

**LA PARTICIPACION CIUDADANA COMO MECANISMO PARA LA
EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD**

Un estudio de caso en el municipio de san Luis- Antioquia

RAFAEL ANTONIO MOLINA PIÑERES

CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO-

CINDE

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

BOGOTÁ, D.C.

2010

**LA PARTICIPACION CIUDADANA COMO MECANISMO PARA LA
EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD**

Un estudio de caso en el municipio de san Luis- Antioquia

RAFAEL ANTONIO MOLINA PIÑERES

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al

Título de Magíster en Desarrollo Educativo y Social

Director

ELKIN DARIO AGUDELO COLORADO.

Licenciado en Ciencias Sociales.

Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario

CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO-

CINDE

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

BOGOTÁ, D.C.

2010

Tipo de Documento: Tesis de Grado

Acceso al Documento: Universidad Pedagógica Nacional – Centro Internacional de Desarrollo – CINDE

Título del documento: LA PARTICIPACION CIUDADANA COMO MECANISMO PARA LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD

Autor: Rafael Antonio Molina Piñeres

Publicación: Bogotá, 2010,

Unidad Patrocinante: Universidad Pedagógica Nacional

Palabras clave: Ciudadanía, participación, movilización, exigibilidad, derecho, salud

Descripción: Este trabajo pretende comprender los procesos de participación, movilización, la exigibilidad del derecho y la construcción de ciudadanía dentro del sector salud en la población del municipio de San Luis, Antioquia.

Fuentes: Interés del autor por explorar la participación ciudadana en salud, la línea de investigación en desarrollo comunitario y las experiencias de las y los actores institucionales y comunitarios del sector salud en San Luis, Antioquia.

Contenidos: El objetivo general de este trabajo es comprender el proceso de participación ciudadana en el sector salud y de qué manera esta se constituye en factor que posibilita la exigibilidad del derecho por parte de las comunidades.

Como objetivos específicos se encuentran los siguientes:

- Evidenciar si una comunidad específica reconoce la salud como espacio de participación, su forma de funcionamiento, las herramientas que la ley brinda y cuáles utilizan como mecanismos de acceso a la salud.
- Interpretar como ellos dimensionan y aprovechan los espacios de participación democrática en el área de la salud.
- Analizar las distintas formas organizativas que emplean para la exigibilidad del derecho a la salud a partir de mecanismos institucionales e informales

- Reconocer como las actividades de educación en salud y formación ciudadana contribuyen a la defensa y exigibilidad del derecho a la salud.

Hacen parte del marco teórico temáticas referentes a la participación ciudadana y su relación con el derecho a la salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y su funcionamiento en Colombia.

Metodología. Con un enfoque cualitativo, se plantea el estudio de caso, para la recolección de información se utilizó la entrevista semi-estructurada en 6 personas (2 educadores en salud, 2 profesionales del área administrativa y 2 actores comunitarios), trianguladas con 3 sesiones de grupo focal (actores institucionales, actores comunitarios y educadores en salud), incluye además el registro de observaciones en los espacios de encuentro de las mismas.

Luego la información se clasificó en 3 categorías de donde surgieron varias subcategorías y códigos analíticos que fueron plasmados en una matriz de análisis. Posteriormente se dispuso la información en forma de redes de sentido para facilitar su análisis, el resultado se plasmó en tres capítulos que dan cuenta de la participación ciudadana en el sector salud: sus nociones, antecedentes, estímulos y propuestas; del proceso de movilización por parte de los actores que confluyen en el sector y la forma como las instituciones y las comunidades interpretan el derecho a la salud.

Conclusiones: la participación ciudadana en el sector salud no está constituida como estrategia de exigibilidad del derecho, éste es un proceso demasiado débil donde la población no visualiza al sector salud como un espacio adecuado para participar, hay desinterés para realizar una construcción democrática al interior del sector. El sistema de salud de Colombia tiene grandes defectos, uno de ellos es el papel que juega la intermediación que ejerce el sector privado donde el enfoque empresarial de producción en algunos espacios del sector permite que el dominio financiero que es ejercido en su totalidad por las empresas despoje a los pacientes de sus derechos, los servicios de atención en condiciones de enfermedad solo se entienden como instrumentación del organismo y no hay un ejercicio dialógico, o sea no se “presta atención”. Además consideran que la educación en salud debe tener un fuerte enfoque sobre la promoción, fortalecimiento y estímulo a la participación ciudadana crítica y constructiva en el sector salud, así como en el uso de los mecanismos y espacios de participación para la exigibilidad del derecho.

Bogotá, Julio de 2010

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa su profundo agradecimiento:

En primera medida, a todos y todas los y las actores del sector salud quienes con su colaboración y participación, a partir de compartir su experiencia y trabajo, hicieron posible profundizar en estas reflexiones.

A Elkin Darío Agudelo Colorado, director de la línea de investigación en Desarrollo social y comunitario de CINDE, y director de esta investigación, por su orientación, su actitud amable y fraterna y su disposición permanente.

A los compañeros y compañeras de CINDE-UPN 19, especialmente los y las integrantes de la Línea de Investigación en Desarrollo Social y Comunitario; por sus aportes y discusiones permanentes que enriquecieron este trabajo.

A directivas, docentes, personal administrativo y de apoyo de CINDE por brindarnos las herramientas metodológicas, conceptuales y logísticas que posibilitaron avanzar de manera integral por el camino de la investigación social.

Contenido

INTRODUCCION

| | |
|--|----|
| 1. Antecedentes y definición del problema | 9 |
| 2. Objetivos | 12 |
| 2.1 Objetivo General | 12 |
| 2.2 Objetivos específicos | 12 |
| 3. Marco referencial | 13 |
| 3.1 Derecho a la salud | 13 |
| 3.2 La participación social y la salud | 15 |
| 3.2.1 La participación ciudadana | 16 |
| 3.2.2 La salud un espacio de participación | 18 |
| 3.3 Movilización social en salud | 21 |
| 3.4 Caracterización de la población | 22 |
| 4. Diseño metodológico | |
| 4.1 Enfoque del proyecto | 23 |
| 4.2 Técnicas e instrumentos de recolección de información | 24 |
| 4.2.1 La observación participante | 25 |
| 4.2.2 La entrevista | 25 |
| 4.2.3 El grupo focal | 25 |
| 4.3 Plan de análisis de información | 26 |
| 4.3.1 Primer momento: Organización y/o agrupación de datos | 26 |
| 4.3.2 Segundo momento: Interpretación de datos | 26 |
| 4.3.3 Tercer momento: Transformación de datos en teoría | 26 |
| 4.3.4 Estrategia de divulgación de resultados | 26 |
| 5. Resultados | |
| 5.1 La participación ciudadana en el sector salud | 27 |
| 5.1.1 Antecedentes de participación ciudadana en el sector salud | 28 |
| 5.1.2 Aproximación a las nociones sobre participación que tienen los actores gubernamentales y comunitarios en el sector salud | 30 |
| 5.1.2.1 Conceptos sobre participación | 30 |
| 5.1.2.2 Espacios de participación ciudadana en el sector salud | 37 |
| 5.1.2.3 Herramientas de participación | 40 |
| 5.1.3 Estímulos para la participación ciudadana en salud | 42 |
| 5.1.3.1 Estímulos favorables para la participación | 42 |
| 5.1.3.2 Estímulos desfavorables a la participación | 43 |
| 5.1.4 Propuestas para mejorar y estimular la acción participativa por parte de la comunidad | 50 |
| 5.1.4.1 Desde una posición crítico-propositiva | 50 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 5.1.4.2 | Desde recomendaciones | 52 |
| 5.2 | La movilización en el sector salud | 54 |
| 5.2.1 | Nociones sobre movilización referidas por los actores que confluyen en el sector salud | 55 |
| 5.2.2 | Experiencias de movilización registradas por los actores del sector salud | 62 |
| 5.2.2.1 | Crisis en los procesos de movilización ciudadana en el sector salud | 62 |
| 5.2.2.2 | Responsabilidad en la movilización | 64 |
| 5.2.3 | Factores que impiden la movilización ciudadana en el sector salud | 65 |
| 5.2.4 | Propuestas que giran en torno a la movilización social en salud | 69 |
| 5.3 | El derecho a la salud | 70 |
| 5.3.1 | Nociones sobre la garantía del derecho en salud que han adquirido los diferentes actores | 71 |
| 5.3.1.1 | Conceptos forjados a partir de su interacción con el sistema de salud | 71 |
| 5.3.1.2 | Percepciones | 75 |
| 5.3.2 | Estructura en las formas de exigibilidad del derecho en salud | 79 |
| 5.3.2.1 | Mecanismos | 79 |
| 5.3.2.2 | Instrumentos | 83 |
| 5.3.3 | Estrategias institucionales para la garantía del derecho en salud | 85 |
| 5.3.4 | Factores que afectan el ejercicio y garantía del derecho en salud | 87 |
| 5.3.4.1 | Dificultades para su ejercicio | 88 |
| 5.3.4.2 | Barreras de acceso | 90 |
| 5.3.4.3 | Fallas del sistema | 94 |
| 5.3.4.4 | Fallas de las personas | 95 |
| 5.3.4.5 | Fallas del servicio | 97 |
| 5.3.5 | Propuestas frente a la garantía del derecho en salud | 99 |
| 6. | Reflexiones finales y Conclusiones | 102 |
| | Lista de referencias | 106 |
| | Anexos | 111 |

ANEXOS

Anexo 1. (PREGUNTAS) Entrevistas Semiestructuradas

Anexo 2. Preguntas Sesiones Grupos Focales

Anexo 3. Formato para Registro de Observaciones

Anexo 4. Matriz de Análisis

Anexo 5. Redes de Sentido

Anexo 5.1. Red de Sentido: Participación Ciudadana en el sector Salud

Anexo 5.2. Red de Sentido: La Movilización en el Sector Salud

Anexo 5.3. Red de Sentido: El Derecho a la Salud

1. ANTECEDENTES Y DEFINICION DEL PROBLEMA

Para dar un contexto al tema que nos convoca es necesario mencionar que:

“Durante los años 60 el país entro en la ruta de la planificación para el desarrollo socioeconómico desde el Estado, en el marco de los pactos internacionales establecidos en la Alianza para el Progreso. La salud seria asumida como una inversión pública y el sistema de salud debería estar articulado desde el Estado, bien a través del aseguramiento universal o de un servicio único de salud administrado y prestado directa o principalmente por el Estado.

(Álvarez, 2001, p. 7-8)

Como resultado de tales procesos globales “en Colombia, a lo largo de la década de los noventa, los diferentes gobiernos nacionales aplicaron cambios sustanciales en las políticas económicas y sociales. Uno de los cambios más fuertes y representativos de estas “nuevas políticas” se llevo a cavo en el sector salud que fue reformado en 1993”. (Álvarez, 2001, p. 7-8)

La reconfiguración del concepto de seguridad social (emanado de los DESC), más amplio e integral que el de sistema de salud y seguro social, ubico de un solo golpe a cotizantes, técnicos, profesionales e instituciones de todos los niveles y categorías en un nuevo escenario en el cual la concepción de derechos y deberes es diferente y- aunque este sistema gira en torno a la solidaridad- todo se ve como calculado y casi inhumano (Toro, 2001 p.19-20).

No cabe duda de que, “Toda esta concepción, que pudiera verse humanista, no lo es. Dista de serlo pues todo lo mide, todo lo programa, todo lo costea y todo lo evalúa en función de rendimientos y rentabilidad. A todo esto fue sometido ya el ser humano” (Toro 2001 p. 20)”.

Esto da pie a que los centros de intervención en salud como clínicas, hospitales públicos y centros de salud sean transformados en verdaderas empresas (Empresas Sociales del Estado, Empresas Promotoras de Salud, Artículo 196 Ley 100 de 1993), que interactúan con empresas intermediarias (EPS) que representan los intereses del sector privado en esta área, generando un interesante hecho conflictivo: Por un lado el respeto al derecho a la propiedad privada, por el otro la manipulación de un derecho que es de interés colectivo, lo cual ocasiona *una crisis de comprensión de la salud emanada del nuevo sistema.*

Para entender mejor lo anteriormente expuesto se debe tener en cuenta la forma de funcionamiento del actual sistema en Colombia; en él la distribución del poder económico no obedece a lo que la ley y la constitución política del país promulga en cuanto a equidad, igualdad y oportunidad según su capacidad de pago (Ley 100: Artículo 153) ; los regímenes de atención en salud cuentan con unas empresas intermediarias que reciben directamente el dinero destinado al servicio de salud (Ley 100 de 1993) y deja los usuarios en una posición de desventaja en cuanto a poder adquisitivo se refiere, en la dinámica del mercado.

Parte de esto se puede evidenciar en el caso específico del municipio de San Luis donde, según información suministrada por la Dirección Local de Salud, para quienes pertenecen al régimen (subsidiado), el rubro concerniente al subsidio para el 2008 asciende a 13.000 pesos mensuales de los cuales la Empresa Prestadora de Servicios (EPS-s) toma alrededor del 50% para gastos de funcionamiento y garantía de atención en otros niveles de complejidad, esto deja en un primer nivel (básico) de atención con 6.500 pesos (50%) para atención a los usuarios de la comunidad (Dirección Local de Salud San Luis 2008).

Bajo esta perspectiva se puede hacer una claridad importante a la luz de los anteriores aportes teóricos:

“Constatar que este sector se encuentra inmerso en un mundo cada vez más interdependiente, y que en él aparecen las teorías económicas con el predicado de que su propósito es la riqueza para el mejor estar del ser humano y que por tanto sus fines son esencialmente éticos, ha conducido a que, sin mayor análisis se vea la salud como un bien negociable. En este contexto, las novedades legislativas dieron respuesta positiva a las corrientes económicas que, habiendo hecho tránsito en otros países, llegaron al nuestro y modificaron sustancialmente el enfoque que se daba al financiamiento y a la prestación de los servicios de salud” (Toro, 2001, p. 19).

En un intento por subsanar ese problema, se trata de movilizar la población para la vinculación de la comunidad en la prestación de los servicios, entonces esa *participación ciudadana* encuentra sustento en el concepto de que no puede confundirse un bien público con un negocio, porque “el carácter público de las actuaciones de las instituciones burocráticas del estado estaría dado en cuanto sirvan adecuadamente a las expectativas de toda la sociedad, para lo cual se requiere que esas instituciones estén bajo el control democrático del público” (Blanco & Maya, 2005, p. 111).

La movilización se pueden tomar como “un tipo de acción colectiva que intencionalmente busca modificar los sistemas sociales establecidos o defender algún interés material, para lo cual se organizan y cooperan con el propósito de desplegar acciones públicas en función de esas metas o reivindicaciones” (Zibechi, 2008, p. 47). En síntesis es un comportamiento de los sujetos fundamentado en tensiones sociales que dispara el accionar colectivo con capacidades de hacer y pensar frente a maquinarias de dominación.

Para entender mejor este punto, es importante resaltar que. “La movilización social tiene dos grandes componentes, la participación social (que a su vez incluye la participación ciudadana y la comunitaria) y la comunicación social (Manual Técnico Administrativo del PAI [MTAP], p. 289).

Sin embargo, la falta de claridad conceptual hace que la participación ciudadana sea direccionada hacia la participación comunitaria a la que hacen alusión algunos programas de salud, los cuales tienen que ver, en su mayoría, con intervenciones en hábitos y prácticas sanitarias y de resolución de fenómenos mórbidos donde “El protagonismo y centralidad de la comunidad (como objeto y sujeto de atención) es indiscutible, siendo concebida la participación comunitaria tanto como un medio (para mejorar el estado de salud), como un fin (lograr una comunidad autogestiva en salud y una cobertura total de los servicios de salud)(Aguilar, 1996, p. 46)

Frente al ejercicio de la ciudadanía es necesario afirmar que es:

“Una actitud de vida proactiva que busca mejorar las condiciones de vida propia y de la colectividad. Esta postura significa algo más que votar y luchar por sus derechos, es también asumir sus responsabilidades y deberes. En ese sentido, un ciudadano es una persona consciente de ser parte de un todo y de que el beneficio al colectivo siempre repercute en el individuo, que tiene el compromiso de contribuir a la mejoría de la sociedad.” (Milani, 2005, p. 13)

Es así que la salud se constituye en espacio de interacción para la configuración y consolidación de los sujetos ciudadanos a partir de la exigibilidad del derecho y se muestra como un asunto interesante para problematizar. Además se entiende que la participación y la movilización sociales, son elementos esenciales en el trabajo de formación, enriquecimiento y transformación de los ciudadanos y su realidad, ya que permiten reconocer los límites de los sujetos civiles y políticos.

Se hace entonces pertinente preguntarnos: ¿La comunidad entiende la salud como un espacio propicio para la configuración de ciudadanía?, ¿Esta realmente interesada la población en reconocer la salud como un espacio donde se puede participar desde una posición política?, ¿Si no lo está cual sería la causa?, ¿Son esos espacios de participación los únicos elementos visibles en el esfuerzo de formación ciudadana en salud?, en conclusión: ***¿De qué manera la participación ciudadana se constituye en estrategia para la exigibilidad del derecho a la salud por parte de las comunidades?***

El derecho a la salud, la participación y la movilización, se presentan como categorías de análisis pertinentes para dilucidar como se configura en los sujetos el rol de ciudadanos en el sector salud; además este trinomio debe abordarse en su interacción para tratar de comprender como esta correlación entre ellos pueden aportar nuevas categorías que permitan dar mayor estructura a un constructo conceptual explicativo del tema que nos convoca en este texto.

1. OBJETIVOS

El entramado de situaciones que rodean de manera insinuante y problemática la transformación del mecanismo de garantía de este derecho –de la asistencia estatal paternalista a la lógica mercantil de los servicios públicos- invitan a conocer a fondo este tejido; para esto se plantea realizar un análisis sobre esta pregunta, lo cual nos brindara una visión panorámica de un suceso que afecta directa y profundamente la vida misma, su forma de expresión y el terreno de lo cotidiano donde se desenvuelve. Se constituye por tanto, en un imperativo ético y el objetivo de este trabajo de investigación.

2.1 Objetivo general

El objetivo principal de este trabajo es comprender el proceso de participación ciudadana en el sector salud y de qué manera esta se constituye en factor que posibilita la exigibilidad del derecho por parte de las comunidades.

2.2 Objetivos específicos

Evidenciar si una comunidad especifica reconoce la salud como espacio de participación, su forma de funcionamiento, las herramientas que la ley brinda y cuáles son las que ellos utilizan como mecanismos de acceso a la salud.

Interpretar como ellos dimensionan y aprovechan los espacios de participación democrática en el área de la salud.

Analizar las distintas formas organizativas que emplean para la exigibilidad del derecho a la salud a partir de mecanismos institucionales e informales.

Reconocer como las actividades de educación en salud y formación ciudadana contribuyen a la defensa y exigibilidad del derecho a la salud.

2. MARCO REFERENCIAL

3.1 DERECHO A LA SALUD

Los DESC aparecen como instrumento para conjurar la profunda crisis económica social y política que empujó al mundo a la segunda guerra mundial, retomando formas de pensamiento principalmente europeo y estadounidense entre las que aparece la seguridad social que entraña la salud como uno de sus componentes principales.

Al día de hoy, la Constitución Política de Colombia habla sobre la salud enmarcada dentro de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC), además entrega un contexto de ley, que es pertinente evidenciar. En su capítulo 2, la carta magna habla sobre uno de los componentes de los DESC y define en su Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son “*servicios públicos*” a cargo del estado.

Se deben notar varias cosas, la primera es que la seguridad social con todo lo que incluye (educación, salud, entre otros) es entendida como un servicio público de carácter obligatorio (concepto que no se debe tomar a la ligera porque la coloca dentro de los bienes de consumo para toda la población), lo siguiente es que se debe prestar bajo la dirección del estado, no por el estado “Artículo 48 La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, y en tercer lugar, es que todos los habitantes tienen derecho irrenunciable a ese servicio “Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”. Complementando lo anterior, el artículo 78 de la constitución política dice en el segundo párrafo “Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios” Aquí se hace totalmente evidente la ubicación de la salud en el marco de la sociedad de consumo y de la lógica mercantil como un servicio de producción y de consumo, una pregunta surge en este sentido ¿Alguien puede producir salud –cuando esta es entendida como completo bienestar- para que otros la consuman?.

Además se hace evidente la fuerte tensión que hay entre el alcance de la ley 100 de una parte mientras que por la otra se encuentra la jurisprudencia que tiene la corte constitucional producto del doble carácter de derecho prestacional y contractual y como derecho fundamental al estar directamente relacionado con la vida, en este sentido el país tiene una estructura jurídica que garantiza el derecho a la salud pero a su vez la configuración del actual sistema de salud choca de manera muy fuerte con esta situación al permitir la participación del sector privado de la manera como lo hace actualmente.

No es difícil descubrir que “La salud solo quedo enunciada como un servicio público no como un derecho, mientras varios avances de la nueva constitución comenzaron a verse como problemas” (Hernández, 2000, p. 124).

La ley 100 de 1993, en su preámbulo dice: “El sistema de Seguridad Social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional”. Aquí se menciona más claramente que hay instituciones, normas y procedimientos para atender las contingencias que menoscaban la salud de la comunidad, en este caso esas contingencias se denominan enfermedad y pueden comprometer la vida misma, por lo cual aquello que se denomina salud debe ser considerado más que un servicio público para el consumo.

En el Art 154 inciso b) se menciona claramente que uno de los fines de la intervención estatal en el SGSSS es “Asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia” con respecto a este se puede decir que el enfoque sistémico y de servicios es el adoptado por el estado colombiano para lograr la garantía del derecho a la salud que tiene la población y de esta manera contribuir a los procesos de desarrollo local.

Igualmente importante es mencionar que según la corte constitucional, “El derecho a la salud ha sido definido por esta Corporación como la facultad de *“mantener la normalidad orgánica y funcional tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecer[la] cuando se presente una perturbación”*¹ (Resalta la Sala). De este modo, el derecho a la salud implica no sólo la garantía de recuperación cuando se está ante el peligro de muerte o por el padecimiento de una dolencia o enfermedad, sino que también implica la ejecución de acciones

¹ Ver entre otras sentencia de tutela T-597-03, T-1218-04, T-361-07.

tendientes al mantenimiento de la salud, esto es, la promoción de acciones que permitan menguar las contingencias de las afecciones en salud² (artículo 49 C.P.).

Además, “Comprende, entre otros, "el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad." El derecho a la salud debe ser respetado por las entidades responsables de asegurar y prestar servicios de salud (IPS y EPS). Además, los órganos de regulación y vigilancia del Sistema tienen el deber de adoptar las medidas para proteger el derecho a la salud.”

Entonces se puede decir que una de las formas de ejercer ese derecho a la vez es haciendo aportes para su consolidación en la realidad que cada uno – ciudadano y ciudadana- construyen en el día a día, ese aporte realizado por cada uno y cada una ayudan a fortalecer la relación ciudadan@-Estado, también se debe decir que ese aporte se hace a partir de la acción participativa que ejerce cada uno, además las instituciones estatales están obligadas a proteger la salud, mayor mente si están vinculadas al sector.

Se toma este concepto como uno de los elementos principales para analizar en este trabajo investigativo ya que el derecho a la salud que tiene la población ha sido constante mente vulnerado por las instituciones y empresas que tienen algún tipo de accionar en esta área, además como noción presenta grandes problemas al momento de ser comprendido ya que cada uno de los actores que convergen en el sector salud argumenta sobre su posición según el concepto que le confiere.

3.2 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA SALUD

Una de las cosas que se deben entender es que “La organización y participación de la comunidad es necesaria para el desarrollo social en su conjunto, a través de proyectos de desarrollo regional y debe responder a un esquema de participación global incluido explícitamente en las políticas de desarrollo de cada país (Blanco & Maya, 2005, p. 86). Esto se complementa de la siguiente manera “El fortalecimiento del capital social que representan las organizaciones sociales y comunitarias es fundamental para avanzar en la construcción de la democracia participativa y la dinamización de los procesos de desarrollo integral local.” (Restrepo, Garzón, Cuervo, Duque, Palacios, Marín, Duque, Acevedo, Posada & Arriaga, 2005, p. 9).

Habría que decir también que “Participación es poder. No es poder individual sino poder colectivo. Es el poder de un grupo social de influenciar su futuro, su suerte, se define entonces como un poder creciente de un grupo social

² T-136-04, T-926-09.

que hasta el momento tenía poco poder” (Muller 1991, p. 25). Además, la participación es contrapuesta por este autor a la marginalidad “En efecto, la marginalidad de grupos sociales en la sociedad se caracteriza precisamente por la falta de poder en cuanto al cambio de su suerte. En este sentido participación es un proceso social, contrario a la marginalización (Muller 1991, p. 25).”

La participación social en el sector salud es definida entonces como: “El proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos en la búsqueda del bienestar humano y el desarrollo social. Esta participación comprende la participación ciudadana y la comunitaria ([MTAP], 2009, p. 289)”.

La ley 10 de 1990, hace diferencia entre ambas. En el artículo 3 de esa ley aparece consagrado lo siguiente:

b) Participación Ciudadana: Es deber de todos los ciudadanos, propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria, y contribuir a la planeación y gestión de los respectivos servicios de salud.

c) Participación Comunitaria: La comunidad tiene derecho a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en esta ley y sus reglamentos.

Por su lado el texto “Diagnostico local de salud con participación social” hace referencia a la necesidad de diferenciar la acción participativa que se da en el ámbito de lo privado frente a la realizada en el ámbito de lo público, en este sentido manifiesta que “En la esfera privada encontramos la participación social y la comunitaria” y en la esfera pública “se desglosa en participación ciudadana y política (2003, p. 133)”

3.2.1 La participación ciudadana.

Esta manera de ver el asunto “destaca la participación ciudadana como elemento fundamental para la construcción de formas modernas de estado que estén basadas en la democracia participativa como superación de la forma restrictiva de democracia representativa” (Blanco & Maya, 2005, p. 111)

Velásquez y González mencionan que “La participación ciudadana es sin duda un dispositivo democrático que mejora la eficiencia y eficacia de la gestión

pública municipal, le abre camino a la transparencia, facilita el dialogo entre administraciones y ciudadanos y, en esa perspectiva, favorece un cambio de visión a funcionarios, líderes y pobladores sobre su papel en el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad.” (2003, p. 14)

En Colombia, la participación ciudadana es considerada dentro de la constitución política de 1991 como una acción para lograr el compromiso de los ciudadanos con la sociedad, de manera tal que aquellos puedan vincularse de forma responsable a la administración pública, más concretamente, en el capítulo de los derechos habla sobre los espacios que la participación tiene a nivel individual o colectivo, los cuales les permiten a los ciudadanos acceder a los asuntos públicos (manual de inducción para Directores Locales de Salud [MIDLS], p. 154)

Ese ejercicio de participación ciudadana se debe dar en todos los ámbitos de la vida social, como ya se menciono anteriormente, esa participación es expresión de empoderamiento, de ejercicio democrático, esa participación enriquece a los ciudadanos y es un inmenso aporte a lo que se conoce como desarrollo comunitario, en este orden de ideas, el sector salud puede beneficiarse con esa forma de riqueza ciudadana cuando se constituye como un espacio que permite la acción participativa, no solo desde los espacios institucionales sino tambien y por sobre todo de esas expresiones participativas que nacen en el seno de las comunidades producto de iniciativas autogestionadas.

García Canclini en su texto Consumidores y Ciudadanos menciona uno de los grandes problemas que enfrenta actualmente la participación ciudadana y advierte que “Uno de los hechos centrales de los años 80 y 90 ha sido el desvanecimiento de los espacios políticos de negociación” (1996,p. 180), esta afirmación tiene su base en la observación de las premisas politiqueras contemporáneas que ajustadas a los medios de comunicación, buscan impactar la población con imágenes sugestivas eliminando la argumentación, textualmente dice: “El contacto con la cultura popular se busca mediante la construcción de iconos massmediaticos, no mediante intercambios de información o el análisis de los problemas populares y concluye diciendo que “ Los conflictos no ocurren hoy únicamente entre clases o grupos , sino también entre 2 tendencias culturales: la negociación razonada y critica o el simulacro de consenso inducido mediante la devoción por los simulacros”. (1996, p.182)

Se puede deducir con lo anteriormente expuesto por el autor que, actualmente la participación ciudadana se encuentra sujeta al punto de vista que pueden ofrecer las sensaciones visuales de los sujetos enmarcadas en las

imágenes y las apariencias que ofrecen el mercado y algunas instituciones a los consumidores. La participación aparece alejada de la razón, la crítica y la construcción, lo que contribuye al abandono de este tipo de procesos por parte de la población reafirmando la primera postura que manifiesta este autor sobre la desaparición de espacios propicios para la formación ciudadana.

Se hace evidente la contraposición real que hay entre la perspectiva individual del derecho con una apuesta colectiva que se da en este, es necesario recordar que los derechos nacen producto de luchas colectivas, que no han sido los esfuerzos individuales aislados los que permitieron la conquista de los derechos humanos, sin embargo la estructura legal establecida para la exigibilidad del derecho privilegia los mecanismos individuales y en nuestro país no hay un solo antecedente de resultados positivos en mecanismos “legales” colectivos de defensa de derechos ciudadanos.

3.2.2 La salud, un espacio de participación

El estado Colombiano, a través de la Ley 100 de 1993 en su Art 153 inciso 7 Estipula que “El SGSSS estimulara la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del SGSSS y del sistema en su conjunto”, menciona que “el gobierno nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema” y finaliza diciendo “Sera obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público”

Esos espacios de participación social dentro de la estructura política y legal que conforma el sistema de salud en un municipio ([MIDLS], p. 153) son:

- El concejo territorial de seguridad social en salud.
- La veeduría ciudadana.
- Los comités de participación comunitaria (COPACO).
- Las alianzas o Asociaciones de Usuarios.

Sin embargo se debe recalcar que estos procesos de participación ciudadana dentro del sector salud tienen un elemento que se yuxtapone a cualquier intención de la población de hacer valer la salud como un derecho, ese elemento es precisamente la introducción de los actores institucionales de la salud en la lógica mercantil

La dinámica histórico-social muestra como en Colombia, con la reforma que sufre la salud en 1993; la red hospitalaria pública debe introducirse en la dinámica de la competitividad, exigiéndole a estas instituciones asumir una figura de empresa sostenible en el tiempo y con un doble perfil productivo, el financiero y el social, en palabras de TORO “La empresa hospital, así, tal cual, ubica a estas instituciones en un punto peligroso porque en él es posible que los llamados intereses de mercado actúen con frialdad sobre ellas y muy particularmente sobre el médico y el enfermo. ¿Por qué? Porque una de las principales preocupaciones de las empresas, hoy por hoy, está en controlar costos y ampliar mercados para ampliar el volumen de ventas y, por tanto, obtener buenas utilidades. El hecho de que hoy se considere el éxito económico como la meta final de cualquier negocio, hace que se viva en medio de presiones como las que ejercen el mercado, la tecnología, la competencia, el gobierno y el mercado de capitales” (2001, p. 18).

Es pertinente tener en cuenta los novísimos conceptos ajustados al sector empresarial como lo son: producto, proceso, servicios, recurso humano, clientes, usuarios, empresas, materiales; que hacen ver la salud no como derecho o bienestar sino como una tarea empresarial en donde se realiza un proceso en un objeto que amerita una manufactura (instrumentación) y que con un recurso humano capacitado e insumos que permiten con el menor costo, lograr una mayor cantidad de producción -con la mayor ganancia posible- a costos bajos.

Sin embargo, las instituciones de atención en salud no solo se introdujeron en el mercado, adicional a esto, han asumido un perfil de instituciones de control social; DE LA CUESTA afirma que “Esto no está sucediendo gracias al poder político que los médicos tengan o puedan influenciar, sino que se trata, en gran medida, de un fenómeno insidioso y a menudo poco dramático, logrado mediante la “medicalización” de buena parte de la vida diaria, al hacer que la medicina y los rótulos de “sano” y “enfermo” sean aplicables a una parte cada vez mayor de la existencia humana.” (1999, p. 23-24)

Dicha transformación de la salud, deja entrever que, aunque en su esencia filosófica se busca una participación activa de tipo social, está enmarcada en la lógica mercantil y se ha ajustado estrictamente a las necesidades de un solo actor (las empresas), relegando a los demás ya sea por falta de asumir su papel dentro de los espacios participativos establecidos por la ley, por carencia en la creación de escenarios sociales alternativos para la participación en salud o porque en definitiva la participación ciudadana se convierte en un problema mayúsculo para las empresas –lo que ha sido demostrado con suficiencia en la historia de los procesos participativos al interior de las empresas que se ha realizado a través de las asociaciones sindicales-.

Además, en este contexto, las instituciones de salud no son vistas como instrumentos que favorecen la calidad de vida de la población, por el contrario se han convertido en instrumentos de extensión del poder estatal y en este caso empresarial sobre los ciudadanos, la vocación de estas hacia la transformación de la realidad sociales orienta a favorecer las condiciones de las empresas conteniendo o actuando como paliativo sobre las reales necesidad es de salud de la población en nuestro país.

En un estudio realizado en Brasil con líderes comunitarios, profesionales de instituciones de salud y agentes del gobierno, se encontró que “Entendían, especialmente los líderes y los miembros del CMS (usuarios y trabajadores de salud), que participar en salud implica la movilización, discusión y organización de la sociedad en busca de respuestas a sus problemas y necesidades en salud” (Vásquez, Ferreira, Siqueira, Campos, Da Silva, Veras & Grande, 2002). También allí se encontró que la participación es entendida por unos actores (institucionales) como derecho, mientras que por otros (comunidad) es entendida como deberes e incluso como una obligación la cual no muchas personas asumen por diversas causas (Vásquez, et al. 2002), además existen otros espacios de participación activa dentro de movimientos sociales no estatales que luchan por la reivindicación de la salud como derecho. Sin embargo los espacios de participación ciudadana en el sector salud están entre los menos conocidos en un municipio (Velásquez & González, 2003, p. 24)

Los espacios para el ejercicio de derechos y deberes ciudadanos que configuran tal estatus en las personas, conocidos como espacios sociales de discusión política, dan paso a un empoderamiento por parte de las personas, las cuales comienzan a entender la forma como pueden incidir en su propia realidad con el fin de transformarla y moldearla según su criterio, esto involucra un compromiso de entender los derechos y deberes como instrumentos útiles en la consecución de una manera digna de vivir, logrando la instrumentación de la realidad social, con participación activa, oportuna, y eficaz de cada persona en los asuntos que competen a cualquier comunidad.

Según MULLER “hay 3 razones que legitiman el ejercicio de la participación, en primer lugar está la extensión de la cobertura de los servicios cuando no hay presupuesto, la segunda es la eficiencia, entendida esta como la correspondencia entre las necesidades sentidas de la población y los servicios ofrecidos y la tercera razón es planteada como de carácter ideológico y tiene que ver con el derecho que tiene la población de participar en el manejo de los servicios de salud locales” (1991, p. 30).

Sin embargo como lo menciona ROSENFELD “A los colombianos les espera un desafío que, aunque fascinante, es muy conflictivo: el de incorporar la participación al sistema de salud, es decir poner en ejecución, lo que señala y lo que manda la constitución. Es un desafío muy impresionante porque, entre otras cosas, fundamentalmente para los médicos y los equipos de salud implica un cambio de paradigmas, dado que es, de verdad, la democratización del poder, un espacio de mayor horizontalidad en el poder hegemónico que antes tenían y que hoy deben compartir con las comunidades.” (S.F. p. 15)

Se podría decir inicialmente que cuando se plantea la reforma de salud en la década de los 90s, había claridad consensuada en el estado sobre la necesidad de garantizar el derecho en salud de la población, bajo esta premisa se procede a la realización del cambio en el sistema de salud, pero contrario a lo esperado, lo que se gestó fue la configuración de un mecanismo que permitía vulnerar el derecho en salud de manera legal so pretexto de estabilizar el componente financiero del sector, en otras palabras, el hecho de someter la salud a las reglas del mercado conlleva intrínsecamente a la primacía del componente financiero sobre la situación de salud de la población.

Es por lo anteriormente mencionado que se toma el concepto de participación en salud como otro de las categorías principales para el análisis ya que aunque los procesos participativos actuales en el sector salud no tienen la suficiente fuerza para contrarrestar los efectos adversos de las fallas estructurales que tiene el sistema de salud actual, si permite dar inicio a un trabajo colectivo que posteriormente puede generar cambios en la percepción de la población sobre su salud y el sistema que lo garantiza así como puede fundar las bases para una movilización de la población en defensa del derecho a la salud.

3.3 MOVILIZACION SOCIAL EN SALUD

En los procesos de democratización de los espacios y las instituciones, ZULETA menciona que “es necesaria la lucha para la reconquista de valores democráticos y conciencia ciudadana, esa lucha es una forma de expresión de movilización de las comunidades”, el autor plantea la apertura democrática desde un pueblo que exija, que piense, que reclame y que produzca, también esto es expresión de movilización, en palabras del autor “Que la gente puede opinar no es suficiente, que pueda actuar es necesario, y que pueda actuar en aquello que le interesa, en su comunidad, en su barrio, en su municipio” (S.F.).”

Es decir, “La movilización social en esencia, es una estrategia de participación efectiva, que le permite a los diversos sectores sociales intervenir en los asuntos en los que venían siendo excluidos ([MTAP], p. 289)”.

Además el manual aclara que “Este mecanismo entraña la organización, el encuentro, el diálogo, la deliberación, la concertación, el consenso y el compromiso no sólo en participar activamente en las propuestas y proyectos oficiales, sino, principalmente, influir en los intereses y opciones de dichos sectores sociales ([MTAP], p. 289)”.

“Por lo tanto, las movilizaciones y trabajos comunitarios alcanzan a tener unas proyecciones planetarias, pero que en primera medida buscan satisfacer unas necesidades locales.” (Acosta, Briceño, & Restrepo, 2009, p. 83)

Participar en salud para exigir el derecho implica la movilización, discusión y organización de la sociedad en busca de respuestas a sus problemas y necesidades en salud (Vásquez et al. 2002)

En este sentido cabe mencionar que una adecuada participación implica de hecho la movilización de la población, pues la participación ciudadana sin movilización se convierte en meras intenciones, la movilización es la expresión concreta de la participación, sea esta individual o colectiva, por esto es que se toma tal concepto como categoría de análisis debido a que particularmente la movilización se entiende como la condensación de los esfuerzos realizados para lograr la garantía de los derechos, en este caso en concreto los derechos en salud.

3.4 CARACTERIZACION DE LA POBLACION

San Luis, Antioquia es un municipio ubicado en la zona bosques en el oriente del departamento, cuenta con una extensión territorial de 453 Km, una población de 11.009 personas según censo DANE, pero en realidad son aproximadamente 13.000 personas ya que está experimentando el fenómeno del retorno pues en el periodo 1998-2002 sufrió una de las peores crisis con la agudización del conflicto armado en Colombia y llegó a expulsar el 80% de su población, además está catalogado como uno de los municipios con mayor territorio geográfico minado y en cuyo interior convergen diversos actores armados en disputa por el control de éste (Plan Desarrollo Municipal. [PDM], p. 17-22).

Paradójicamente, es un municipio pobre pero posee dentro de su territorio zonas de explotación de piedra caliza utilizada en la producción de concreto y sus derivados, también posee una zona de explotación de mármol reconocida como una de las más grandes sino la más grande del país, tiene enorme riqueza en recursos hídricos, sus zonas boscosas permiten la explotación de madera, el

ecoturismo y la producción de coca, también posee zonas aptas para la explotación agrícola y pecuaria ([PDM], p. 44-46).

Esta es una población que presenta características de despojo, abuso y maltrato por parte de los diferentes grupos armados, también fue víctima del abandono estatal y la negación y violación sistemática de sus derechos durante largo tiempo, lo cual permite suponer que se presenta desconfiguración de los sujetos políticos y ciudadanos, desterritorialización con su consecuente impacto en la construcción de identidad y cultura, alteración en los diferentes procesos de socialización entre otros fenómenos.

Para este caso específico, la población objeto de estudio son los actores de todas las instituciones sociales y/o estatales que se encuentren vinculadas con procesos de participación y reconfiguración ciudadana en salud en la población del municipio de San Luis, Departamento de Antioquia. Esto permite incluir dentro de la muestra poblacional, personajes que se encuentran dentro del equipo de formulación de políticas públicas en salud en el actual gobierno territorial que ejecutara acciones durante el periodo 2008-2011 así como actores nativos que ejecutan dichas políticas y por último se pueden recoger puntos de vista emanados de la población que recibe los servicios de salud y de quienes usan los espacios de participación, en este sentido es importante mencionar que la gran mayoría de los entrevistados son personas oriundas del municipio por lo cual conocen y han vivido de cerca la situación política, social, de conflicto y conocen de cerca la situación actual del municipio.

3. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Enfoque del proyecto

La presente investigación es de corte cualitativo ya que pretende describir un suceso que se desarrolla dentro de una realidad existente en un tiempo determinado y en un contexto social específico.

Su abordaje se plantea como estudio de caso ya que como lo menciona Vasilachis citando a Ragin, 1992 “El estudio de caso, definido como un determinado fenómeno ubicado en el tiempo y espacio, llevó a que abarcara prácticamente cualquier problematización que se realice de la realidad social (2006, p. 217).

También, citando a Lynham 2002 menciona que “Las investigaciones desarrolladas a través de estos diseños se orientan, por lo general, a la

construcción teórica que recurre, en algunos casos, a procedimientos tanto inductivos como deductivos” y concluye que “Estos diseños no se limitan a explorar o describir fenómenos sociales, tienen la capacidad de captar la complejidad del contexto y su relación con los eventos estudiados” (2006, p. 217).

Es la que más se ajusta a los requerimientos metodológicos de este trabajo de investigación ya que toma como inicio un determinado marco conceptual y teórico y brinda muchas posibilidades alrededor del tema con gran posibilidad de estar ajustados a la realidad.

4.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de información se realizara desde el muestreo intencionado o por propósito con el cual se busca discriminar a la población que se encuentra vinculada a espacios administrativos, de educación y participación en salud para aprovechar su saber y percepciones sobre la realidad que envuelve la relación servicios de salud-participación ciudadana.

Los criterios de selección de la población que será integradas dentro de la muestra tienen que ver con la identificación de sujetos que en lo posible hayan estado o estén vinculados a espacios de participación ciudadana y/o del sector salud; sean portadores de un saber y una práctica frente al derecho en salud así como disposición y experiencia en educación y participación ciudadana, que a su vez les otorga un reconocimiento en el municipio frente a la labor que realiza; también que desde su concepción, fundamento y competencia, demuestren un conocimiento y un bagaje frente al manejo de estos temas.

Entre estos se incluyen actores comunitarios que participan en la asociación de usuarios de la E.S.E., actores comunitarios que han participado o participan actualmente en espacios de debate, formulación de políticas locales y que lideran procesos participativos en su municipio, también se incluyen personas que desarrollan labores de educación en salud los cuales están vinculados de manera muy íntima a la comunidad ya que además de actuar como elementos de control social, estimulan procesos participativos de salud en las diferentes veredas y barrios de la municipalidad, y por último se incluyen personas que laboran en el sector administrativo los cuales manejan recursos financieros, establecen programas de intervención y conocen el funcionamiento del sistema de salud a nivel local.

Debido a lo anterior se programa la realización de tres grupos focales distribuidos de la siguiente manera uno de administradores en salud, otro de

educadores en salud y otro de usuarios de los servicios de salud, de la misma manera se entrevistaron solo 2 actores comunitarios, 2 administradores en salud y 2 educadores debido a que se trato de aumentar el número de personas a entrevistar de manera individual pero no se lograron conseguir otros voluntarios, reconociendo aquí que pueden haber carencias en la saturación de información.

Los métodos e instrumentos que se proponen para el abordaje de esta población involucran:

3.2.1 La observación participante que es la interacción del investigador y la unidad social de estudio con su proceso de reconfiguración de procesos sociales y ciudadanos. Dentro de esta técnica se plantea como instrumento el diario de campo por ser un elemento que permite referenciar las percepciones del investigador sobre la unidad de estudio y el contexto de la interacción.

3.2.2 La entrevista, considerada por Torres como “una conversación entre dos o más personas, dirigida por el entrevistador, con preguntas y respuestas que pueden tener diversos grados de formalidad. La entrevista nos permite recoger informaciones (datos, opiniones, ideas, críticas) sobre temas y situaciones específicos, así como la interpretación que le dan los entrevistados” (1999, p. 99).

Para el caso específico de este proyecto se ha escogido la entrevista individual semi-estructurada, en la que se utilizara como instrumento un cuestionario guía de preguntas, ya que se pretende respetar la autonomía de la fuente pero con orientación hacia los temas específicos que nos convocan.

3.2.3 El grupo focal “que es un medio para recolectar en poco tiempo y en profundidad, un volumen significativo de información cualitativa, a partir de una discusión con un grupo” y continua “quienes son guiadas por el entrevistador para exponer sus conocimientos y opiniones sobre temas considerados importantes para el estudio” (Torres, 1999, p. 106).

Al igual que en el caso anterior, el instrumento utilizado para esta técnica, será un cuestionario guía de preguntas siguiendo los parámetros éticos que se plantearon anteriormente.

Además se pretende una constante confrontación de la información emanada del trabajo de campo, con el marco teórico del proyecto ya que este ejercicio brinda la posibilidad de colocar en dialogo la información recolectada en terreno con las construcciones teóricas que giran en torno al tema.

Las técnicas utilizadas en la generación y recolección de la información se quieren orientar desde una perspectiva de triangulación de métodos e instrumentos para lograr una mejor aprehensión de la realidad.

4.3 PLAN DE ANALISIS DE INFORMACION

El análisis se realizara en tres momentos:

4.3.1 El primer momento tiene que ver con la descripción de la información recolectada, más concretamente involucra la organización y/o agrupación de los datos para convertirlos en códigos o categorías que permitan clasificar, jerarquizar y codificar la información según las categorías iniciales de análisis.

4.3.2 El segundo momento se refiere a la interpretación de los datos que sean extraídos de las entrevistas, se busca extraer la información presente en los escritos de la transcripción, para agrupar los conceptos en las categorías mas relevantes, lo que permitirá, a partir del juego con los códigos y categorías existentes, el surgimiento o la aparición de nuevos códigos y categorías denominados emergentes.

4.3.3 El tercer momento hace alusión al proceso de transformación de los datos codificados en datos significativos que conllevan a la elaboración de un documento escrito que pretende describir la realidad del municipio y servir a esta comunidad como insumo y herramienta en la garantía del derecho a la salud de esta población.

4.3.4 DIVULGACION DE RESULTADOS

La divulgación de la información se pretende realizar por medio escrito como proyecto de investigación (tesis de grado) que marcara las pautas de rigor escritural y de contenido sobre el presente trabajo, así como la solidez de la estructuración conceptual del escrito último.

Además se busca socializar los resultados de este trabajo con los actores que se vean involucrados en él, con el fin de retribuirle a la población de alguna manera sus aportes sobre los resultados finales de esta experiencia, también se donara un ejemplar escrito de todo el trabajo a los actores institucionales mas importantes, tratando de lograr que los resultados de éste, sean tenidos en cuenta

dentro de las decisiones políticas que se toman en materia de salud a nivel territorial.

5. RESULTADOS

5.1 LA PARTICIPACION CIUDADANA EN EL SECTOR SALUD

El estatus de ciudadanía que posee cada sujeto se fortalece o debilita según los lugares, las formas y la disposición que tienen estos para ejercerla; en este caso de interacción con la salud esta se constituye en un espacio donde confluye un tipo de colectivo que bajo el esquema de necesidades establecido busca legitimar esa condición ciudadana a partir del ejercicio del derecho.

De la misma manera, el diagnóstico social de Medellín plantea que “La formación de ciudadanos y ciudadanas que tengan garantizados sus derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales y que participen activamente en la vida social y política, debe ser la meta de una política social integral y democrática” (2007 Cap. 1 Pág. 19)

Con esto en mente, se puede decir que la labor del estado no se resume estrictamente en acciones de vigilancia y control, las instituciones estatales deben trascender esta perspectiva para vincularse en auténticos procesos de desarrollo con base social y comunitaria.

Esto implica el fomento de espacios cuya finalidad sea la construcción conjunta de una noción de salud enmarcada dentro del estado social de derecho democrático y pluralista que el pueblo Colombiano quiere disfrutar a la luz de la constitución política nacional y donde:

El Derecho a la participación es el ejercicio de la ciudadanía y autonomía en el proceso de toma de decisiones y de acciones, individuales y colectivas, en todo lo que atañe a la salud, lo que implica el reconocimiento a la opinión, el acceso a la información, el ejercicio de control sobre los programas y recursos públicos y la toma de decisiones sobre las políticas que afectan la salud de todos.

(Diagnóstico Local de salud con participación social 2003 Pág. 9)

En el curso de esta búsqueda, la presente investigación estructura la acción participativa en el sector salud desde cuatro temas a partir de los hallazgos hechos en el trabajo de campo; el primero comprende los antecedentes que cada uno de ellos tiene en procesos participativos, el segundo involucra las nociones que poseen los actores del sector sobre participación, el tercero da a conocer cuáles son los principales estímulos individuales y colectivos que afectan los

procesos de participación y el cuarto son algunas observaciones críticas y propuestas hechas por las personas vinculadas a este proyecto.

5.1.1 ANTECEDENTES DE PARTICIPACION CIUDADANA EN EL SECTOR SALUD

Inicialmente, (VELEZ, 1998, p 20) plantea que “Hoy el desarrollo de autonomías locales permite al ciudadano promover lógicas públicas de interés cívico que confirman: lo público procede de las decisiones más íntimas y comunitarias del ciudadano”

Se puede decir que los antecedentes de la participación ciudadana en el sector salud, se encuentran recogidos en la trayectoria personal con que cuentan los actores y sustentada en el deseo de participar, conocer, transmitir y lograr el beneficio comunitario- en este sentido, para algunos actores el deseo de participar nace como una inquietud hacia la salud, por conocer el sistema, transmitir esa información a la población; logrando así el beneficio colectivo y la búsqueda del desarrollo comunitario desde la solución de necesidades concretas en las comunidades que estimulan el deseo de participar de las personas con el fin de transformar su realidad.

Yo inicie mirando el asunto de salud desde mi propia comunidad como la coordinadora de un comité de salud de una vereda que tiene 526 habitantes, después de ahí de coordinadora de ese comité estuve al frente fue con los COPACOS con los comité de participación porque yo me capacite para eso por la inquietud que he tenido siempre hacia la salud y por tratar de que mi comunidad al tener yo algunos conocimientos sobre eso mi comunidad se beneficiara con eso (Relato actor comunitario)

De acuerdo con los actores entrevistados, se han visto *resultados positivos* en procesos del pasado como la utilización de espacios para la concertación, el debate, la aclaración de dudas o como foros de discusión; se menciona que en algún momento se contó con espacios de participación que eran aprovechados al máximo por las comunidades y que además quienes participaban en ellos tenían un conocimiento básico de cómo orientar las acciones de esos espacios de participación.

Sin embargo el trabajo de campo también evidencia *experiencias negativas*. Inicialmente se debe mencionar que uno de los factores con notoria influencia en los procesos de participación en esta región del país es la violencia que menoscaba la voluntad de participar. En este punto los actores institucionales perciben que el fenómeno de la violencia golpea profundamente la conciencia ciudadana y mengua el deseo de participar.

Nosotros teníamos una asociación de usuarios y ustedes no me lo van a creer, era una asociación de usuarios que se reunían cada mes a estudiar una cantidad de cosas. Les entregábamos el perfil epidemiológico de aquí del Municipio y ellos lo estudiaban mirando que necesidades habían, partían de un diagnóstico comunitario que ellos mismos sacaban, eran muy estudiosos, la gerente de ese tiempo se reunían mensualmente con ellos estudiaban y trabajaban, pero como digo yo, la violencia vino y le dio la vuelta a todos (comentario de un grupo de administradores de salud)

Otras experiencias desfavorables de participación tienen que ver con las convocatorias fallidas y la utilización incorrecta de estos espacios además del desconocimiento; el sistema de salud es muy complejo, tiene algunos vacíos que permiten que los actores eludan responsabilidades y por si fuera poco, las personas inicialmente solo quieren que se les dé el servicio pero no se dan a la tarea de conocer y averiguar que es la salud y como se entiende esta desde la ley y el derecho.

En esencia, las experiencias de participación en salud exigen algún tipo de saber sobre el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sin embargo en el contexto actual esa condición no es suficiente, toda vez que ninguno de los actores cuenta con la información necesaria para conocer y dar a conocer a otros las entrañas del sistema, como se manifiesta en el siguiente relato:

El sistema dice ustedes deben hacer... pero no muestra una guía, tampoco nos capacitan (testimonio de un actor institucional)

Por lo cual, las personas deben recurrir a la experiencia que tienen a partir de las vivencias cotidianas, producto de su interacción con los servicios de salud, interacción que, generalmente, se encuentra marcada por atropellos y procesos de exclusión.

Las instituciones han iniciado procesos participativos que se han quedado a medias, ya que, al cumplir lo que la ley obliga, se cae en un estado de estancamiento frente a los compromisos y responsabilidades sociales de estas, se presenta una situación compleja en el sentido siguiente: si la ley no obliga no se hace, si la ley obliga se cumple solo hasta donde esta exige, por consiguiente hay un problema de ética al respecto de este asunto, lo que los convierte entonces en procesos que benefician exclusivamente al actor institucional.

Ellos nombran la junta por un requisito, para funcionar... de resto no les interesa nada más y ya que tiene ese requisito con eso pueden funcionar y que nosotros no jodamos mas (testimonio de un grupo de usuarios)

Por otro lado, las comunidades exigen claridad sobre las funciones y responsabilidades de los cargos vinculados con participación ciudadana en salud, esto con el fin de buscar el camino más claro para adelantar un proceso correctamente orientado, sustentado, viable y propositivo que permita la utilización del conocimiento en procura del mejoramiento del sistema de salud actual de nuestro país y la consolidación de acciones de tipo colectivo que nos permita entender la salud como un bien público.

En el momento de coyuntura las personas quieren participar, pero en esencia no saben qué hacer ni cómo hacerlo, lo que se explica desde la falta de orientación y proyección, se ocupan los cargos por ocuparlos, esto afecta notablemente el desarrollo de una comunidad ya que no hay posibilidades de jalonar procesos de base comunitaria a nivel de salud.

En Cerros empezamos, hicimos la convocatoria reunimos más de ochenta personas, se estancaron, les dije, búsqüenme porque yo no lo puedo hacer todo, yo les doy para que empiecen y les muestro el camino, pero no, yo tengo que estar ahí constantemente, ahora les voy a dar un empujoncito a ver si se legalizan (grupo de discusión administradores en salud)

5.1.2 APROXIMACION A LAS NOCIONES SOBRE PARTICIPACION QUE TIENEN LOS ACTORES GUBERNAMENTALES Y COMUNITARIOS EN EL SECTOR SALUD

Teóricamente la participación es definida como “Una práctica social a través de la cual diversos actores sociales portadores de intereses y fuerzas diferenciales, tejen sus relaciones y construyen una dinámica social conflictiva, que en continuo movimiento define los consensos y los disensos que construyen y modifican la sociedad ([DLSPS] 2003 p. 132)”

Frente a esto, las nociones sobre participación que se describen a continuación por los entrevistados están compuestas por: *conceptos* sobre participación contruidos sobre las vivencias de estos procesos, los *espacios* donde la participación se lleva a cabo y las *herramientas* necesarias para participar.

5.1.2.1 Conceptos sobre participación

Desde este ángulo, tienen su origen en la necesidad individual de acceder a los servicios de intervención de la enfermedad, en los cuales la población encuentra barreras de acceso que les estimula a tomar posición frente a una situación precaria vivida.

La participación individual activa y la movilización hacia objetivos claros como la exigibilidad del servicio, hacen sentir a cada sujeto que puede construir procesos, los cuales a su vez, dan identidad y fortalecen en cada uno y cada una esa noción de ciudadano y ciudadana, se percibe además la sensación de empoderamiento, así como sentido de pertenencia sobre su situación.

Puedo tomar la participación en los espacios de salud de dos formas: la primera es ¿cómo yo participo accediendo a los recursos en salud?, la segunda ¿cómo participo haciendo parte en la prestación de esos servicios?, para que esos servicios en salud lleguen regularmente como deben llegar a cada uno de los usuarios (testimonio de un actor comunitario)

Además, el postulado social y político sobre la participación en salud es que ésta debe ser *incluyente, democrática y convocar colectivos*. Estos elementos deben ser utilizados para permitir el desarrollo de los individuos a nivel personal; no se trata de darles un carácter utilitarista sino entenderlos como elementos que permiten al ser humano el ejercicio pleno de sus posibilidades, son instrumentos que el hombre utiliza ante la posibilidad de vivir como ser social.

EL concepto de participación

Expresa en su acepción básica una condición de querer hacer parte de un accionar que involucra a otras personas con las cuales se comparten objetivos afines; así la diversidad de expresiones de la participación, es derivada de la multiplicidad de actores que intervienen en la escena pública, de las diferentes lecturas que se hacen de la realidad social y política y aun más, los diversos intereses que se ponen de manifiesto (Martínez, Romero, Moreno, Orozco, Sierra, Laserna, Hernández, Gómez, Prieto & Agudelo, 2007 Pág. 113)

Dentro de las experiencias encontradas en esta comunidad se relata que los recursos, políticas y acciones de participación ciudadana en salud se orientan según las necesidades y lugares que le asignen los funcionarios institucionales porque la comunidad no asume su papel como actor principal en este escenario.

Ahora existen miles de políticas y están saliendo miles de políticas para que la gente participe y la gente no participa, o sea espacios de participación hay muchos, la gente puede agruparse para participar – eso es otro error- a la gente la llenan de cosas que por eso puede que la gente no participe (comentario en una reunión de actores institucionales)

Ahora es donde están las puertas abiertas y la gente no entra, este es el momento, porque yo lo dije hace rato, se convocan asambleas para que la gente se exprese, haga valer sus derechos, conozcan sus deberes y no participan, en asambleas comunitarias, se invitan a asambleas de presupuesto para que la gente conozca el presupuesto del municipio, convocamos doscientas personas, van ochenta, ahora

es donde está el “Bum” de que la gente participe y la gente no quiere participar, es que el hecho no es del Estado sino de la gente que perdió credibilidad en el Estado (comentario en una reunión de actores institucionales)

En contraste con el anterior testimonio “Resulta claro que para el desarrollo de estrategias eficaces en materia de salud no basta con niveles de participación puntuales. Por el contrario, la legislación brinda una variada gama de posibilidades de participación que abarca desde los aspectos de planificación hasta la evaluación y el seguimiento de los programas de salud” (De Currea, Hernández, Paredes & PROVEA, 2000 Pág. 103)

La discusión se torna entonces sobre como las instituciones visualizan la población ¿Cómo objeto de intervención? ¿Cómo *sujetos* activos y críticos frente a la manera como se ofertan los servicios de promoción de la salud y de prevención e intervención en la enfermedad? ellos no solo son consumidores de servicios al igual que la salud trasciende el concepto de servicio ofertado ubicándose como un producto de la interacción social y como parte de los derechos humanos.

Por esto no es fortuito que los entrevistados asuman la *acción participativa como proceso de transformación* para el beneficio de la comunidad y la garantía de los servicios (que ellos consideran como derecho), entienden que participar es conocer, aprender de las vivencias, es enriquecimiento del bagaje personal y de los procesos comunitarios, desde la participación se busca hacer aportes con el fin de mejorar el sistema, “*es trabajar por el bien común*” que en este caso es la salud.

Para poder transformar todo esto de salud definitivamente se tiene que involucrar la comunidad, si la comunidad no se mete en el cuento de proponer, de vigilar, de controlar, de ayudar, de velar, de criticar y de mejorar, yo pienso que vamos a seguir así, siempre vamos a estar criticando, critique, critique, pero nunca voy a proponer, a ser parte de la solución (comentario en una reunión de actores institucionales)

Pero reconocen que la ambigüedad así cómo la falta conocimiento y capacitación sobre el sistema de salud, el desconocimiento es una de las principales dificultades para la participación en salud y genera problemas graves en las comunidades, muy especialmente en el desarrollo de conciencia democrática.

No hay como una claridad o concreción en algunos espacios, imagínese si a uno le da duro capacitar a una comunidad para participar en una de las cosas, como será enseñándoles a participar en todo, es que aquí, bajita la mano, me toca a mi sola por ahí diez comités, y en todos hay que tener participación (comentario en una reunión de actores institucionales)

Lo curioso es que ese ejercicio de participación demanda hacer uso de espacios y herramientas conceptuales que existen en el sector sobre lo cual algunas personas no tienen conocimiento, no saben que existen y las que saben, no tienen idea sobre cómo usarlos para una adecuada y efectiva participación

La gente muchas veces no sabe que existen los mecanismos de participación, no saben que se pueden organizar cuando algo no les gusta, cuando algún sistema no existe (testimonio de un educador en salud)

En todos los otros campos que abarcan lo que es participar, de pronto la comunidad no tiene la información, a veces uno mismo no tiene la suficiente capacidad para orientarlo (grupo de discusión administradores en salud)

Paradójicamente, la teoría afirma que “Los derechos de ciudadanía se extienden como resultado del proceso dinamizado por el conflicto de clases. Los desposeídos de la sociedad civil rudimentaria se han organizado a lo largo de la historia moderna para presionar a favor de sus demandas de derechos políticos y, finalmente de sus derechos económicos sociales y culturales” (Diagnostico social de Medellín y evaluación del modelo de intervención de la secretaria de bienestar social-2007 Pág. 21)

Adicional a esto en el imaginario de algunos actores y miembros de la comunidad, se encuentra que la participación implica entre otras cosas:

-La exigibilidad de servicios de salud fundamentada principal y casi que exclusivamente en la perpetuación y agravamiento de la condición mórbida, exacerbada en las barreras de acceso –sobre todo las de tipo administrativo- que tienen los servicios asistenciales o de intervención a la enfermedad.

Yo soy una persona que me toca utilizar muchísimo mi EPS por una enfermedad que tengo y entonces esta enfermedad me lleva a ir al médico cada mes, cada dos, cada tres meses y ¿Cuál es mi participación? Mi participación es exigir mis derechos por la enfermedad que tengo (testimonio de actor comunitario)

-El uso y aprovechamiento de los servicios de salud y espacios participativos ya que el sector salud no solo es un sector productor de servicios, en esencia es también y por sobre todo un espacio para la reconfiguración de los sujetos enfermos, la consolidación adecuada del proceso de curación en la relación profesionales de la salud-enfermo y el aprovechamiento colectivo de relaciones de aprendizaje sobre la manera de entender y construir los procesos de salud, además de prevenir la enfermedad; ya que tanto la salud como la enfermedad le pertenecen a cada sujeto y comunidad, no a empresas ni instituciones.

O sea, por qué no se sientan un ratito pues, digo yo, no sé, y le explican que es eso, porque les da, cuídense así y asa, o sea, como que también hace falta eso aquí, como que le dediquen más tiempito a la persona y no ver el paciente como paciente sino como persona...uno es una persona, dedíquele tiempito, esto es así y asa, le dio puede ser por esto, porque lo heredo, porque está consumiendo mucha sal y le explica a la persona y la persona hasta se va contenta porque le dedicaron el tiempo y hasta de pronto no vuelve a molestar mas con eso (comentario rescatado en una reunión de educadores en salud)

-Apropiación de espacios para la participación por parte de las comunidades para la transmisión de saberes de gran trascendencia que tienen los referentes comunitarios sobre la manera en que las personas y comunidades viven y construyen su realidad social y su salud de manera colectiva.

Si uno tiene el conocimiento, que la otra gente se entere de que mire, hay que hacer esto que tenemos derecho pero que tenemos que cumplir con esto, tenemos responsabilidades como todo...buscar la manera que la gente, a través de uno, logre ocupar esos espacios que hay en el sector salud, o sea que nos apropiemos de ellos (comentario de un educador en salud)

En otros términos, es necesario fortalecer la vinculación de la población como veedor ciudadano y como actor principal en los procesos colectivos utilizando como insumo indispensable las experiencias propias adquiridas por el consumo de los servicios de salud y la necesaria utilización del sistema regulador de estos.

Esta vinculación se logra a partir del dialogo que actúa como catalizador de relaciones entre los actores, donde el conocimiento es el valor que enriquece a cada uno, dándole una posición para la concertación; con ello se promueve el liderazgo y la movilización de los sujetos que pertenecen a una comunidad, apoyada lógicamente en un ejercicio de concienciación de la población para el desarrollo territorial o local desde la integración comunitaria.

También me gusta mucho el mecanismo de la conversación de tú a tú, ¡ah! Es que ustedes, deben darme tal servicio, no me pongan a esto o aquello (testimonio de un líder comunitario)

Lo anterior debería permitir el paso de las acciones individuales a las colectivas sobre algún problema existente que afectara no solo a individuos sino a toda la comunidad que sufren frente a fenómenos de enfermedad, injusticia social y vulneración de derechos, además de permitir el empoderamiento de la población en el asunto que los aqueja, en este caso, el afán de resolver las necesidades sentidas en salud.

Sin embargo y contrario a los imaginarios, esa falta de organización de la comunidad, de dar a conocer sus problemas, hace que ésta sea invisible frente a las instituciones quienes manifiestan no tener un referente de dialogo que represente los intereses de la comunidad.

Aquí hay gente que sale descontenta con el servicio del hospital, uno se la encuentra por ahí en la esquina o el corredor tratando mal a todo el mundo, yo soy una que le digo, usted está inconforme con el servicio, venga cuénteme que le paso, que vea que esto, que aquello, venga aquí está la oficina de atención al usuario, presente su inconformidad, “ah no, yo no tengo tiempo de ponerme a bobear ahí, yo me mantengo muy ocupado, yo no me voy a poner a pendejear ahí, no yo no (comentario en una reunión de actores institucionales)

Conozco por experiencia gente muy humilde que dice no yo mejor me dejo morir, para que luchar y joder tanto si esa gente no le da a uno sino lo que le quieren dar a uno (testimonio de un usuario de salud)

Bajo esta perspectiva se destaca que todos estos atributos requieren **tiempo** para adelantar labores de gestión que se dan al interior de las organizaciones, **motivación** pues a través de la experiencia con espacios de participación las Asociaciones de Usuarios sienten que las acciones realizadas son gratificantes; **liderazgo** que hace parte fundamental de los procesos participativos ya que motiva a otras personas en la búsqueda de su papel en el desarrollo social de las comunidades -al haber claridad sobre que se está entendiendo por participación, las personas asumen actitudes críticas y propositivas que hacen parte fundamental de dichos procesos, aunque la percepción es que estos no están siendo eficaces por debilidades y falta de claridad en las instituciones y las personas sobre la orientación y propósito de los procesos- y **trabajo** que es en esencia el que brinda la experiencia y enriquece el saber de los actores frente a su labor en las áreas de la salud.

No hay participación ciudadana sobre salud, empezando por los comités, por ejemplo aquí liga de usuarios no hay o si hay, no opera como debería porque no tienen tiempo, se montan los grupos pero no funcionan, la gente no quiere trabajar si no es con remuneración, no quieren hacer nada, o también falta que el encargado de la EPS este encima de la liga de usuarios diciéndoles venga pues trabajemos, falta un líder, un jalón en las cosas, motivación, alguien que impulse (discusión educadores en salud)

Por lo anterior se encuentra que estos procesos, para los actores, pueden generar:

Censuras porque la participación toma una orientación negativa cuando es percibida como un instrumento de represión que se utiliza por los actores contra ellos mismos olvidando su vocación de elemento de construcción social colectiva.

Cuando se convoca a participar, se tiene como la idea de que la participación es solo cómo de mirar las instituciones en que fallan y de estar encima haciendo que se cumpla de pronto esa falencia, pero en todos los otros campos que abarcan lo que es participar, de pronto la comunidad no tiene la información, a veces uno mismo, esta como, no tiene la suficiente capacidad para orientarlos (grupo de discusión administradores en salud)

Utilitarismo ya que la participación mediada por algún beneficio personal es algo que es común en toda la población -se hacen percibir como grupos vulnerables para poder ser acreedores a algún tipo de subsidio o ayuda-, bajo esta lógica se está pervirtiendo (o si se quiere transformando) completamente la noción de estado, ciudadanía y derecho.

Esos espacios permiten la discusión al rededor de lo que es la atención en salud, pero la participación de la gente es muy limitada, se limita a lo que habíamos hablado al principio, a mirar que me puede dar el hospital, que me puede dar la alcaldía, que me puede dar tal o cual entidad (comentario de un actor institucional)

Escepticismo pues han tratado de impulsar el trabajo de las mesas de salud en las JAC pero es difícil porque las personas no manifiestan deseo de trabajar- un ejemplo de esto es que las Juntas de Acción Comunal, que trabajan teniendo en cuenta la ley solo nombran los comités que ella les exige específicamente, la mayoría no sabe cómo funciona el comité de salud, dicen que es difícil conseguir quien lo lidere y en general desconocen cuál puede ser el alcance de este comité.

Ahora existen miles de políticas y están saliendo miles de políticas para que la gente participe y la gente no participa. (Grupo de discusión administradores en salud)

Pero igual la mesa de salud empieza a fallar desde acá, todo tiene una cabeza, la cabeza de las juntas es en el casco urbano, el proceso empieza a fallar porque aquí las mesas de salud no funcionan, es cómo todo por separado, la mesa de salud ni si quiera sabe qué hacer, o sea la nombraron por tener una personería jurídica, por un requisito y aquí todas las mesas de salud en todas las juntas que hay todas son nada mas por el requisito, pero no se trabaja ni uno sabe que tiene que hacer ahí (grupo de discusión de educadores en salud)

Se puede observar que los funcionarios de salud no tienen ni los elementos suficientes ni una idea clara hacia donde orientar la participación de la comunidad, se están perdiendo las nociones de Estado, solidaridad, colectivo y de lo público.

Ambición ya que cuando las personas se acercan a preguntar sobre los espacios de participación, piensan en dinero, el desarrollo de las comunidades se desdibuja frente a la preeminencia del individuo y del dinero, eso se resalta, se vive y se aplica una muestra de ello se encuentra en el siguiente relato:

Pienso que no han entendido la importancia de participar en todos los procesos, la gente cree que si va, es porque va a tener que trabajar, va a tener que hacer un montón de cosas, y lo otro es que a mí me preguntan que si entran a ser parte de esa junta le pagan por reunión, si uno entra hacer parte de ese comité, le pagan por estar ahí, y ahí es donde uno empieza a preocuparse y a sentir que la situación es grave (comentario en una reunión de actores institucionales)

5.1.2.2 Espacios de participación ciudadana en el sector salud

En este aparte, la teoría nos dice que “La participación de las comunidades en la orientación de las entidades de salud pasa a convertirse en un mandato legal, con expresiones tales como: los Consejos Locales de Planeación, las Asociaciones de Usuarios, los Comités de Participación Comunitaria y los representantes comunitarios en las juntas directivas de los hospitales” ([DLSPS], 2003, p. 23)

Los hallazgos de esta investigación muestran que en el sector salud se constituyen inicialmente como sitios de dialogo individual por la necesidad de curar su enfermedad, ellos acuden a los servicios en busca de atención (servicios para la intervención de la enfermedad que es una necesidad privada); cuando sienten que no acceden a estos, acuden a los espacios participativos, ya que estos permiten orientar a los sujetos hacia la apropiación de ciertos saberes que dinamizan su interacción con el sistema, generando conocimiento socialmente pertinente para las comunidades dentro del espacio público en el que convergen.

Tengo una experiencia propia, por ejemplo yo soy una persona que me toca utilizar muchísimo mi EPS por una enfermedad que tengo y entonces esta enfermedad me lleva a ir al médico cada mes, cada dos, cada tres meses y ¿Cuál es mi participación? Mi participación es exigir mis derechos por la enfermedad que tengo, porque a veces, no todas las veces; se me han negado (testimonio de un actor comunitario)

Los relatos muestran que los entrevistados reconocen la salud como un servicio para la intervención de la enfermedad entendiendo esta acción cómo su derecho, sin embargo en esa interacción con el sistema comienzan a visualizarla mas allá de las instituciones hospitalarias y las necesidades, han debido reconocerla como un espacio donde se obtiene conocimiento, posicionamiento

político y donde interaccionan diversas instituciones, la reconocen como espacios de participación y exigibilidad que les permitió un abordaje más adecuado del sistema.

Pero cuales pueden ser específicamente los espacios de participación según la comunidad, obsérvese los siguientes testimonios:

Las juntas directivas de las ESES, pues, está también lo de los comités veedores los de las ligas de usuarios, está también lo que son los comités de salud en las veredas que son un ente demasiado importante a promocionar estos comités son como la clave siempre y cuando la gente le tome todo el sentido y participe en el, está también el mismo Concejo Municipal que también atiende y se preocupa mucho por esta área de la salud, allí se trabaja todo lo que tiene que ver con las instituciones y también con las comunidades, todas las inquietudes; está también el equipo de plan de salud pública que es un espacio de participación, visto así, las comunidades llegan, pueden llegar, como ya ves... que ellos llegan es a averiguar cada que tienen alguna inquietud ¿cierto? (relato de actor comunitario)

Está también la dirección local de salud que es muy frecuentada por las comunidades y tanto rurales como urbanas; la misma alcaldía, la misma alcaldía también es un espacio de participación en salud. (Comentario de actor comunitario)

Pues creo que es veeduría ciudadana, cabildos, también las mismas juntas de acción comunal, juntas locales, junta de asociaciones de usuarios, pues todas esas juntas que tienen como finalidad velar el bienestar de la comunidad (comentario de educador en salud)

Todos estos espacios que son reconocidos como propicios para el fortalecimiento y la transformación de la salud hacia una perspectiva de derecho a partir de la participación trascienden los que determina la ley porque la salud se debe posicionar, según ellos, incluso en otros espacios de discusión que involucran el modelo de desarrollo social en cualquier programa político, estos aportes hacen parte del esfuerzo individual y colectivo de los sujetos por consolidar y ampliar en la conciencia ciudadana la noción del derecho a la salud mas allá de un servicio o de un bien para el consumo humano.

Para ellos estos espacios permiten integración comunitaria, procesos democráticos, desarrollo comunitario, producción y socialización del conocimiento, -especialmente muestra una relación simbiótica con el deseo de conocer-, sin este deseo adelantar los proceso se convierte en una tarea complicada.

Manifiestan, como se menciona anteriormente, que algunos espacios de participación ciudadana existen solo por cumplir la ley, las mesas de salud como

espacios de participación ciudadana y comunitaria no están operando ya que no se sabe que se debe hacer en ellas.

A mí en las veredas me pasa que tienen las mesas de salud pero cómo requisito porque no saben nada de ellas. Una vez pregunte ¿quiénes son los líderes de las mesas de salud? Me respondieron varios ¿y ustedes que están trabajando? La respuesta fue: nada, yo ni se a mí que me toca, a mi eso casi ni me gusta, eso es por requisito, a mi me dijeron que no, que eso era por requisito que tocaba tener eso acá, pero que a mí no me tocaba hacer nada (comentario en una reunión de educadores en salud)

Más preocupante aun es ¿Por qué las personas no se interesan en participar dentro de los espacios establecidos para esto en el sector salud a pesar de estar tan afectados por los problemas del sistema que la regula?

La respuesta a este interrogante presenta una paradoja, por un lado es que se requiere cultura de participación en las comunidades para que haya apropiación de espacios, además de un dialogo fluido entre los actores, por el otro se requiere respeto hacia los demás interlocutores, respeto entendido cómo reconocimiento en una postura de actor valido y posibilidad de aportar para transformar, obsérvense los siguientes relatos:

Como representante de la comunidad en una junta uno trata de conseguir respuestas del hospital y no las dan entonces que más puede esperar la otra gente, la situación es muy complicada, por eso nosotros estamos que tiramos la toalla ¡no pues que bobada ellos nombran la junta por un requisito para funcionar de resto no les interesa nada más y ya que tiene ese requisito con eso pueden funcionar y que nosotros no jodamos más! (grupo de discusión usuarios)

Es una experiencia un poco negativa por eso porque por más que nosotros hayamos pues como ofrecido todas las circunstancias, las herramientas, los recursos, los espacios, la gente no...No acude (relato de un actor institucional)

Debe quedar bastante claro que el funcionamiento de los espacios de participación presenta fallas de articulación, orientación de acciones y desconocimiento, las organizaciones de base social así como las instituciones tienen serios problemas con los espacios de participación ciudadana en salud ya que no saben qué hacer con estos, no saben cómo orientar las acciones para estimular y consolidar la participación y sumado a esto, los administradores en salud están desorientados frente a los objetivos y metas de estos espacios.

Todas estas situaciones suscitadas alrededor de los espacios de participación ciudadana en el sector salud pueden generar:

- Concentración de responsabilidades en unos pocos actores comunitarios que han manifestado y han demostrado el interés de asumir procesos de exigibilidad y demanda, mediante los espacios participativos en salud.
- Asignación de cargos a personas que no cuentan con la formación y cualificación necesarias para asumir las responsabilidades que implican los procesos. Esto relacionado con el cumplimiento de un requisito legal.
- Utilización de estos espacios para la satisfacción de necesidades individuales

5.1.2.3 Herramientas de participación

Dentro de este contexto las herramientas de participación son insumos que permiten el libre ejercicio de la acción participativa con el adecuado aprovechamiento y dinamización de los espacios designados para tal fin. Entre los hallazgos hechos en el discurso de los actores que confluyen en este sector uno es que no se ha enseñado ¿cuáles son? ¿Para qué y cómo se usan los mecanismos y herramientas para la participación?

Otro es que las funcionalidades de estos son múltiples y a veces se desconoce todo su potencial porque esas funciones están expresadas tácitamente, además los mismos asociados reconocen que se le ha enseñado a la comunidad a usar algunas pocas herramientas y mecanismos para la exigibilidad y no las utilizan.

Para participar en el sector hay herramientas muy bien creadas, yo pienso que hace falta es promocionar mucho más esas herramientas, enseñarlas, darlas a conocer y, y, promocionarlas para que la gente entienda (opinión de actor comunitario)

Lo que pasa es que igual muchas instituciones no les gusta que la gente conozca su realidad ¿cierto? Por ejemplo si a mí me colocan una queja de mi actuación esa queja yo trato de internamente yo organizarla, lo mismo le pasa a la institución (comentario de educador en salud)

Entre los actores hay inconformidad porque el sistema no proporciona posibilidades en capacitación sobre las herramientas para la participación en salud y los mecanismos de exigibilidad que existen, solo habla del deber de participar y de los espacios, además las asesorías de la Dirección Seccional de Salud, en esencia, solo se enfocan en la prevención de la enfermedad, sin embargo, hay esfuerzos por parte de los actores locales para gestionar algunas capacitaciones y se reconoce que la información suministrada aunque no es suficiente, es de una

gran riqueza y puede ser útil a la comunidad como tópicos para la comprensión del sistema que permita generar procesos participativos.

Según los usuarios, la promoción de espacios, herramientas y mecanismos para la participación y la exigibilidad debe ser la manera como la institución estimule y aporte para la participación. Los tipos de herramientas para la exigibilidad y la participación que los entrevistados consideran importantes son: el conocimiento sobre el SGSSS, promoción de mecanismos de exigibilidad, las estrategias comunicativas y las asesorías por parte de entes departamentales y nacionales a las instituciones municipales y a la comunidad.

En primer lugar una capacitación desde acá del hospital que nos enseñe como es el manejo entre el hospital y la seccional, que nos enseñen sobre las contrataciones y las remisiones ¿Cómo se hacen y que requisitos deben tener? ¿Cuánto se demora? ¿Qué es lo que tienen que hacer? pedir una capacitación sobre eso e informarnos y uno mismo busca libros y lee (comentario en una reunión de educadores en salud)

Además está la educación en salud con enfoque de derecho y la articulación interinstitucional:

Primero y lo más importante es la educación, porque si tenemos una educación en salud, seguro que vamos a ser mejores usuarios y vamos a tener claro nuestros derechos y nuestros deberes...enseñarle a la gente para qué es esto, a que tiene derecho, cuáles son sus deberes y responsabilidades, que no solo vengo aquí a que el médico me atienda, no, yo también como usuario tengo mis deberes (punto de vista de un educador en salud)

Lo otro es el trabajo articulado, todas las entidades o empresas, más que todo las EPS, las ARS, trabajar por un bien común y por una mejor calidad de vida en salud...lograr no tanto como el mecanismo de que usted consulta, le mandan sus pastas y ya...es buscar la mejoría es en todo, por ejemplo en sus funcionarios, en la infraestructura...en todas las entidades que se presta el servicio (punto de vista de un educador en salud).

En conclusión, estos espacios, herramientas y mecanismos para la participación ciudadana no se usan o se hace de manera inadecuada, las instituciones de control exigen resultados sin dar asesoría a las entidades sobre como dinamizar los procesos de participación, además las herramientas y mecanismos no son muy accesibles a los ciudadanos y ciudadanas, en el sentido de que sus múltiples trámites dificultan los procesos, por otro lado ya que el conocimiento y la capacitación hacen parte de los derechos y deberes, hay que promoverlos y enseñarles a las comunidades que estos mecanismos deben trascender las quejas y reclamos y deben constituir procesos de exigencia acordes

con una postura ciudadana para la construcción colectiva de una noción del derecho en salud.

Pienso que es de parte y parte, que no es la gente en si la que no quiere hacer algo por ellos mismos, porque el sistema de la salud es de todos, sino también de la administración que brinda pocas herramientas y las cosas que brinda en si no las aprovecha entonces es como de parte y parte (comentario en una reunión de usuarios)

5.1.3 ESTIMULOS PARA LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD

Dentro de las dinámicas de participación se considera de suma importancia la estimulación que se debe dar a los diferentes actores para que participen, ha quedado suficientemente claro que estimular la participación desde el dinero, los obsequios materiales o los subsidios pervierte profundamente la noción de participación, encontramos en la teoría algunos factores que pueden estimular la acción participativa, veamos:

Los procesos de participación están relacionados con tres factores importantes, a saber: primero la información que se tiene del tema sobre el cual la comunidad va a participar; segundo, la información que tiene que ver con la capacidad para interpelar, argumentar, defender un punto de vista; y tercero, la organización de los ciudadanos en formas asociativas que les permitan visibilidad y garantice su inclusión en el proceso. (Martínez et al. 2007, p. 119)

Otro hallazgo realizado en este proceso investigativo es que hay diversos estímulos para la participación ciudadana en salud que aquí se han agrupado en favorables y desfavorables para la participación en salud.

5.1.3.1 ESTÍMULOS FAVORABLES PARA LA PARTICIPACION

Quizás el principal es la intervención de la enfermedad “atención médica” que además de ser un servicio, se interpreta como forma de inclusión ya que la posibilidad que tiene la comunidad de recibir algo a cambio, motiva el deseo de participar porque en la acción curativa hay una necesidad y sensación de ser reconocidos. Además las instituciones de salud quieren que la población conozca sobre la enfermedad, esto se justifica en que a mayor conocimiento hay menor riesgo, esta idea establece una relación inversamente proporcional entre conocimiento y riesgo de enfermedad y la población así lo entiende.

Uno aprende muchas cosas pero hay veces que uno tiene dudas, de hecho yo por eso trato de promocionar tanto la participación, que las demás personas también asistan a esta clase de eventos, de comités todo lo que tenga que ver con salud,

por eso, porque a mayor conocimiento menos riesgo (testimonio de actor comunitario)

Pero la presencia de enfermedad no es el único estímulo, el deseo de participar es muy fuerte en unas cuantas personas y se justifica en un gusto por promover y gestionar la participación social en salud, pues algunas personas en la comunidad entienden que las necesidades van mucho más allá de la simple instrumentación del organismo (intervenciones medicas), implica también la apropiación de derechos y el disfrute de las prebendas sociales que el Estado brinda.

También se constituyen en estímulos para lograr una participación efectiva, por un lado, un acercamiento cordial de los actores -no se debe esperar que las personas o comunidades tengan inconformidad con el servicio de salud-, por el otro se requiere información precisa (socialización de asuntos que conciernen a la comunidad) voluntad y orientación, la participación ciudadana en el municipio de San Luis no se muestra como algo bien consolidado ya que a las personas les falta orientación sobre cómo y en que participar.

En este sentido "Si además el gobierno hace una apuesta fuerte en la gobernación democrática, definiendo formas efectivas de participación y control de la sociedad sobre el Estado, con potestades de decisión ciudadana sobre prioridades y construcción de alternativas, su grado de gobernabilidad aumenta sustantivamente, siempre y cuando alcance a evitar las matrices de participación fragmentarias y dispersas (frecuentemente carecemos de una unificación o por lo menos una sistematización de los espacios de participación y sus formas de decisión y seguimiento de las consecuencias de estas decisiones)" (De Negri 2008 Pág. 12)

Adicional a esto, un liderazgo ejercido correctamente estimula la participación social y genera desarrollo comunitario, es importante que haya personas liderando los procesos en las diferentes comunidades ya que esto promueve procesos y un acompañamiento continuo a la comunidad "Las cosas no se logran de un día para otro" Algunos de los actores administrativos han invertido recurso económico y han tratado de estimular el ejercicio de la participación pero reconocen que es un trabajo muy duro.

5.1.3.2 ESTÍMULOS DESFAVORABLES A LA PARTICIPACION

No solo hay estímulos positivos para participar, también hay varios tipos de estímulos negativos que limitan o impiden la participación entre estos están:

Los de tipo Comunitario.

Hay dificultades para la participación porque las personas no se apropian de esos espacios por negligencia ligada al desinterés y la falta de información, en este sentido falta generación y apropiación de conocimiento sobre el sistema de salud.

La mixtura cultural es un factor que genera dificultades para el trabajo comunitario ya que algunas veredas están compuestas por personas de diferentes regiones del Departamento o incluso del País, entre los cuales hay diferencias culturales y educativas que se constituyen en barreras que complejizan aun más la posibilidad de trabajo comunitario.

Un factor que puede afectar la participación ciudadana son las veredas con pocos habitantes y las que apenas están siendo repobladas, pues las personas con voluntad de participación que allí habitan no alcanzan cubrir la cantidad de cargos que se deben tener para que la Junta de Acción Comunal (JAC) sea legalizada, lo que se constituye en una gran limitante para el desarrollo del trabajo de las mesas de salud, teniendo en cuenta, además, que el tema de salud no se presenta como algo provocativo.

Por otro lado la necesidad de la población de transmitir imagen de vulnerabilidad para acceder a subsidios estatales dificulta la concienciación a la participación, esto posibilita el juego en un círculo vicioso que corrompe y destruye la conciencia ciudadana y profundizan la miseria no solo material sino también espiritual.

Usted me va a anotar para llegarme ayuda aquí, para darme plata, o es que el gobierno me va a mandar plata, o que un mercadito, vea no tengo mercado" y eso es muy frecuente, el primer recibimiento que le dan a uno en las casas es eso, "o me va a anotar para que me llegue el subsidio ese que están dando, eso le dicen a uno, que yo soy muy pobre (testimonio en un grupo de educadores en salud)

También está, por un lado, la inasistencia por parte de las comunidades a espacios de participación que se convierte en una limitante porque si se tratan de construir procesos donde las comunidades no participan, estos procesos van a fracasar, lo que se constituye en un reto para los funcionarios; y por el otro el conocimiento frente al funcionamiento del sistema que no está en una sola persona ni en una sola institución. Cada actor de una dependencia diferente tiene un poco de información sobre lo que le corresponde, en el hospital esta el facturador, el administrador, el gerente, en la EPS está el referente, en la alcaldía el Director Local de Salud.

La negligencia de la población es la mayor dificultad para la participación, esta negligencia ha sido nutrida por la interpretación paternalista del Estado, las

dificultades de las personas para exigir y hacer efectivo su derecho, el desencanto que han sufrido las personas frente al Estado y sus instituciones, entre otras muchas cosas que han afectado la percepción de la gente y que se hace notorio sobretodo en las asociaciones de usuarios porque este espacio de participación no se ha podido consolidar, además la sensación de algunos administradores frente a esa negligencia está íntimamente ligada a la problemática del interés individual inmediato de los pacientes.

Por último las organizaciones comunitarias no tienen los elementos básicos para liderar procesos participativos en salud, en el caso específico de San Luis no hay capacitación ni orientación desde ASOCOMUNAL para las mesas de salud, hay dificultades para el trabajo y la participación ciudadana en salud, falta liderazgo por parte de este organismo como institución social, alguien que dé las pautas de trabajo por lo que es importante preguntarse si ¿debería ser ASOCOMUNAL quien lidere el proceso de fortalecimiento con las mesas de salud?

Los de tipo particular

La individuación en la solución de problemas ocasionados por barreras de acceso en los servicios de salud se cruza con la posibilidad de participación en el desarrollo de procesos colectivos, que se orienten a organizar y movilizar la población hacia la exigibilidad del derecho como bien público (Individualización Vs participación).

Limitarse a la queja y el reclamo genera negligencia para participar, los actores institucionales resaltan que la población se queja continuamente pero no manifiesta voluntad en participar.

La gente participa en asambleas cuando es para quejas, cuando es para algo para mejorar no participan... donde sea algo para el progreso del hospital, para capacitación, para participación, no creo que vaya la gente (comentario en una reunión de actores institucionales)

Falta de tiempo y apropiación de espacios de participación en quienes tienen un conocimiento mínimo del sistema, ellos no participan por lo cual no se enriquecen los espacios participativos. Nadie quiere asumir responsabilidades sobre estos, el problema de participación trasciende la sola motivación, hay una serie de factores que influyen profundamente en este aspecto.

La inconformidad con los servicios y los rumores afectan la exigibilidad y la participación, también falta que la comunidad se empodere de su situación porque

hay quejas pero estas no llevan a consolidar un proceso de transformación ya que las personas no quieren iniciar procesos sólidos.

El utilitarismo como búsqueda de interés individual se convierte en un factor que impide la participación, perdiendo de vista las construcciones colectivas comunitarias, de este modo frena el desarrollo comunitario, mina conceptos como derecho, exigibilidad, democracia y dan al traste con la noción de estado social de derecho.

Si nosotros citábamos y no íbamos a dar nada, no había a que ir, no hay mercado, no hay una libra de sal, no hay un kilo de azúcar, no hay a que (discusión administradores en salud)

Los de tipo institucional

Algunos estímulos emanados de las instituciones que afectan de manera negativa la participación obedecen a la forma como se orientan las acciones, donde las necesidades de la población quedan sujetas a las de las instituciones.

-Desgaste de las instituciones en procesos de participación ciudadana y comunitaria porque la experiencia en procesos de participación ciudadana que han adelantado no han sido satisfactorias. La estrategia utilizada para convocar y estimular a la participación no funciona, las comunidades no acuden al llamado que hace el Hospital.

-Si la participación es orientada al control de factores de riesgo de enfermedad, los procesos de formación ciudadana en el sector salud se ven afectados porque se busca la vinculación de la comunidad con actividades de prevención de la enfermedad solamente.

-El fomento del Estado paternalista se convierte en un serio problema para el ejercicio de la participación ya que, la mala formulación de las políticas, así como dejar de lado otros procesos y factores, van sumiendo la población en una especie de miseria ciudadana en la cual las personas se convierten en sujetos de caridad y no de derecho

-Cuando la participación ciudadana es considerada como arma de doble filo por los funcionarios debido a que una comunidad empoderada, con conocimiento sobre los instrumentos y mecanismos de exigibilidad es una comunidad que no espera la buena voluntad de los demás para la solución de su condición mórbida sino que actúa en pro de la defensa de su salud y su vida lo que va configurando la noción de derecho.

Dentro del sistema mismo, yo creo que la participación comunitaria es limitada porque si bien es cierto existe una normatividad sobre las asociaciones de usuarios y otro tipo de instancias, no se hace un esfuerzo por parte de las entidades de que esto se cumpla, no sé si es por falta de interés porque esto se puede convertir en un arma de doble filo o porque la gente misma, la comunidad misma no exige que estos espacios realmente lleguen a otras instancias que tengan poder de decisión (testimonio de administrador)

Lo que pasa es que igual muchas instituciones no les gusta que la gente conozca su realidad ¿cierto? Por ejemplo si a mí me colocan una queja de mi actuación esa queja yo trato de internamente yo organizarla, lo mismo le pasa a la institución (testimonio de educador en salud)

-La pérdida de credibilidad en el Estado y sus instituciones es una limitante y un factor determinante en la participación de la comunidad luego que las personas logran hacer lectura de los juegos de las instituciones percibiéndose escepticismo en la población y generando un nuevo reto que es el de recuperar la credibilidad en el Estado y sus instituciones.

La gente está ahí recibiendo los golpes y se están agachando, hasta que los agachan del todo... la salud en Colombia esta como una bomba de tiempo...esta colgando de un hilo, por eso la poca credibilidad de la gente por la salud y las ganas de no participar (comentario en una reunión de actores institucionales)

Además de la saturación de los empleados, que impide que estos se concentren en actividades que vinculen la comunidad. Se legisla sobre participación pero los recursos no son suficientes y tal vez ni siquiera adecuados porque ni los mismos profesionales de salud conocen a fondo el sistema y las dinámicas que se dan en cada espacio del mismo.

-Cuando las personas o los funcionarios hablan sin saber ocasionando desinformación; además de la poca socialización sobre cronogramas y espacios en los que la gente puede escuchar para participar y las deficiencias educativas en participación, son algunas de las cosas que dificultan un ejercicio enmarcado en la democracia y la ciudadana.

Los de tipo organizativo

Participar para quejarse propicia dificultades para la participación, la percepción sobre la participación de la comunidad es que ésta solo se da cuando hay algún motivo que genere un reclamo o queja, lo que desdibuja las intenciones de la participación como espacio de construcción colectiva y lo ubica en el campo de la confrontación y del choque con las instituciones.

La indiferencia, el manejo del tiempo y el manejo de la palabra son grandes dificultades en los procesos de participación ciudadana. Los funcionarios manifiestan que hay otro problema relacionado con el desinterés que esto causa, además falta capacitación para aquellos que participan liderando ya que poco permiten que las demás personas accedan a esos espacios.

Otro gran problema de participar y de las asambleas y todo eso es que la gente no sabe trabajar cuando va a trabajar con la comunidad, el líder va y se sienta en la palabra y se pone a hablar, yo digo que una asamblea no debe durar más de una hora e ir al grano y participar, porque se ven asambleas de cinco a seis horas a veces (comentario en reunión de actores institucionales)

Si las personas designadas como líderes no poseen gusto por lo que hacen, hay dificultades para la participación. La percepción de los educadores en salud es que las personas no se vinculan a participar en estos espacios de salud por gusto, son nombrados.

Asumir liderazgo por dinero ocasiona problemas para la participación. El concepto de dinero ha permeado de tal manera las esferas de lo social que está minando la voluntad de las personas y se está reorientando el sentido de pertenencia, ya no importa las satisfacciones que me hace sentir el trabajo en busca del bien común, lo que importa es que este trabajo me genera dinero

Una vez se me acercaron tres presidentes con una propuesta, me dijeron... le tenemos una propuesta, tres presidentes, hasta carta me iban a sacar "que tal si a los presidentes de las juntas se les reconociera algo por el liderazgo que llevan en la comunidad", le dije yo, ustedes mismos lo están diciendo LIDERAZGO, el liderazgo ustedes lo hacen porque quieren, porque les nace, no porque quiere plata (comentario en una reunión de actores institucionales)

Demasiadas normas acerca de la participación y el control gubernamental de la participación y la movilización hacen que el Estado pase a ser una maquina represora que solo permite la participación y la movilización cuando le conviene y de la forma en que a los diferentes gobiernos les beneficia, esto no solo se da en salud.

Otros tipos

El fenómeno de la violencia genera miedo al liderazgo que repercute notoriamente en los procesos participativos. La violencia logro hacer una ruptura en este tipo de procesos que aun hoy interfiere profundamente en la reconstrucción de tejido social, esta interpretación también hace parte de la lectura que el Estado debe hacer dentro del proceso de reparación y reconstrucción de identidad política así como de ciudadanía.

La coerción por parte de actores armados amenaza la participación y genera conflicto lo cual a su vez disminuye notoriamente la posibilidad de participar, movilizarse y reclamar.

Si no hay necesidad sentida de participar hay problemas para el ejercicio de participación ciudadana, la población no asume los problemas de los demás porque no se piensa en comunidad, es al momento de estar en una situación que lo toca cuando decide participar, movilizarse y exigir, pero solo mientras está en juego su bienestar o el de alguien familiar.

La cultura del anonimato limita la participación, las comunidades se quejan pero no asumen posiciones de responsabilidad y liderazgo, quieren que alguien más les solucione todos sus problemas sin vincularse a ellos, han aprendido este hábito al igual que el chisme, a veces los mismos funcionarios permiten que se rumore de manera perjudicial sin fomentar una postura crítica, constructiva y propositiva para el ejercicio del pensamiento y la transformación de la conciencia del otro

La gente es de la queja, la inconformidad en el pasillo, en la calle y el corrillo, pero cuando usted viene y la confronta o ya no existe tal problema o fue un mal entendido o no tiene tiempo; yo les digo esa es la forma como ustedes nos pueden colaborar a nosotros, al municipio y a todos los funcionarios, para mejorar para que ustedes salgan sintiéndose mejor atendidos, pero la gente es reacia a eso (comentario en una reunión de actores institucionales)

La falta de información, la desmotivación y la corrupción en los espacios de participación que tienen base social, generan grandes dificultades para la participación, los estímulos que se dan a la población son cosas materiales que benefician de manera individual, además de la pérdida de la noción de lo público como del bienestar colectivo, son situaciones que desconfiguran la dimensión ciudadana que se ha querido formar.

En cuanto a la formulación y ejecución de políticas públicas, se encuentra que los resultados de los programas son completamente distintos a los esperados, se considera que el subsidio genera círculo vicioso cuando un derecho es puesto a merced del mercado; la orientación de las políticas no es la adecuada y está generando un paternalismo desmedido en la población, a tal punto que se hace evidente el desequilibrio de participación en procesos mediados por los subsidios de cualquier tipo. El amor al dinero redimensiona y configura una nueva concepción de derecho y está reestructurando la sociedad hacia otra dirección muy diferente en la construcción de estado.

Yo creo que la intención cuando salen todos estos programas no es mala, pero realmente pues logran como cosas tan distintas a lo que deberían lograr con todos estos programas – y saturan a la gente – como lo que ellos dicen, vea aquí la asamblea de Familias en Acción es una cosa que yo me quede aterrada, parecía una semana santa, eso era la gente así, porque, porque les dan un subsidio, pero mire a ver si una reunión no tiene ese tinte, es más, aquí no se ve una asamblea tan concurrida como esas, pero la diferencia es de cincuenta personas a quinientas y evidentemente es por el subsidio, entonces el Estado empieza como a meter a un círculo morboso a la comunidad (comentario en una reunión de actores institucionales)

Además se hace notar que, según algunos actores institucionales, hay maquinarias políticas montadas que no permiten la participación de personas jóvenes que se interesan en estos espacios.

También se evidencian fallas de los actores por un mal manejo de algunos mecanismos e instrumentos de participación como el buzón de sugerencias con el cual no se tienen reglas claras y falta socialización de medidas sobre quejas y sugerencias.

Para finalizar se debe decir que el análisis de estos estímulos para la participación (favorables y desfavorables) nos dan pistas de hasta qué punto está afectado uno de los procesos más ilustrativos dentro de la democracia y el ejercicio político y ciudadano, que además se puede considerar como *indicador* de la situación de identidad, territorialidad, reconstrucción del tejido social y de otros procesos en esta comunidad que fue víctima en procesos de vulneración de derechos durante mucho tiempo.

5.1.4 PROPUESTAS PARA MEJORAR Y ESTIMULAR LA ACCION PARTICIPATIVA POR PARTE DE LA COMUNIDAD

Desde una posición crítico-propositiva

Este trabajo de campo recoge algunas de las propuestas más importantes hechas por los diversos actores que fueron abordados las cuales están dadas desde una posición crítica frente a la situación del sector salud pero que hace algunas propuestas para lograr la transformación que se quiere en el sector, entre ellas se encuentran las siguientes:

-Buscar espacios alternativos de participación trascendiendo los de salud para permear y articular estos con el trabajo de dar a conocer un concepto de salud más integral que involucre todo aquello que afecta la salud.

Participar en las escuela de padres de las instituciones educativas y pedir estos espacios, me parece importante como en ir motivando a la gente, ir de vez en

cuando, escuchar las inquietudes, cosas muy puntuales, en esos espacios que se abren, la misma parroquia abre charlas, capacitación; si la comunidad no nos asisten a esos temas de salud, entonces metámonos por educación, la parroquia, ASOCOMUNAL, me parece importante aprovechar esos espacios para irle metiendo el cuento de salud a la gente (comentario en una reunión de actores institucionales)

-Exigir a las instituciones estrategias comunicativas y estimulación a la participación. Se inician procesos interesantes que pudieran aprovecharse al máximo pero al final cuando se consigue lo que las instituciones necesitan para estas actividades ¿Cuál será la percepción que queda en la comunidad? ¿Será que se dan cuenta de que esto ocurre?

Digamos.... Que dicha entidad, una EPS o ARS va a conformar su liga de usuarios, pero solamente se dedican por ejemplo a colocar un cartel y a avisar por radio, pero donde está en realidad como explicarles en el momento para qué es que es ese espacio, o sea ya es como en la parte de los funcionarios, de las entidades, mostrar en realidad para qué es que se tiene que cumplir ese espacio, no solo por cumplir, un espacio por cumplir sino porque en realidad la gente se apropie de él (testimonio de educador en salud)

- La posibilidad de hablar sobre realidad del sistema, sus condiciones financieras y la manera en que estas afectan tanto al sector privado como al público -sobre todo para las E.S.E.- hace parte de la tarea pendiente que tienen los administradores.

Mucha gente interpreta mal los derechos que se tiene, el sector salud es un sector muy limitado frente a la respuesta que puede dar, porque económicamente las erogaciones son muy altas y existe un riesgo moral donde las personas pueden utilizar bien o mal el servicio y de hecho se da con ejemplos claros donde la gente en una semana y en el hospital, asiste a 5 o 6 consultas rotando todos los médicos, es un riesgo que se asume, que el hospital tiene que controlar pero que la gente no dimensiona y que impacta negativamente en la parte financiera y económica de los hospitales. (Testimonio de administrador)

- Esto lleva a pensar seriamente en capacitar y acompañar liga de usuarios y asambleas de asociados, ellos no solo están para legitimar el accionar de las instituciones, la propuesta para el trabajo que se debe realizar con la comunidad debe incluir los aspectos más críticos del sector que se hace importante que la población conozca.

- implementar procesos de aprendizaje que contribuyan al desarrollo social y comunitario desde la autentica promoción de la salud, cómo derecho, bienestar, calidad de vida ya que este es un sector donde en éste momento se genera

angustia y culpa en todos los actores que interaccionan con el actual sistema de salud por su mezquindad.

Para uno es como un sentido de impotencia, si uno no orienta el paciente téngalo por seguro que la desinformación es tal que siempre el hospital es el culpable de todo, pero cuando uno los orienta y los sienta, les explica, cuando uno le explica al paciente todo este rollo uno no sabe si uno descansa o le da más pesar de ver que antes uno como que le entrego una papa caliente peor de la que tenía, antes tenía a quien culpar, ya no tiene (comentario en una reunión de actores institucionales)

Se asocia ese proceso abierto de capacitación con un elemento que sustenta el desarrollo comunitario al permitir que estas comunidades conozcan los derechos y deberes con los que cuenta, ese elemento tiene que ver con dar educación y escuchar inquietudes. Tal actitud hace parte importante en la promoción de la responsabilidad institucional y comunitaria con la participación ciudadana.

- Lograr la reconfiguración de los conceptos de ciudadanía, democracia, Estado y derecho es un proceso que toma tiempo y encarna muchas otras cuestiones

La sola presencia de ejército o policía en las diferentes regiones, no garantiza, de por sí, la restitución de la condición democrática del Estado, se debe garantizar todo el proceso de reconfiguración de identidades así como de actitudes que permitan hilar nuevamente el tejido social en pos de validar el Estado social de derecho que promulga la constitución política de Colombia.

Esas son cosas que no se construyen porque uno diga, vean que allá hay ejército ya pueden estar tranquilos, no, eso es volver a construir unas redes sociales, a tratar de cambiar la mentalidad de todos los habitantes, yo pienso que eso es un proceso que se va a tomar mucho tiempo (comentario en una reunión de actores institucionales)

Desde recomendaciones

Además de las anteriores propuestas, el trabajo de campo permite evidenciar una serie de recomendaciones para hacer viables los diferentes mecanismos de participación en salud. Veamos las más importantes:

-La propuesta para el trabajo que se debe realizar con la comunidad debe permitir inclusión, motivación, sensibilización.

Donde el hospital hiciera ese acompañamiento, donde el PAB, la dirección Local de Salud, acompañara a ese líder, no sé si ASOCOMUNAL ahorita.. esa persona se va a motivar mas, vengan acompañenme, en que, en logística, hacer ese

montaje, en capacitación, video-beam, un pequeño refrigerio, porque no, eso motiva a la gente y un profesional que le ayude a explicar, traerlo de otra parte, que le ayude a explicar sobre derechos, deberes, participación comunitaria, me parece importante, impactaría mas (comentario en una reunión de actores institucionales)

Esto implica procesos abiertos de participación para concienciar la población y lograr la movilización.

La sugerencia es que se inicie un proceso abierto de capacitación en salud pero no con los temas de enfermedad sino de derecho, sistema de salud, políticas, exigibilidad, participación.

Nada puede ser más expresivo que vincular la comunidad en estos procesos porque además de lograr una participación de manera constructiva, propositiva y con actitud de liderar procesos de cambio por parte de la comunidad permite el desarrollo de la misma -incluso de los municipios- y la transformación del sector salud el cual finalmente depende del compromiso que tenga la comunidad de cumplir su papel en la transformación de éste.

Para poder transformar todo esto de salud definitivamente se tiene que involucrar la comunidad, si la comunidad no se mete en el cuento de proponer, de vigilar, de controlar, de ayudar, de velar, de criticar y de mejorar, yo pienso que vamos a seguir así (comentario en una reunión de actores institucionales)

Como esta expresado teóricamente:

“El derecho a la participación, en materia de salud es uno de los ejes más importante para asegurar la vigencia de este derecho y uno de los que se encuentra menos desarrollado normativamente, razón por la cual constituye uno de los retos más urgentes en el futuro inmediato, a fin de brindar a la población instrumentos y canales efectivos de verificación de las políticas oficiales de salud” (De Currea et al. 2000, p. 106)

- Se necesita promoción de instrumentos y herramientas que facilitan el funcionamiento de los espacios de participación, además de una correcta combinación entre saber y hacer con instrumentos adecuados para facilitar una fluida participación social en salud y un aprovechamiento adecuado de esos espacios

Para participar en el sector hay herramientas muy bien creadas, pienso que hace falta promocionarlas mucho más, enseñarlas, darlas a conocer para que la gente las entienda (testimonio de actor comunitario)

De igual modo se necesita claridad conceptual, pues

“Hemos construido una realidad de atención en salud que hasta antes de la ley 100 de 1993 se caracterizaba por tener un componente de lenguaje técnico y de interrelaciones propias de un acto médico humano donde no mediaba de forma importante el factor económico y el científico, a un acto médico construido en el lenguaje producto de estos intereses en franca contradicción” (Romero 2006 p. 112-113)

Adicional a esto, la interpretación conceptual que se da al momento de actuar no busca satisfacer el interés colectivo sino el individual y el conflicto de intereses individuales genera roces entre los actores que no les permite trabajar por el bien común que en este caso es la salud sino que buscan satisfacer sus intereses individuales y se borra al otro.

Algunas formas de mejorar la participación ciudadana reconocidas por los actores del sector salud son: reconocer que existe derecho al conocimiento y a la capacitación en participación; reconocer la educación en salud como el primer paso para la concienciación de las comunidades y para la promoción de la salud como derecho así como una manera adecuada de dirigirse a la comunidad y la articulación interinstitucional, todo con el objetivo de lograr el bien común.

En conclusión se puede decir que los procesos participativos de esta comunidad en lo tocante a salud se encuentran en condición crítica y la responsabilidad recae en todos los actores que por una u otra circunstancia no han asumido un compromiso y un papel serio en estos procesos de participación que aportan en la construcción comunitaria del concepto de derecho a la salud, es por esta que en la teoría se dice que:

Promover y garantizar la participación social, es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades. Las personas, familias y comunidades, como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas con poder y saber, tendrán posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida según sus necesidades, aspiraciones y deseos, ganando el mayor dominio sobre los mecanismos que conducen a una calidad de vida y salud y a la defensa de sus derechos, tanto individuales como colectivos ([DLSPS] 2003, p. 10)”

5.2 LA MOVILIZACION EN EL SECTOR SALUD

Continuando con la reflexión sobre la información obtenida en el trabajo de campo, se diría que presentar la movilización como categoría de análisis implica conocer los imaginarios que las personas de esta comunidad tienen sobre la movilización como parte del accionar ciudadano para la manifestación de

inconformidad y la exigibilidad del derecho, pero antes de esto es pertinente preguntarnos ¿se movilizan las personas en el sector salud? Y si lo hacen ¿hacia dónde lo hacen?

Según los hallazgos hechos en este trabajo se puede decir que si hay movilización pero es diferente al fenómeno social que se ve en lo cotidiano, la movilización en salud está potenciada por el fenómeno mórbido que afecta el cuerpo. Una situación orgánica singular que pertenece al espacio de lo íntimo es el catalizador de esta reacción, para este caso la movilización, como poder en movimiento, está estructurada desde cuatro temas que son: nociones, experiencias, los factores que la impiden y las propuestas.

5.2.1 NOCIONES SOBRE MOVILIZACION REFERIDAS POR LOS ACTORES QUE CONFLUYEN EN EL SECTOR SALUD

Para el caso de las nociones estas serán presentadas desde 5 componentes que comprenden: conceptos, estrategias, justificación, mecanismos y espacios

En primer lugar, conceptualizar se puede entender como una posibilidad de nombrar el mundo, esta posibilidad es producto de la necesidad que tiene el ser humano de aprehender su realidad para disminuir la angustia que produce la incertidumbre.

Sin embargo, en el caso de la movilización “Tomar los relámpagos insurreccionales como momentos epistemológicos es tanto como privilegiar la fugacidad del movimiento, pero sobre todo su intensidad, para poder conocer aquello que se esconde detrás y debajo de las formas establecidas”(Zibechi, 2007, p. 43).

Pero se puede decir que la movilización es un comportamiento de los sujetos fundamentado en tensiones sociales de tipo político, ético, estético, ontológico, económico o cultural, esta situación dispara el accionar desde la subjetividad con capacidades de hacer y pensar frente a maquinarias de dominación.

La movilización de varios sujetos también se pueden tomar como “un tipo de acción colectiva que intencionalmente busca modificar los sistemas sociales establecidos o defender algún interés material, para lo cual se organizan y cooperan con el propósito de desplegar acciones públicas en función de esas metas o reivindicaciones” (Zibechi, 2008, p. 47).

Para los actores que convergen en el sector salud de la municipalidad:

Movilizarse es exigir, saber reclamar los derechos sin violencia (expresión de una mujer de la comunidad)

Es hacerles entender a ellos que como ser humano, como persona y como usuario, tengo derecho que me vean los especialistas que necesito (actor comunitario)

Se entiende la movilización además, como una forma de exigibilidad del derecho en el marco del saber y específicamente del saber reclamar con dignidad, en una posición que confiere autonomía y demuestra empoderamiento de su situación, con una postura ética de ciudadano frente a la institución y los que la representan y no necesariamente enmarcada dentro de una acción grupal en momentos de coyuntura.

Eso mismo que pasa en la calle es lo que le hace a uno estar pendiente, como esas ganas de decir eh como funciona eso, yo como le puedo colaborar a tal persona y si que estén bien aquí y que estén bien allá y uno también (discusión de educadores en salud –fragmento-)

En segundo lugar, la movilización en el sector salud está determinada por una serie de justificaciones de aquellos actores que se sienten afectados por el sistema de salud colombiano, en este sentido la movilización es una opción que toman los sujetos frente a una situación de vulneración de sus derechos y de su condición de ciudadano; toca a cada uno en su singularidad, pero el impacto es en toda la población se convierte al principio en una necesidad y luego se constituye en un imperativo.

Si yo no me pongo las pilas por mí misma, pues, jodida porque nadie lo va a hacer por mí (testimonio de una persona de la comunidad)

En todo caso la interacción de los sujetos con un sistema que promueve la iniquidad social obliga a la población a desarrollar ciertas aptitudes que promueven la exigibilidad del derecho:

Las competencias ciudadanas son los conocimientos y las habilidades cognitivas, emocionales y comunicativas que hacen posible que las personas participen en la construcción de una sociedad, pacífica e incluyente. Esto bien se podría evidenciar en el momento de ejercitar prácticas sobre los mecanismos constitucionales para proteger nuestros

derechos fundamentales, a fin de participar democráticamente y hacer que estos sean respetados. (Guevara et al., 2007, p. 63).

Son las necesidades en salud no resueltas las que hacen de la movilización una alternativa por la supervivencia frente al riesgo en que se encuentra la vida al tener un trastorno en la condición de salud, también se constituye en una forma de ser visualizado y a la vez de visualizarse a sí mismo como sujeto de derechos. El ciudadano del común se moviliza a causa de las contradicciones del sistema que afectan su derecho como usuarios.

Lo que yo he hecho, la forma como reclamo, es porque la gente me da aquel medicamento que yo como pobre lo puedo comprar, yo puedo ser muy pobre pero un acetaminofen, un dolex yo me lo puedo comprar pero ese medicamento de 300-400 mil pesos, yo jamás me lo voy a poder comprar cada mes (relato de un usuario del servicio de salud)

Además se justifica la movilización por los logros que le genera al ciudadano sobre el sistema, los cuales requieren el concurso de todos los actores.

Esa es la frasecita de cajón “el pueblo unido jamás será vencido” y si nosotros nos unimos en pro, en pro de un logro pues bien, obviamente el sistema mejora (afirmación educadora en salud)

En tercer lugar están los mecanismos usados por los ciudadanos para la movilización en defensa de su derecho a los servicios y espacios de salud, pues aunque estos están insertados en una lógica mercantil la población continúa sintiéndolos, entendiéndolos y asociándolos al dominio público; para entender esta postura se debe mencionar que “El espacio público, según el análisis propuesto en los últimos años, aparece como el lugar de expresión de la sociedad civil...Ahora bien, la sociedad civil en la connotación política es plural ¿Y lo plural no significa las aspiraciones, valores, propuestas, alternativas de poder?” (Ortiz et al. 1998 p. 15).

En ese ejercicio de interpretación de la salud como derecho, la iniciativa de hablar con dignidad se constituye en un mecanismo de movilización particular donde el sujeto enfermo desde el diálogo y la narración de su historia procura hacerse visible e intenta lograr su reivindicación como ciudadano y defender su derecho.

Por ejemplo: tenía una cita con el cardiólogo y ellos me la negaron, me dijeron que no había cita, que eran muy demoradas, que ya me había visto otro especialista

antes pero entonces yo le dije: ¡qué pena pues! es mi vida, es mi salud...yo me sentía muy enferma, demasiado enferma para esperar otros dos meses que me viera el cardiólogo (relato de un ciudadano usuario de servicios de salud)

Yo siempre reclamo mis derechos muy pasivamente, llego adonde la niña, le digo que necesito que me colaboren porque me siento muy enferma y expongo el caso de mi enfermedad crónica, les presento mi caso y ellas a veces me dicen que la EPS no me cubre tal medicamento porque no está en el POS (relato de un usuario)

En efecto, el hecho de que el paciente pretenda narrar su sufrimiento muestra una parte no muy estructurada de la práctica curativa que tiene que ver con la forma como se entrecruzan la dimensión ontológica e histórica de manera misteriosa con el aspecto oral que circunda el sujeto, en este sentido “El lenguaje nos define de muchas maneras y, por lo tanto, nos da el ser [...] El lenguaje por ello no puede entenderse como un mero instrumento de la comunicación, sino como el ser del hombre mismo, como la vida del ser, el ser es lenguaje (Grupo editorial educar, 2007, p.37)

Sin embargo, el relato oral convertido en mecanismo de movilización de los sujetos tiene por lo menos una fisura que afecta de manera considerable la intención de convertir la salud en un asunto público, esta fisura tiene que ver con la individuación que sufren los sujetos cuando no se entienden como parte de una comunidad o un colectivo y se manifiesta cuando asume de manera independiente su proceso de exigibilidad.

Lo curioso es que cuando falla la oportunidad en los servicios de salud, estos sujetos en lugar de socializar su problema conservan su individuación y cambian del relato oral a reacciones de agresión al ver vulnerado su derecho; esta agresión con el tiempo se naturaliza en los mecanismos de exigibilidad de los derechos.

Continuando con la exploración de los mecanismos usados para la movilización, también se encuentra la educación en salud, la cual en ocasiones se visualiza como acciones que trascienden el enfoque de control sobre factores de riesgo y se posiciona como instrumento en las relaciones de enseñanza y aprendizaje sobre el sistema, el derecho y los saberes que convergen en los espacios de participación en salud para lograr concienciar la población. Es la toma de conciencia con apropiación de espacios de participación lo que ayuda a transformar esos espacios participativos en espacios para la movilización.

A partir de que la gente empiece a tomar conciencia y se meta, como es el dicho, en los zapatos del otro, eso de que debemos es aprovechar esos espacios que hay, apropiarnos, ejercerlos y ojala lograr que entre todos esos espacios logren

cada día una mejor calidad de vida en salud, tanto para el individuo como para la familia y la comunidad. (Comentario educador en salud)

Ocupando el cuarto lugar en los elementos que enriquecen las nociones de los actores del sector salud sobre movilización se encuentran esos espacios de participación ya transformados que sirven a la movilización; tales espacios se consideran públicos entendidos así “Lo público, es lo que pertenece a todos, que une y desune, el espacio del movimiento; es “el mundo en común”. Mientras que lo privado “supone actividades que refieren a la creación de artefactos y a la reproducción de la vida. Es el ámbito de la necesidad y de aquello que debe ser protegido de la luz pública” (Ortiz et al. 1998 p. 14)

Pero que en el caso de la salud están en la indefinición debido a que la enfermedad así como el cuerpo pertenecen a lo íntimo del sujeto, comprenden y ayudan a configurar la noción de lo privado mientras que la salud desde una perspectiva de derecho hace parte de lo público.

En los relatos de los entrevistados se identificó que existen varios espacios a nivel local que son propicios para la movilización de las personas como ciudadanos con identidad política, frente a situaciones que perjudican su libre ejercicio del derecho a la salud a través del uso de los servicios de intervención de la enfermedad.

El concejo municipal es uno de esos espacios desde los cuales se promueve la movilización para la vigilancia, el control, la promoción y la prevención, en tanto la participación constituye un estímulo directo para que los ciudadanos se movilicen por su salud.

El concejo municipal también atiende y se preocupa mucho por la salud... se trabaja todo lo que tiene que ver con las instituciones y también con las comunidades, todas las inquietudes (actor comunitario)

Ahora como concejala he tenido la oportunidad de liderar mucho con los compañeros concejales... hacer vigilancia y control a la prestación de servicios acá y la promoción y prevención, con mucho énfasis en las áreas rurales (líder comunitario)

Otro de esos espacios tiene que ver con las amplias reuniones; cuando se asume una posición firme que está cimentada y estructurada en las experiencias hay movilización, en este sentido, algunos líderes se apropian de su papel y consideran la participación y la movilización como algo esencial para la vida en sus comunidades. Así lo atestigua un líder de la comunidad

Yo me apropio demasiado de eso, de hecho uno entra en reflexiones y dice: bueno en la mayor parte de los espacios donde ejerzo el poco o mucho conocimiento que tengo sobre salud me entrego demasiado, ni siquiera pienso es que yo laboro con esto entonces me estoy ganando un sueldo por esto, no, ni siquiera me fijo si esa es mi función, sólo sé que un derecho en la salud es la vida, es la vida de ese ser humano (comentario de actor de la comunidad)

Entonces, todos los espacios de participación bien dinamizados pueden motivar la movilización y ocasionan empoderamiento por una parte y por otra el trabajo de un líder trasciende su rol de empleado, sobre todo en situaciones de defensa de la salud como un derecho que se encuentra íntimamente ligado a la vida

Para esto, las estrategias se abordan desde escenarios que no necesariamente son institucionales “El tejido social ahora se ordena con base en decisiones públicas de origen auténticamente ciudadano que derivan en formas alternativas de democracia que rediseñan los fines personales de vida en sociedad –la democracia alternativa de configuración no estatal” (Ortiz et al., 1998 p. 22)

De otra parte uno de los principales detonantes de la creatividad ciudadana frente a la explotación y aprovechamiento de las estrategias de movilización es la necesidad de conocer el sistema de salud y todo lo relacionado con éste porque impulsa la movilización individual, es la necesidad la que impulsa a las personas, es el motor para que se movilicen, pero es imprescindible que haya información socialmente pertinente y adecuada para que sea asequible ese conocimiento

Uno siente la necesidad y si yo veo que aquí no están disponibles para darme lo que necesito, ahh yo me tengo que rebuscar por otro lado... yo digo algo, ahorita en este mundo se están peleando dos cosas el agua y el conocimiento ¿Quién es el que va adelante?, el que tiene el conocimiento... hágale mijo, estudie y conozca ¿para que? Para que no lo cojan (conversatorio educadores en salud)

En este sentido, entregar el conocimiento a la población es una estrategia para la movilización porque la distribución del conocimiento, también es distribución de poder, lo que implica lograr inclinar un poco las relaciones hacia una forma horizontal de entendimiento, desde esta perspectiva la democratización del conocimiento es una forma poderosa de movilización.

Entonces ¿Cómo se movilizan las instituciones de salud frente al problema del desconocimiento? Y ¿Qué es lo que la población debe conocer?

La ley es uno de esos aspectos indispensables que la población debe conocer, ya que esta es la que regula y reglamenta el derecho, en este caso el de

la salud y por consiguiente es una estrategia para la movilización. Conocer la ley le brinda elementos a cada ciudadano para el alcance efectivo de sus derechos así como para el uso adecuado de los mecanismos de exigibilidad; por esto conocer la ley es una estrategia y aplicarla para lograr la garantía del derecho se constituye en mecanismo movilizador.

Y no sólo el conocimiento de la ley; también es importante conocer y socializar el funcionamiento del sistema, esto es fundamental para orientar a las personas y estimularlas para que no se queden sin hacer nada; esto se constituye en estrategia para la movilización.

Otra necesidad que nos surge de saber cómo se monta una tutela para nosotros decirle: bueno, vaya donde peranito, hace este paso, esto, esto...muy rico que aquí nos dieran eso, es que nosotros sinceramente debemos manejar muchas cositas, no ser pues que los tesos en todo pero de verdad si como para colaborar. Yo les digo vaya a personería, ahí se monta la tutela ahí le dicen que tiene que hacer, eso es lo único que yo he podido hacer, que he podido decir por ahora, porque si yo no sé cómo se monta una tutela (conversatorio educadores en salud)

En este punto es importante aclarar que, además de conocer, se debe saber qué hacer con ese conocimiento, en este caso saber realizar y radicar los instrumentos de exigibilidad (tutela, derecho de petición); el desconocimiento es tal que las personas no conocen cómo es la estructura básica de estos instrumentos y sólo han escuchado su nombre pero no han tenido un acercamiento con ellos, en tal sentido la realización y radicación de instrumentos de exigibilidad del derecho se constituye en movilización in situ.

Para el caso de las instituciones estatales, en su naturaleza filosófica éstas se movilizan en torno a la garantía de los derechos y propenden por el cumplimiento de los deberes de los ciudadanos ya que ellas son la mínima parte estructural y funcional del Estado, Los derechos causan movilización, son mecanismos que disparan el accionar institucional lo cual se constituye en estrategia para la garantía del derecho, sin embargo se coloca en otros la responsabilidad de la educación sobre derechos, sistema, estrategias y problemáticas de la salud

En síntesis se puede decir que las estrategias de movilización surgen como consecuencia de una necesidad sentida que estimula y potencia las personas y la comunidad hacia la exigibilidad del derecho por lo que a aquellos actores que poseen algún saber les corresponde asumir la responsabilidad de socializarlos, mas no se debe dar por sentado que solo a la primera socialización todo queda claro y aceptado.

5.2.2 EXPERIENCIAS DE MOVILIZACION REGISTRADAS POR LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD

Dentro de este apartado se explica cómo se han dado las experiencias de movilización por la salud vividas en el pasado por los actores institucionales y los ciudadanos del común en esta población y cómo ocurren actualmente dichos procesos. Según esto cabe preguntarse si se registra en el discurso de los entrevistados alguna información que permita dar cuenta sobre lo ocurrido con el proceso de movilización que han registrado los habitantes de esta localidad.

5.2.2.1 CRISIS EN LOS PROCESOS DE MOVILIZACION CIUDADANA EN EL SECTOR SALUD

Sobre este asunto se menciona que en algún momento del pasado se dio movilización con propuestas claras por parte de los comités, esto generó dinámicas muy interesantes que permitieron, tanto a la población como a las instituciones, articularse de manera adecuada para adelantar procesos que logran dar un direccionamiento de las acciones en salud más acordes con la realidad social del territorio, sin embargo, el hablar de estas experiencias en tiempos pretéritos denota cierta nostalgia que hace pensar en una ruptura del proceso de formación ciudadana:

Las juntas de acción comunal a nivel veredal al menos tenían comité de educación, comité de deporte, comité de salud, tenían por allá de obras o de finanzas y eran operativos y cada comité sabía que funciones tenían, quienes debían de estar conformando ese comité, ellos eran los que se desplazaban aquí, los coordinadores de esos comités con el aval de la junta de acción comunal se desplazaban aquí ya con propuestas claras hacia las diferentes instituciones (grupo de discusión administradores)

Cuando se tenían a las promotoras de salud en sus comunidades, nacidas y criadas ahí, eran dolientes de esas comunidades, ellas vivían allá y tenían los mismos problemas y el mismo sentir de esas comunidad, ellas vivían lo que todo el mundo vivía, entonces tenían un conocimiento supremamente acertado de todo lo que estaba pasando y cuando la gente manifestaba la problemática también tenían las alternativas para la solución, no era que nos descargaban aquí los problemas, sino que de una vez nos decían los problemas, nos decían las alternativas y se buscaba la mejor y se empezaba a gestionar (grupo de discusión administradores)

Ya para el momento actual lo que se percibe es que la movilización de las instituciones está orientada de una manera muy enfocada la privilegiar los procesos administrativos empresariales, so pretexto de garantizar el derecho lo cual entorpece el trabajo con comunidades y personas porque estos no son lo mismo que un proceso de producción industrial normal.

En este sentido, el trabajo en territorios sociales y subjetivos tiene unas características que los hace únicos y diferentes, no se puede aplicar una lógica fría de producción de objetos a los servicios de salud, estos no se deberían producir de esta manera pues alrededor del estado mórbido circundan sujetos en interacción que buscan dar solución a problemáticas como sufrimiento por la presencia de enfermedad, desconfiguración del cuerpo del enfermo, confirmación de la existencia desde el reconocimiento por parte de un “otro” con poder de intervenir la enfermedad e instrumentalizar el cuerpo, entre muchas otras interacciones que van más allá del simple acto de administrar al cuerpo sustancias químicas prescritas de manera indiscriminada. Más allá de cualquier especulación, se puede afirmar que “Estos territorios son espacios de auto organización, espacios de poder, en los que se construye colectivamente una nueva organización de la sociedad” (Zibechi, 2008, p.202)

Complementando lo anterior se puede decir que “Es entonces el territorio, conformado y delimitado por las relaciones sociales que se tejen [...] el espacio donde de se sufre y se sienten las múltiples consecuencias [...] pero es también el espacio de encuentro y de trabajo, el espacio donde se comparte la cotidianidad y el espacio donde se organizan y luchan por alcanzar condiciones de vida acordes con la dignidad humana”. (Acosta, Briceño & Restrepo, 2009 p.75)

Por otro lado, actualmente se percibe desgaste de comunidades dentro de los intentos de dinamizar acciones participativas. Estas no participan ni se movilizan a causa de:

- Los procesos interrumpidos o reorientados sin ninguna lógica
- La presencia intermitente de funcionarios en las comunidades ya que estos no cuentan con estabilidad laboral.

Antes había presencia fuerte del estado porque teníamos unos funcionarios que de una vez venían de niveles superiores y permanecían aquí en el municipio, eran personas que venían con una continuidad en el trabajo y con las comunidades y eso facilitaba el trabajo, yo no estoy diciendo que en ese tiempo los funcionarios fueran excelentes y que ahora no, ¡no! lo que pasa es que había una permanencia en el tiempo y eso les facilitaba el conocimiento (administradores en salud)

Esto hace que se perciba en el interior de los procesos falta de participación por parte de las comunidades. Para hacer más compleja la situación, la movilización como expresión de ejercicio ciudadano dentro de las instituciones es muy restringida aun para quienes pertenecen a algún tipo de asociación y por si fuera poco, actualmente la institución no busca las personas, no las estimula, no sensibiliza la población sobre la importancia de la movilización

Se acepta que hay corresponsabilidad de los actores en este fenómeno, las administraciones brindan pocas herramientas, hay una deficiente comunicación entre sectores y actores y se asumen posiciones defensivas cuando uno de ellos intenta cualquier acción (exigir la prestación de un servicio o denunciar alguna irregularidad, además la individualización de los problemas ha permitido la disolución de las acciones colectivas donde las personas de la comunidad no se interpretan como parte de ese colectivo afectado por un problema común lo que distorsiona notablemente la movilización de la comunidad.

Pienso que es de parte y parte, que no es la gente en si la que no quiere hacer algo por ellos mismos, porque el sistema de la salud es de todos sino también de la administración que brinda pocas herramientas y las cosas que brinda en si no las aprovecha entonces es como de parte y parte (grupo de discusión usuarios)

5.2.2.2 RESPONSABILIDAD EN LA MOVILIZACION

Sobre este aspecto es importante resaltar que es la toma de conciencia sobre la importancia de los espacios y acciones de participación la que genera responsabilidad sobre la movilización. La solidaridad debe ser el lema de las personas que aspiran lograr transformaciones sociales desde lo individual, pasando por lo familiar y hasta llegar a lo comunitario.

Es así que quienes viven las mismas situaciones que la comunidad son dolientes de los procesos y adquieren una posición crítica y propositiva, pero para la mayoría de la población, la lógica es mencionar el problema y dejarlo en manos de los funcionarios para que den solución a todo. Es así cómo se hace evidente por un lado la dependencia cada vez más marcada de la población hacia las instituciones (paternalismo asistencialista, y por el otro la desvinculación de la población de las organizaciones colectivas comunitarias en las cuales se debería tratar este tipo de problemas pues con mucho han trascendido el espacio individual y se requiere de soluciones concertadas entre instituciones y comunidad porque afectan a toda la población, no a sujetos aislados.

A partir de que la gente empiece a tomar conciencia y se meta, como es el dicho, en los zapatos del otro, eso de que debemos es aprovechar esos espacios que hay, apropiarnos, ejercerlos y ojalá lograr que entre todos esos espacios logren

cada día una mejor calidad de vida en salud, tanto para el individuo como para el familiar y el comunitario” (opinión educador en salud)

Debido a lo anterior, los actores con mayor conocimiento y compromiso deben asumir mayor responsabilidad, sin embargo, esto conlleva al error de pensar que las personas delegadas en comités de salud dentro de organizaciones comunitarias tienen más conocimiento y pueden hacer las cosas de manera individual, lo que no es necesariamente cierto y permite caer en vicios y errores que afectan la movilización.

Si echamos un vistazo sobre este asunto, “A diferencia de lo que sucede en la lógica liberal, en la comunitaria no se elige al más capaz o al más instruido o inteligente, sino simplemente al que le toca el turno” (Zibechi, 2007, p. 50)

Para contrarrestar esto, la movilización social de carácter individual se debe orientar desde la educación para la apropiación de espacios de participación donde se fomente una actitud de autocrítica, la posibilidad de socialización del conocimiento, la estimulación a la participación y la solidaridad en el trabajo colectivo, además de estrategias comunicativas que sensibilicen para la movilización social.

Cuando se tenía a las promotoras de salud en sus comunidades, nacidas y criadas ahí, eran dolientes de esas comunidades, ellas vivían allá y tenían los mismos problemas y el mismo sentir de esas comunidades, ellas vivían lo que todo el mundo vivía, entonces tenían un conocimiento supremamente acertado de todo lo que estaba pasando y cuando la gente manifestaba la problemática también tenían las alternativas para la solución, no era que nos descargaban aquí los problemas, sino que de una vez nos decían los problemas, nos decían las alternativas y se buscaba la mejor y se empezaba a gestionar (Grupo de discusión administradores)

Sin embargo la poca información sobre el sistema, la complejidad del mismo y los constantes choques que se dan entre los actores, generan grandes dificultades en la movilización social y la apropiación de espacios de participación en el sector

El beneficio más importante de la movilización es la incidencia sobre las decisiones institucionales, en este sentido, son las personas que reciben el servicio quienes pueden dar una valoración del mismo, pues son quienes reciben de manera directa el impacto de las actividades.

5.2.3 FACTORES QUE IMPIDEN LA MOVILIZACION CIUDADANA EN EL SECTOR SALUD

Una vez identificados los factores que hacen frágil la movilización de los ciudadanos por la garantía y exigibilidad del derecho a la salud, ahora concentrémonos en analizar aquellos que impiden o limitan esta acción enfocada en lo individual de los sujetos de la localidad

DIFICULTADES

En veredas con mucha población se manifiesta desdén en participar y movilizarse debido a la persistencia del asistencialismo y el paternalismo estatal que es en todo caso un mecanismo de dominación que afecta notablemente la noción y estructura del Estado. Esta falta de empoderamiento y de dimensionar lo comunitario hace que las personas se movilicen de manera individual hacia el intervencionismo y el asistencialismo como forma facilista de solucionar problemas mediatos, suprimiendo la conciencia colectiva, la identidad democrática y la responsabilidad ciudadana que se convierten en grandes problemas a largo plazo.

En este orden de ideas, la sobreoferta de subsidios y ayudas estatales y la posición de vulnerabilidad que generan, sin preservación de la conciencia ciudadana de la población, ocasiona que estos asuman el papel de mendigos, pervirtiéndose la imagen de derecho, exigibilidad, e incluso dignidad reconfigurándose la noción de lo público de manera negativa.

La gente es más reacia, no tienen tiempo o manifiestan pereza sobre esos temas... ¡no yo más bien voy y me quejo al alcalde para que me dé! Y les interesa realmente muy poco mejorar su calidad de vida por ellos mismos (Comentario educador en salud)

Cuando empezamos a tener problemas de desplazamiento y de violencia tan marcados empezaron a llegar todos los programas del gobierno, empezaron a llegar las instituciones funcionales ONG pero todos les traían algo, entonces nos vamos a reunir porque les vamos a dar el mercado, les vamos a ayudar para vivienda, les vamos a ayudar para el retorno, les vamos a ayudar para esto, les vamos a ayudar para lo otro, y cuando nosotros menos pensamos fuimos a convocar y ya la gente, que nos van a dar, si no nos van a dar nada entonces esa reunión no sirve, no hay a que ir, cierto, entonces la mentalidad de todo eso de mendicidad, no sabemos en qué momento se hizo gigante (grupo de discusión administradores)

Por otro lado, se evidencia decepción por la manera como el sistema regula y orienta la prestación de los servicios, en los cuales se pierden los espacios para el diálogo, además los usuarios manifiestan que falta referente para el diálogo en cuanto a los vicios, vacíos y fallas del sistema de salud que se interpretan como pasividad frente al derecho, ocasionando constantemente sentimiento de vulneración de los mismos

Conozco por experiencia gente muy humilde que dice no yo mejor me dejo morir, para que luchar y joder tanto si esa gente no le da a uno sino lo que le quieren dar a uno (relato de actor comunitario)

Adicional a esto están el mínimo ejercicio democrático y la inequidad en la distribución del poder e incorrecta percepción del liderazgo, es decir, aunque se reconoce que la representatividad a veces es un mecanismo democrático aceptado y una figura válida para el proceso dialógico, se convierte en problemático cuando se deja todo en manos de una sola persona.

En este sentido ZIBECHI citando a Weber dice que “la figura del representante niega la relación de solidaridad, ya que las personas agrupadas son medios para conseguir fines” (2007, p. 49)

Incluso la violencia y el temor que genera esta, es un factor determinante que impide la movilización.

Nosotros teníamos una asociación de usuarios y ustedes no me lo van a creer, era una asociación de usuarios que se reunían cada mes a estudiar una cantidad de cosas. Les entregábamos el perfil epidemiológico de aquí del municipio y ellos lo estudiaban mirando que necesidades habían, partían de un diagnóstico comunitario que ellos mismos sacaban, eran muy estudiosos, la gerente de ese tiempo se reunían mensualmente con ellos estudiaban y trabajaban, pero como digo yo, la violencia vino y le dio la vuelta a todos (grupo de discusión administradores en salud)

Aquí la gente cuando la llamaban en el tiempo de la violencia a asambleas era por medio de un fusil, pasaban por las calles...bueno usted tiene que estar en una reunión en el parque a tal hora y varias veces pasaba así, entonces la gente cogió mucho miedo (grupo de discusión administradores en salud)

De otra parte desconocer los actores del sistema, el papel que estos pueden jugar y la responsabilidad que le compete a cada uno, así como la falta de organización y empoderamiento de ellos, hace parte de los factores que imposibilitan la movilización.

Y por último la percepción de las asociaciones de ser usados sistemáticamente para el cumplimiento de requisitos y luego son olvidados y el no poder dar respuesta a algunas inquietudes, permite distanciamientos que no benefician en nada ningún proceso ya que todos ellos necesitan del diálogo y la concertación de los actores.

Además de los factores ya presentados, se puede mencionar también que hace falta obtener avances en los siguientes aspectos:

Que cada actor individual, colectivo e institucional asuma de manera ética y responsable sus compromisos entendiendo la importancia que hay en el hecho de que la gente conozca cómo funciona el sistema.

- Avanzar en organización, propuestas claras, articulación de los actores, conocimiento del sistema y sus normas, conocimiento del derecho. Se acusa la falta de participación propositiva con desconocimiento de la norma por parte de la comunidad.
- Generar actitud propositiva y posición clara frente a la situación del sector salud por parte de la población que se describe como pasiva e indiferente.
- Garantizar la continuidad de funcionarios con el fin de lograr la consolidación de procesos que se puedan evidenciar en la comunidad, sin embargo se debe tener en cuenta que la ruta que se utilice en el flujo del conocimiento emanado de estos procesos puede llevar a una dependencia de la comunidad a funcionarios e instituciones.
- Avanzar en el desarrollo de competencias para el manejo de la información por parte de los funcionarios de las instituciones que desconocen el funcionamiento del sistema, ya que estos entregan información al público sin tener mayor conocimiento, esta información se socializa y empieza a generar disgustos y malos entendidos.

DEBILIDADES

Dentro de la información rastreada sobre movilización, se interpretaron algunas situaciones como debilidades en la dinámica de movilización entre las cuales están:

- Inexistencia de procesos institucionales que potencien la organización comunitaria, en este sentido los usuarios no pretenden iniciar procesos ya que no se ha logrado un espacio de dialogo en el cual ellos se sientan como pares de interlocución.

Al respecto de esto es importante resaltar que “Los poderes tradicionales y todavía algunas autoridades acostumbradas a que no se les ponga en cuestión, temen la organización popular y tienden a considerarla como potencialmente subversiva ya que, en efecto una población organizada para la defensa de sus intereses y consciente de sus derechos es más difícil de manipular que una población dispersa e ignorante” (Zuleta, 2005, p. 163)

En este sentido, se debe decir que mientras las instituciones sigan viendo la participación comunitaria y ciudadana como un tipo de amenaza que se debe neutralizar al máximo, el quehacer las instituciones sobre la comunidad seguirá estando muy desenfocado ya que no parten de la comunidad, además esto ocasionará problemas en el corto, mediano y largo plazo para que la comunidad se articule a las acciones institucionales, evidenciados principalmente en:

Falta de tiempo para participar. Para quienes están asociados hay dificultades ya que tienen otros quehaceres que limitan sus posibilidades, además nuevamente se resalta el problema con el bien común ya que para la población esto es secundario.

- Las comunidades continúan viendo las responsabilidades como problemas, lo cual llevará a que no los asuman como posibilidades, esto produce desinterés y resignación, las personas alcanzan a percibir que es una problemática a nivel nacional y por esto se resignan a no hacer nada.
- La falta de conocimiento ocasionará movilizaciones infructuosas, es decir, cuando las personas no conocen a fondo las situaciones que rodean un hecho, tienden a polarizarse, esto produce una actitud reaccionaria que al final puede dar al traste con parte del proceso si no se canaliza adecuadamente y con buena información.
- Los procesos de apoyo a las personas son focos de micromovilizaciones que se pueden extinguir si se apoya la población con base en el desconocimiento, sin embargo el aprendizaje del poco conocimiento que existe es por medio de la vivencia.

5.2.4 PROPUESTAS QUE GIRAN EN TORNO A LA MOVILIZACION SOCIAL EN SALUD

Luego de analizar toda la información obtenida de los actores del sector salud sobre movilización, queda definido que:

La mejor herramienta para lograr consolidar procesos ciudadanos es la capacitación con la cual se puede concienciar y fomentar en la población una actitud propositiva, para lo cual ésta debe estar orientada a la población y debe ser sobre recursos y presupuestos de salud.

Se debe asegurar la reproducción de conocimiento para socializarlo a través del tiempo. Es imperativo conocer para proponer y para generar cambios

sociales profundos, no se puede depender de personas en específico, las necesidades deben estimular a la movilización por conocer y por exigir.

Se deben Socializar los procesos administrativos institucionales, interinstitucionales y transinstitucionales que afecten la garantía del derecho; socializar también conocimientos, en este sentido los educadores en salud dicen que es necesario que las instituciones den a conocer todos esos procesos que ellos hacen y que las personas los conozcan para que se den a la tarea de organizarse, dialogar proponer y construir conjuntamente para el desarrollo.

Pidámosle al hospital que nos enseñe como es el manejo entre el hospital y la seccional, que nos enseñen como es todo eso de contrataciones y de las remisiones que cómo se hacen y que requisitos deben tener, cuanto se demora, qué es lo que tienen que hacer, pedir una capacitación sobre eso e informarnos (comentario en conversatorio educadores en salud)

Las personas del sector administrativo reconocen cómo en medio de los trámites y la papelería que se requiere para brindar el servicio se pierden de vista las personas, por lo que proponen una transformación del sistema con visualización de los sujetos, sobretodo del paciente-usuario y la humanización de procesos, servicios e instituciones.

Igualmente se requiere iniciar un proceso de cambio cultural con pequeños aportes para que las personas se animen, esa movilización, ese trabajo de concienciación depende de los actores que tienen el conocimiento, mucho o poco pero que sirve para dar continuidad y entender cómo funciona el sistema a nivel municipal.

Por último se debe reconocer que la vinculación de todos los actores puede garantizar un proceso adecuado en la transformación local de aquello que se pueda entender por salud, “Esto, a su turno, como lo sabemos perfectamente hoy en día, solo puede lograrse si en la sociedad civil se ha desarrollado la conciencia y la necesidad de los derechos humanos, hasta el punto en el cual el poder que los viole no solo pierda la legitimidad sino también las condiciones de dominación, es decir, se vea enfrentado a una desobediencia civil generalizada o a una rebelión triunfante” (Zuleta, 2005, p. 76) si a esto se le suma un trabajo intersectorial el resultado puede ser interesante.

5.3 EL DERECHO A LA SALUD

La noción de derecho implica como ya se ha mencionado anteriormente, la imagen de prebenda social de la que disfrutaban los ciudadanos, originada en los

triunfos logrados por los sujetos con ocasión de la defensa de posturas políticas sobre el intento de autogobernarse, estas han permitido el surgimiento de la figura del estado y sus instituciones como garante de esos logros colectivos a los cuales se ha denominado “*derechos*” y se les considera bienes públicos o sea:

“Tomado de esta manera, el derecho a la salud se transforma en motor de reivindicaciones políticas y en inductor de la construcción de la democracia como justicia social, ésta siendo la razón profunda por la cual la densificación del derecho a la salud, o sea la disputa por la racionalidad práctica subyacente al ejercicio discursivo del derecho, debe ser tomada desde la ética solidaria para transformarse en razón misma de la formulación de políticas, la organización de sistemas y servicios y el desarrollo de las acciones por la salud” (De Negri, 2008, p. 1)

La información obtenida en el trabajo de campo nos permitió rastrear la categoría derecho en salud y se trata de describir como éste es entendido por la población de la municipalidad. Se evidencia una comprensión desde cuatro ideas importantes, la primera de ellas tiene que ver con las nociones que tiene la población sobre lo que ellos consideran derecho en salud; la segunda da cuenta de la forma como la comunidad logra exigir ese derecho a partir del aprovechamiento de instrumentos y mecanismos para su garantía, la tercera nos permite visualizar cuales son los mecanismos institucionales para lograr la garantía del derecho en salud a la población que es receptora y coejecutora de las acciones, la cuarta muestra cuales son los factores que afectan la garantía y ejercicio del derecho así entendido; y por último se explicitan las propuestas emanadas de la población y que ellos consideran pueden ayudar a mejorar la prestación del servicio.

5.3.1 NOCIONES SOBRE LA GARANTIA DEL DERECHO EN SALUD QUE HAN ADQUIRIDO LOS DIFERENTES ACTORES

Estas nociones ayudan a describir, con base en los conceptos y las percepciones de los entrevistados, la realidad del municipio en lo que corresponde a salud y permiten ver cuáles son los imaginarios de la población frente a lo que las personas entienden por derecho en este sentido.

5.3.1.1 CONCEPTOS FORJADOS A PARTIR DE SU INTERACCION CON EL SISTEMA DE SALUD

Antes de referirnos a los conceptos construidos a partir de las vivencias, es importante retomar nuevamente a De Negri quien plantea:

“El enfoque de la salud como un derecho humano fundamental tiene un impacto profundo en la manera como formulamos su concepto político, ubicando la salud como un bien público –individual y colectivo- y por esto factor definidor de la naturaleza de las políticas en salud, su vocación pública (en el sentido republicano del Estado) y por lo tanto orientadas a responder las necesidades sociales derivadas de los mismos derechos que determinan y definen la salud.”(De Negri, 2008, p.1)

Los hallazgos realizados en esta investigación muestran que la población interpreta la salud como algo ligado profundamente a los deberes y las responsabilidades que tienen los sujetos frente al cuidado de su cuerpo y su bienestar, además del acceso a los recursos que se tienen para garantizar la prestación de servicios de intervención en la enfermedad.

En este sentido, las personas entienden que el derecho es garantizado cuando se presta una adecuada atención, cuando se da a conocer con claridad el alcance y efectividad de los derechos y los deberes para cumplirlos logrando así un ejercicio responsable, basado en el conocimiento. También piensan que es deber ciudadano hacer uso racional de los servicios ofertados en el sector salud.

Manifiestan la necesidad de asumir los derechos y deberes en salud con responsabilidad frente a los otros para garantizar el uso racional de los servicios, esta responsabilidad y la asunción de una postura ética deben permitir algún progreso, sin embargo se manifiesta que crear conciencia sobre cumplir los deberes en salud –específicamente en participación- es lo más complicado, la participación ciudadana está relacionada directamente con los derechos y los deberes ya que en estos espacios es donde se dan a conocer tanto los unos como los otros y aquellos factores de tipo social, financiero, cultural y orgánico que los afecta.

Uno tiene el conocimiento de hacer el buen uso de los servicios, de que yo tengo un derecho a que me atiendan si realmente es necesario y no ir por joder como mucha gente lo hace a ver cual medico es mejor y cual me le apunta a la enfermedad, uno sabe que tiene unos derechos y unos deberes que hay que cumplirlos. (Grupo de discusión actores comunitarios)

Resaltan que los derechos se deben asumir con criterio ético no solo ante el estado como ciudadano, sino ante los actores del sistema que oferta servicios relacionados con el sector, porque el concepto de derecho se presta para abusar de ciertas condiciones y tratar mal a los demás, en concordancia con esto, sienten

que la tendencia al abuso del poder –de lado y lado- cuando los sujetos lo ostentan es notoria, mas aun cuando por tanto tiempo se ha vivido oprimido por los abusos del sistema. Por esto las labores de educación deben ser concienzudas y muy bien direccionadas ya que no se trata de formar verdugos sino ciudadanos.

Cuando a uno le dicen “los derechos”, uno abusa de esos derechos, nosotros abusamos, por ejemplo como el niño, usted le dice al niño, es que su mama no le puede pegar, no le puede maltratar, entonces el niño cuando usted lo castiga, yo la voy a demandar porque usted me pega, así es, así somos todas las personas, ah es que como yo tengo derecho a que a mí me atiendan entonces vienen, se acumula todo el mundo aquí, me tienen que atender ya, no me dieron ficho, eso tratan mal a todo el mundo, bueno con palabras soeces entonces es mejor empezar, hacerlo como sentir, es que usted tiene que ir a esto y esto para que cuide su salud (grupo de discusión educadores en salud)

Es en este punto donde según el grupo de educadores en salud, los deberes en salud cobran relevancia -como parte de los derechos-. Se deben asumir con criterio ético sobre todo frente a los servicios prestados ya que la experiencia de las instituciones en lo que concierne a responsabilidad ciudadana no ha sido la mejor, las instituciones relatan que la comunidad no es consciente del costo social y económico de los servicios e incurren en fallas que conllevan intrínsecamente un riesgo moral.

Acorde con lo anterior DE NEGRI afirma:

“Trabajar con la centralidad de responder a las necesidades sociales, en pro de la calidad de vida de todos y todas, presupone una opción ética y por lo tanto la adopción de un valor moral que en su proceso de decisión se alimenta de un concepto que considera el valor absoluto de la vida (la salud como expresión del derecho fundamental a la vida y sus determinantes como condiciones necesarias para que esta vida pueda existir y desenvolverse plenamente) y que tiene como consecuencia un conjunto de opciones obligatorias para que se traduzcan en realidad las opciones de carácter moral adoptada” (2008, p. 3)

Sin embargo los entrevistados precisan que una de las principales fallas del estado como estructura gobernante y garante de derechos es permitir la introducción de los derechos de cualquier tipo, en este caso salud, en la lógica del mercado, ya que es atentar directamente contra los sujetos; según su vivencia el derecho fragmentado en múltiples servicios vulnera a las personas, borra los sujetos porque prima el aspecto financiero sobre cualquier persona, esto se nota con mayor claridad en el sector administrativo donde la negación de los sujetos y

su continuo desmembramiento en lo que a atención por niveles se refiere hace más agresivo el proceso de curación.

Lo otro es que juegan con la salud como quieren, juegan con la salud y con los pobres como quieren, que este pedacito de dedo le toca a yo no se quien que a la DSSA, que este otro pedacito de allá para acá a la izquierda le toca al régimen subsidiado, entonces mire que están poniendo a los usuarios es como un juguete ya con la salud” (relato de actor comunitario)

Su relato muestra que esto ocurre en el proceso de distribución de responsabilidades de las diferentes instituciones que administran el recurso financiero de la salud y que contratan los servicios de atención por niveles según la complejidad de la enfermedad y según el “Plan Obligatorio de Salud”; la competencia de los intermediarios con el estado por “evadir” responsabilidad en la atención es notoria para los usuarios, no hay un hilo de continuidad en la atención ni en la responsabilidad con los sujetos de derecho, salvo un escuálido documento de remisión, el cual en muchas ocasiones funciona como elemento de contención de la demanda y no como instrumento de garantía del derecho para el sujeto-ciudadano enfermo.

Pero esto no ocurre solo en la actualidad, en el sistema de salud anterior:

“Los servicios de salud constituían una organización social fragmentada con base en la dinámica del mercado o en la capacidad de pago de las personas, con injerencia limitada del estado. Quien tenía los medios pagaba, quien no los tenía pedía. En todo caso predominaba el mercado a pesar de los intentos de articulación desde el estado en la década del 30” (Hernández, 2000, p. 122).

Esto deja entrever que hay una discrepancia entre el concepto de derecho en salud que tienen las comunidades y el que aplica el estado, en el cual no se busca dignificar y fortalecer la condición de ciudadano ni le permite a las personas percibirse como sujetos de derecho, sino que los hace ver como sujetos de compasión, caridad o en el peor de los casos como instrumentos útiles para generar plusvalía.

Como no están pagando tienen que darse a lo que le den, a mendigar, a estar ahí sujetado a lo que le den porque igual de todas maneras, ya lo hablábamos ahora más adelante que el régimen subsidiado era del gobierno y que ellos no dan ni siquiera la mitad de lo que deben de dar, que la ley los obliga, dice la ley que los obliga pero igual ni porque la ley los obligue lo están dando” (relato actor comunitario)

Más aun, la población es utilizada por las instituciones sean estas de carácter público o privado para justificar sus acciones, esto se hace visible en los procesos de participación social ciudadana ya que en estas organizaciones, tales procesos son entendidos como acciones para prevenir la enfermedad, desvinculados de otro tipo de procesos comunitarios; por esto se hace necesario reconocer el derecho en salud como un elemento articulador de otro tipo de derechos que ayudan a enriquecer o construir el rol de ciudadanas y ciudadanos en las comunidades, esto hace imprescindible la necesidad de conocer para dejar el temor de hablar ya que así se previene que ocurran situaciones en las que se puede ver comprometida la dignidad del ciudadano, el derecho a la salud e incluso la vida de los sujetos.

5.3.1.2 PERCEPCIONES

Respecto a las percepciones, no es casualidad que “Los criterios de formulación de la ley 100 fueron financieros y que reducir a criterios financieros el derecho al acceso a los servicios de salud, en la ley misma, es priorizar las leyes del mercado sobre las necesidades de las personas. No es pues un problema de aplicación donde muchos problemas han aflorado sino un problema inherente a la lógica con que fue concebida y a los términos con que la ley 100 fue redactada” (De Currea, et al. 2000, p. 237)

Frente a esta situación, se encontró en los entrevistados una idea en la cual el derecho a la salud muestra incoherencias en el sistema que lo garantiza; este derecho está enmarcado en la Constitución Política Colombiana y señala gratuidad, universalidad, calidad, accesibilidad a los servicios, pero los intermediarios que operan en este sector ofrecen trabas de todo tipo para contener el consumo de los mismos:

Así es que se ve, así es que se ve y así es que se hace, porque esta persona va y le dice, hay mira, me mandaron esta remisión para donde el oftalmólogo, a no eso le toca a la DSSA, pero la mandan a la dirección y dice no, eso le toca al régimen subsidiado, entonces mire que están jugando con la salud y la persona totalmente ciega, totalmente llevada con un pterigio que ya no la deja ni ver y eso es para allá y para acá, para allí y para acá, o sea eso lo vuelven en un juguete que a lo ultimo ni se sabe” (relato de usuario)

Este comportamiento tiene su explicación por un lado en que el derecho a la salud fue puesto a navegar sobre la lógica mercantil, y por el otro porque la vía de circulación del dinero en este sistema entrega a los intermediarios el poder adquisitivo e impide que los usuarios lo tengan, como es mencionado por algunos

teóricos. Además la ley no permite que los hospitales cumplan con la función de administrar los recursos de forma individual u organizándose de manera colectiva para eliminar la intermediación, esto con el fin de “garantizar la participación y fortalecimiento del sector privado”

Ellos dicen que las leyes que regulan el derecho a la salud están en papel, la ley es bonita pero otra es la realidad, todos los usuarios tienen derecho pero no hay para todos.

Una vez tuve una capacitación con el viceministro de salud y él decía en la constitución dice muy bonito esto pero la realidad es otra, no hay cama para tanta gente, que tienen derecho a esto sí, pero no hay para todos, entonces desde el mismo estado que hacen, vea usted me atiende esto, usted esto, usted por aquí me filtra, yo por aquí retengo (discusión administradores en salud)

Hay que repetirlo, “la constitución, en principio, establece el derecho a la salud como parte del Estado Social de Derecho y como un deber del Estado. Pero en ella hay problemas tanto de formulación como de interpretación.” (De Currea et al. 2000 p. 217)

Más aun, para los ciudadanos hay limitaciones en la cantidad y calidad de los servicios prestados, pero para los intermediarios si hay una porción de dinero garantizada, así que estos establecen filtros para regular el gasto; el gobierno central lo sabe desde hace mucho tiempo y no ha hecho nada.

Es aquí -en el componente financiero y en los procesos administrativos- donde, con más fuerza, se hace evidente el irrespeto al derecho que tiene la población frente a salud; en este sentido, debido a las complicaciones en el proceso de las contrataciones de servicios con las instituciones vinculadas al sector, se establecen otras barreras de acceso, las barreras administrativas, que aunadas a la ineptitud de algunos funcionarios o servidores públicos perjudican el interés común.

No estamos respetando la salud, ¿Cómo? Por ejemplo la dirección seccional hace las contrataciones con las IPS muy lejos, por ejemplo, en este momento no hay contratación en este instante...estamos ya en Marzo...mire todo el tiempo que ha pasado desde Enero, entonces ¿esos enfermos que? (relato de un actor comunitario)

Según los actores en del sector ningún intermediario, administrador o institución estatal asume responsabilidad sobre la adecuada prestación de servicios para la intervención de la enfermedad específicamente las de alto costo que han sido constantemente epicentro de discusiones estatales, han tenido que recurrir constantemente a iniciar procesos de exigibilidad del derecho a través de

medidas de hecho y dispendiosos procesos de demanda, incluso la última propuesta del Ministro de Bienestar Social fue eximir las empresas de este tipo de obligaciones y depositarlas todas sobre los hombros de los enfermos y sus familias incluso sugiriendo que estas personas recurrieran a su patrimonio, cualquiera que este fuere, para cubrir este tipo de situaciones.

Aquí se puede observar literalmente como la intermediación en los servicios de salud no solo no dio solución a los problemas tan ventilados por ellos mismos (los que usaron como caballo de batalla para atacar el Instituto de Seguros Sociales) sino que empeoró los problemas ya existentes y a cambio se adquirieron nuevas barreras de acceso como es el caso de la administrativa en la cual se discrimina por régimen y por aseguradora para dar la atención en salud.

Además ciertas actitudes o hechos conducen a posiciones de sujeción de los ciudadanos al estado o a las instituciones limitando aun más el libre desarrollo y el bienestar colectivo en consecuencia se evidencia una profunda crisis bioética, entendida esta no solo como la realización de procedimientos instrumentales en el organismo de las personas, sino como la reflexión sobre los procesos sociales y en este caso administrativos que afectan la vida de los pacientes-enfermos e impiden la visualización de los sujetos dentro de los servicios de salud.

¿Por qué el estado trata tan mal a los pobres? Yo lo tomo así porque mire que si a esta persona pobre le niegan esta remisión, este derecho, este médico, este especialista, este medicamento, el no puede hacer nada, él se tiene que quedar así, ahí porque si él está enfermo y no tiene plata para ir particular, mucho menos para hacer diligencias administrativas, ¿qué puede hacer? (relato de actor comunitario)

Algunas herramientas para desestimular el consumo que son utilizadas por los intermediarios, según los usuarios, son los trámites administrativos dispendiosos y lentos ya que no se soluciona la enfermedad, en cambio se complejiza a tal nivel que los servicios se vuelven inasequibles y la enfermedad en algunos casos irreversible, es por esto que las personas perciben abandono estatal, el cual es sentido por las comunidades sobre todo en lo que concierne a salud.

Retomando lo que anteriormente se dice, el tan aclamado sector administrativo que se consume una gran cantidad de recurso monetario en salarios, insumos y demás, en vez de mejorar la atención, la oportunidad y la calidad del servicio lo que hace es prestarse como instrumento para desestimular el consumo constituyéndose per se en una barrera más de acceso a los servicios de salud

Esta situación es descrita de la siguiente manera "La decisión política se articula en tres partes de la pirámide, en la cúspide el ejecutivo ordena, en la base los ciudadanos no reconocidos y en medio de ambas fuerzas funcionarios estatales que fiscalizan los mecanismos de relación entre estado y sociedad" (Ortiz et al. 1998 p. 22)

Esto según los usuarios ocasiona deterioro de la noción de seguridad social, afirmando que tener un carné no significa tener una buena atención con servicios de calidad, que brinde los mejores medicamentos ni un acceso a servicios de salud adecuados y a tiempo, resaltan que estos fallan de un nivel de atención al otro para los enfermos que pertenecen al régimen subsidiado debido a la discriminación de la atención por competencias administrativas, la cual no se puede convertir en el caballito de batalla de los intermediarios y las instituciones estatales para seguir negando el derecho y perjudicando la población.

Yo pienso que cuando uno está enfermo y le dan una remisión es porque la necesita para ya, no para cuando ya se esté muriendo, entonces que le sirva el tener un carné de esos, porque si se lo dan a uno para venir aquí no mas para que le den a uno un acetaminofén y vaya muérase en la casa para que yo un carné de eso...que le respeten el derecho a uno a usarlo cuando lo necesita y más cuando son casos extremos porque muchos le dicen "eso para que si de todas formas uno va allá y lo devuelven para la casa a morirse uno en la casa y ya" y es la verdad, necesitan los especialistas y vaya que camello pues, que tiene que ser por medio de una tutela tienen que obligar la gente para que le respete ese derecho y le respete usarlo, porque si no es por medio de una tutela ya no, ya no le sirve (grupo de discusión educadores en salud)

En el anterior relato se describe que el acceso a servicios de salud establecidos en el POS son muy precarios en el régimen subsidiado donde la población sufre frente a las trabas colocadas sobre los servicios de salud que requiere la población, especialmente quienes están cobijados por este régimen.

Pero el POS, según el artículo 162 de la ley 100 busca "La protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan" (Artículo 162 Ley 100 de 1993)

A esto, los funcionarios manifiestan que las E.S.E. dan los servicios que tienen al máximo en curación de la enfermedad a primer nivel pero solo son el eslabón más delgado del sistema, dicen que el cuidado de la salud depende en gran medida de la responsabilidad que debe tener cada persona, según ellos, la población no previene ni prestan atención a las actividades de promoción hacia

pautas de autocuidado, además la población no reconoce los esfuerzos que se hacen desde la institución para el cuidado de la salud.

La actitud que han tomado las personas frente a estas situaciones que incrementan los niveles de tensión en la relación paciente-intermediarios-sistema de salud-profesionales de salud, ha sido tratar de exigir su derecho, mas adelante podremos aproximarnos a la manera como la población ha conformado instrumentos para poder exigir su derecho.

5.3.2 ESTRUCTURA EN LAS FORMAS DE EXIGIBILIDAD DEL DERECHO EN SALUD

Esta acción permite que los ciudadanos, desde una posición clara en su estatus de ciudadano y entendiéndose como sujetos de derechos, accedan a estos de manera ética y digna frente a las instituciones, sin embargo los hallazgos muestran que hay un gran déficit dentro de cada sujeto en lo que corresponde a identidad política y ejercicio democrático ciudadano, frente a esto los entrevistados manifiestan que:

El estado nunca nos ha dado una capacitación, para exigir estos derechos, no, ellos dicen usted tienen derecho a esto, a esto y a esto y ya (relato de actor comunitario)

Según los entrevistados, aunque la salud es entendida como un bien común y las entidades del municipio son responsables de garantizar ese trabajo que se debe hacer para reconocer la salud como tal, a nivel departamental y nacional no hay ese compromiso de enseñar cómo se utilizan esos mecanismos e instrumentos de exigibilidad.

Por lo anteriormente mencionado, la población se ha visto en la necesidad de construir de manera empírica algunos instrumentos para su exigibilidad ya que los existentes actualmente no muchas personas los conocen y en menor cantidad están quienes los usan.

5.3.2.1 MECANISMOS

En este sentido “El sistema promueve la transformación de los ciudadanos en consumidores, quienes se comportan como individuos aislados y se apegan a los pocos mecanismos establecidos, tales como las quejas y reclamos en la Superintendencia Nacional de Salud, las veedurías y las acciones de tutela” (Hernández, 2000, p. 128).

¿Cuál es la razón que conduce a la utilización de mecanismos de exigibilidad del derecho por parte de la población? Para ellos es el sentimiento de vulneración de sus derechos permitido por el sistema el que hace recurrir a las personas a mecanismos que hagan efectivo el derecho. Estas formas de garantía del derecho ayudan a las personas a confrontar las incoherencias del sistema para hacer valer los derechos.

Por ejemplo, tenía una cita con el cardiólogo y ellos me la negaron, me dijeron que no había cita, que eran muy demoradas, que era que ya me había visto otro especialista antes, pero entonces yo le dije: que pena pues pero que era mi vida, que era mi salud, que yo me sentía muy enferma, demasiado enferma para decir que yo iba a esperar otros dos meses que me viera el cardiólogo (testimonio de actor comunitario)

Mi hijo es insuficiente renal crónico terminal y he tenido que radicar varias tutelas porque algunos de los exámenes son de muy alto costo y se lo empiezan a rotar las EPS cuando ninguna quiere asumir esa responsabilidad (relato de actor comunitario)

Los entrevistados dicen utilizar estos mecanismos frente a las barreras de acceso colocadas por los intermediarios, barreras que a su vez conforman una parte de las fisuras que hay frente a la garantía de los derechos; para ellos son una excelente herramienta pero declaran que es desgastante ver como los derechos no son respetados en su esencia sino que la constante es la vulneración de los mismos.

En este sentido, dan cuenta de experiencias personales sobre la efectividad de los mecanismos e instrumentos de exigibilidad cuando se hacen necesarios, lo que según ellos no ocurre a menudo mientras la atención este confinada al primer nivel de complejidad, manifiestan que el servicio no es tan cuestionado, pero a mayor complejidad de la enfermedad mayor complejidad el acceso a servicios [relación directamente proporcional]

Para el ejercicio de exigibilidad individual, el mecanismo más utilizado por los usuarios tiene que ver con narrar la historia personal, no se trata de describir la condición de enfermedad como en una historia clínica, sino que se recurre a la posibilidad de ser visualizado a través de la narrativa que hacen los sujetos de su historia y su sufrimiento, esto se hace más marcado al momento del acercamiento a las instituciones o empresas en las cuales se busca un referente para el dialogo, otro humano que se pueda colocar en el lugar propio para que entienda y así

establecer una relación del derecho a la salud con el derecho a la vida en donde la necesidad de ser reconocidos como pacientes que requieren cuidados frente a la desconfiguración del cuerpo hacen que las personas asuman una postura clara frente a lo administrativo.

Hable con ella y ella me colaboro dándome la orden donde yo llame, pedí la cita con el cardiólogo, pero lo hice llorando, porque me sentía muy triste de saber que yo me sentía tan enferma y que a ellos no les importaba eso, entonces yo le decía a ella es que mire que yo no te duelo porque yo no soy tu hermana, mi sangre no es la tuya, yo no soy nada de tu familia (testimonio de un actor comunitario)

Es importante recalcar aquí que el hecho de ser desconocido como sujeto que sufre, es una situación vivida a diario por aquellas personas enfermas que buscan atención, esta actitud que padecen los enfermos por parte de los intermediarios (EPS) de los servicios de salud genera angustia, crisis existencial y agudiza la condición mórbida del sujeto enfermo.

Por otro lado, ellos consideran el conocimiento como una herramienta pero también un mecanismo poderoso de exigibilidad del derecho, conocimiento sobre el sistema y sus limitaciones así como algunos lineamientos para el trabajo con la ciudadanía, conocimiento de derechos, deberes y responsabilidades porque es fundamental conocer.

La herramienta principal para hacer cumplir cualquier derecho es conocer, porque a mi me da risa, que pecado, por ejemplo cuando pasa algo muy curioso, cuando llega un señor a la alcaldía y dice “ah es que no me atendieron” y me saca tres carne, internamente me da risa, y le dije que por dárselas de avisado es el perjudicado, porque usted cree que teniendo tres carne le hizo la trampa al estado, pero mentiras que cuando usted llega la sistema, lo que usted mismo se clavo fue el cuchillo, porque ninguno le va a servir, está bloqueado, ninguna EPS responde por usted, yo les decía, usted de pronto un primer nivel bueno, aquí algo se hace, pero dígame si usted tiene una enfermedad de alto costo y esta con esos tres carne, cual EPS lo coge, todas se la chutan porque nadie quiere cogerse ese gasto” (grupo de discusión administradores en salud)

A lo anterior se suma la educación sobre el funcionamiento de las instituciones, sus limitantes así como sus recursos; es importante educar sobre las instituciones debido a la forma como las personas las conciben y abordan, lo que permite mejorar las posibilidades de la exigibilidad y una correcta utilización de los mecanismos que ofrece la institución, considerados efectivos por los funcionarios.

Esta educación debe iniciar con la socialización de los deberes, los derechos y los servicios, los educadores en salud reconocen que primero se deben enseñar los deberes con el fin de fomentar la corresponsabilidad de los

usuarios tratando de llevarlos a una posición ética frente al ejercicio de los derechos y la utilización de los servicios; ellos descubren que la educación tiene una relación directa con el derecho a la salud porque en muchas ocasiones el conocimiento mínimo del sistema se traduce en mínima posibilidad de aprovechamiento del derecho. Para ellos ese conocimiento se ha adquirido con el paso del tiempo al utilizar los servicios, pues las enseñanzas teóricas que se dan son pocas y al no utilizarlas se olvidan, solo se recuerda lo práctico.

En este sentido, el uso de los mecanismos de exigibilidad se justifica en la desprotección a la que se siente sumida la población, lo que los entrevistados perciben es que el sistema toma la noción de derecho en salud como un nombre bajo el cual opera un sistema diseñado para la producción del dinero y no se promueve desde el estado ni los particulares el conocimiento del sistema. Es importante recordar que para un “Estado Social de Derecho”, la garantía de este debe dar una rentabilidad social traducida en bienestar de los ciudadanos, las entidades del municipio son responsables en parte sobre el trabajo que se hace para reconocer la salud como un bien común, sin embargo:

La gente está haciendo esto porque se está sintiendo descobijada con las EPS las está dejando solos, no les solucionan los problemas, nunca encuentran citas, los usuarios son desesperados” (opinión de actor comunitario)

No es una casualidad el hecho de que “Por ejemplo la apertura de nuevos mecanismos de participación y de defensa de los derechos ciudadanos como la prioridad constitucional del gasto social y la definición de transferencias de la nación hacia los entes territoriales, han sido señalados como obstáculos estructurales para el avance de las medidas de ajuste promovidas desde la banca internacional” (Hernández, 2000, p. 124).

Esto se debe a que los intermediarios –como representantes del sector privado y activistas incansables de la monetarización de las relaciones sociales- actúan como empresas que venden servicios para obtener una rentabilidad financiera porque esa es su vocación, ellos no ejercitan la filantropía ni es su objetivo, el hecho que participen el sector salud se debe a la exploración y explotación de éste como potencial mercado.

Se puede decir que la realidad configurada por el sistema de salud en Colombia para el enfermo y su familia, y la experiencia adquirida por parte de la población que sufre frente a un sistema opresor y reductor del derecho a mercancía, son hechos que han ayudado a promover la exigibilidad, dignidad, conocimiento, identidad política y ciudadana además de contrarrestar la idea forjada en la población sobre generar imagen de vulnerabilidad para acceder a subsidios financieros. Es esencialmente la participación ciudadana la que da a

cada persona el conocimiento sobre el sistema así como los instrumentos para que haga valer su derecho, pero esa participación también se constituye en indicador del grado de interés y compromiso que se tiene.

5.3.2.2 INSTRUMENTOS

La investigación muestra que la población utiliza algunos instrumentos para la exigibilidad del derecho, estos son:

- El conocimiento: es el valor que por excelencia da a cada actor una posición para el diálogo y la concertación. Algunas de las estrategias que se emplean individualmente para ayudar a que se garantice el derecho no funciona contra los filtros del sistema si no hay conocimiento.

Es importante que la difusión sea lo suficientemente clara, que la gente conozca del manejo del sector salud y a partir de ahí, de ese conocimiento, pues llegar a unos acuerdos sobre el alcance que tiene la institución para la atención de los... usuarios. (Comentario de un actor institucional)

- La tutela: reconocida como un elemento de soporte que ayuda a reconfigurar sujetos de derecho, es una forma de hacerse visualizar, es una experiencia propia de exigibilidad del derecho. Con ella no hay demora, es efectiva y dignificante, sin embargo el uso de mecanismos de exigibilidad es considerado por algunos actores institucionales como medidas de hecho pero según otros actores es la única forma de lograr atención con dignidad, respeto, prontitud y calidad.
- El derecho de petición: instrumento de exigibilidad del derecho y una forma de concienciación de la población; en este sentido los mecanismos de exigibilidad que brinda la ley no son complejos pero la mayoría de la población los desconoce aun en su estructura.

Realmente la tutela y el derecho de petición ayudan a mitigar tanta inconsistencia o como se le quiera llamar a la dificultad de accesibilidad que ha tenido, que tiene el colombiano frente a los servicios de salud (Comentario de actor comunitario)

- El buzón de sugerencias: instrumento que, con un correcto manejo por parte de todos los actores permite una mejor fluidez en los servicios.
- Las reclamaciones por escrito son otros instrumentos de exigibilidad efectivos, pero hay poco hábito de hacer este tipo de reclamaciones por la cultura que se tiene del anonimato y el miedo a la discriminación; las

personas de la comunidad sienten temor de aplicar una acción popular para defender sus derechos ya que piensan que por causa de esto pueden ser tachados o discriminados en las instituciones y si las asociaciones de usuarios no tienen insumos suficientemente soportados, no pueden hacer un correcto ejercicio de participación, veeduría y control.

Entonces si yo veo que algo está fallando debo escribirle al hospital o al gerente, a quien sea le digo que es lo que me ha pasado, como quisiera que el sistema mejorara...la idea es escribir y tratar de que me respondan sin necesidad de tener que ir al hospital, a la calle a armar pues un alboroto porque el sistema no me funcionó (relato educador en salud)

Los mecanismos de exigibilidad que se mencionan, son instrumentos de dominio público para mejorar la prestación de los servicios y se utilizan frente a las instituciones cuando estas realizan maniobras que pretenden tender barreras de acceso a los servicios con la consiguiente vulneración de derechos.

A usted por ejemplo su EPS le da la negación porque no le corresponde el servicio, entonces usted no entutela a la seccional usted entutela a “x” o “y” EPS, a esa EPS como ya está entutelada la obligan a prestar el servicio y el usuario no tiene nada que ver, el departamento le paga a la EPS el servicio que le prestó a esa persona que dentro del POS no estaba y no le tocaba a él...entonces ahí es donde está el usuario entre ese tire para allá y tire para acá” (relato de un actor comunitario)

Frente a las ocasiones, lugares y formas de uso de instrumentos de exigibilidad es pertinente el establecimiento de rutas y protocolos de manejo, así como de posturas éticas frente a estos mecanismos por parte de todos los actores tanto del sistema como de aquellos que se ven involucrados en el proceso de exigibilidad y garantía del derecho, en este sentido los entrevistados manifiestan que:

“Hay otra cosa también, todo llega a un caos, las tutelas se impusieron pero ahorita, por ejemplo los dos casos que yo le digo, la señora y el niño, fueron a poner tutela y la personera le contesto que ahora ya no hay cupos para mas tutelas y la devolvió...jejejeje entonces le dije yo ¿Cómo así que no hay cupos para mas tutelas? Tienen que haber...Lo que pasa es que de pronto la señora estaba saturada de trabajo y no tenía tiempo para ayudarle a agilizar la tutela, le dijo ya no hay cupos para más tutelas” (grupo de discusión educadores en salud)

No se trata de que los usuarios deban estar constantemente reclamando sus derechos con estos mecanismos y mucho menos que el estado intente sofocar estas insatisfacciones suprimiendo los mecanismos de exigibilidad, se trata que el estado garantice esos derechos a través de un sistema enfocado realmente en los ciudadanos y sus derechos como valores públicos colectivos.

En este municipio la oficina de atención al usuario y los promotores de salud con sus conocimientos son los encargados de promover la exigibilidad en la IPS municipal. Se encargan de socializar los espacios y herramientas que ellos utilizan para que las personas conozcan y accedan a los servicios.

Es de recalcar que las formas de exigibilidad utilizadas por la población son muy precarias, de hecho las herramientas más utilizadas son la acción de tutela, el derecho de petición, las comunicaciones escritas y el dialogo cuando se encuentra interlocutor, esto demuestra cuán profundo es el desconocimiento de la población sobre los diferentes mecanismos de exigibilidad y su efectividad y la manera como promueven la individuación al momento de la defensa del derecho, resaltando que incluso los que no se mencionan aquí (como el incidente del desacato, la revisión de la corte constitucional, la segunda instancia) presentan gran conflicto con el sistema de salud el cual los distintos gobiernos ha tratado de solucionar a favor de las empresas.

5.3.3 ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA LA GARANTIA DEL DERECHO EN SALUD

Llegados a este punto, es importante mencionar que “El fuerte predominio de la lógica del mercado para los servicios denominados individuales en salud ofrece serios problemas para el logro del derecho a la salud. El principal obstáculo es que las personas se ven obligadas a reducir sus derechos a lo estrictamente contractual. Es decir, el máximo logro es que cada cual defienda como derecho lo que aparece en un contrato. El estado ya no puede jugar allí un papel distinto al de hacer cumplir lo pactado entre actores del mercado.” (Hernández, 2000, p. 130).

En este orden de ideas, las instituciones locales tratan de mejorar la atención con los recursos que cuentan, pero a veces como no hay contrato las remisiones se detienen, las personas tienen razón de desesperarse por la impotencia que genera ver como se deteriora una persona por la enfermedad. Los hospitales hacen lo que está en sus manos con los limitados recursos que

cuentan, cargan con la responsabilidad mientras que el drama de los pacientes crece.

Se debe resaltar que uno de los principales problemas de la salud en la actualidad es que los derechos están enfocados en el asistencialismo, las instituciones procuran que la población trascienda ese concepto pero el sistema lo refuerza cuando es la enfermedad la que produce dinero y conocimiento y no la salud, cuando los servicios consumidos son los de intervención de la enfermedad y la producción teórico-científica avanza muy lentamente hacia la salud.

En este sentido, la APS se constituye en uno de esos esfuerzos que permite formar (capacitar) un grupo familiar, una comunidad, un promotor para canalizar, orientar o involucrar en los procesos de salud, desde la promoción de la salud se explora una alternativa diferente a la intervención de la enfermedad que tiene que ver con la vinculación de las familias a procesos que finalmente les compete; los cambios logrados en patrones culturales obedecen al efecto de participación social que logran impactar en el derecho de las familias a disfrutar de salud y bienestar sin embargo la promoción de la salud aun se encuentra confinada a la enseñanza de hábitos higiénicos.

No sé en qué año fue que sacaron la Atención Primaria en Salud, fue como en el noventa y ocho noventa y siete, me parece que esa Atención Primaria en Salud es fundamental, es como lo primero, la comunidad la familia, forma mucho en salud a un grupo familiar a una comunidad, esa estrategia creo que la recuperaron el año pasado ante pasado – pero ya esa estrategia no es una política que el gobernador que quiera lo hace y el que no, no- Pero independientemente de que este la haya quitado o no, es una estrategia muy buena o sea excelente, porque la comunidad, llega el promotor ahí a la familia la canaliza la orienta, y esa familia, esa comunidad empieza a involucrarse en esos procesos de salud, me parece importante que esta estrategia APS se debería de continuar (discusión administradores en salud)

Además se han desarrollado estrategias comunicativas, brigadas, charlas sobre derechos y deberes que han afectado de manera positiva y negativa el trabajo de las instituciones; se trata de ayudar a la reconfiguración de los sujetos desde la visualización y el apoyo a los usuarios en los trámites administrativos.

Incluso desde el Hospital se recomienda hablar con la promotora del régimen al que están vinculados, usar el buzón de sugerencias, acudir a la oficina de atención al usuario e implementar una acción de tutela; todas estas estrategias recomendadas para garantizar el derecho porque todos los actores locales tienen la sensación de manos atadas frente a los constantes atropellos que sufren las

personas ya que la precariedad del sistema es notoria y lo peor es que nadie se responsabiliza de la situación.

Nosotros les decimos, mire aquí esta su remisión, esto le toca que le colabore la promotora del régimen que usted tiene, valla donde ella que ella le colabora (discusión educadores en salud)

También se acostumbra convocar a la población para explicar el funcionamiento del sistema como estrategia para la garantía del derecho ya que hay interés por parte de los administradores en que las comunidades conozcan todas las arandelas administrativas que afectan la prestación del servicio y por ende la garantía del derecho en salud.

Sin embargo la explicación al paciente sobre los problemas del sistema y las limitaciones que tiene cada profesional para solucionarlo trae consigo impotencia, muchas personas salen afectadas por esto. Hay una búsqueda de culpables por parte de los enfermos y sus familias, no obstante no se le da otra orientación porque no hay más que decir, ser "paciente" y esperar.

Para uno es como un sentido de impotencia, si uno no orienta el paciente téngalo por seguro que la desinformación es tal que siempre el hospital es el culpable de todo, pero cuando uno los orienta y los sienta, les explica, cuando uno le explica al paciente todo este rollo uno no sabe si uno descansa o le da más pesar de ver que antes uno como que le entrego una papa caliente peor de la que tenía, antes tenía a quien culpar, ya no tiene (discusión administradores en salud)

En el entendimiento de los actores institucionales del municipio hay un problema de consideración en el sistema el cual ellos interpretan desde el conocimiento que cada uno tiene sobre lo que realmente ocurre dentro del sistema de salud Colombiano, cada actor institucional conoce desde su trabajo como opera el actual sistema de salud no se trata solo de la realidad local sino de la nacional y como eso influye en la vida de las personas, esto hace que una parte del sufrimiento del paciente se traslade a los profesionales que ven como la posibilidad de curación de un enfermo queda en manos de personas que desde un escritorio enfrentan una cifra, un numero y no un paciente que se deteriora momento a momento, eso hace parte de la realidad del sistema.

5.3.4 FACTORES QUE AFECTAN EL EJERCICIO Y GARANTIA DEL DERECHO EN SALUD

Sobran razones para decir que “Un análisis potente de las causalidades de las realidades sociales presupone no solo una mirada especializada en fragmentos, sino también una mirada de conjunto capaz de representar y lidiar con las complejidades que presuponen los problemas que enfrentamos. Esta

capacidad de lidiar con la complejidad para estructurar las políticas y sus acciones tal vez sea la primera víctima de la fragmentación de la institucionalidad pública frente a los llamados problemas sociales. La institucionalidad es verdugo y víctima al mismo tiempo pues impide enfrentarse a la complejidad al mismo tiempo en que es reducida en sus potenciales de cambio de realidades por fuerza de sus limitaciones en representar e intervenir en los problemas desde las fuentes mismas de su génesis.” (De Negri, 2008. p. 7)

Esta cita muestra claramente hasta donde se reduce el potencial de acción de los sujetos, pero va más allá mostrando como al igual que los sujetos quedan inermes ante tan cruda realidad, las instituciones están siendo reducidas en su capacidad de respuesta; como institución, cada una tiene unas competencias a las que debe responder, pero la situación de salud de las personas está sometida a las dinámicas de una institucionalidad que según De Negri está “fragmentada”, no solo eso, está atravesada por el delirio financiero, embebida en multitud de trámites, desorientada frente a su ruta, la realidad en lo que respecta a salud es una construcción que cada vez más está dejando de lado a uno de sus actores clave -los enfermos-, esta situación es trágica y cada ciudadano asiste a esa tragedia, no hay uno solo que no sea afectado por ella.

5.3.4.1 DIFICULTADES PARA SU EJERCICIO

La principal es la falta de participación de los actores en general -como ejercicio del deber ciudadano-, en este sentido una de las situaciones que perjudica notoriamente la participación es la exclusión según la asociación de usuarios, ellos y ellas usan la participación como herramienta para legitimar el derecho pero se sienten frustrados por lo que ellos consideran como abandono institucional a su labor, no se asumen compromisos ni responsabilidades puntuales por los referentes institucionales, sienten que cuando tienen una duda o una inconformidad, se les contesta con evasivas, no hay concertación, además falta organización y para las personas por fuera de esta organización “participar” es sinónimo de problemas; en palabras de ellos:

Uno habla de concertación pero allá nos contestan con evasivas igual a uno le toca conformarse con eso, quizás porque no somos organizados porque muchas personas dirán que pereza meternos en problemas (grupo de discusión de actores comunitarios)

Esa falta de participación también obedece a que los distintos gobiernos muestran que las condiciones de salud en el país son estables porque hay una cobertura aceptable lo cual demuestran con el número de afiliados al sistema, a esto, la población reclama que el papel jugado por el carné es superficial y acomodado; los entrevistados dicen que se debe permitir que cumpla con su

función de organizar y dinamizar los procesos administrativos, por lo cual es necesario inculcar el uso y efectividad del carné no solo en consulta y demanda inducida sino como un documento que realmente represente los intereses y derechos del ciudadano usuario sin embargo la población sienten que la salud es un derecho no respetado, con o sin carné es difícil la atención, por lo cual la multiafiliación se convierte en un instrumento usado por la población pensando que con esta lograrán garantizar una real cobertura, en este sentido literalmente dicen:

Que mejoren la posibilidad de atención que a toda hora no tengan que poner tutela para que atiendan la población sino que vean que es un derecho de la gente y que lo respeten desde ahí... por ejemplo ahí está la ley 100 que toda es muy bonita... Pero para que un carné si no le respetan el derecho a usarlo y más cuando se necesita (Grupo de discusión educadores en salud)

Más grave aun es que la población percibe abandono estatal frente a los servicios de salud ofertados y reclaman educación para la exigibilidad del derecho, porque al no ser atendidos en necesidades que requieren el concurso de un segundo nivel hacia arriba, genera indignación y rabia en los usuarios, además acusan desconocimiento sobre muchas tretas del sistema de salud y de los intermediarios, dicen que incluso las capacitaciones que se dan a nivel departamental son de vigilancia, control de "factores de riesgo" socio-ambientales de la enfermedad, para reconocerla y prevenirla, lo que criminaliza algunos comportamientos sociales desde un enfoque de medicalización de la sociedad pero ayuda en muy poco a la configuración y enriquecimientos de sujetos ciudadanos, los siguientes relatos dan cuenta de ello:

El estado nunca nos ha dado una capacitación, para exigir estos derechos, no, ellos dicen usted tienen derecho a esto, a esto y a esto y ya (comentario de actor comunitario)

Desde la dirección seccional si nos hacen unas capacitaciones digamos al año 5 días o a veces son 2 veces al año donde nos mencionan como todos los decretos y todas las leyes, las normas que hay en medida de salud pues en cuanto vigilancia y control de factores de riesgo en el ambiente para uno mismo ir a, a las personas (Comentario de educador en salud)

Complementando todo lo anterior, los usuarios dicen que las instituciones no explican el proceso administrativo de las remisiones a niveles de atención de mayor complejidad (referencia y contrarreferencia) y el manejo de los pacientes por niveles de atención, en cambio algunos actores institucionales dicen que si lo hacen, obsérvese los siguientes testimonios:

Pidámosle al hospital que nos enseñe como es el manejo entre el hospital y la seccional, que nos enseñen como todo eso de contrataciones y de las remisiones que como se hacen y que requisitos deben tener, cuanto se demora, que es lo que tienen que hacer, pedir una capacitación sobre eso y informarnos (Grupo de discusión de educadores en salud)

Se les explican las remisiones a un segundo nivel, se le explica también la referencia y contrareferencia en el caso de las urgencias vitales, se les da a entender muchas de las situaciones que se viven a diario y como a través de la normatividad del ministerio de protección social, nosotros estamos obligados a cumplir. (Comentario de actor institucional)

Además de todo lo anterior se presentan dudas sobre de los protocolos y lineamientos que definen que son urgencias vitales ¿A quién se le explica? ¿A todos? ¿Solo a aquellos que preguntan?

Los episodios de violencia que se han vivido en esta región del departamento de Antioquia han influenciado notoriamente en el ejercicio de ciudadanía al igual que en la configuración política de los sujetos, elementos básicos necesarios para participar de manera crítica y propositiva, en este sentido se menciona que la acción de actores armados coacciona la participación de la ciudadanía en cualquier espacio, obsérvese el siguiente testimonio.

La lectura que yo hago es que la violencia y el desplazamiento que sufrimos por un lapso de tiempo fue un factor determinante para que la gente le cogiera miedo a participar, porque aquí la gente cuando la llamaban en el tiempo de la violencia a asambleas era por medio de un fusil (Grupo de discusión de administradores en salud)

Sobre esto es pertinente tener en cuenta que “En el marco del conflicto armado Colombiano, el desarrollo de acciones de las partes en conflicto ha afectado la prestación de servicios de salud y ha atentado contra la integridad de la Misión Médica de múltiples maneras, comprometiendo el derecho a la salud de la población civil.” (De Currea et al. 2000 p. 223)

5.3.4.2. BARRERAS DE ACCESO

Entre las cuales están:

Los pagos de contratos, firmas de convenios y otros trámites interinstitucionales que cuando no se realizan a tiempo entorpecen el correcto funcionamiento de las instituciones, estos trámites son esenciales para el correcto funcionamiento del sistema de salud dentro de la lógica mercantil en la que funcionan las distintas Instituciones Prestadoras de servicios (IPS), se requiere establecer los contratos desde el principio del año sin embargo pasan varios

meses y no hay respuesta sobre esto, lo que ocasiona problemas con las remisiones a niveles de atención de mayor complejidad, las dificultades son notorias frente a esta situación y la población sufre silenciosa este mal

También está una barrera no muy reconocida la cual tiene que ver con el tiempo, en primer lugar está el tiempo que determina la oportunidad en la asignación de citas, el periodo cronológico que pasa entre la solicitud de atención por parte del usuario y la asignación de estas son demasiado distantes en algunas IPS, en este aspecto cabe resaltar que la promoción de la salud previene y contiene situaciones de salud que demandan el concurso de las comunidades y así se puede descongestionar el servicio con la consiguiente mejora en la oportunidad de las citas..

Además el tiempo que se asigna para cada consulta no permite que al paciente se le preste atención, se le escuche e inicie el proceso de reconfiguración de su cuerpo enfermo, muchos de los problemas se basan en la imposibilidad de hablar y de ser escuchado como parte de la terapia de curación, incluso hay predominio de trámites administrativos sobre las personas enfermas, toda esta situación puede interpretarse como una acción de borramiento del sujeto aplicada no solo por el sistema sino que es una acción sistemática cuya ocurrencia se da entre los actores y podría verse como un mecanismo de autodefensa desarrollado por las personas ante la agresividad a la que deben someterse unos a otros debido al sistema.

Una parte que a mí me parece muy horrible son los 15 minutos de consulta que le dan a uno, o sea, escasamente uno se estará sentando mientras el médico si tiene agilidad con el sistema la consulta es rápida, sino terminará de escribir los datos, escasamente lo examinan a uno por encima y ya (opinión de educador en salud)

Falta de escuchar y explicarle bien al paciente para solucionarle sus dudas, prestar atención es escucharlo, las consultas hospitalarias tienen un gran componente de escucha a las personas, no solo se debe observar el fenómeno mórbido, se debe escuchar al sujeto, permitirle que se exprese, interactuar con él y brindarle toda la información posible en términos entendibles con el fin de iniciar el proceso de reconfiguración del cuerpo que se desconfiguró a causa de la enfermedad, eso mejora la relación médico-paciente y la relación interinstitucional.

El servicio me parece a veces muy malo incluso por probar mi mamá me dijo que entrara al programa de atención al joven, al entrar comente al médico que tenía una molestia y el me dijo que era normal, no me mando exámenes y a mí me molesto porque ni siquiera toman en cuenta lo que uno les dice, por lo menos decir que esa molestia se da por esto, por lo otro, para mí no es normal porque yo lo estoy sintiendo, me parece que muchas cosas son deficientes sobretodo que no

prestan la atención necesaria de lo que uno está sintiendo en el momento (discusión usuarios)

Otra situación que hace parte de las barreras que el actual sistema estimula es la búsqueda de beneficios propios, haciendo que prime el interés individual sobre el bien común, la interpretación de la salud desde la perspectiva del subsidio hace que las personas visualicen de una manera diferente la construcción y aprovechamiento de los espacios para el logro del bienestar colectivo, específicamente en salud no hay elaboración conceptual a partir de los derechos por parte de ninguno de los actores que confluyen en el sector quienes asimilan el subsidio como una expresión de derecho.

Para lograr la garantía de los derechos en salud es importante que las personas –todos los actores- comprendan que los derechos no son ningún tipo de subsidio, que entiendan que un derecho es un compromiso adquirido por el estado hacia los ciudadanos y debe garantizarlo, para esto el estado debe sostener los recursos asignados cada año, y hacer una renovación en todas las políticas que afectan la salud, máxime sobre aquellas propenden por la reducción gradual de los recursos de salud para seguir apuntándole a la promoción de la salud como derecho, en este sentido es que se entiende que es más barato educar en promoción y prevención que invertir en atención.

En este punto es pertinente reconocer que la norma en salud le brinda a los intermediarios la posibilidad de evadir su responsabilidad sobre una situación de visible vulneración de derechos, todo con el propósito de conservar la robustez financiera del sistema, a costa de la salud de la población, esto ocurre cuando los recursos priman sobre las personas sobre todo en pacientes de alto costo que enfrenta evasivas para la atención por los vicios del sistema, el siguiente testimonio es una muestra de ello:

Como los recursos hay que cuidarlos tantísimo entonces las EPS, en el momento en el que hay que hacer una atención que cueste mucho, entonces la EPS que hace, busca como sea evadir ese paciente y si encuentra la excusa ahí lo tiene como mínimo mientras se le soluciona la situación, el sistema es muy vicioso y muy horrible, cuando se encuentra con esas cosas, si un paciente de estos se salva es porque se iba a salvar, mejor dicho no le había llegado la hora, pero todas las trabas que le pone el sistema para de pronto poder evadir tres, cuatro meses, cuatro meses que le evada de tratamiento es plata que esa EPS está dejando de gastar y ¿el paciente qué? – pero luego se le complica y ahí (grupo de discusión administradores)

Es tal la problemática con los intermediarios que hay poca injerencia de funcionarios locales en niveles de atención hospitalaria más altos, quien tiene la

posibilidad de intervenir en niveles de atención de mayor complejidad son los intermediarios pero no lo hacen porque significa obviamente mayor gasto, esta diferenciación por niveles de atención es útil en competencias de intervención de la enfermedad pero nefasto cuando se trata de dar trámite administrativo a las remisiones de los enfermos, los municipios y sus actores institucionales locales no tienen injerencia en este sentido dentro de las competencias administrativas en niveles de mayor complejidad, solo en las instituciones que están en el territorio donde trabajan.

Lo anterior hace parte de el lastre heredado cuando se dieron malas utilizaciones del servicio en el pasado ocasionaron problemas en la garantía del derecho ya que hoy día priman los recursos físicos y económicos sobre los usuarios por la figura empresarial a que se vieron avocadas las instituciones hospitalarias estatales, generando saturación de la demanda por esta causa y también debido a la cantidad de población que está afiliada al régimen subsidiado de salud, esto hace que los servicios sean demasiado lentos, además la red hospitalaria pública no alcanza a cubrir las demandas de la población.

Adicional están los filtros establecidos para el servicio de salud como es el caso de la fragmentación del sujeto -la disección administrativa de los pacientes- el horror es tal que administrativamente el usuario es descuartizado para poderlo atender, unos órganos y algunas partes del cuerpo le corresponden a un administrador, otras a otro y otras a otro, cuando una persona se lesiona (de manera integral), la atención desintegrada complica la condición del paciente porque para lo administrativo el paciente esta disecado (descuartizado) esta situación queda mejor ilustrada en el siguiente testimonio:

En la Atención integral del usuario tenemos al usuario bloqueado, que pena lo que voy a decir pero los riñones son de la seccional de salud, manos, pies y cara son de la seccional y si usted está con múltiples lesiones, entonces hágame el favor y como me lo reparte para que las manos, pies, cara y riñones le toque a la seccional y los otros órganos los atienda quien le corresponde, lo otro es que en la Dirección Seccional cuando empezamos a mirar a donde remitir, comienzan a decirnos ¡la seccional no ha hecho contrato con nosotros!, llamen en quince días, llame en un mes, llame en dos meses, todavía no tenemos claro nada, no tenemos atención con los usuarios y ahí se nos puede ir mucho rato, tenemos usuarios que tienen un año esperando ahí es cuando les decimos nosotros que radiquen tutela (grupo de discusión administradores en salud)

Esto ocasiona dificultad en las remisiones que son el calvario de la población, nadie los recibe porque no quieren asumir todos los costos del tratamiento alegando que no es de su competencia, cuando esto ocurre, debido a la angustia de ver a una persona que se deteriora minuto a minuto se lleva al

paciente sin saber quien lo atenderá y desemboca en los denominados paseos de la muerte.

Aquí la gente es furiosa porque no se puede hacer una remisión y somos llame y llame y se enojan, es que lo van a dejar morir, porque no se lo llevan en la ambulancia sáquenlo, parece ser que la gente no oyera las noticias, los paseos de la muerte, esos son los paseos de la muerte, paciente que no lo han recibido en ninguna parte y que se van con él en una ambulancia, nadie lo autorizo, nadie lo recibe, entonces la gente cree que no nos vamos con él es porque no queremos, eso es lo que la gente tiene que tener claro” (discusión administradores en salud)

Las personas también perciben contradicciones en un actor del sistema, declaran que los POS cubren servicios por sumas que a veces son irrisorias y dejan de cubrir servicios costosos pero vitales, hacen notar que la noción de seguridad social es precisamente contraria a esto por lo cual sienten negación del servicio y vulneración de derechos materializados en trámites administrativos, evasivas y falta de orientación a los usuarios.

Aquí hemos tenido remisiones que empezamos a tramitar un lunes y se llevo el miércoles y todavía tenemos el paciente ahí en una situación bien delicada, mandamos la familia que ponga la tutela porque es la única forma que hay pues para resolver lo más rápido posible. – eso que las tutelas se están volviendo negocio para las EPS también- si porque ya están montando oficina nada más para tutela, - primero solucionan las tutelas y después el resto si se puede (grupo de discusión administradores en salud)

Este relato muestra la crudeza de la realidad, monetarización del servicio, desatención en salud, muestra que los intermediarios consumen el 50% o más de la UPC que el estado o la persona aporta para la salud pero no dinamiza los procesos sino que contrario a esto, retarda toda esta situación; si se consume este monto de dinero por administrar, porque es el usuario quien tiene que correr a gestionar estas cosas, a las personas se les cobra por administrar pero no se les ayuda en nada.

Las anteriores situaciones en conjunto conforman un sustrato que da origen a diversas situaciones problemáticas, pero que finalmente no son las únicas, también hay otro tipo de baches que se suman a estos problemas.

5.3.4.3. FALLAS DEL SISTEMA

No solo existen barreras de acceso, el sistema de salud también presenta fallas que son relatadas por los entrevistados, según ellos falta organización logística, articulación de los actores y espacios para la producción y circulación de información de tipo social, no solo se trata de información numérica para rellenar

matrices, se trata de información eminentemente cualitativa que puede permitir reorientar el trabajo institucional con otra perspectiva, en el sector salud este proceso está enfocado en la enfermedad, sin embargo aunque se logren consolidar procesos alternativos de participación a nivel local hay muchos problemas que dependen de estructuras que solo se pueden intervenir a nivel nacional, pero hacia los cuales o no hay rutas para la circulación de información de este tipo o no hay funcionarios interesados en este tipo de información.

Hay fallas de parte y parte, de la organización de la comunidad misma y del sistema mismo que no da alternativas donde puedan crear escenarios y además utilizar toda esta información que se recolecta en la elaboración de reformas al sector salud (opinión administrador en salud)

También hay alta demanda de los servicios de salud, en este caso se hace pertinente un análisis por parte del estado sobre el valor actual de la UPC en el régimen subsidiado y el monto de esta que los intermediarios destinan, con visto bueno del estado, a gastos de administración para saber el valor real con el que tienen que trabajar los hospitales y cuál es el recursos monetario real que se necesita, pero sin descuidar el análisis sobre consulta crónica de los usuarios y que la motiva.

En este sentido, la percepción de los actores acerca de la situación socio-financiera de la salud, es que se encuentra en condición crítica pero solo se aplican soluciones momentáneas, de tipo monetario y claramente orientado a favorecer exclusivamente a los intermediarios del sistema sin legislar seriamente a favor de los usuarios.

Los usuarios dicen que falta claridad en las reglas para el proceso contractual entre la DSSA y la red de hospitales municipales esto ocasiona demoras, como se menciono anteriormente, que afecta a personas que necesitan remisiones urgente; la falta de continuidad en los contratos y la lentitud que tantas trabas ofrece perjudica notablemente a los usuarios y finalmente comienzan a vulnerar el derecho. El afán de prevenir la corrupción generada por malos manejos de los recursos en salud contribuye a esta situación; además la tradición administrativa sobre legislar todo lo que se puede afecta el ejercicio del derecho ya que la transformación de las políticas públicas es tan dinámica y desenfocada en nuestro país que es muy difícil para una persona del común seguir el paso de la legislación, las transformaciones sociales no le siguen el paso a las dinámicas legislativas, esto permite cierto velo que al final ni siquiera beneficia a las mismas instituciones.

5.3.4.4. FALLAS DE LAS PERSONAS

Por otro lado están las fallas de las personas que se encuentran originadas, entre otras cosas, por:

Una mala interpretación de derechos como por ejemplo múltiples consultas que conllevan un uso irracional del servicio por parte de los usuarios que por la falta de continuidad de los tratamientos y/o automedicación -que afectan la salud-, hace de la enfermedad un proceso crónico.

La ansiedad por curarse rápido, característica en esa situación ocasiona efectos adversos a los procesos curativos esperados, ya que son factores que influyen negativamente en la curación, así como la negación personal de responsabilidad sobre un fenómeno mórbido crónico.

Esto propicia de alguna manera un utilitarismo de las personas hacia la institución que desemboca en triunfalismo al poder obtener algo de estas y que en consecuencia genera descapitalización de las instituciones, en este sentido, desde los administradores, se considera que hay personas inescrupulosas que asisten a consulta solo por el placer de gastar. Obsérvese el siguiente testimonio:

Yo que puedo obtener de este señor, yo que le puedo sacar con mi carné, así me vaya a guardar los medicamentos a la casa, para esta persona es un triunfo haberle sacado algo a la institución y a través de la institución, al estado, obviamente con unas consecuencias que eso puede acarrear, descapitalización de la institución o quitarle la oportunidad de consulta a otra persona y es preocupante (comentario de administrador en salud)

Esto podría deberse a que los ciudadanos reconocen su derecho a la salud, la sienten como si debiera garantizarse con gratuidad, pero desconocen la situación que enfrentan los hospitales, que aunque no están descapitalizados del todo funcionan en unas condiciones financieras muy limitadas, pareciera que se desconoce sobre la financiación de las instituciones estatales y como el dinero para su funcionamiento sale de esos pequeños aportes que ellos deben dar y que generan malestar.

Es por esto que se considera que falta conocimiento de cómo ejercer el derecho, la falta de conocimiento se convierte en la principal y más poderosa barrera de acceso, si no conozco estoy en desventaja frente a quien planea; en el campo de juego de la salud quien conoce logra conseguir el servicio requerido, es la ley del más fuerte teniendo en cuenta que la fortaleza o poder lo da ese conocimiento.

Se evidencia entonces la pérdida en la noción de lo público que ocasiona por un lado problemas con el mal uso de los servicios y recursos (físicos y humanos) y por el otro desconfianza que a su vez limita la aplicación del derecho

cuando es real; estas circunstancias ocasionan la prestación de un mal servicio, un ejemplo claro es la falta de coordinación y de manejo de información que lleva a que las personas no logren entender con claridad el uso que la ley ha estipulado y por ende se produce tensión en la relación con todos los personajes que juegan algún papel en la salud.

La gente no sabe que la ambulancia, si la quieren particular la deben pagar particular; muchos de nosotros no sabemos y no le explicamos a la gente, la ambulancia se la cubre el carne de institución a institución, si nosotros salimos de acá con un paciente a cualquier hospital se la cubre el carne, pero si nosotros vamos y recogemos un carranchil que recogimos una vez en un corregimiento a media noche, como recogimos una amigdalitis una vez en un paro armado en una de las veredas, incluso recogimos un cólico a media noche porque era un aborto (discusión administradores en salud)

Y también se encuentra que algunos empleados de las instituciones por ética institucional, profesional o por temor no remiten a las personas a que radiquen tutelas, pero rompen con la bioética (por aquello de la preservación de la vida), sobre todo en los casos de enfermedades de alto costo que no cubre el POS.

5.3.4.5. FALLAS DEL SERVICIO

Continuando con la descripción de las fallas que afectan la salud, igualmente se encuentran algunas que son originadas en la prestación del servicio las cuales son:

Problemas por diversidad de escuelas medicas con diferentes enfoques de tratamiento

El desconocimiento lo lleva a buscar una cura rápida para su problema de salud y cuando no lo encuentran y pasan los días, creen que cambiando de medico van a conseguir una alternativa de mejoramiento y esto lo que hace es todo el efecto contrario, les puede empeorar la salud por el cambio de tratamiento, por la falta de adherencia a los tratamientos, por conceptos diferentes, de diferentes escuelas de medicina (comentario de un actor institucional)

los médicos mandan un medicamento y resulta de que eso le hizo daño, entonces la señora dice, yo no vuelvo donde ese medico porque es que esa droga casi me mata entonces van donde el otro y le dice, hay pero como se le ocurre mandarle eso...es como la descoordinación entre los médicos (comentario de actor comunitario)

Debe quedar claro que los problemas que se presentan por esta situación tienen su base en los criterios que cada profesional de salud tiene y aplica en sus procedimientos o sus diagnósticos, sin embargo esta situación es muy compleja debido a que depende del criterio profesional con el que cada uno trabaja, no obstante esta situación genera desconfianza.

La sensación que hay en la población sobre la diferencia en la atención en salud para los diferentes regímenes, por la diferencia entre quienes pagan y quienes reciben un subsidio, manifiestan que hay discriminación según tipos de carné sea este contributivo o subsidiado propiciado por un sistema clasista y precursor de barreras.

Si usted es contributivo y está pagando a usted le corren mientras que a un subsidiado siempre demoran más...para remisiones y cosas así, si le corren más a un contributivo que a un subsidiado (Comentario hecho en el grupo de discusión de educadores en salud)

Al analizar esta situación se deben hacer varias claridades, la primera radica en la diferencia que hay entre la UPC del régimen subsidiado y el IBC con el que cotiza una persona con capacidad de pago, la diferencia entre uno y otro se estima en aproximadamente 10 veces, la segunda tiene que ver con el tipo de contrato de atención que firma una IPS con una EPS, según esto las EPS del régimen subsidiado presentan mayores dificultades para el pago de sus obligaciones con las IPS lo que hace que en ocasiones algunas IPS (en este caso el hospital) prefiera atender con mayor diligencia a quien le paga puntual, además cuando se remite un usuario del régimen contributivo se remite a su EPS.

También hay fallas en la comunicación, en este sentido se deja claro que hay información mal manejada que finalmente logra perjudicar a la población, falta dialogar entre los diferentes actores para que estén de acuerdo en la información que se debe socializar a la población.

El alcalde en su voluntad de pensar que hicimos el esfuerzo de comprar otra ambulancia dice hay dos ambulancias, una va a hacer lo que hacia la primera y la otra va a estar disponible para las veredas, pero si hay alguien que le diga, no alcalde eso no se puede, así usted quiera regalársela a los campesinos no se puede (Comentario de un grupo de administradores en salud)

Como el caso anterior, algunas situaciones no dependen del orden territorial, este es un ejemplo de situaciones que no pueden ser resueltas a nivel local, que requieren de concurso de entidades del orden nacional pero que como se dijo anteriormente reflejan las fallas en la comunicación que se debe dar entre los actores institucionales a nivel local, regional y nacional.

5.3.5 PROPUESTAS FRENTE A LA GARANTÍA DEL DERECHO EN SALUD

Cobertura no solo como cifras para análisis sobre la cantidad de personas con carné, es evaluar los beneficios que brinda ese carné, si este si permite el respeto al derecho manifestado en la garantía total en servicios reales y de calidad porque las enfermedades, cualquiera que estas sean comprometen la vida y la productividad de los seres humanos. El uso del carné debe ser para dignificar al sujeto como sinónimo del estatus de ciudadano.

Que le sirva el tener un carné de esos, porque si se lo dan a uno para venir aquí no mas para que le den a uno un acetaminofén y vaya muérase en la casa para que yo un carné de eso...que le respeten el derecho a uno a usarlo cuando lo necesita y más cuando son casos extremos porque muchas personas dicen “eso para que si de todas formas uno va allá y lo devuelven para la casa a morirse uno en la casa y ya” y es la verdad (Comentario de un grupo de discusión de educadores en salud).

Analizar y transformar la relación factor financiero Vs cumplimiento al derecho. Hay que intervenir el sistema, no para entorpecer su funcionamiento sino para meter en cintura a quienes permiten que prime el interés individual y monetario sobre el bienestar de la población. Retomando nuevamente algunos apartes de los antecedentes, Toda esta concepción, que pudiera verse humanista, no lo es. Dista de serlo pues todo lo mide, todo lo programa, todo lo costea y todo lo evalúa en función de rendimientos y rentabilidad. A todo esto fue sometido ya el ser humano” (Toro 2001 p. 20)”.

Replantear los procesos hospitalarios frente a enfermedades de control, ampliar el POS y los programas de P y P, se debe revisar cuales son los programas que existen en P y P para que sea ampliado el portafolio de servicios en este sentido ya que hay enfermedades que pueden ser incluidas en este, también se debe mejorar la atención a pequeñas molestias porque prestar atención a estas evita situaciones más complicadas cuando se hace concienzudamente

Yo hago una consulta cada mes porque sufro de tiroides a mi me parece que eso también debería de estar en el plan de P y P como están los hipertensos porque igual esta enfermedad es de control y de estar en tratamiento (Comentario en grupo de discusión de actores comunitarios)

yo recuerdo que hace ocho a nueve años el PAB tenía casi trescientos millones de pesos, después doscientos veinte, yo lo recibí con ciento ochenta, no sé en cuanto

esta ahorita – ochenta-. El PAB, APS está toda la parte de educación en derechos, deberes, toda esta parte es supremamente importante que el mismo estado se ha encargado de recortar estos recursos (grupo de discusión de administradores en salud)

El ejercicio de los derechos por parte de la población, que se convierte en instrumento para la garantía del propio bienestar y el de la comunidad. Los usuarios quizás saben que tienen derecho al servicio, pero donde quedan los derechos a participar, dialogar, transformar, aportar al cambio, a conocer el sistema y los servicios, retomando a Muller “Participación es poder. No es poder individual sino poder colectivo. Es el poder de un grupo social de influenciar su futuro, su suerte, se define entonces como un poder creciente de un grupo social que hasta el momento tenía poco poder” (1991, p. 25).

Por esto se propone que la ley proteja expresiones colectivas como participación y movilización porque la transformación de la realidad de la salud en el país solo se puede dar con conocimiento profundo del sistema, la consolidación de grupos, la participación propositiva, la movilización, con fuerza y determinación y la localización de un interlocutor válido como se encuentra explicitado en el marco conceptual “La organización y participación de la comunidad es necesaria para el desarrollo social en su conjunto, a través de proyectos de desarrollo regional y debe responder a un esquema de participación global incluido explícitamente en las políticas de desarrollo de cada país (Blanco & Maya, 2005, p. 86). Esto se complementa de la siguiente manera “El fortalecimiento del capital social que representan las organizaciones sociales y comunitarias es fundamental para avanzar en la construcción de la democracia participativa y la dinamización de los procesos de desarrollo integral local.” (Restrepo, Garzón, Cuervo, Duque, Palacios, Marín, Duque, Acevedo, Posada & Arriaga, 2005, p. 9).

Es importante el aumento del tiempo de consulta donde la palabra ejerza su función humanizadora, además del derecho a saber que tiene los pacientes acompañado del deber de explicar que tienen los profesionales de la salud, en este sentido los pacientes reclaman que se les devuelva la soberanía sobre su cuerpo y con mayor urgencia sobre su cuerpo enfermo, incluso reclaman el derecho de su cuerpo sano, esto se considera como humanización del servicio desde ser reconocidos como ese otro en igualdad de condiciones para saber y decidir.

Yo se que si le explican bien a una persona ella va a entender que no es porque no quiso el gerente, no quiso la enfermera, hay cosas que vienen de arriba y otras que son de aquí abajo... o sea yo digo que es como uno explicarles a las personas, sacar un tiempito (Grupo de discusión educadores en salud).

También hace falta eso aquí, como que le dediquen más tiempito a la persona y no ver el paciente como paciente sino como persona, porque paciente es el que se sienta ahí paciente a esperar, no uno es una persona, dedíquele tiempito...y la persona hasta se va contenta porque le dedicaron el tiempo y hasta de pronto no vuelve a molestar mas con eso (Grupo de discusión educadores en salud).

En este caso es válido retomar lo ya mencionado por la teoría cuando nos trata de sensibilizar a cerca de que “El lenguaje nos define de muchas maneras y, por lo tanto, nos da el ser [...] El lenguaje por ello no puede entenderse como un mero instrumento de la comunicación, sino como el ser del hombre mismo, como la vida del ser, el ser es lenguaje (Grupo editorial educar, 2007, p.37), este párrafo nos ayuda a entender cuál es el motivo que impulsa a las personas a pedir más tiempo, este tiempo se solicita para que el enfermo sea visualizado en su ser, sea reconocido como persona, más allá de el pathos, ese dialogo permite reconfigurar el cuerpo del enfermo.

La explicación clara a los pacientes de su condición de salud genera sensación de bienestar, se deben generar condiciones logísticas para que las personas se sientan bien, ellos reclaman esas condiciones que generan bienestar (buen trato, amabilidad, oportunidad, explicaciones claras, orientaciones) que los hagan sentir seguros, esto implica dedicar más tiempo para visualizar el sujeto enfermo, lo que permite iniciar correctamente el proceso de curación. Quizás una gran parte del problema este en que por cumplir metas de atención de enfermedades se está borrando el sujeto y estos reclaman hoy ser visualizados como tal, reclaman una posición ética de los administradores y del personal de la salud, reclaman ser interpretados, explicados y sobre todo ser reconocido.

Mejorar los trámites administrativos para que haya continuidad en los contratos de salud porque eso genera bienestar, que no sean utilizadas las leyes para vulnerar los derechos, para oprimir a la población sino para mejorar la oportunidad de atención. Los aplazamientos de cualquier tipo de decisiones al final perjudican a los usuarios que se ubican al final del proceso, por lo que se pide cumplimiento del derecho.

6 Reflexiones finales y Conclusiones

Frente a la participación ciudadana en salud

Luego de presentar los resultados del trabajo de campo, y al compararlos con la pregunta que guió desde el inicio este proyecto se puede decir que la participación ciudadana en el sector salud del municipio de San Luis no está constituida como estrategia de exigibilidad del derecho, no porque la participación no sea una forma efectiva para este propósito, sino porque es un proceso demasiado débil en lo que respecta a salud, lo cual se manifiesta en las carencias que tienen tanto actores comunitarios como institucionales frente a la comprensión acerca del sector salud como un espacio adecuado para la participación ciudadana crítica y constructiva.

Esta afirmación está fundamentada por una parte en la cantidad de situaciones de tipo político, social, cultural y organizativo tan complejas que rodean la participación en el país y en municipios como San Luis, las cuales han sido evidenciadas a lo largo de este trabajo; y por otra, en los factores que no permiten una consolidación de la acción participativa en salud dentro del municipio, los cuales requieren primeramente de un compromiso serio por parte de la comunidad, quien debe ser la más interesada en hacerse visible, posicionándose y tomando en sus manos los espacios, herramientas, e instrumentos de participación para que desde allí se comiencen a construir procesos sólidos de participación y movilización ciudadana.

Situaciones como las anteriormente descritas implican efectivamente un cambio de visión, en el cual la participación deje de ser entendida por las comunidades como deberes, incluso obligaciones las cuales no muchas personas asumen por diversas causas, según lo planteado por Vásquez, et al (2002).

Igualmente es necesario reconocer que elementos como la generación y construcción colectiva de conocimiento, la educación en salud, el desarrollo y ejercicio de liderazgos, el gusto y la responsabilidad frente a los espacios participativos, así como un adecuado dimensionamiento y comprensión de lo público, entre otros, resultan también importantes, pues juegan un papel trascendental a la hora de definir este tipo de procesos organizativos y participativos.

Frente a la movilización ciudadana en salud

De otra parte, en este trabajo resulta también claro que la población tiene la tendencia a entender las instituciones públicas como sitios destinados principalmente a la solución individual de alguna necesidad o requerimiento específico, pero rara vez asumen éstas como patrimonio público para cuidar y enriquecer, lo cual se evidencia, por ejemplo, en situaciones como que los espacios de participación que existen por ley en estas instituciones tienen una acogida casi nula, además de que las formas organizativas para la participación que no están establecidas por la ley son de carácter lúdico y cultural. Quizás sea un poco arriesgado afirmar que no han comprendido en esencia el concepto de derecho en salud, ni los compromisos que exige el estatus de ciudadano; sin embargo, queda una sensación de que así es, pues las personas no muestran interés por realizar una construcción democrática institucional la cual permitiría mayores desarrollos a su comunidad; todo lo contrario, se encuentran imbuidos en sus propios asuntos los cuales no trascienden al nivel colectivo, o si lo hacen como ocurre en muy contadas ocasiones no tienen la suficiente fuerza, validando con esto la situación preocupante de que nos encontremos ante una sociedad fragmentada y en la que el “sálvese cada uno como pueda” pareciera ser el principio imperante.

Podríamos explicar lo anterior sobre la base de que existe un principio individualista subyacente en esta situación que está delimitando el accionar de las personas y coartando profundamente las construcciones colectivas, lo cual se ve reflejado en que luego de 17 años de funcionamiento del actual sistema de salud sigue vivo el reto descrito por ROSENFELD “A los colombianos les espera un desafío que, aunque fascinante, es muy conflictivo: el de incorporar la participación al sistema de salud, es decir poner en ejecución, lo que señala y lo que manda la constitución. Es un desafío muy impresionante porque, entre otras cosas, fundamentalmente para los médicos y los equipos de salud implica un cambio de paradigmas, dado que es, de verdad, la democratización del poder, un espacio de mayor horizontalidad en el poder hegemónico que antes tenían y que hoy deben compartir con las comunidades.” (S.F. p. 15)

No obstante se debe tener en cuenta que la situación de violencia vivida por largo tiempo en este municipio ha menguado en la población el deseo de vincularse en procesos de participación y debido a que en tiempo pasado quienes lideraron procesos de participación ciudadana fueron objetivo de acciones disuasivas o de hecho por parte de grupos armados.

Frente al derecho en salud

Por otro lado, a nivel institucional se puede decir que las intenciones u objetivos de las entidades de salud en Colombia no necesariamente ubican como su centro de acción la población, sino que por el contrario parecieran privilegiar las lógicas económicas, administrativas y burocráticas impuestas por el actual modelo, dejando de lado con frecuencia las expectativas y necesidades de las comunidades. Esto ha llevado a que se genere cierta sensación, sobre todo a nivel de los actores comunitarios de sentirse “usados” como “medios” o instrumentos para el logro de los propósitos institucionales.

Surgen entonces interrogantes interesantes: si la población y los ciudadanos son un medio en las lógicas institucionales, ¿cuál es entonces el fin buscado por las instituciones? o mejor ¿hacia dónde se orienta el accionar institucional en el país?; éstas son preguntas que pueden en el futuro ayudar a dilucidar un poco la confusión e inconformismo que deja esta situación.

Por otra parte, y de manera complementaria a los aspectos hasta el momento presentados, resulta importante presentar otros resultados producto del desarrollo del presente trabajo investigativo, los cuales resultan sensibles y significativos al abordar la situación de salud y de participación en salud de una comunidad. En este sentido se recogen tres asuntos de relevancia que complementan algunos planteamientos ya hechos.

El primero tiene que ver con que el sistema de salud de Colombia. Según la percepción de los actores del sector en el municipio de San Luis, éste tiene grandes dificultades, destacándose notablemente en esta investigación el efecto negativo que producen la intermediación económica que ejerce el sector privado y el enfoque empresarial de producción en algunos espacios privados y públicos del sector, los cuales despojan a los pacientes -ahora usuarios- de toda posibilidad de decidir sobre su proceso salud – enfermedad.

Es así como para el caso de la salud el dinero no debe ser el principal obstáculo u objetivo bajo el cual se permita el deterioro de la salud de las personas, resulte el más importante mediador al momento de planificar y desarrollar las acciones de salud, y mucho menos sea arbitro en las relaciones sector salud- paciente. Mientras esto ocurra persistirán múltiples impedimentos para que las personas ejerzan su derecho a la salud.

En segundo lugar, la educación para la salud es considerada como un elemento importantísimo, sin embargo, a la par que esta desarrolla conciencia y prácticas de autocuidado, debe también ser un instrumento para la promoción, fortalecimiento y estímulo de una participación ciudadana crítica y constructiva en

el sector salud, así como para el uso de los mecanismos y espacios de exigibilidad del derecho en salud.

El Estado debe promoverlo y garantizarlo con el fin de dinamizar el proceso de co-construcción del derecho en salud, pues mientras éste último siga siendo entendido y garantizado únicamente como un subsidio para acceder a servicios de salud se reforzarán en la población conductas y percepciones de vulnerabilidad, así como en las personas el deseo de ser sujetos de caridad.

Lo anterior sumado a otra serie de hechos como la individuación que se da al enfrentar los problemas que el sistema acarrea a cada ciudadano, la participación comunitaria en salud cuando es ubicada o es asociada sólo a espacios de aprendizaje de “hábitos y prácticas saludables”, así como el desconocimiento sobre múltiples aspectos del sistema de salud tales como los mecanismos formales de acceso y exigibilidad individual y colectivos en torno a los servicios, han llevado a que la posición de los usuarios frente a la garantía de sus derechos sea definitivamente precaria.

Sin embargo se debe aclarar que frente a problemas estructurales de gran envergadura como los que presenta el sistema de salud, la educación en salud no representa un instrumento lo suficientemente fuerte para contrarrestarlas, un ejemplo de estas son la asimetría de poder entre las EPS y los usuarios, el fenómeno de mercantilización de la salud, la reducción de los mecanismos de exigibilidad para los casos individuales porque los mecanismos de exigibilidad colectivos no tienen ningún precedente de funcionamiento en este país, entre otros.

En tercer lugar, los servicios de atención en condiciones de enfermedad no se deben entender sólo como meras prácticas instrumentativas o técnicas sino, además como ejercicios dialógicos para el correcto inicio del proceso de curación desde la reconfiguración del sujeto enfermo a través del ejercicio de la palabra, o sea realmente “prestar atención” y establecer comunicaciones satisfactorias entre paciente y personal de salud, lo cual requiere entre otros el mejoramiento de los actuales tiempos de atención, y una enorme voluntad por parte de las universidades para estimular la formación de los profesionales de salud bajo una ética de la profesión y la humanización de la atención, recuperando así el sentido hipocrático de las ciencias de la salud el cual ayude a contrarrestar la visión exclusivamente empresarial y económica de buena parte del talento humano que se desempeña en el sector salud.

LISTA DE REFERENCIAS

- I. Acosta, M.L., Briceño, B.C. & Restrepo, L.F., (2009) *LA LUCHA POR EL AGUA EN DOS EXPERIENCIAS DEL MOVIMIENTO AMBIENTAL DE BOGOTA COMO DISPOSITIVO QUE MOVILIZA EL DESARROLLO COMUNITARIO, LA CONSTRUCCION DE CIUDADANIA Y DEMOCRACIA*. Tesis de maestría no publicada. CINDE-UPN, Bogotá, Colombia.
- II. Aguilar, M. J. (1996) ASPECTOS CLAVES DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD. *Revista Prospectiva Universidad del Valle*, No 3, 43 – 79.
- III. Álvarez, L. E. (2001) *PENSAMIENTO EN SALUD PUBLICA, El derecho a la salud*. Recopilación de exposiciones en el seminario permanente (S.E.)
- IV. Arcudi, L., Bermúdez, A., Borrero, C., Bravo, A., Brion-Meisels, A., Castilleja, P., Chaux, E., Godson, R., Hart, R., Haste, H., Holter, A., La Russo, M., Lind, G., Magenzo, A., Milani, F., Mockus, A., Murillo, G., Padilha, P., Patti, J., Pétris, R., Pinto, L., Roche, R. & Wray, D., (2005) Ciudadanía proactiva pactos de convivencia y paz. En *COMPRENCIONES SOBRE CIUDADANIA M.E.N.* Bogotá, Colombia.: Editorial Delfín.
- V. Blanco, J.H. & Maya J.M. (2005) Participación Ciudadana y Salud. En *FUNDAMENTOS DE SALUD PUBLICA* (2da Ed.) Pág. 86,111 Tomo I Editorial CIB
- VI. Bernal, J., Sarmiento, L., Castellón, A., Gutiérrez, J.F. & Vélez, J.F. (2007) *PANORAMA SOCIAL DE MEDELLÍN, Diagnostico social de Medellín y evaluación del modelo de intervención de la secretaria de bienestar social-2007*. Medellín, Colombia.: corporación región.
- VII. Colectivo de Abogados “José Alvear Restrepo”. (2001). *ESTRATEGIA DE EXIGIBILIDAD JURIDICA DE LOS DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES EN COLOMBIA MEDIANTE ACCIONES JURIDICAS EN EL PLANO NACIONAL E INTERNACIONAL*. Bogotá, Colombia. (S.E.)
- VIII. Constitución Política De Colombia Capitulo 2. Artículos 48, 49, 78 recuperado el día 7 de septiembre de 2009 Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- IX. De Currea, V., Hernández, M., Paredes, N. & PROVEA. (2000). La Salud: de la caridad al negocio sin pasar por el Derecho. En A. Rojas (Ed.) *La Salud Esta Grave, Una visión desde los derechos humanos*. (pp. 189 - 308). Bogotá, Colombia: Editorial ILSA.

- X. De Currea, V., Hernandez, M., Paredes, N. & PROVEA (2000). La Salud como Derecho. En *La Salud Esta Grave, Una visión desde los derechos humanos*. (pp. 25 - 132). Bogotá, Colombia: Editorial ILSA.
- XI. De La Cuesta, C. (1999) La medicina como institución de control social. En M.L. Valencia (Ed.) *SALUD Y ENFERMEDAD, Lecturas Básicas en Sociología de la Medicina* (pp. 23 – 46). Medellín, Colombia: Editorial U. de A.
- XII. De Negri, A. (2008) *El enfoque de los derechos humanos en calidad de vida y salud y su aplicación en la reestructuración programática y la reorganización de los servicios/reflexiones sobre una estrategia de aplicación*. Bogotá, Colombia. (sin editorial)
- XIII. DIAGNOSTICO MUNICIPAL, Programa de gobierno 2008-2011
- XIV. García, N. (1996) *CONSUMIDORES Y CIUDADANOS, Conflictos multiculturales de la globalización*. México. Editorial Grijalbo
- XV. Guevara, R. H., López, R., Cruz, N., García E., Restrepo, D., Jiménez, J.D., Rodríguez, G., Sánchez, M.E., & Bustos, A., (2007) EL PROYECTO DIGALO Y LOS PROCESOS DE ARGUMENTACION EN EL CEAD IBAGUE: Una experiencia que se construye desde el aula con integración en el desarrollo humano. *REVISTA DE INVESTIGACIONES UNAD* Vol. 6 Numero 1, 63-80
- XVI. Grupo editorial educar (2007) *Lenguajes y saberes 11*. Bogotá, Colombia
- XVII. Hernández, M., (2000) EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA: OBSTACULOS ESTRUCTURALES PARA SU REALIZACION. *REVISTA DE SALUD PUBLICA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA*, (2), Pág. 122, 123, 124, 128 Recuperado el 3 de Septiembre de 2009 Disponible en: <http://www.medicina.unal.edu.co/list/revistasp/v2n2/Rev222.htm>
- XVIII. Manotas, E., (1.999) NUEVO CONCEPTO EN SALUD: LA PARTICIPACION CIUDADANA Y COMUNITARIA Y SU COMPROMISO CON LA SALUD PUBLICA. *Revista del programa de psicología "discernimiento"*, (No. 5) Universidad del Norte, Recuperado el 3 de Septiembre de 2009 Disponible en: <http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/discernimiento/edicion05/4.htm>
- XIX. Manual Técnico Administrativo del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI. Pág. 289 Recuperado el 3 de septiembre de 2009 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pai/info/13%20movilizacion%20social.pdf>
- XX. Martínez, M.Y., Romero, M., Moreno, E.Y., Orozco, S., Sierra, m., Laserna, G., Hernández, L., Gómez, I.J., Prieto, E. & Agudelo, E., EL

DISEÑO PARTICIPATIVO DE LAS POLITICAS PUBLICAS: Una oportunidad para mejorar el desarrollo humano Parte de *REVISTA DE INVESTIGACIONES UNAD* Vol. 6 Numero 1, 111 - 127

- XXI. Ministerio de la protección social Ley 100 de 1993 preámbulo y Artículos 4, 153,154, 162, 196, 215 Recuperado el día 7 de septiembre de 2009 Disponible en: <http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Ley-100-de-1993.pdf>
- XXII. Ministerio de la protección social Ley 10 de 1990 Artículo 3. Pág. 2 Recuperado el día 7 de septiembre del 2009 <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbeContent/library/documents/DocNewsNo17371DocumentNo6811.pdf>
- XXIII. Muller, F. (1991) *POBREZA, PARTICIPACION Y SALUD Casos latinoamericanos* (1ª Ed.). Medellín, Colombia.: Editorial Universidad de Antioquia.
- XXIV. Municipio de San Luis, Antioquia. (2008) *Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011*. Pág. 17-22, 44-46
- XXV. Ortiz, W., Alzate E., Vélez, R.A., López, A., Salcedo, H.E., Durango, G.A., Giraldo, J.O. & Velásquez J.C., (1998) LA CIUDAD ENTRE DILEMAS PÚBLICO Y PRIVADO. Parte de: *REVISTA DEL CIRCULO DE HUMANIDADES UNAULA LO PÚBLICO: Escenario de autonomías ciudadanas*. (No 16.) Editorial Universidad Autónoma Latinoamericana. Pág. 7 – 18.
- XXVI. Ortiz, W., Alzate E., Vélez, R.A., López, A., Salcedo, H.E., Durango, G.A., Giraldo, J.O. & Velásquez J.C., (1998) LO PÚBLICO, decisiones políticas con identidad cívica. Parte de: *REVISTA DEL CIRCULO DE HUMANIDADES UNAULA LO PÚBLICO: Escenario de autonomías ciudadanas*, Editorial Universidad Autónoma Latinoamericana. (16), 19 - 28.
- XXVII. Paredes, N., (2003). *DERECHO A LA SALUD Su Situación en Colombia* Editorial GTZ, CINEP (Centro de Investigación y Educación Popular).
- XXVIII. Restrepo, C., Garzón, M.E., Cuervo, M.C., Duque, F.L., Palacios, M.H., Marin, F.D., Duque, Y., Acevedo, D., Posada, O.H. & Arriaga, A.C., (2005) *GUIA DE PROCEDIMIENTOS BASICOS PARA LAS ORGANIZACIONES COMUNALES*. (1ª Ed.). Medellín, Colombia.: Alcaldía de Medellín, Secretaría de desarrollo Social.
- XXIX. Rosenfeld, M. (S.F) *CONCEPCIONES SOBRE PARTICIPACION SOCIAL: ASPECTOS TEORICOS Y METODOLOGICOS*, parte de *Memorias III Foro Nacional de Salud Comunitaria "Participación social en salud, un desafío para el desarrollo"*. Pág. 15.
- XXX. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2003) *Diagnostico Local de Salud con Participación Social, Localidad 03*. Colombia.: Editorial Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud, SDS

- XXXI. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2006). El lenguaje como constructor del sentido de la calidad en el acto médico del sistema de salud. En J.O. Bolaños (Ed.). *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, 8, (pp. 107 – 120).
- XXXII. SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL QUE PROTEGE EL DERECHO A LA SALUD. Recuperado el día 12 de julio de 2010 Disponible en: <http://www.cej.org.co/component/content/article/68-actualidad-normativa/619-sentencia-de-la-corte-constitucional-que-protege-el-derecho-a-la-salud>
- XXXIII. Sentencia de la Corte Constitucional T-626/09 Recuperado el día 12 de julio de 2010 Disponible en: <http://www.cej.org.co/component/content/article/68-actualidad-normativa/619-sentencia-de-la-corte-constitucional-que-protege-el-derecho-a-la-salud>
- XXXIV. Toro, E. (2001) HOSPITAL & EMPRESA Medellín, Colombia.: Editorial Hospital Universitario San Vicente de Paul.
- XXXV. Torres, A., (1999) *ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA* Bogotá, Colombia.: Arfin Ediciones.
- XXXVI. Universidad CES (S.F.) LAS PRIMERAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL: LAS RAÍCES HISTÓRICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Diplomado de administración E.S.E.* (S.E.)
- XXXVII. Vasilachis, I., (2006) *ESTRATEGIAS DE INVESTIGACION CUALITATIVA*. Editorial GEDISA. S.A.
- XXXVIII. Vásquez, L., Ferreira, R., Siqueira, E., Campos, A. P., Da Silva, A., Veras, I.L. & Grande, I.K., (2002) Visión de los Diferentes Agentes Sociales sobre la Participación Social en el Sistema de Salud en el Nordeste de Brasil, Una Aproximación Cualitativa. *Rev. Esp. Salud Publica*, 76, (5), Recuperado el 4 de Septiembre de 2009. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500018
- XXXIX. Velásquez, F. & Gonzales E., (2003) *¿QUE HA PASADO CON LA PARTICIPACION CIUDADANA EN COLOMBIA?* Editorial Fundación Corona Pag.14
- XL. Zibechi, R., (2007) *DISPERSAR EL PODER Los movimientos sociales como poderes antiestatales*. Bogotá, Colombia.: Ediciones desde abajo.
- XLI. Zibechi, R., (2008) *AMERICA LATINA Periferias urbanas territorios en resistencia*. Bogotá, Colombia.: Ediciones desde abajo.
- XLII. Zuleta, E. (1998) Democracia y Participación en Colombia. *Rev. Foro* (6) Pág. 104-106.

XLIII. Zuleta, E., (2005) *COLOMBIA: VIOLENCIA, DEMOCRACIA Y DERECHOS HUMANOS*. (4a Ed.). Bogotá, Colombia.: Editorial Hombre Nuevo.

ANEXOS

Anexo 1. Preguntas Entrevistas Semiestructuradas

PREGUNTAS ENTREVISTA USUARIOS Y EDUCADORES EN SALUD

¿Cuál es la percepción que usted tiene sobre la participación ciudadana dentro del sector salud?

¿Cómo ha sido su vivencia en el proceso de participación ciudadana y comunitaria dentro del sector salud, como calificaría esa experiencia y porque?

¿Conoce usted cuales son los espacios de participación ciudadana y comunitaria que existen en el sector salud y qué tipo de capacitación o asesorías ha recibido para fortalecer su participación en el sector salud?

¿De acuerdo a los conocimientos que usted posee sobre sistema de salud en Colombia, considera que éste, además de los espacios participativos que permite, brinda las herramientas (capacitaciones, mecanismos) suficientes a los ciudadanos para participar en el sector?.

¿Cómo actor dentro del sector salud, conoce usted los derechos, deberes y responsabilidades que adquiere cada ciudadano vinculado al sistema de salud? ¿Cómo asume Ud esos deberes y responsabilidades? comente un poco de esto.

¿Qué mecanismos utiliza para hacer efectivos esos derechos? ¿Cuál es el alcance o efectividad de esos mecanismos?

¿Hasta que punto se le permite participar con propuestas de transformación en la institución a la que pretende impactar?

¿Cree que la institución donde usted actúa esta interesada en modificar o transformar esos aspectos o procesos que afectan los usuarios del servicio y porque?

¿Qué aspectos o que condiciones del SGSSS habrá que mejorar o transformar para hacer efectiva la exigibilidad del derecho a la salud?

PREGUNTAS ENTREVISTA DIRECTIVOS

¿Cuál es la percepción que usted tiene sobre la participación ciudadana, específicamente en el sector salud?

¿Conoce usted cuales son los espacios de participación ciudadana y comunitaria que existen en el sector salud y qué tipo de capacitación o asesorías le brinda su institución a ud y a la comunidad para fortalecer la participación en esos espacios?

¿De acuerdo a los conocimientos que usted posee sobre sistema de salud en Colombia, considera que éste, además de los espacios participativos que permite, brinda las herramientas (capacitaciones, mecanismos) suficientes a los ciudadanos para participar en el sector?

¿Cómo ha sido el proceso de participación ciudadana que usted ha liderado dentro del sector salud, como calificaría esa experiencia y porque?

¿Cómo actor dentro del sector salud, conoce usted los derechos, deberes y responsabilidades que adquiere cada ciudadano vinculado al sistema de salud? ¿Cómo asume Ud esos deberes y responsabilidades? comente un poco de esto.

¿Qué mecanismos le brinda la institución que usted representa, a la población para hacer efectivos sus derechos? ¿Cuál es el alcance o efectividad de esos mecanismos?

¿Hasta que punto permite la participación ciudadana con propuestas de transformación, en la institución a la que se encuentra vinculado?

¿Cree que la institución donde usted actúa esta interesada en modificar o transformar esos aspectos o procesos que afectan los usuarios del servicio y porque?

¿Qué aspectos o que condiciones del SGSSS habrá que mejorar o transformar para hacer efectivo la exigibilidad del derecho a la salud?

Anexo 2. Preguntas Sesiones Grupos Focales

PREGUNTAS GRUPO FOCAL DIRECTIVOS

¿Cuál es la percepción que ustedes tienen sobre la participación ciudadana?

¿Cómo ha sido ese proceso dentro del sector salud, como calificarían esa experiencia y porque?

En su papel de actores institucionales dentro del sector salud, ¿cómo promueven en la comunidad el conocimiento del SGSSS, así como de los derechos, deberes y responsabilidades que adquiere cada ciudadano vinculado al sistema de salud? Comente un poco de esto.

¿Qué mecanismos se pueden utilizar para hacer efectivo el derecho a la salud? ¿Cuál es el alcance o efectividad de esos mecanismos y como se deberían dar a conocer a la comunidad?

¿Hasta que punto se motiva y permite la participación ciudadana con propuestas de transformación en las instituciones de salud?

¿Cómo se podrían modificar o transformar desde su institución, esos aspectos o procesos asistenciales y administrativos que afectan los usuarios del servicio?

Teniendo en cuenta las constantes quejas sobre la prestación del servicio de salud, ¿Qué aspectos o que condiciones del SGSSS habrá que mejorar o transformar para hacer efectiva la exigibilidad del derecho a la salud?

PREGUNTAS GRUPOS FOCALES (COMUNIDAD-EDUCADORES EN SALUD)

¿Cuál es la percepción que ustedes tienen sobre la participación ciudadana dentro del sector salud?

¿Cómo han vivido ese proceso, como calificaría esa experiencia y porque?

¿Cómo actores dentro del sector salud, conocen ustedes los derechos, deberes y responsabilidades que adquiere cada ciudadano vinculado al sistema de salud? ¿Cómo asumen Uds esos deberes y responsabilidades? comenten un poco de esto.

¿Qué mecanismos utilizan para hacer efectivos esos derechos? ¿Cuál es el alcance o efectividad de esos mecanismos?

¿Hasta que punto se les permite participar con propuestas de transformación en la institución a la que pretende impactar?

¿Creen que las instituciones relacionadas con la salud de su municipio, están interesadas en modificar o transformar los aspectos o procesos asistenciales y administrativos que afectan los usuarios del servicio y porque?

Anexo 3. Formato para Registro de Observaciones

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| DIARIO DE CAMPO | | | | |
| Fecha: | | | | |
| Lugar: | | | | |
| Hora: | | | | |
| Código: | | | | |
| Actores convocados: | | | | |
| Asistentes: | | | | |
| Entrevista grupo focal actores institucionales: | | | | |
| <hr/> | | | | |
| Observaciones: | | | | |
| <hr/> | | | | |
| <hr/> | | | | |

Anexo 4. Matriz de Análisis

| CATEGORIA | | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| SUBCATEGORIAS | CODIGO DE FUENTE | DESCRIPTOR DE LA CATEGORIA | CODIGO ANALITICO | OBSERVACIONES/ COMENTARIOS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Anexo 5.3. Red de Sentido: El Derecho a la Salud

