indagar por la participación de la organización y/o de la base social representada en movilizaciones, denuncias o debates públicos en salud.

Especificar fecha, tipo de actividad realizada y resultados

6. Logros de la organización (pregunta abierta)

7. Dificultades o limitaciones de la organización (pregunta abierta)

8. Propuestas (pregunta abierta)

9. Financiación.

Informante (s) Escribir los nombres, si hay consentimiento de el (los) o la (las) entrevistado-a (s) _____

ANEXO 2
GUÍA DE TRABAJO PARA LOS GRUPOS FOCALES: PARA LOS LÍDERES Y POBLADORES

INVESTIGACION “EL DERECHO A LA SALUD EN MEDELLÍN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS”

NOMBRE Y DATOS DE LA INVESTIGADORA PRINCIPAL

María Esperanza Echeverry López
Profesora Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia
Correo electrónico: esperanzaecheverry@yahoo.com.mx
Teléfonos: Oficina: 2106840-42. Celular: 312 73967 97

OBJETIVO

El objetivo de la investigación es comprender cómo ha sido vivido por los usuarios, el derecho a la salud en Medellín. Esta investigación es la Tesis de Doctorado en Salud Colectiva, que estoy realizando en México pero la investigación se lleva a cabo en Medellín

METODOLOGIA

Para cumplir con ese objetivo, una de las actividades es la realización de reuniones para escuchar las opiniones de los usuarios o de los líderes que conozcan su problemática

Se harían reuniones por separado. Tres en total.

1. Una con usuarios del régimen subsidiado (los que tienen Sisben)
2. Otra con los del régimen contributivo (los que tienen EPS)
3. Otra con vinculados (los que no tienen ningún seguro de salud)

En cada una, además de los usuarios pueden participar líderes que conozcan la situación de cada uno de estos tres grupos.

INFORMACION SOBRE LAS REUNIONES

¿Cómo son las reuniones con los usuarios?

-Son tres en total. Cada una en fechas diferentes y también con participantes diferentes.

-En cada reunión, se abordarán cinco temas relacionados con el derecho a la salud.

-----Cada un@ de l@s participantes dispone de tres minutos para comentar cada uno de los temas.

-Tod@s l@s asistentes, que son entre cinco y siete, participan en igualdad de condiciones.

¿Cuáles son los temas a tratar?

- Comente acerca de las necesidades en salud y de cómo las resuelven
- Qué hacen cuándo no pueden resolver una necesidad en salud
- Comente acerca de sus derechos en salud
- Cómo eran esos derechos antes de la ley 100 y cómo son ahora, después de la ley 100
- Qué propuestas haría frente a la situación de salud y frente al derecho a la salud

No se busca que haya acuerdo sobre alguno o varios de los temas a tratar.
Puede haber acuerdo o desacuerdo. Lo que interesa es que cada quien pueda expresar libremente su opinión

¿Qué se requiere para participar?

-Tener la disposición y el tiempo para participar voluntaria y gratuitamente.
-Ser usuari@ del régimen o grupo respectivo, haber tenido la experiencia de búsqueda y utilización de los servicios de salud o de participación en las discusiones comunitarias de salud o ser un líder de salud que esté en contacto con las necesidades y las experiencias de las personas de su comunidad.

¿Cuántas personas conforman cada grupo?

Entre cinco y siete

¿Cuánto dura cada reunión?

Está planeada para dos horas

¿Dónde y cuándo se realizarán las reuniones?

En el lugar y horario que acuerden quienes deciden participar en cada grupo, durante la última semana del mes de abril y durante los meses de mayo y junio.

La reunión puede realizarse en alguno de los lugares de encuentro comunitarios o en las instalaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública. En cualquier caso, debe ser en un lugar silencioso que permita la grabación de la conversación

¿Qué se pide y qué se entrega a la comunidad como producto de estas reuniones?

Se pide: autorización para grabar y para utilizar en el informe de investigación la información, producto de cada reunión.

-Compromiso y puntualidad en la asistencia de l@s participantes porque cada reunión con cada grupo solo se realizará una sola vez.

Se entrega: en el mes de julio, un informe de resultados por cada uno de los grupos: uno para el régimen subsidiado, otro para el contributivo y otro para los vinculados, el cual se presentará en un taller abierto a l@s participantes y a otras personas de la comunidad que quieran asistir.

¿Qué garantías o estímulos se ofrecen?

En el informe de la investigación se garantiza la confidencialidad y el anonimato, es decir no se revelarán los nombres de l@s participantes. Esta información sólo la conoce la investigadora, una persona de la comunidad que actúa como coordinador y los propios participantes. En ningún caso, en los informes escritos se utilizarán los nombres de las personas que participaron.

A los participantes se les ofrecerá en cada una de las tres reuniones 1. Un refrigerio preparado y comprado en alguno de los lugares de la zona de procedencia de l@s participantes 2. Si fuera posible, la contratación del transporte con personas y vehículos de la comunidad o de la zona. 3. Un subsidio de transporte de \$ 5.000 por persona 4. La participación de un líder de la zona como coordinador y organizador de todo el proceso de las reuniones y del taller de difusión de resultados

¿Quién selecciona l@s participantes y coordina las reuniones?

Un líder o una lidereza que conozca la zona, comuna o barrios de procedencia de l@s participantes y que haya tenido conocimiento, contacto o actividad con las necesidades y problemas de salud de la comunidad y con personas de cada uno de los regimenes de la ley 100: del subsidiado, del contributivo y con población vinculada.

Ese líder o lidereza tiene como funciones:

1. Seleccionar a l@s participantes y obtener su aceptación para participar en cada una de las reuniones y en el taller de difusión de resultados.
2. Conseguir e informar acerca del sitio de realización de las reuniones
3. Organizar todos los aspectos relacionados con la reunión: refrigerios, transporte, condiciones del sitio de reunión
4. Recordatorio y verificación de la asistencia a cada participante, el día previo a la reunión
5. Coordinar la reunión, estimulando la participación de todos en igualdad de condiciones
6. Servir de contacto entre la comunidad y la persona que dirige la investigación, informando acerca de todo el proceso preparatorio, de las expectativas y de las percepciones de l@s participantes antes y después de la realización de las reuniones y de otros aspectos que considere importantes
7. Aportar su conocimiento y experiencia para enriquecer la elaboración del informe de investigación

ANEXO 3

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LOS REGIMENES SUBSIDIADO, CONTRIBUTIVO Y VINCULADOS

Aceptamos participar en la investigación sobre *"El derecho a la salud en Medellín desde la perspectiva de los usuarios en el escenario de la reforma"* el cual será realizado por María Esperanza Echeverry López con la colaboración de Cecilia Giraldo y de algún líder de la comunidad que actúa como coordinador.

Entendemos que el estudio tiene como finalidad comprender cómo ha sido experimentado el derecho a la salud, dentro del desarrollo de la Ley 100/93 en nuestra condición de usuarios de los servicios de salud.

Entendemos que participaremos en entrevistas de carácter grupal, en las cuales se nos preguntará sobre las necesidades en salud y la forma de resolverlas, sobre las acciones emprendidas cuando no se pueden resolver esas necesidades, sobre nuestro derecho a la salud y la forma cómo ha cambiado con la ley 100. Conocemos que podemos hacer preguntas acerca de la utilización de la información, las consecuencias y cualquier otro asunto relacionado con este estudio.

Aceptamos que nuestra participación es voluntaria y gratuita, que nuestra decisión de participar en este estudio no está sujeta a presiones por parte del investigador, ni de otras organizaciones o instituciones. Nuestra permanencia voluntaria en la investigación, implica que podemos retirarnos en el momento que lo deseemos.

Conocemos que la información que suministremos y nuestra identidad serán confidenciales y que recibiremos información sobre los resultados obtenidos en la investigación. Entendemos que los gastos adicionales generados por nuestra participación en el estudio, serán cubiertos por el presupuesto de la investigación

Damos consentimiento de participación en esta investigación después de conocer los objetivos, propósitos y procedimientos que se seguirán y autorizamos la grabación de la sesión

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

FIRMA DEL TESTIGO
