

LA PRECARIZACIÓN DE LA VIDA EN EL SISTEMA DE SALUD DISTRITAL¹

LIFE INSTABILITY IN THE DISTRICT HEALTH SYSTEM

Arenas, V., Barbosa, C., Marulanda, C.² González, Y.³

Universidad Piloto de Colombia



© Stock.XCHNG

Palabras claves:

Crisis, salud, Ley 100, teoría fundada, precarización, derecho.

Keywords:

Crisis, health, Law 100, grounded theory, precariousness, rights.

Recibido: 10/02/2011

Aprobado: 15/06/2011

RESUMEN

Se pretende identificar los procesos de precarización de la vida, bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema distrital de salud, desde una postura crítica en psicología. Se hizo uso de la metodología cualitativa, basada en la teoría fundada (Glaser & Strauss, 1967, citados en Cuñat, R., 2007), a partir de una entrevista semiestructurada. Los sujetos de investigación fueron seleccionados de manera intencional, ya que estas personas tienen una condición particular: padecer de una enfermedad considerada dentro del sistema de salud de alto costo. Los resultados obtenidos permiten afirmar que el sistema distrital de salud y la acción u omisión de los responsables de éste llevan a que se precarice la vida de las personas en sus diferentes esferas: social, laboral, familiar, física y psicológica, debido a que la salud en Colombia se encuentra “restringida por las reformas realizadas por parte del estado al sector salud, y la globalización de la economía, donde éstas no han logrado conseguir responder a las demandas de la población al mejorar los servicios de salud y la calidad de vida” (Organización Panamericana de la salud, 2001). Así mismo, se esperaría que la salud fuera considerada un derecho y no un servicio como lo estipula la Constitución Política de Colombia de 1991.



**Universidad
Piloto de Colombia**
UN ESPACIO PARA LA EVOLUCIÓN

1. Proyecto de investigación llevado a cabo para el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia. Grupo de Investigación GOCE.
2. Participan como investigadores principales los estudiantes de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia: Arenas, V., Barbosa, C., Marulanda, C. González.
3. Directora del proyecto de investigación. Correo electrónico: yair-gonzalez@unipiloto.edu.co

ABSTRACT

The aim is to identify the instability processes of life under conditions or power mechanisms developed in the framework of care in the district health system, from a critical standpoint in psychology. The qualitative methodology was used based on the grounded theory (Glaser & Strauss, 1967) quoted in Cuñat, R. 2007, using a semi structured interview guide as a tool. The subjects were selected intentionally since these people have a particular condition; they suffer from diseases which are considered expensive. The obtained results support the conclusion that in the district health system, the act or omission of responsibility, leads to the instability in the lives of people, in the social, work, family, physical and psychological environment, due to the fact that the health system in Colombia is “restricted by the reforms undertaken by the state to the health sector, and the globalization of the economy thus failing to meet the demands of the population to improve health services and quality of life. “(Pan-American Health Organization 2001). Likewise health should be considered a right instead of a service as determined by the Political Constitution of Colombia of 1991, being this one of the greatest power mechanisms exercised by the state.

Introducción

Dado que el comportamiento del sujeto se expresa en diferentes planos, en donde expone su realidad subjetiva, pese a estar permeado por el comportamiento social, el marco de análisis debe ser integral, sin reduccionismos e individualidades (Fernández, Jiménez, González, Romero & Sloan, 1994).

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

En este sentido, se busca generar reflexiones desde la academia, que contribuyan de alguna manera a forjar un cambio en el sistema de salud colombiano.

Se espera generar un punto de partida para investigaciones futuras, desde la disciplina de la psicología, que permita seguir construyendo una perspectiva crítica de las ciencias humanas, porque el tema de la salud compete a todos, en especial a una parte significativa de los bogotanos que se encuentran vinculados a un sistema de salud en los diferentes regímenes.

La seguridad social de los sujetos corresponde a todo el sistema de protección de los derechos de toda la población, que el Estado está en obligación de instaurar y proteger, a fin de garantizar una mejor calidad de vida. Esta afirmación se sustenta en la concepción que tienen hoy algunos estudiosos del tema de la salud en Colombia, y que han aportado la idea de la salud como un derecho fundamental.

“Hemos avanzado en entender los procesos de salud-enfermedad como interacciones complejas de los individuos con su entorno. Tanto en la visión inicial como en las conceptualizaciones actuales subsiste la idea de la salud como un

derecho humano fundamental a cargo del Estado y, por tanto, como una condición *sine qua non* (sin la cual no) de las modernas ciudadanías” (Abadía *et al.*, 2008, p. 177). Lo cual reafirma que la salud es una condición innegociable en su carácter de derecho humano, y que además debe ser labor del Estado.

A partir del tratamiento de los datos obtenidos en las entrevistas semiestructuradas y mediante la puesta en práctica de la estrategia metodológica: la teoría fundada, los procesos de precarización de la vida y los mecanismos de poder tienen mucho que decir acerca del tema de salud, ya que el proceso de precarización de la vida entendida como acciones u omisiones de las entidades de salud generan un deterioro de la enfermedad, lo que sin duda afecta la calidad de vida de la persona, gracias a las condiciones estructurales del sistema.

Al respecto, Abadía & Goretty (2009) afirman que el sistema de salud del país debería ser considerado, en sí mismo, como una barrera de acceso estructural. Además, clasifican estas dificultades de acceso en cinco categorías: problemas administrativos con el sistema, basados en el aseguramiento (Pasba); barreras económicas (BE); deficiencias institucionales (DI); problemas de cobertura limitada de la póliza (PCLP) y falta de cubrimiento del servicio por el plan obligatorio de salud (POS) (p. 16).

Esto muestra las dificultades de acceso al sistema, que no permite a los usuarios tener una atención adecuada, como lo demuestran las historias de vida de los actores que ofrecieron sus relatos en esta investigación, lo que repercute en una calidad de vida deteriorada o precaria.

Es así como la precarización de la vida constituye un elemento de análisis de importancia en esta investigación, por lo tanto es entendida como el detrimento de la vida en relación con la enfermedad, a causa de acciones u omisiones en el proceso de atención en salud. El sistema de salud, apoyado en sus dispositivos de poder, está precarizando la calidad de vida de las personas mediante una serie de modelos que el mismo sistema o estructura del sistema se han propuesto para que sus fines de acumulación de capital no se vean afectados. Al respecto, Yepes & Sánchez, 2000, citados en Abadía, 2008 manifiestan que:

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

Londoño & Frenk (1997), citados por Abadía & Goretty (2009), definen este concepto como una estructura organizadora con funciones y normas explícitas para que interactúen la población y su capacidad de escogencia, un Estado regulador, una red de instituciones de seguridad social que financian y una amplia gama de proveedores de servicios.

Es por lo anterior que se busca indagar en las dinámicas de funcionamiento del sistema de salud sus ventajas y desventajas, desde una postura crítica frente a los objetivos específicos que pretenden identificar los dispositivos de poder involucrados en el proceso de precarización de la vida en el sistema distrital de salud. Además analizar la influencia que tiene el sistema distrital de salud en la precarización de la enfermedad de las personas que hacen uso del mismo, dada la no accesibilidad a la atención, como ejemplo se muestra el caso de los actores estudiados en este trabajo, quienes acuden a una organización (“Salud al derecho”) que los asesora legalmente para que puedan hacer sus reclamos relacionados con la falta de medicamentos apropiados para el tratamiento de sus enfermedades, pocos recursos médicos de tipo humano, escasez de citas con especialistas y aparatos que permitan mantener su salud en condiciones dignas, como sillas antiescaras, pañales, suplementos nutricionales, procedimientos quirúrgicos, entre muchos otros que requerían los actores de esta investigación antes de interponer la acción legal que obligó a sus EPS a cambiar las condiciones de atención.



© Stock.XCHNG - Carlos Páez

Tipo de estudio

Dentro de la presente investigación se hizo uso de la metodología cualitativa, basada en la teoría fundada, que pretende explicar un fenómeno e interpretarlo. La teoría emerge de los datos (Glaser & Strauss, 1967, citado en Cuñat, R., 2007), pero no cumple con unos parámetros probabilísticos sino que permite establecer una relación con el fenómeno estudiado, apoyada en una estrategia de recolección de información como la entrevista semiestructurada, la cual es el sustrato de la metodología, que tiene como ventaja el uso uniforme de una guía de entrevista que aumenta la capacidad de comparación de los datos (Flick, U., 2007).

Teoría fundada

Es una metodología que tiene como objetivo la identificación de procesos sociales básicos (PSBs) como punto central de la teoría. A través de esta metodología, se pueden descubrir aquellos aspectos que son relevantes en una determinada área de estudio (Strauss & Corbin, 1990).

En esta investigación fue importante trabajar desde esta teoría, “ya que es útil para investigaciones en campos que conciernen a temas relacionados con la conducta humana dentro de diferentes organizaciones, grupos y otras configuraciones sociales; lo que le permite a esta teoría construir conceptos, hipótesis y proposiciones, a partir de los datos y no de los supuestos *a priori* de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes (Cuñat, R., 2007).

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

Esta herramienta permite generar conocimientos de manera inductiva a partir de datos cualitativos y, por consiguiente, si se hace en los términos adecuados permite establecer una relación con la realidad del fenómeno estudiado (Cuñat, R., 2007). Se consideró pertinente emplear esta metodología en la presente investigación, ya que contempla la perspectiva de caso más que de variable, en la que existe similitud en los casos con muchas variables, pero a su vez encuentra distintas respuestas que luego son comparadas para establecer la clave de las diferencias; de igual manera, analiza los casos en los que las respuestas son las mismas para interpretar las características que

tienen en común; además, utiliza el método comparativo constante, que le permite al investigador codificar y analizar datos de manera simultánea para generar conceptos, al comparar constantemente “los incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica las propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente” (Cuñat, R., 2007).

Desde esta propuesta metodológica, el objetivo es el descubrimiento de una teoría explicativa comprensiva acerca de un fenómeno en particular (Cuñat, 2007, pp. 2-3). Las técnicas y procedimientos analíticos utilizados en la teoría fundada permiten a los investigadores generar una teoría sustantiva, la cual es significativa y compatible con el fenómeno observado, además de ser generalizable, reproducible y rigurosa.

Participantes

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

El primer participante para efectos de esta investigación se denominará actor 1, de sexo masculino, casado, padre de cuatro hijos, cuyo sustento proviene de su actividad como trabajador informal durante los fines de semana en un lugar de la ciudad de Bogotá denominado “mercado de las pulgas”.

El actor 2 de la investigación representa a sus dos hijos, dado que por sus patologías no pueden dar cuenta de sus procesos con el sistema. Es una mujer de 39 años, desempleada, con tres hijos: el mayor de 19 años y sus dos hijos menores, un niño de 13, que padece síndrome convulsivo y una niña de 15 años con parálisis cerebral. Sus hijos se encuentran en el sistema de seguridad social de salud en calidad de beneficiarios de su padre, en el régimen contributivo, quien es la única persona del núcleo familiar que está vinculado a una empresa. Vive en unión libre con el padre de 42 años, quien trabaja en una fábrica al sur de la ciudad y es el proveedor económico de la familia. Sus hijos menores han padecido la enfermedad desde su nacimiento, tienen poca movilidad en sus extremidades superiores e inferiores; no controlan esfínteres; requieren siempre el cuidado de la madre para su alimentación, aseo y protección;



deben estar la mayor parte de su tiempo acostados en una cama sin especificaciones terapéuticas y/o en sillas rusticas que no cumplen las condiciones técnicas de acuerdo con su condición.

Finalmente, el actor 3 es un señor de 70 años, casado hace ya más de 20 años y padre de tres hijos, actualmente se encuentra incapacitado por las múltiples enfermedades que se le han desarrollado a causa de la diabetes: perdió la visión de un ojo y padece de la próstata y los riñones; por el grado de incapacidad de este actor, es uno de sus hijos quien se hace cargo de los trámites jurídicos para que se le preste la atención requerida.

tado por las múltiples enfermedades que se le han desarrollado a causa de la diabetes: perdió la visión de un ojo y padece de la próstata y los riñones; por el grado de incapacidad de este actor, es uno de sus hijos quien se hace cargo de los trámites jurídicos para que se le preste la atención requerida.

Instrumentos

Estrategias de recolección

Se utilizó como herramienta metodológica la entrevista semiestructurada, la cual se compone de preguntas que permiten recolectar información relevante para cada una de las categorías que se definirán a continuación:

- Judicial: consiste en indagar acerca de las acciones y el proceso legal que se llevó a cabo luego de interponer diversas demandas jurídicas por parte de los tres actores entrevistados. Está compuesta de cuatro preguntas.

- La precarización de la vida: es el detrimento de la calidad de vida en relación con la enfermedad a causa de acciones u omisiones en el proceso de atención en salud. Esta se compone de tres preguntas.

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

En el encuadre de la entrevista, además aparecen cinco preguntas introductorias.

Procedimiento

Fases de la investigación

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

- Fase 2. Se hizo un acercamiento con la entidad privada sin ánimo de lucro “Salud al Derecho”, con el fin de definir los sujetos de estudio y hacer una contextualización en el campo directamente sobre el tema que convoca el presente trabajo. Se contactaron a las personas que estarían involucradas en el estudio, se les plantearon a estas los fines y objetivos de la tesis y las razones por las cuales se interesaba investigar sobre el tema. Luego se le pidió su opinión sobre su disponibilidad a trabajar

en el proyecto investigativo y construir una nueva propuesta frente a esa temática, a lo cual accedieron.

- Fase 3. Se conformaron los corpus teórico y metodológico del trabajo de investigación, se plantearon las estrategias metodológicas, bosquejadas con anterioridad en el presente apartado, se aplicaron las entrevistas semiestructuradas, con el fin de indagar sobre las narrativas de las personas vinculadas al sistema de salud en la ciudad de Bogotá. Luego se hizo una revisión de la literatura que pudiese ser útil para los planteamientos de la investigación y su temática principal.

- Fase 4. Se reunió toda la información, fruto de la aplicación de las estrategias metodológicas mencionadas con anterioridad; se llevó a cabo la discusión de este material a la luz de la perspectiva crítica emergente y las concepciones de los dispositivos de poder y precarización de la enfermedad, con el fin de llegar a unas conclusiones sobre el tema y los planteamientos del estudio.





Se inicia con el interés acerca de la relación entre algunos aspectos teóricos y la situación actual del sistema de salud en la ciudad de Bogotá. Luego se establecieron una serie de acercamientos a las posibles fuentes de información, después de identificados los actores de la investigación, quienes manifestaron sus opiniones por medio de relatos logrados a través de la entrevista semiestructurada diseñada por los autores del presente trabajo. Luego se fueron identificando y depurando los conceptos por medio de la codificación abierta en las transcripciones de las entrevistas, lo que permitió establecer categorías por medio de los códigos sustantivos y los códigos emergentes de los datos.

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

En este orden de ideas, la teoría fundada permite recolectar los datos y analizarlos al mismo

tiempo; así, desde las primeras entrevistas se pueden generar códigos, lo que da la posibilidad de buscar información importante para investigar con base en ella y determinar el camino que tomarán las entrevistas posteriores. Se generó un gran número de cuestionamientos más que de certezas, y existía cada vez más dudas frente a cómo sucedía el fenómeno y los procesos sociales al interior de éste.

Lo anterior permitió que el trabajo se fuera dirigiendo a los temas centrales de la teoría emergente, lo cual llevó a establecer prioridades; a medida que los conceptos surgían, se estructuraron las categorías de análisis, tanto que se decidió eliminar algunas de ellas, relacionadas con conceptos que no aportaban mucho a la coherencia de la teoría, también esto llevó a la reformulación de preguntas para encontrar el insumo necesario para responder a los cuestionamientos que surgían.

A medida que los incidentes dentro de las categorías y subcategorías se iban haciendo recurrentes y repetitivos, estas se saturaban, lo que permitió enfocar a los investigadores en otros aspectos en los que todavía no se había ahondado. Todo ello hasta lograr que los conceptos permitan la consolidación de las categorías descriptivas, lo que permite establecer una serie de relaciones entre categorías que explican mejor la teoría. Con respecto a esto, Cuñat (2007) dice que “los códigos sustantivos surgen directamente a partir de los datos empíricos originales del campo de

estudio; mientras que los códigos teóricos se generan a partir de la clasificación, ordenación, e integración de los memos en la teoría”. Los memos son opiniones de los investigadores que permiten analizar los datos, con relación a la forma que los mismos toman en el desarrollo del proceso.

Por su parte, existen códigos *in vivo*, referentes al lenguaje utilizado directamente por los actores de la investigación, lo cuales son relevantes porque quienes los mencionan le dan un significado explícito, lo que genera un valor en su interpretación que permitió la construcción de las ya mencionadas categorías centrales y un nivel más alto de codificación “A través del proceso de codificación y abstracción de los datos nos sumimos en un orden más alto o categorías centrales que el investigador tiene que justificar como la base de la teoría emergente. Tiene un significado teórico y deben estar respaldadas por los datos” (Cuñat, 2007, p.7).

Posteriormente se hizo una codificación axial de las categorías y subcategorías, lo que significa un proceso de relacionamientos entre los códigos representados en las unidades de análisis (categorías), en las que se estableció más que una mirada de clase de relaciones, se hizo énfasis en las relaciones causales; por ejemplo, el código A causa al código B, el código A contradice al código B. En este proceso se dio una codificación selectiva, lo cual implica seleccionar una categoría para que

sea la principal y relacionarla con todas las demás que juegan un papel secundario, pero no menos relevante.

Al final se pueden encontrar dos tipos de teoría emergente, la teoría sustantiva y la teoría formal:

“La teoría sustantiva da cuenta de las realidades humanas singulares, ya que se alimenta directamente de los datos procedentes de la investigación en curso, de una manera dinámica y abierta. Esta teoría un nexo estratégico en la formulación y generación de la teoría formal fundamentada” (Cuñat, 2007, p.8).

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

Matriz axial condicionada

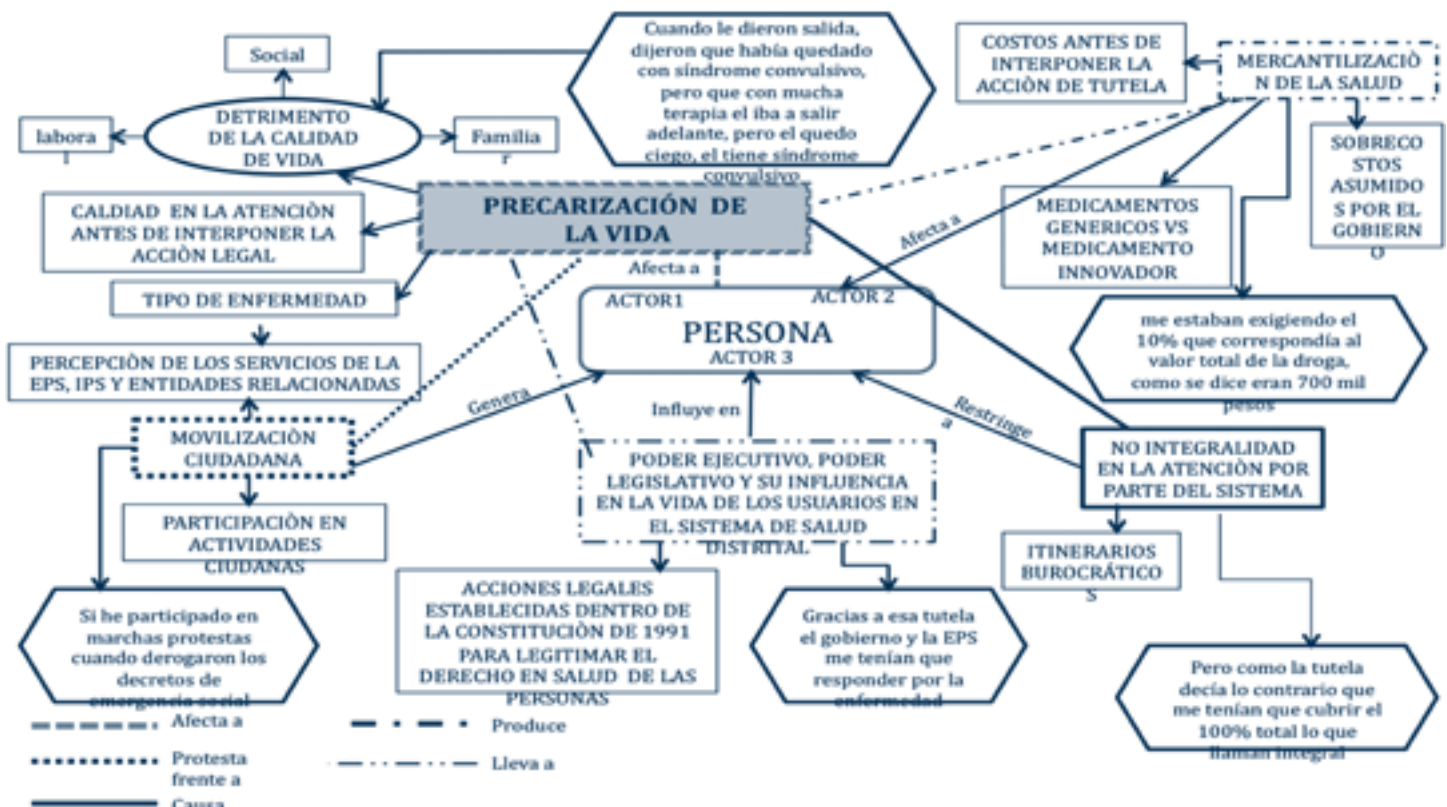


Figura 1: Matriz axial condicionada

Fuente: Los autores de esta Tesis

Teoría fundada

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

Siguiendo el mandato constitucional de 1991 que no otorgo a la salud el estatus de derecho humano fundamental, sino que lo definió como un servicio público, la ley 100 de 1993 cambió la manera como la atención en salud era concebida y practicada en Colombia al establecer el final del antiguo Sistema Nacional de Salud y el inicio del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual está basado en el aseguramiento” (Abadía & Goretty, 2009).

Lo que se evidencia en el artículo 49 del título II del capítulo II: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Constitución Política de Colombia, 1991). Lo que contextualiza el inicio de esta etapa en la que cambió el Sistema de Salud en Colombia, porque como lo menciona Hernández (2002), históricamente en el país se han dado una serie de cambios en el aspecto legislativo en lo referente a la seguridad social en salud, lo que acarreo una serie de consecuencias para quienes estaban en el sistema de la época y los nuevos usuarios del mismo hasta la fecha, como restricción en la atención en salud por parte ahora de aseguradoras privadas que ofrecen paquetes de atención de acuerdo con el monto de la póliza de seguro que compra la persona que se debe vincular de manera obligatoria a la seguridad social en salud.

Esto hace parte de la relación de dos categorías emergentes durante el proceso de análisis comparativo constante de los discursos de quienes participaron en esta investigación. *Por una parte, se encuentra la categoría emergente Poder ejecutivo, poder legislativo y su influencia en la vida de los usuarios en el sistema de salud distrital (1)*, entendida como el ejercicio del poder de los entes legislativos y ejecutivos del Estado, en pro de intereses económicos de terceros que no pertenecen al Estado, ejercicio que termina precarizando la vida de las personas, dada su acción en contra de las garantías del derecho a la salud, situación que se evidencia en varios estudios y documentos legales de carácter constitucional, como los de Abadía

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

Dentro de la categoría del poder ejecutivo, poder legislativo y su influencia en la vida de las personas en el sistema distrital de salud (1), surge la subcategoría que explica de manera específica el fenómeno, denominada *Acciones legales establecidas dentro de la constitución de 1991 para legitimar el derecho a la salud de la personas dentro del sistema (1.2)*, la cual le permite a los usuarios mostrar su descontento frente a la negación de procedimientos, medicamentos y aparatos que le permitirían tener una calidad de vida digna, dado que en algunos casos les ha permitido el reconocimiento de su derecho a la salud, por lo menos parcialmente, al ofrecer beneficios que no están contemplados en la póliza de aseguramiento, lo que crea un sesgo entre las personas que interponen recursos jurídicos y las que no, como es el caso de la asignación de un medicamento costoso:

Actor 3:

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

Esto lo reafirma el actor 1:

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

De esta manera, la estructura legislativa de la seguridad social en salud ocasiona un encapsulamiento en el que se atrapa a las personas que hacen uso de ésta, porque por una parte restringe los beneficios que le conceden y, por otra, le da





© Stock.XCHNG-Jascha Hoste

la posibilidad de sentirse bien porque le brindan un poco de bienestar, lo que se convierte en una forma de control de sus cuerpos (Butler, 2006, p. 81), de sus pensamientos y de su bienestar psicológico.

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

Dentro de esta categoría surge la subcategoría *Itinerarios burocráticos* (2.1), a partir de la relación con el concepto teórico del trabajo de César Abadía y Diana Goretty Oviedo en 2009, titulado de la misma forma. Esta categoría se entiende como una serie de barreras que no permiten el acceso a diferentes formas de atención, como valoración médica dentro la cita con el médico/a, citas con especialistas, controles o cambios de la institución prestadora del servicio, pruebas de laboratorio, medicamentos, cirugías, aparatos y equipos (Abadía & Goretty, 2009). En esta medida, se interpreta luego del análisis comparativo constante de los discursos de las personas que participaron en la investigación, que el poder legislativo y el poder ejecutivo influyen en la vida de las personas en el sentido de que estructuran todo un sistema no integral por medio de la Ley 100 de 1993 y las reformas correspondientes, además de la ley 60 del mismo año, ya que ambas generan una sistema administrado por empresas privadas, con planes de aseguramientos que restringen el

acceso en el plan obligatorio de salud (POS) del régimen contributivo y más aún en el régimen subsidiado, ya que esto permite establecer una relación desigual entre la estructura del sistema y la persona que está en el mismo.

Esto lo evidencia los discursos de las personas en la investigación; al respecto, el actor 1 menciona que:

“Una de las encargadas de Salud Total me propuso que renunciara a la tutela, y que me seguían dando el medicamento, pero eso es negocio y estrategias de ellos para no brindar el servicio”.

Esto evidencia la intención de las aseguradoras de manipular a las personas siempre a su favor, esto mediado por la instrucción a sus funcionarios de ejecutar estas acciones. Con respecto a esto, el actor 3 refiere en cuanto a la no integralidad en la atención por parte del sistema que:

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

Así se da a conocer que no se ofrecen los servicios que son importantes para que la calidad de vida de las personas sea óptima, lo cual es muy recurrente en el sistema actual. Abadía & Goretty (2009) indican que de enero de 2006 a diciembre de 2007, de las 458 personas que presentaron acciones legales en contra de las EPS en Salud al derecho, a 45% de estas personas se les negó el tratamiento requerido y dentro de ese, 21,4% incluyó la negación de medicamentos. Es decir, la no integralidad en la atención por parte del sistema genera una restricción en cuanto al acceso a muchas condiciones que comprenden una calidad de vida digna, esta y la categoría *Poder legislativo, poder ejecutivo y su influencia en la vida de las personas del sistema de salud distrital* se relaciona por contraposición con la categoría de análisis *Movilización ciudadana* (3), que emerge debido al malestar por parte de grupos sociales en Colombia con motivo de la crisis estructural del sistema y la calidad deficiente de la atención del mismo, que afecta sus vidas en varias esferas. Esta categoría se refiere a movimientos sociales que surgen en la coyuntura de la crisis del sistema, movilizaciones que pretenden generar espacios reflexivos y críticos con respecto al funcionamiento actual del sistema con el ánimo de lograr que se consigan cambios al interior de la seguridad social en salud y la legitimación y reconocimiento de la salud como un derecho.

Como complementos de esta categoría de análisis surgen dos subcategorías denominadas

Participación en actividades ciudadanas y Percepción de la atención de las entidades prestadoras de salud e instituciones relacionadas, las cuales tienen mucho que ver con el tema de la movilización. En primera medida, se quiere rescatar el hecho que los actores se hayan vinculado a “Salud al derecho”, debido a la necesidad de legitimar sus derechos en salud. Parte de ese proceso consiste en la capacitación en cuanto al funcionamiento del sistema, lo que genera una percepción totalmente diferente frente al mismo, ya que ellos se convierten en los gestores de su propio cambio y de la modificación del sistema. Un ejemplo de ello se evidencia en el discurso del actor 1:

“Sí he participado en marchas y protestas cuando derogaron los decretos de emergencia social, entonces hubo unas marchas de protesta e inclusive de los mismos médicos, esos decretos perjudicaban a los mismos médicos, nosotros decidimos asistir a esas marchas para pedir que derogaran los decretos que habían salido y sí, esas marchas fueron efectivas, se hicieron por la carretera 7ª, convocadas por “Salud al derecho”.

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

De este modo, a partir de los análisis, fruto de la metodología fundada y el insumo discursivo resultado de la investigación, se encontró que una categoría transversal a todas las anteriores es la de *Mercantilización de la salud* (4), que emerge a raíz del cambio del sistema de seguridad social en salud en Colombia, el cual viene con la puesta en vigencia de la Ley 100 de 1993, a partir de la cual el sector de la salud se mercantiliza, porque las multinacionales y organizaciones emergentes locales en el sector empiezan a tener una mayor participación del mercado colombiano, lo que ocasiona deficiencias en la atención en el sistema, que dan como resultado la crisis actual.

La subcategoría emergente *Sobrecostos antes de interponer la tutela* permite entender mejor esta unidad de análisis, la cual explica los montos económicos que deben asumir las personas, a precios de particulares, para acceder a muchas

de las formas de atención de sus enfermedades, como citas con especialistas, médicos generales, aparatos necesarios para sus patologías, procedimientos quirúrgicos, entre otros. Esta subunidad de análisis se relaciona con la deficiente calidad en la atención y la vulneración del derecho a la salud y a la vida y con la subcategoría emergente *Medicamentos genéricos vs medicamento innovador*, la cual representa la diferencia en la eficacia en el tratamiento de la enfermedad en cuanto al medicamento producido originalmente por la firma farmacéutica que es dueña de su patente y el medicamento genérico que vende la mayor parte de los laboratorios.

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

Con base en algunos aspectos relacionados con la calidad de los medicamentos genéricos, se puede decir que: “la calidad del medicamento se refiere a todos los requisitos de fabricación que deben cumplirse para que el medicamento logre el efecto esperado, con el menor daño posible sobre quien lo consume. Los requisitos de calidad sobre los medicamentos se logran mediante el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura (BPM)” (Universidad Nacional de Colombia, 2010). Por lo tanto, queda duda si la ley colombiana define algunos medicamentos como más eficaces que otros, pues otros países del mundo, incluso de Latinoamérica, como México y Brasil, tienen listados de medicamentos que se diferencian de los genéricos, con lo que las personas tienen la oportunidad de conocer lo que están comprando.

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

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

Y reafirma su idea con una aseveración de su médico:

“y a mí me hicieron el traslado del hospital al Instituto de Cancerología entonces y el médico me dijo: no esto no sirve para nada, qué peligro”.

En este sentido, la categoría Mercantilización de la salud genera no integralidad en la atención por parte del sistema, lo que tiene como consecuencia la medicación de fármacos no eficaces para el tratamiento de la enfermedad, es decir, el tipo de medicamento es una muestra de la inequidad presentada en el sistema. Además, la subcategoría *Sobrecostos asumidos por el gobierno* representa las cantidades de dinero importantes que gira el Estado por intermedio del Fosyga a las aseguradoras privadas; estos dineros representan una alianza evidente entre el sector privado y el legislativo, por medio de la promulgación de los artículos de la Ley 100 que obligan a antes del Estado a asumir los sobrecostos del sistema de salud, dado que no hay un plan de atención integral y económico.

Al respecto, el relato de Pedro, a quien se le llamará de esta manera para proteger su identidad, es muy elocuente, porque él es un funcionario de una EPS en la ciudad de Bogotá. Él asevera que:

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

Además menciona que:

“Realmente las EPS hoy en día ven es cifras, porque es esto es un negocio, las EPS no son fundación sin ánimo de lucro, entonces al no ser fundación, sino una entidad con ánimo de lucro, pues obviamente los usuarios ya detectados que tienen este tipo de enfermedad les dicen: váyase y lo atiende tal entidad, o lo que comúnmente sucede, que llega el señor que siempre viene por su medicamento, y digamos el señor tiene cáncer, y le dicen: mire, qué pena don Jorge, es que se cayó el sistema; pero esto es un manejo”.

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

Esto demuestra que la acción conjunta de las categorías *Mercantilización de la salud*, *No integralidad en la atención por parte del sistema* y las subcategorías *Medicamento genérico vs medicamento innovador*, *Sobrecostos asumidos por el gobierno* y *Costos antes de interponer la tutela*, de acuerdo con las relaciones establecidas anteriormente, terminan precarizando la vida de cientos de los usuarios del sistema de salud en el distrito (Abadía & Goretty 2009, pp. 7-8). Ahí emerge la categoría de análisis *Precarización de la vida*, la cual implica un deterioro de la salud física y mental del usuario y su núcleo familiar a causa de acciones u omisiones de las entidades prestadoras del servicio de salud (EPS), lo que genera un deterioro en la calidad de vida, gracias a las condiciones estructurales del sistema. Así que “el sistema de salud del país debería ser considerado en sí mismo como una barrera de acceso estructural” (Abadía & Goretty, 2009, p. 16).

Una forma de entender mejor la interacción de esta categoría con las otras mencionadas es por medio de las subcategorías emergentes de ésta. En primera instancia, la precarización a causa del sistema de salud en las personas sucede en cuatro frentes que representan la categoría *Precarización de la vida familiar*, entendida como el deterioro de la relaciones familiares a causa de la carga física y psicológica que implica el cuidado, el traslado, la lucha por los derechos de las personas enfermas y el tiempo que deben emplear sus familiares para ello, lo que conduce a los miembros de la familia a convertirse en cuidadores permanentes, lo que hace que, por ejemplo, en el caso de los esposos, no puedan compartir su vida familiar a causa de la inexistencia de sillas especiales para los niños, ya que el sistema se las ha negado de manera reiterada, sin considerar que podrían disfrutar de su vida en familia, sin tantas restricciones.

Al respecto, el actor 2 afirma que:

“...como mi esposo trabaja, casi no salimos, no la pasamos acá encerrados, cuando eran pequeños sí podíamos salir, pero entre más grande, uhm... que la silla, que ya ni un taxi lo recoge a uno, ni con una silla siquiera, entonces brega [sic] uno mucho, hasta ni religión, ya uno no halla en quién creer, por ejemplo, ayer y hoy he estado como con depresión”.

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



Luego emerge otra subcategoría muy importante, *Detrimento de la calidad de vida laboral*, representada en la pérdida de empleo a causa de la enfermedad, las constantes visitas a la EPS para que brinde la atención necesaria, el múltiple papeleo, las diligencias que implican tiempo y, por supuesto, condiciones que no permiten trabajar, debido al agravamiento de la enfermedad, llevan a que los actores pierdan sus empleos y no puedan ser personas productivas, lo que afecta en gran medida la esfera psicológica. Las personas en esta situación pierden la esperanza de vida, como lo evidencia los relatos de los actores 2 y 3:

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

Finalmente, emerge la última subcategoría relacionada con la categoría de análisis de precarización de la vida, llamada *Calidad en la atención antes de interponer la acción legal*, que representa las formas de atención deficiente por parte de las IPS y las EPS, la falta de recursos físicos y humanos, las barreras de acceso, la falta de medicamentos vitales, el no acceso a citas con especialistas, la carencia de aparatos especializados. Esto se evidencia en el relato del actor 2:

“Esa hipoglicemia fue lo que lo dejó en coma y duro como una semana ahí entubado, un mes hospitalizado”.

Lo cual ratifican los actores 2 y 3:

“...mala, porque yo llevaba a mis hijos, y los vea un médico general y me les daba acetaminofén, loratadina o terapia era lo único”. “Nos ponían peros para atendernos, que tenía que pedir cita con el urólogo, que una cosa que la otra”.

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

Discusión

La presente investigación fue motivada por el interés que se tiene por conocer cuáles son los procesos de precarización de la vida bajo las condiciones o dispositivos de poder desarrollados en el marco de la atención en el sistema de salud distrital. El objetivo principal es profundizar en las discrepancias presentadas en el contexto social colombiano en la ciudad de Bogotá, respecto a la situación actual del derecho a la salud y la implicación que tiene en la vida de las personas. El propósito que tiene el investigador desde el marco del paradigma crítico, a través de la aproximación a los sujetos objeto de estudio, pertenecientes a la asociación “Salud al derecho”, es comprender la forma como esos individuos perciben que su calidad de vida en términos de salud se ha visto afectada por la crisis que enfrenta el sistema de salud actual, debido a todas las reformas que se le han venido realizando al mismo.

La salud en Colombia ha ido adquiriendo mayor interés en los distintos escenarios sociales que hacen parte de ésta, puesto que existe un

trasfondo histórico-cultural con la aprobación de la Ley 100 de 1993. Esta idea es reafirmada por la Cepal (1997), cuando afirma que:

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

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

En lo que respecta a la salud, González & Moggollón (2000) aseveran que:

“La mayor parte de los países se enfrentaron a la necesidad de transformar sistemas sumamente ineficientes, formados en el período de la posguerra, que venían operando bajo los mismos principios desde hace más de 50 años. De ahí que haya



surgido un consenso en cuanto a la necesidad de reformarlos”.

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

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

De igual manera, se pueden mencionar las dificultades presentadas por parte del sistema en cuanto a la prestación en sus servicios, esta situación se hace evidente en los relatos de los actores que participaron en el trabajo, los cuales tiene que pasar por situaciones difíciles para ser atendidos, como lo expresa el actor 3:

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

Es a este tipo de situaciones a las que las personas vinculadas al sistema de salud se exponen a diario, cuando recurren a utilizar los servicios ofrecidos por éste, allí perciben que el Estado tiene la intención de imponer “trabas” para negar el servicio.

Así, se puede percibir que la calidad de vida de esta persona está en detrimento, ya que como lo afirmó el actor 2, a sus hijos el sistema les

negaba los servicios que requerían para mejorar sus condiciones de vida. La OMS define la calidad como un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del paciente y un impacto final en la salud” (2001). Infortunadamente, esto no es evidente en el sistema de salud colombiano, ya que como lo mencionan Amaro & Basallo (2004):

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

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



© Stock.XCHNG-ramzi hashisho



**Universidad
Piloto de Colombia**
UN ESPACIO PARA LA EVOLUCIÓN

Conclusiones y sugerencias

Se evidencian las fallas que el sistema de salud distrital tiene con respecto a la atención que se les brinda a los usuarios pertenecientes a los regímenes de salud: EPS e IPS. Estas fallas afectan de manera significativa la vida de las personas que requieren los servicios en salud; esta situación lleva a la precarización de la vida de los individuos, ya que la enfermedad no solo se agudiza al avanzar el tiempo, sino que repercute de forma negativa en las áreas laboral, social y familiar de las personas; como sucede con el actor 2, quien la mayor parte de su tiempo lo dedica al cuidado de sus hijos debido a la enfermedad que estos padecen, evento que afecta su área laboral al no tener el tiempo indispensable para trabajar.

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

Como se mencionó, la salud se ha establecido como un servicio, no obstante, al ser definido de esta manera, se ha vuelto un producto que se encuentra clasificado en el régimen de salud contributivo, subsidiado o vinculado; esto es una demostración de los mecanismos de exclusión utilizados por parte del Estado, a los que solo pueden acceder al mismo las personas que pagan para adquirir los servicios, ya sea con la cuota moderadora o mediante un porcentaje económico de los servicios requeridos. Pero el esfuerzo económico es mayor cuando se tienen enfermedades que se han denominado de alto costo, en las que los medicamentos y servicios son cada vez más costosos y las personas no tienen los medios suficientes para adquirirlos.

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

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

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



Referencias bibliográficas

- Abadía, C. & Goretty, D. (2009). *Itinerarios burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada*. Bogotá: Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia.
- Abadía, C.; Cortés, G.; Fino, E.; García, C.; Goretty, D.; Pinilla, M.; Valdés, E. (2008). *Perspectivas intersituadas sobre el capitalismo en la salud: desde Colombia y sobre Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: el poder de duelo y la violencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cepal/GTZ. (1997). *El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia*. Santiago de Chile, Chile [en línea]. Santiago de Chile, Chile: CEPAL/GTZ. Recuperado 6 abril de 2011, de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/4239/lcl1037e.pdf>
- Constitución Política de Colombia (1991). *Leyes de Colombia*. [en línea]. Recuperado el 3 de marzo de 2011, de http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/09/ind_1.pdf.
- Cuñat, R. (2007). *Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio de proceso de creación de empresas*. (En línea). Palma de Mallorca, España: Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM, Vol. 2, 2007 (comunicaciones) pp-44. Recuperado el 10 de marzo de 2010, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>.
- Díaz, L. (2004, 5 de junio). *Estudio de antecedentes. Acceso a medicamentos esenciales y de alto costo*. Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, Congreso de la República de Colombia, Programa de Fortalecimiento Legislativo, Oficina de Asistencia Técnica Legislativa. [En línea]. Recuperado el 30 de abril de 2011, de http://www.medinformatica.com/OBSERVAMED/Propiedad_intelectual/AccesoMedEsencialesYaltocosto.pdf
- Esteban A. & Amaro J., Basallo A. (2004, mayo). *La privatización de la salud en Colombia (Una reflexión para todos)*. [En línea], No. 64. Recuperado el 11 de abril 2011, de http://www.medicinageneral.org/revista_64/pdf/311_315.pdf
- Fernández, P., Jiménez, B., González F., Romero, O. & Sloan T. S. (1994). *Construcción y crítica de la psicología social*. Barcelona, España: Anthropos.
- Fernández, J. Pereira, J., Torres, A. (1995, Septiembre- Octubre). *Una agenda a debate: el informe del Banco Mundial "Invertir en Salud"*. [En línea]. Vol. 69. Recuperado el 23 de abril de 2011, de http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_5_385.pdf
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- González, A. & Mogollón, O. (2000, noviembre). *La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad*. [En línea], No. 16. Recuperado el 2 de febrero de 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/gv/v16n1/v16n1a04>.
- Hernández, M. (2002, agosto). *Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia*. [En línea]. Medellín, Colombia: Cadernos de Saúde Pública. Recuperado 3 agosto de 2010, de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400007&lng=es&nrm=iso.
- Ley 100 de 1993 (1993, 23 de diciembre). *Leyes de Colombia Congreso de Colombia*. (En línea). Recuperado el 21 de diciembre de 2010, de <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
- Londoño J. & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. [En línea]. Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de trabajo 253. Recuperado el 5 de marzo de 2011, de http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/pluralismo_estructurado.pdf

Sentencia No. T-760 de (2008, 31 de julio). *Leyes de Colombia*. [En línea]. Recuperado el 30 de abril de 2011, de http://www.escri-net.org/usr_doc/SentenciaSALUDT-760-2008.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2001). Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería. OPS. Recuperado el 6 de abril de 2011, de <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf>

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia (2010, 24 de agosto). *Centro de Información de Medicamentos*. (En línea). Bogotá, Colombia, Recuperado el 24 de agosto de 2010, de <http://www.unal.edu.co/cimun/genericos.htm>

Vacca, C., Fitzgerald, J., Bermúdez, J. (2006). *Definición de medicamento genérico, ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas*. [En línea]. No. 5. Recuperado el 16 de abril de 2011, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n5/04.pdf>