

**FORMAS DE REPRESENTACIÓN REALES Y SIMBÓLICAS EN EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: UNA CULTURA DE TECNOCRACIA
PARA LA FORMACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD**

CLARA INEZ SIGÜENCIA HERAS

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
BOGOTÁ D.C.**

2013

**FORMAS DE REPRESENTACIÓN REALES Y SIMBÓLICAS EN EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: UNA CULTURA DE TECNOCRACIA
PARA LA FORMACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD**

CLARA INEZ SIGÜENCIA HERAS

**Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Administración de Salud**

Director

**Jaime Ramírez Moreno.
Economista, Doctor en Economía y Gestión de Salud**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECÓNICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
BOGOTÁ D.C.**

2013

He aquí, yo estoy contigo,
y te guardaré por dondequiera que fueres,
y volveré a traerte a esta tierra;
porque no te dejaré hasta que haya hecho lo que te he dicho.

Génesis 28:15

No temas, porque yo estoy contigo;
no desmayes, porque yo soy tu Dios que te esfuerzo;
siempre te ayudaré, siempre te sustentaré con la diestra de mi justicia.

Isaías 41:10

AGRADECIMIENTO

A mi Dios que me protege y A mi Padre Segundo Sigüencia Palacios.

Agradecimiento total a mi querido esposo Fernando por creer en mí, a mis hijos Benjamín y Joaquín mis mayores regalos, a sus ángeles presentes Inés y Susana.

A mis hermanos y hermana por su preocupación y cercanía.

A mi Director Jaime Ramírez por su orientación, su amabilidad en todo momento y por su ánimo para la realización de este trabajo.

A todos los entrevistados por colaborar con sus conocimientos y experiencia.

A Dianis Unigarro y su querida familia, por acogerme y tratarme con tanta hospitalidad me siento parte de la familia, gracias por las delicias compartidas. A Martha Zequera Díaz y su querida familia por su apoyo y afecto, a Paola Castaño por mostrarme la calidez del colombiano y su arte.

A Jonathan Urrego y su familia porque tanto cariño recibido me hace sentir en deuda.

Contenido

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	1
2. OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	7
3.1 LA LIBERTAD DE SER AGENTE	8
3.2 LA PRIMACÍA DE LAS LIBERTADES POLÍTICAS Y LA DEMOCRACIA.....	11
3.3 LA INFORMACIÓN PARA TOMAR DECISIONES EN SALUD	13
3.4 LA RELACION MÉDICO- PACIENTE Y LA LIBERTAD DE AGENCIA.....	15
3.5 TEORÍA DE LA AGENCIA Y LOS AGENTES ASEGURADORES	17
3.6 INVESTIGACIONES SOBRE REPRESENTACIÓN SOCIAL O POLÍTICA.....	19
4. METODOLOGÍA.....	23
4.1 PARTICIPANTES.....	26
4.2 RECOLECCION DE LOS DATOS	29
5. PROCESO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	32
5.1 PRIMERA ETAPA: COMPARACIÓN INICIAL	32
5.2 SEGUNDA ETAPA: COMPARACIÓN INTERGRUPAL REPRESENTACIONES RALES Y SÍMBOLICAS DE CIUDADANO AFILIADO Y USUARIO	33
5.3 TERCERA ETAPA: COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS REPRESENTACIONES RALES Y SÍMBOLICAS DE CIUDADANO AFILIADO Y USUARIO	33
6. RESULTADOS	34
6.1 RESULTADOS PRIMERA COMPARACION	34
6.2 RESULTADOS SEGUNDA COMPARACIÓN INTERGRUPAL DE FORMAS DE REPRESENTACIÓN DEL CIUDADANO, AFILIADO Y USUARIO EN PRIORIDADES DE SALUD.	38
6.2.1 FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SÍMBOLICA DE CIUDADANO EN PRIORIDADES EN SALUD.....	38
6.2.2 FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBOLICA DEL AFILIADO EN PRIORIDADES EN SALUD.....	41
6.2.3 FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SÍMBOLICA DEL USUARIO EN PRIORIDADES EN SALUD.....	46

6.3 RESULTADOS TERCERA COMPARACIÓN ENTRE FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICAS DE CIUDADANO, AFILIADOS Y USUARIOS EN PRIORIDADES EN SALUD.	52
6.3.1 COMPARACIÓN BINOMIO: FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICA DE CIUDADANO Y AFILIADO	52
6.3.2 COMPARACIÓN BINOMIO: FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICA DE AFILIADOS Y USUARIO.	55
6.3.3 COMPARACIÓN BINOMIO: FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICA DE CIUDADANO Y USUARIO.....	58
7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	61
8. BIBLIOGRAFÍA.....	68

LISTA DE FIGURAS:

FIGURA 1. FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICAS DE CIUDADANO EN PRIORIDADES EN SALUD	49
FIGURA 2. FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICAS DE AFILIADO EN PRIORIDADES EN SALUD	50
FIGURA 3. FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICAS DE USUARIO EN PRIORIDADES EN SALUD	51
FIGURA 4. RESULTADOS TERCERA COMPARACIÓN ENTRE FORMAS DE REPRESENTACIÓN SÍMBOLICA Y REAL DE CIUDADANOS, AFILIADOS, USUARIOS: MUESTRA ÁREAS DE INTERSECCIÓN Y ÁREA DE CONVERGENCIA	59

LISTA DE TABLAS:

TABLA 1. Lista de Entrevistados	28
TABLA 2. Identificación de riesgos o prioridades en salud	34
TABLA 3. Formas de Intervención de Riesgos o Prioridades en salud	35
TABLA 4. Formas de Utilización de la Participación Ciudadana	36
TABLA 5. Defiende a/Representa a y Valores Explícitos Asociados	37

RESUMEN

El trabajo de investigación capta las distintas formas de representación reales y simbólicas de los ciudadanos acerca de las prioridades en salud; mediante la realización y análisis de entrevistas a personas que han participado en procesos de decisión desde varias funciones dentro del Sistema de Salud Colombiano. Usando un enfoque cualitativo, basado en los conceptos y las herramientas de la teoría fundamentada de Corbin y Strauss y de la libertad de agencia de Sen, se encuentra que se le da muy poca importancia y significado a las opiniones del ciudadano, confundiéndolas o mejor reemplazándolas con sus propios intereses. Finalmente se construye una teoría basada en los hechos, que explica la pérdida del vínculo social entre los representantes y el sujeto mismo de su representación; debido a la dominancia de una cultura tecnocrática en donde los instrumentos técnicos como los datos, la información, los riesgos y los ordenamientos, son más importantes que lo que piensan quienes padecen las necesidades y sufrimientos en el sistema.

Palabras clave: Mecanismos, valores, representación simbólica, participación ciudadana, libertad de agencia.

INTRODUCCIÓN

FORMAS DE REPRESENTACIÓN REALES Y SIMBÓLICAS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El aumento paulatino de las tutelas como una forma de acceder a servicios, originó que la Corte mediante Sentencia T-760 en el 2008 ordenara la ampliación y actualización del Plan Obligatorio de salud, con la inclusión de los ciudadanos en los procesos de decisión en prioridades y necesidades en salud.

Sin embargo, dentro del Sistema de Salud actúan de forma directa o indirecta diferentes formas de representación por lo que la investigación busca captar cuáles son las formas de representación real o simbólica de la población en prioridades en salud desde la visión de los entrevistados; analizando sus mecanismos, valores, y formas de utilización de la participación ciudadana y examinar si toman en cuenta la opinión de los ciudadanos respecto a las prioridades en salud.

Para ello, la investigación utiliza la entrevista semiestructurada que se aplica a distintas personalidades públicas en salud que asumen representaciones de tipo burocráticas, académicas, aseguradores, prestadores, gremiales, para mediante el uso de la teoría fundamentada construir teoría basada en los hechos reales, de cómo las formas de representación miran a los ciudadanos y a la sociedad en general.

Se utilizará las herramientas propias de la teoría fundamentada como son las comparaciones sucesivas y comparaciones teóricas a fin de determinar las principales categorías y relaciones; las convergencias y divergencias entre las distintas formas de representaciones reales y simbólicas que surgen del análisis para finalmente elaborar preguntas y teorías de interés basada en los hechos

como un resultado y no como una teoría o hipótesis previa que se quiere comprobar.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las decisiones sobre necesidades y prioridades en salud constituyen problemas presentes en el sistema de salud. Diferentes autores observan que los mecanismos o alternativas de elección, para este complejo problema pasa a través de dos grandes enfoques: Un enfoque de asignación económica de los recursos disponibles y el enfoque basado en decisiones políticas.

Cada uno tiene su metodología que busca dar validez a la decisión sobre la inversión que proporcione los mayores beneficios sociales. Por un lado, el enfoque económico basado en metodologías como el Costo Utilidad, Costo Efectividad valida su propuesta a través de la comparación de las alternativas y la elección de la “más” efectiva para solucionar un problema de salud determinado, tal proceso tiene dificultades en cuanto a que presenta problemas de distribución equitativa de los recursos; de agregación de utilidades y preferencias individuales; así como dificultades cuando los servicios cubren necesidades de los distintos grupos creando exclusiones.

La asignación de recursos para la salud y el establecimiento de prioridades, mediante decisiones políticas, obedece a la estructura de régimen político y a las reglas de los procesos de decisiones y a las formas de participación ciudadana, que pueden legitimar su decisión a través de diferentes acuerdos sociales. Este proceso también presenta dificultades en cuanto a los múltiples criterios e instituciones que intervienen para decisiones en donde las reglas no están asociadas a los principios de democracia, igualdad y universalidad y son difusas en cuanto a la equidad, efectividad y transparencia del proceso.

Para los procesos que centran sus decisiones mediante una elección económica se proponen alternativas para complementar los criterios de eficiencia con legitimidad, mediante la inclusión de la opinión del público sobre prioridades en términos de riesgos y problemas de salud, equidad y sobre lo que la sociedad considera como problemas de salud más importantes (Williams, 1999). Así mismo,

para el enfoque político se plantean mecanismos para ampliar la participación ciudadana y la fijación de reglas sociales en el proceso de decisión; pasar de la acumulación de experiencias hacia la sistematización de las alternativas sobre prioridades a través del tiempo, mejorar en las funciones de las instituciones que intervienen en el proceso de decisión y mayor participación de las partes interesadas para dar legitimidad a la decisión.(Klein,1998)

Ambos procesos de asignación, económica y político, aunque buscan la participación del público mediante representantes o en forma instrumental (valoraciones cuantitativas de la opinión del público), lo importante es notar que el resultado de las decisiones pueden o no concordar con los intereses de los principales actores del sistema de salud, es decir, con los usuarios y ciudadanía en general, esto principalmente por que tales agentes de decisión (economistas y/o médicos) o representantes (políticos, técnicos o tomadores de decisión públicos) no constituyen casi por regla general una forma legítima de representación de los de los valores que tenga la población en general.(Williams &Cookson, 2006), problema que se genera dentro de la teoría del agente y principal, entre ciudadano y estado, entre asegurador y afiliado, entre prestador y usuario y entre médico y paciente.

A las dificultades anteriores se suma la cantidad y heterogeneidad de reglas, criterios y las relaciones entre las formas de gobierno encargadas de convertir prioridades sociales y ciudadanas en decisiones políticas y asignación de recursos.

Los problemas que surgen de éstas discordancias son la pérdida de legitimidad del sistema y el aumento paulatino de reclamaciones del derecho a la salud por vías judiciales. Es decir, surgen insatisfacciones que afectan las expectativas de los ciudadanos, afiliados y usuarios así como a los prestadores de servicios, ya que tales disposiciones generadas en un marco económico o político no reflejan las verdaderas necesidades y prioridades sociales.

“La mayoría de los procesos de asignación de recursos y priorización presentan mecanismos de decisión implícitos, en donde las características y valores utilizados en estos procesos no son claros; también presentan dificultades en cómo participa la ciudadanía pues su participación puede ser nula o en muchos casos instrumental”. (Williams & Cookson, 2006)

Por lo tanto, es importante identificar y comprender ¿Cuáles son los valores y mecanismos de definición de prioridades en salud a través de quienes han participado en procesos de decisión al momento de ordenar las prioridades y asignar recursos?, las explicaciones a ésta pregunta permitirá conocer cuáles son las manifestaciones explícitas que tienen las representaciones sociales y públicas entorno a las prioridades, así como cuáles consideran los riesgos para la Salud más prioritarios y las formas de utilización de la participación ciudadana; la investigación ayudará a dilucidar cuáles son los requerimientos de la población desde la óptica de los que intervienen en decisiones sobre prioridades en salud.

JUSTIFICACIÓN

Cuando la demanda por derechos y servicios de salud aumenta provocan dilemas individuales y colectivos fuertes al momento de decidir sobre en donde invertir los recursos y qué y quiénes deben ser agentes en las decisiones; por ésta razón se buscan cada vez normativamente mecanismos y criterios priorización social con una tendencia hacia procesos de decisión más abiertos, participativos y democráticos que involucren tanto al parlamento, proveedores de los servicios de salud y ciudadanía, con la finalidad de buscar conciliar los ámbitos técnicos de la evaluación económica y médica, con la política, equidad y los valores profesionales y sociales. A fin de que las decisiones sean legítimas y justas.

El Sistema General de Seguridad de Seguridad Social en Salud no es una excepción a este diagnóstico generalizado, tanto en el ámbito económico, social y político cada vez se requiere de un sistema explícito de decisiones pues se

percibe como ilegítimo e insostenible debido a las fallas sistémicas asociadas al no cumplimiento de las funciones de financiamiento, la deficiente gestión del aseguramiento y la inoportuna prestación de servicios, todos ellos derivados de la gestión y de la imposibilidad de unificación de planes en función de las necesidades de la población. (Ramírez, J,2010)

La Sentencia de la Corte ordenó a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS). Para el cumplimiento de esta orden la Comisión deberá garantizar la participación directa y efectiva de la sociedad en general, a fin de que se defina con claridad los servicios incluidos o excluidos y las razones sobre tales decisiones para precautelar una mayor protección de derechos y prioridades en materia de salud. Además ordena tomar en cuenta la sostenibilidad del sistema de salud en cuanto a la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación al momento de decidir incluir o excluir un servicio de salud. (Gianella-Malca, Parra-Vera, Yamin&Torres-Tovar, 2010)

Es así, que el reto es la definición explícita de un plan único de beneficios, y en tal definición constan los mecanismos de definición de prioridades sociales y de asignación de recursos para la salud, por parte de aquellos llamados a participar para garantizar el proceso.

Por tanto, la necesidad de plantear el tema de investigación propuesto incidirá en identificar a través de los entrevistados sus percepciones como representaciones públicas y sociales, sobre los criterios que intervienen, en decisiones en salud, con el propósito deliberado de hacer explícitos dichos mecanismos y valores, y conocer si éstos representantes reales y simbólicos toman en cuenta la opinión y las expectativas de la ciudadanía en sus decisiones.

Los beneficios que se generan de ésta investigación permitirán comprender qué piensan quienes participan en procesos de decisión, en el marco de los mercados e instituciones democráticas en el SGSSS.

Desde el punto de vista teórico y experimental puesto que se utiliza la teoría fundamentada, ésta investigación generará una controversia con la aplicación desde la economía del bienestar tradicional en los procesos de asignación de recursos y la política.

Además permitirá una reflexión y discusión sobre el conocimiento existente del área investigada: formas de representación simbólica y real, así como aportará para la construcción de teorías basadas en los hechos que complementen, refuten o mejoren el estudio que aquí se desarrolla.

Por último, permitirá obtener una visión más global de conocimiento sobre las formas de representación en la definición de prioridades dentro de un marco social, técnico y político.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar, comprender y explicar los mecanismos y valores que intervienen en la formación de las prioridades en salud.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar y definir los mecanismos de asignación de recursos por parte de las formas de representación real y simbólica del público como son los políticos, los burócratas, los afiliadores, los prestadores y los médicos.
2. Identificar y definir los valores de los entrevistados y como se asocian con las formas de representación reales y simbólicas del público.
3. Conocer y analizar las formas de utilización de la participación ciudadana en las prioridades de salud.
4. Contrastar los mecanismos y valores que intervienen de las diferentes formas de representaciones simbólicas y reales, públicas y sociales abordadas en el estudio, y construir una síntesis como una teoría basada en los hechos.

3. MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dada la flexibilidad de la metodología de análisis basada en la teoría fundamentada permitió buscar de manera posterior a los hallazgos de ésta investigación, teoría que complemente y explique los hechos que surgen de los diálogos de los entrevistados. La teoría fundamentada aplicada a este estudio genera un proceso circular progresivo entre los hechos y conceptos que a la vez genera hechos y teorías; por lo que se busca en forma posterior teoría que responda a los objetivos planteados en este estudio.

Resulta importante recalcar que la teoría fundamentada y su desarrollo obedece a la necesidad de “descubrir lo que sucede en la realidad de los entrevistados; y también está basada en la creencia de que las personas son actores que adoptan un papel activo al responder a situaciones problemáticas y actúan con una intención, la creencia de que la intención se define y se redefine por la interacción”. (Strauss & Corbin, 2002, pág.10)

Una vez se han identificado los actores, las acciones, las intenciones, y las interacciones, se procede a buscar teoría y estudios que explique y complemente la realidad verificada.

Es así, que con ayuda de un enfoque externo de capacidades del ciudadano como agente de sí mismo, dado por Amartya Sen, y otros artículos que analizan el contexto actual de la relación médico paciente e investigaciones en donde se da a conocer las opiniones de representantes en el sector de la salud respecto a la participación ciudadana y que coinciden con algunos resultados presentadas en este estudio; así como investigaciones que muestran la diferencia de objetivos de los representantes y sus representados en el marco de la participación institucional y el uso de la tutela como instrumento de participación en la actualidad, se explica los hechos expuestos por los entrevistados.

3.1 LA LIBERTAD DE SER AGENTE

En virtud de los resultados de este estudio; la voz del ciudadano no está representada en primera instancia porque las formas de representación se representan a sí mismos y desde su visión existe interferencias para la participación por liderazgos intermediarios, por funcionarios sin contacto con la sociedad, por falta de apoyo para la participación; y hasta incredulidad en que la gente participe debido a la información que posee (“información” desde el punto de vista del entrevistado), o a la visión contextualizada de las personas que participan. Es por ésta razón que se revisa en primer lugar la importancia de ser agente de sí mismo como la capacidad del ser humano para conseguir y elegir sus realizaciones de lo que quiere y puede en la vida y que pasa primero por considerarlo como un ser responsable y con información valiosa, y en virtud de esto, procurar su participación en el debate público de aquello que se considera prioritario.

La libertad de ser agente de una persona se refiere a lo que la persona es libre de hacer y conseguir en la búsqueda de cualesquiera metas o valores que considere importantes; la faceta de agente no se puede comprender sin tener en cuenta sus objetivos, propósitos, fidelidades, obligaciones y en sentido amplio a su concepción del bien. (Sen, 1997, pág. 86)

La importancia de la faceta de agente, en general, tiene que ver con la concepción de las personas como agentes responsables. Las personas han de entrar en los cálculos morales no sólo como personas cuyo bienestar exige interés, sino también como personas a las que hay que reconocer que son agentes responsables. (Sen, 1997, pág. 86)

Es decir, es concebir a una persona con capacidades, con autonomía para conseguir sus objetivos en la vida más que proporcionarles soluciones que redunden en su bienestar.

La libertad de una persona puede ser valorada en términos del poder para conseguir los resultados elegidos: ya sea que la persona sea libre para conseguir un resultado u otra; ya sea que sus elecciones sean respetadas y las cosas correspondientes sucedan. (Sen, 1997, pág. 92)

Lo anterior permite desmitificar la concepción del ciudadano como pasivo receptor de las decisiones que se tomen en todos los ámbitos en el cual se busca su bienestar; sino más bien considerarlo como un ser capaz y responsable en la búsqueda de aquello que se considera valioso; en este caso en la búsqueda de lo que se considera prioritario en salud.

Sen identifica, tres aspectos de la libertad que distinguen los ámbitos en los que las instituciones tienen que probar la bondad de sus efectos: libertad de oportunidad, libertad para tomar decisiones, libertad para protección frente a los demás (Sen, 1997, pág. 31)

En el estudio se presentan a través de los entrevistados argumentos de incredulidad de la participación de los ciudadanos ya sea por falta de información, ya sea porque se considera que las personas hablan desde su visión de interés; sin embargo Sen resalta que las personas y sus actos en la vida diaria van más allá de una conducta egoísta y que más bien poseen una información distinta basada en valores que resulta vital tomarlas en cuenta como formas propias de la gente para el planteamiento de sus necesidades y prioridades y como una forma de resaltar y respetar el rol activo del ciudadano.

El interés personal es, desde luego, un motivo extraordinariamente importante y muchos estudios sobre la organización económica y social no prestan suficiente atención a estas motivaciones básicas de la gente que quieren representar en sus modelos actos que reflejan valores que tienen claros componentes sociales y que nos llevan mucho más allá de los estrictos confines de la conducta egoísta. La aparición de normas sociales puede facilitarse tanto por medio de un

razonamiento comunicativo como de una selección evolutiva de los modos de conducta. (Sen, 2002, pág.313)

La utilización de un razonamiento socialmente responsable y de ideas de justicia está muy relacionada con el papel fundamental que desempeña la libertad individual. Eso no quiere decir que los individuos invoquen con firmeza sus ideas de la justicia o utilicen sus poderes de razonamiento socialmente sensible cuando tienen que decidir cómo van a ejercer su libertad. Pero el sentido de la justicia se encuentra entre los factores que pueden mover y mueven con frecuencia los individuos. Los valores sociales, pueden contribuir y de hecho han contribuido notablemente al éxito de algunos tipos de organización social, entre los cuales se encuentran los mecanismos de mercado, las políticas, los derechos elementales, la provisión de bienes públicos como medios para la realización de los derechos.

Cada persona tiene una forma distinta de interpretar las ideas éticas, incluidas las de la justicia social, e incluso puede distar mucho de saber con seguridad cómo organizar sus reflexiones sobre esta cuestión. Pero las ideas básicas de la justicia nos son ajenas a los seres sociales, que se preocupan por sus propios intereses pero que también son capaces de pensar en los miembros de su familia, en sus vecinos, en sus conciudadanos y en otras personas en el mundo.

Es cuestión de utilizar de manera sistemática y convincente y eficaz los intereses generales de los individuos. (Sen, 2002, pág.314)

En este estudio se identifican ejercicios realizados para la participación ciudadana en las cuáles se evalúa la inclusión o no de un procedimiento o tratamiento; para estos temas se requiere intervención de actores con conocimientos en el área ; sin embargo la inclusión de las perspectivas de los ciudadanos en general no son incluidas dentro del campo de lo que se considera prioritario en salud; es por ésta razón que se propone una puesta en práctica de ejercicios que den importancia no solo a la opinión de los expertos sino a los valores y necesidades que tiene la ciudadanía en general para lograr un debate

público que amplíe el ámbito de lo que se considere prioritario y por tanto se amplíe y construya nuevas formas de solucionar los problemas prioritarios.

Son muchas las medidas que pueden contribuir a aumentar el alcance y la calidad de los debates abiertos; entre ellas se encuentran la libertad de prensa y la independencia de los medios de comunicación, la expansión de la educación básica y de la escolarización, el aumento de la independencia económica (especialmente por medio del empleo, incluido el empleo femenino) y otros cambios sociales y económicos que ayudan a los individuos a ser ciudadanos participativos. En este enfoque es fundamental la idea del público como participante activo en el cambio y no como receptor pasivo y dócil de las instrucciones o de la ayuda dispensada. (Sen, 2002, pág.337)

También es importante reconocer que las instituciones sociales acordadas y las medidas económicas y sociales adecuadas no requieren que haya una única <<ordenación social>> que ordene totalmente todas las posibilidades sociales. Los acuerdos parciales también sirven para distinguir las opciones aceptables (y descartar las inaceptables), y una solución viable puede basarse en la aceptación condicionada de determinadas cláusulas sin que sea necesaria una absoluta unanimidad social. (Sen, 2002, pág.304)

3.2 LA PRIMACÍA DE LAS LIBERTADES POLÍTICAS Y LA DEMOCRACIA

En el estudio; desde la visión de los entrevistados se proponen soluciones prácticas tanto políticas y técnicas a los principales problemas prioritarios en salud como una manera de incidir en las condiciones de salud; mayormente proponiendo sus propias soluciones en ausencia del aporte constructivo que pueden proporcionar los ciudadanos.

No deberían separarse las necesidades económicas de las libertades políticas; por tanto tampoco deberían separarse las necesidades de salud de las

personas y su relación con las libertades políticas; debería ser integradora para realzar el valor del ciudadano como fuente de información pero a la vez de construcción de las soluciones para los problemas que afectan o influyen en la salud de una sociedad.

¿Es razonable la manera de enfocar los problemas de las necesidades económicas y las libertades políticas basada en una dicotomía elemental que parece que socava la importancia de las libertades políticas debido a que las necesidades económicas son urgentes? Yo, diría que no, que es una manera errónea de ver la fuerza de las necesidades económicas o de comprender la importancia de las libertades políticas. Las verdaderas cuestiones que hay que abordar se encuentran en otro lugar e implican prestar atención a las extensas conexiones que existen entre las libertades políticas y la comprensión y la satisfacción de las necesidades económicas. (Sen, 2002, pág.185)

Normalmente la preocupación se centra en prestar servicios de salud y ofrecer soluciones por los diferentes reclamos que existen dentro del sistema en una suerte de “apagar incendios”, como una reacción al problema que se presenta; sin embargo reconociendo las libertades políticas y propiciando mayor participación se podrá reconocer los problemas reales para trabajar conjuntamente en soluciones sociales amplias y legítimas a los ojos de los ciudadanos.

3.3 LA INFORMACIÓN PARA TOMAR DECISIONES EN SALUD

Como parte de los objetivos planteados en este estudio de identificar los mecanismos y valores que intervienen en la asignación de recursos en salud; se revisa que la información con la cual trabajaban los entrevistados y que se incluyen dentro de sus mecanismos reales y simbólicos para asignar recursos son: el perfil epidemiológico; estadísticas de mortalidad, demanda de servicios utilizados, estudios de barreras de acceso a los servicios; y otros entrevistados expresan la necesidad de información de riesgos, todos hacen parte de los mecanismos para asignar recursos en salud desde diferentes perspectivas tanto políticas como técnicas y a la vez se constituyen en formas de representar la sociedad, y de responder a sus necesidades en función de su particular concepción de lo que es la sociedad y de lo ésta requiere.

¿Qué clase de información debemos usar para juzgar si el estado de salud es bueno o es malo?, o ¿qué información debemos usar para asignar recursos?

Una distinción crucial se refiere a la diferencia entre las visiones “interna” y “externa” de la enfermedad y de la salud. Consideraciones de la salud y la enfermedad desde una perspectiva “interna” no como es observada por el médico o el experto externo, sino como lo es por el propio enfermo. Las estadísticas médicas están a menudo y por fuerza separadas de la autopercepción y se basan en resultados médicos observados desde fuera (como las enfermedades de distinto tipo diagnosticadas). Es frecuente que la asignación de recursos dependa en gran medida de la elección de enfoque. (Sen, 2002, pág.77)

La importancia del sufrimiento y del daño como características centrales de la enfermedad, ninguna estadística observada en forma mecánica puede proporcionar un conocimiento adecuado de estos aspectos de mala salud. El dolor es un asunto de autopercepción y si uno siente, uno tiene dolor y si uno no siente dolor; ningún observador externo puede rechazar la idea de que uno no tiene dolor. No considerar ésta información por parte de los analistas de la relación

costo-beneficio puede adolecer, de una deficiencia fundamental. (Sen, 2002, pág.77)

Las implicaciones de no tomar en cuenta el punto de vista del ciudadano en cuanto a su concepción propia de la salud y el contexto social en el cual está inmerso; provoca también soluciones incompletas para establecer prioridades en la asignación de recursos sin un conocimiento real de cuáles son las autopercepciones y realidades sociales que hacen parte de la vivencia de la gente y sus problemas prioritarios.

Se trata de defender la noción de “objetividad posicional” y contempla la percepción de la realidad en términos del “posicionamiento de los observadores en relación con lo observado (Sen, 2002, pág.78)

Realizar una combinación de las investigaciones diagnósticas de los médicos y las estadísticas de mortalidad y causas de muerte, complementadas con el análisis social para tratar de dar sentido a las percepciones informadas de morbilidad.

De hecho resulta fácil observar que si estamos preocupados por la libertad real de la que goza la gente o del bienestar efectivo de los individuos, no nos será posible hacer una valoración adecuada de la equidad en la salud en términos de la mera cuantificación de la asistencia sanitaria. Al juzgar el valor de la asistencia sanitaria hemos de examinar la forma en que incide en las vidas de las personas afectadas, sin determinar solo en la magnitud o extensión de la asistencia que reciben. (Sen, 2002, pág.78)

Finalmente, como parte de los diálogos se confirma que las informaciones que se toman para la ampliación del plan obligatorio de salud obedece a las distintas necesidades que surgen tanto en el sector institucional por el tema de los recobros así como de asociaciones de usuarios entre otras; sin embargo queda en manos de los técnicos definir la inclusión o no de un determinado

medicamento, tratamiento o procedimiento. La información requerida para las decisiones en este ámbito son técnicas, pero las consideraciones sociales acerca de lo que la sociedad estima como importante está bloqueada justamente por el método y criterios de inclusión que se usan para las prioridades en salud.

3.4 LA RELACION MÉDICO- PACIENTE Y LA LIBERTAD DE AGENCIA

Dentro de los resultados de esta investigación cualitativa se evidencia la ausencia de la palabra paciente; el cual obedece a la convivencia dentro de un sistema de salud basado en marcadas representaciones, por un lado Instituciones Proveedoras de servicios que intervienen en forma directa con el usuario para brindarles servicios; Empresas promotoras de salud que intervienen en forma directa con los afiliados con quienes se tiene una relación contractual en base a los aportes, o a lo que establece la ley para permitirles la obtención de determinados derechos y obligaciones; es decir las posiciones dentro del sistema están planteados; sin embargo el paciente dentro de este sistema adquiere con mayor fuerza el “traje” de usuario que se evidencia también por la búsqueda de parte de las formas de representación real y simbólica analizadas en este estudio, de soluciones a través de brindarles servicios más que aportar soluciones para mayor intervención política y libertad de agencia; es decir a observarlo con necesidades humanas más allá de necesidad de servicios.

En este sentido ¿cuánta libertad de agencia puede existir en una sociedad donde la relación natural médico paciente está disminuida?, en la siguiente parte se analiza el contexto actual de dicha relación:

En la actualidad la Relación Médico Paciente es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico generalista de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía. Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación,

entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. Esta situación ha convertido al paciente en un "comprador", en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos "vendedores"; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. Esta situación ha afectado profundamente la RMP, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones. (Rodríguez Silva, 2006)

La alta tecnología, el abandono de la buena clínica, la pérdida de valores, la frialdad en las relaciones, en suma la deshumanización de la medicina, han llevado a considerar que todo lo que se puede hacer se debe hacer y esto no es real. Se debe revertir el debilitamiento en la relación médico-paciente, y esto debe estar basado en la amistad y la confianza, derivando así en una auténtica vocación de servicio. La amistad es la virtud por excelencia en las relaciones humanas y en medicina es la forma privilegiada de este vínculo, porque ya es, en sí misma, sanante. (Carvallo V, 2005)

Las características del médico en esta interrelación las resumió *Hipócrates* hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad, que a su vez se podrían reflejar en los siguientes parámetros: saber ponerse en el lugar del otro, sentir como él o ella, disponerse a ayudarlo cuando enfrenta dificultades (Lain, P. E, 1969)

Resulta difícil que dadas las barreras de tiempo de consulta, falta de libre escogencia del paciente para acceder al médico la relaciones interpersonales de confianza, solidaridad y ética, den garantía de libertad de agencia del paciente pues resulta más evidente que existe una relación en la cual mayormente el paciente es un usuario y por tanto los diferentes organizaciones de salud dentro del sistema, trabajan para brindarle servicios, calidad de servicios y calidad de

atención dentro de un marco forzado en la cual las relaciones humanas y las diferentes formas de relación médico paciente quedan en un segundo plano.

Las relaciones médico paciente pueden ser clasificada de diferentes formas entre ellas: La relación activo-pasiva es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa.

La relación cooperativa guiada que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento y la relación de participación mutua, no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad. (Rodríguez Silva, 2006)

3.5 TEORÍA DE LA AGENCIA Y LOS AGENTES ASEGURADORES

Jensen y Meckling (1976) definen la relación de agencia como un contrato bajo cuyas cláusulas una o más personas (el/los principal/es) contratan a otra persona (el agente) para que realice determinado servicio en su nombre, lo que implica cierto grado de delegación de autoridad en el agente. Si ambos contratantes son maximizadores de utilidad, existen buenas razones para pensar que el agente no actuará siempre en el mejor provecho del principal.

La teoría de la agencia permite comprender las relaciones contractuales que se dan entre diferentes individuos u organizaciones, en el caso de los Agentes Aseguradores y los afiliados existe de por medio una relación contractual y legal dada por el Plan Obligatorio de Salud, mediante el cual los afiliados tienen derecho a acceder a determinados servicios y a la vez los Agentes Aseguradores buscan representar los intereses de sus afiliados.

Sin embargo, en virtud de los resultados de este trabajo se puede observar que existen dificultades para que este contrato exprese las verdaderas necesidades de los ciudadanos que se dan entre otras, por problemas de identificación real de los riesgos asociados a los servicios o por una continuidad de traducir la demanda de servicios en necesidades prioritarias de la población como una fórmula estándar que permite de manera rápida establecer paquetes de servicios a ser contratados con las diferentes EPS.

Además si se analiza, los productos del contrato son definidos exógenamente por la CRES, y en la medida en que el valor de la UPC y los contenidos del POS no son definidos ni por las EPS ni por las poblaciones, puede afirmarse que la relación real de mercado entre los afiliados es más bien virtual y derivada de la delegación pública de funciones. El criterio de libre elección de EPS queda suspendido en el vacío por la inexistencia de una relación de mercado (Ramírez, J, 2010, pág.45), no existe una representación real del afiliado dada las condiciones especiales de mercado que gobiernan relación entre afiliados y EPS.

Por otro lado y revisando el problema de la agencia:

Los objetivos del principal y del agente pueden entrar en conflicto y además puede que sea difícil y /o caro para el principal verificar que está haciendo el agente realmente. Por lo tanto el principal desconoce que está haciendo el agente.

El objetivo de los afiliados es acceder a servicios de salud y aunque el objetivo de los aseguradores ha sido brindar ésta posibilidad, tal y como lo muestran los resultados existe coincidencia en que la preocupación fundamental es el equilibrio económico dado la limitación en los recursos y dadas las condiciones legales de cobertura impuestas.

3.6 INVESTIGACIONES SOBRE REPRESENTACIÓN SOCIAL O POLÍTICA

A continuación se presentan algunos estudios en donde se verifica que la participación ciudadana está bloqueada ya sea porque sus representantes dentro del SGSSS buscan intereses distintos; o porque expresan criterios de escepticismo para la participación dadas por la falta de información que tienen los usuarios o por considerarla positiva pero a la vez enmarcándola en el ámbito exclusivo de su aporte para mejorar la calidad de los servicios; también se verifica en otro estudio que aunque se ha avanzado en la participación dentro de lo normativo, poco se ha avanzado culturalmente por parte de los que conforman el SGSSS en cuanto a la participación y más bien se reconoce a la tutela como un eficaz instrumento de participación para el logro en derecho a la salud.

En el estudio titulado: “El alcance de la participación ciudadana institucional en las políticas públicas de salud en el sistema general de seguridad social en salud” se analiza el alcance de la participación ciudadana institucional en las políticas públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y lo que ello implica en la apertura de espacios en los cuales los ciudadanos pueden intervenir en las etapas de planeación, dirección, organización y control. Así mismo, se dan a conocer los intereses y expectativas de los representantes y los usuarios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del SGSSS, desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional. (Avella Peña, Alejandra Ignacia, 2011).

Dentro de sus conclusiones se da a conocer que las expectativas de los usuarios no se ven representadas en quienes fueron elegidos o designados como sus representantes, pues ambos buscan resultados distintos al momento de intervenir en el devenir el sistema de salud colombiano, lo que conlleva a afirmar que el alcance de la participación ciudadana institucional en salud en las políticas públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se da, toda vez que las acciones que quienes la ostentan en las diferentes instancias se encuentran encaminadas más a las variables de control y no a las planeación, a

través de las cuales se logra que se realicen los cambios en la formulación de las políticas públicas y se estructuren cambios fundamentales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Avella Peña, A. I, 2011)

En otro estudio titulado “Actitudes y opiniones implicadas en la política participativa del control de la calidad de los servicios en Colombia”, se realiza entrevistas a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las se encuentran representantes de IPS, EPS, del sector privado y público y representantes políticos. (Delgado Gallego, M. E, 2007)

Como parte de los resultados se verifica que muy pocos del sector privado (EPS, IPS) consideraron que la participación es importante y necesaria para darle voz al usuario que no la tiene; sin embargo sólo en el sector público unos pocos sustentaban su actitud en el contenido de la política, en el sentido del control social que la participación debe generar.

También se observaron muchas opiniones que indicaban una actitud ambivalente, es decir, positiva hacia la participación, pero poco favorable hacia situaciones y/ o contextos que la rodean y determinan, como la falta de información y conocimiento acerca de la política que tienen los usuarios.

Entre las opiniones y actitudes de los formuladores de políticas se presenta una valoración positiva hacia la participación social en salud, sustentada en creencias y percepciones pragmáticas como la utilidad de la participación para ayudar a mejorar la calidad de los servicios de salud, pero hicieron referencia sólo al nivel de consulta evaluación, sin mencionar la participación en otros ámbitos, como en la toma de decisiones. (Delgado Gallego, M. E, 2007)

También se presentaron actitudes ambivalentes, como estar de acuerdo con la participación pero percibir con escepticismo la participación de los usuarios en la toma de decisiones. Esta actitud se sustenta en la percepción del poco poder de decisión que tienen los usuarios frente al poder de los actores institucionales:

“Eso sería algo así como ‘yo participo’, ‘tú participas’, ‘él participa’, ‘nosotros participamos’... y ellos deciden” (secretario de salud). (Delgado Gallego, M. E, 2007)

Mientras que en otra investigación cualitativa realizada entre 2005 y 2007, basada en trabajo de campo y en entrevistas a diez Organizaciones de Usuarios de Salud en Medellín, Colombia a partir de la pregunta: ¿Cómo ha incidido la acción colectiva realizada por las organizaciones de usuarios en la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma?

Develan los componentes no realizados del derecho a la salud y también muestran sus límites debido a la pobreza, la autonomía frágil, la simultaneidad de lo cívico y lo armado en la resolución de necesidades y la precaria democratización, des-institucionalización en el trámite de necesidades sociales; menor autonomía y capacidad de incidencia en el escaso margen que la reforma deja a las decisiones locales y; pasa también por intentos fallidos de democratización de la participación social y por el consecuente escepticismo y apatía de pobladores y organizaciones como características históricas de la ciudad. (López, M. E, 2007)

Finalmente en “Tutela y Participación: Herramientas del Gerente Social dentro del marco constitucional de 1991”, se concluye que aunque se han hecho avances normativos respecto a la participación no obstante, se hace urgente un cambio cultural de los servidores públicos, los gobernantes y la ciudadanía en general; donde se trabaje conjuntamente en el acceso de todos a la Participación dentro de los diferentes niveles e instancias del Estado. (Chaparro, G.B, 2007)

A la vez que se ratifica que: “No se puede desconocer el alcance de la Acción de Tutela como el instrumento participativo mayor, utilizado por los colombianos para proteger los derechos fundamentales.”(Chaparro, G.B, 2007)

Lo anterior explica que los ciudadanos dentro del SGSSS no están debidamente representados y se han visto en la necesidad de utilizar instrumentos de

participación como las tutelas para hacer escuchar su voz, la discrepancia de objetivos entre representantes y representados, más la incredulidad de que el ciudadano pueda participar en los procesos de decisión, han marcado la ruta para que los representantes trabajen a partir de su visión particular y desde sus propias soluciones y el ciudadano busque otros medios para representarse a sí mismo.

4. METODOLOGÍA

La perspectiva metodológica es la investigación cualitativa tomando como ruta metodológica la teoría fundamentada la misma que mediante la descripción e interpretación de los diálogos permite comprender, identificar y contrastar los mecanismos y valores utilizados por parte de las diferentes formas de representaciones reales y simbólicas en prioridades en salud y construir teoría basada en éstas informaciones. Por lo que el reto fue transformar los diálogos de los entrevistados en la experiencia investigativa; para ello se usó las herramientas propias de la teoría fundamentada como son las comparaciones sucesivas.

Resulta adecuado precisar la importancia del enfoque metodológico cualitativo para ésta investigación, ya que permite valorar y captar “la realidad social ‘a través de los ojos’ de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto o de las formas de representación y objetivación del sujeto para la sociedad. (Bonilla- Castro & Rodríguez Sehk, 2005, pág. 84)

El conocimiento simbólico toma la forma de patrones de significación, que se refieren a realidades que no son explícitas en la experiencia cotidiana aunque corresponden al mundo conocido en común, porque configura la realidad intersubjetiva. Este conocimiento fundamenta la interacción y el comportamiento acoplado de los individuos que hacen parte de una determinada situación social.

El conocimiento puede ser visto, categorizado y postulado, teniendo en cuenta el intento del hombre de pensar en sí mismo y en su mundo, mediante el planteamiento de diversas preguntas. A partir de éstas preguntas también es posible establecer varias formas de conocimiento que difieren más o menos en términos de las respuestas a dichas preguntas, las cuales representan distintas maneras de conocer el mundo, que no son necesariamente excluyentes. Son diversas maneras de comprender la realidad y tienen distintos fines. (Bonilla-Castro & Rodríguez Sehk, 2005, pág. 65)

Con base en lo anterior se propone realizar el análisis contextual y comparativo de cada uno de las opiniones de los entrevistados a fin de encontrar explicaciones y formas de pensamiento en base a los objetivos planteados y de hechos relevantes que surjan de la aplicación de los procedimientos y técnicas de la teoría fundamentada.

El proceso inicia con la descripción de los datos, ordenamiento conceptual y se refiere a la organización de los datos en categorías (o a veces, clasificaciones) discretas, según sus propiedades y dimensiones y luego al uso de la descripción para dilucidar estas categorías. (Strauss, Corbin, 2002, pág. 86-87)

Por lo que las respuestas de los entrevistados serán clasificadas por las propiedades emergentes de la descripción, y al mismo tiempo permitirá realizar comparaciones entre ellos haciendo uso de las herramientas como hacer comparaciones que tiene como primer objetivo la clasificación y el segundo en la formulación de preguntas y organización de explicaciones plausibles “basadas en los hechos”.

Cada incidente se compara con otros, en cuanto a sus propiedades y dimensiones, en busca de similitudes y diferencias; no obstante a veces, cuando no se puede nombrar o clasificar se acude a las comparaciones teóricas.

Las comparaciones teóricas en este trabajo son herramientas (lista de propiedades) para observar algo con alguna objetividad más bien que darle un nombre o clasificarlo sin un examen profundo del objeto en cuanto a sus propiedades y dimensiones. No es que se use la experiencia o la literatura (teoría) como datos sino que usamos las propiedades y dimensiones derivadas de los incidentes comparativos para examinar los datos que tenemos frente a nosotros (Strauss & Corbin, 2002, pág. 88), como por ejemplo el uso de la teoría de la agencia y la representación de Amartya Sen.

Luego de la descripción y categorización se continua, con el proceso de teorización que es la construcción a partir de los datos de un esquema explicativo que integre varios conceptos por medio de oraciones que indiquen las relaciones, y permitan explicar y predecir acontecimientos (Strauss & Corbin, 2002, pág. 26-28).

En este estudio se busca construir teoría a partir del análisis de las opiniones de los entrevistados que desde su perspectiva definen cuáles son los problemas prioritarios en salud o prioridades en salud, los mecanismos que intervienen, los valores y las formas de utilización de la participación ciudadana. Dentro de este proceso se utilizará herramientas de la teoría fundamentada como, codificación abierta, axial, selectiva y el uso de comparaciones sucesivas como recursos para identificar categorías y sus propiedades, y establecer relaciones; a la vez que se usa de manera auxiliar matrices descriptivas para un mejor manejo de la información.

Luego de encontrados los resultados se aplica la teoría fundamentada con comparaciones teóricas que permitan explicar y complementar la realidad encontrada en las formas de representación simbólica y real del público en prioridades de salud.

4.1 PARTICIPANTES

La muestra que interviene en este estudio es de tipo intencional y teórico, es decir se refiere a una decisión hecha con anticipación al comienzo del estudio, según la cual la muestra inicial de informantes son aquellos que posean un conocimiento amplio sobre el tópico o informantes que hayan vivido la experiencia de asumir en forma real o simbólica formas de representación o haber participado en procesos de decisión sobre prioridades social en salud o asignación de recursos.

En esta primera fase del “muestreo” se contactan personas de la comunidad que se crean cumplen con las características y están en condiciones de procurar la mayor cantidad de información. Y al mismo tiempo es una muestra teórica pues su propósito es acudir a lugares, personas, o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones. (Bonilla- Castro & Rodríguez Sehk, 2005, pág. 138-139)

Con base en lo expuesto, la “muestra teórica” está configurada por: personajes públicos que han participado en procesos de toma de decisiones en políticas públicas en salud a través de organismos públicos como el ministerio de protección social, organizaciones parlamentarias, centros de poder e investigación, organizaciones aseguradoras, prestadores y sociedad científica del sector por más de 10 años; por tanto la muestra se realiza no solo en base al cargo actual del entrevistado sino a su experiencia sobre la problemática de la asignación de recursos y prioridades en salud.

Los participantes que aportarán su conocimiento sobre el tema propuesto son: representantes de Agencias Aseguradoras, Agencia prestadora, de representación burocrática, política partidista y parlamentaria y representaciones académicas.

Definido los principales actores que participan en la toma de decisiones en salud, se procedió a elaborar una lista tentativa de quienes podrían participar en el estudio; la lista se estructuró de la siguiente manera: Nombre, Institución a la que pertenece, Cargo y Números de contacto, e-mail.

Luego de enviada la solicitud, se presentaron algunos problemas en cuanto a la disponibilidad de tiempo de los entrevistados, por compromisos tanto dentro como fuera del país.

La lista de personas que aceptaron participar voluntariamente y que estuvieron informados del propósito de la investigación y confirmaron el uso explícito de la información proporcionada, consta en la siguiente tabla, en la cual está el nombre, institución cargo, y estudios académicos.

TABLA 1. Lista de Entrevistados¹

NOMBRE	INSTITUCION	CARGO	EDUCACIÓN
Álvaro Muriel	Comisión de Regulación de Salud	Asesor-Subdirección Técnica CRES	Médico y Master en Salud Pública
Dilian Francisca Toro	Senado de la República de Colombia	Senadora	Médica Cirujana y Especialista en Administración de la Salud
Gabriel Carrasquilla	Fundación Santa Fe	Director del Instituto de Investigación de la Fundación Santa Fe.	Médico Cirujano y PHD en Epidemiología y Salud Pública Tropical
Sergio Isaza	Federación Médica Colombiana	Director de la Federación Médica Colombiana.	Médico y Especialista en Pediatría
Fernando Cardona	Nueva EPS	Presidente de la Nueva EPS	Médico Cirujano y Master en Administración de la salud
Nelcy Paredes	ACEMI	Vicepresidenta de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral	Economista
Julio Castellanos	Hospital Universitario San Ignacio	Director HUSI	Médico Cirujano y Especialista en Gerencia Hospitalaria
Diana Cárdenas	Funcionaria Banco Mundial	Responsable de Proyectos Sociales	Economista
Arleth Mercado	Gestar Salud	Coordinadora de Investigación y Desarrollo Gestar Salud	Médico Cirujano y Master en Gestión de la calidad en los servicios de salud
Carmen Laborde	EPS-AMBUQ	Gerente de Servicios EPS-AMBUQ	Enfermera y Master en Epidemiología.
Mery Bolívar	Ministerio de Protección Social	Directora General de Gestión de la Demanda	Medicina y Máster en Administración en Salud
Román Vega	Universidad Javeriana	Profesor-Investigador	Médico Cirujano y PhD en Pensamiento Sistemico Crítico
Liliana Chicaiza	Universidad Nacional	Profesora-Investigadora	Administradora de Empresas y PhD en Economía y Gestión de la Salud
Adriana Pulido	Fundación Santa Fe	Coordinadora del Programa Así Vamos en Salud	Médica y Master en Salud Internacional

TABLA 1. Fuente propia

¹ La fuente de los datos que aquí se exponen son proporcionados por los entrevistados e información que consta en CvLAC

4.2 RECOLECCION DE LOS DATOS

La fuente de información utilizada es primaria, es decir, se la obtuvo en campo mediante el instrumento de una entrevista semiestructurada.

La misma que es guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado. Este proceso abierto e informal de la entrevista es similar y sin embargo diferente a una conversación informal. El investigador y el entrevistado dialogan de una forma que es una mezcla de conversación y preguntas insertadas. (Valles, 2002, pág.39)

La entrevista semiestructurada fue validada por varios docentes investigadores de la Pontificia Universidad Javeriana en el área de las Ciencias Sociales, y Administrativas, en la cual se realizaron mejoras tanto en forma como en contenido de algunas preguntas, para que abarquen tanto el sentido de lo que se investiga y los objetivos planteados.

En su primera parte contiene preguntas que averiguan sobre cuáles son los problemas/riesgos/enfermedades/ grupos/ prioritarios en salud, en la segunda parte contiene preguntas que averiguan por cuáles son las formas de intervenir lo que se ha definido como prioritario por parte de los entrevistados, para finalmente en la última parte averiguar sobre los valores implícitos en sus decisiones y funciones.

Las entrevistas se realizan en el año 2010, enviando solicitudes a los participantes en forma física a fin de que manifiesten su aceptación para participar en el estudio y puedan dar a conocer sus puntos de vista en torno a las preguntas planteadas.

Debo aclarar que al realizar la entrevista a personas de gran experiencia; en su mayor parte resultó muy fluido sus pensamiento e ideas y en contados casos la impresión del entrevistado que pude captar es su resistencia a que se

explora sus opiniones desde su perspectiva particular anteponiendo para los efectos su vinculación con la institución a la que pertenece.

A continuación se presenta el formato de entrevista que se utilizó para indagar sobre el problema de investigación planteado.

FORMATO ENTREVISTA

TEMA: FORMAS DE REPRESENTACIÓN SÍMBOLICAS Y REALES DE CIUDADANO, AFILIADO Y USUARIO.

OBJETIVOS:

-Identificar y comprender cuáles son los mecanismos y valores asociados a las prioridades en salud, y contrastar las percepciones que tienen las representaciones.

DATOS ENTREVISTADO

NOMBRE:

EDAD: _____

CARGO: _____

LUGAR:

FECHA: _____

HORA: _____

Nº DE ENTREVISTADO: _____

INTRODUCCIÓN

1. Coménteme, ¿Qué decisiones ha tomado en los últimos años sobre el Sistema de Salud Colombiano?

PRIORIDADES EN RIESGOS DE SALUD

2. ¿Para Usted, cuáles son los principales riesgos para la salud de la población colombiana en el presente?

3. ¿Cómo llegó a la identificación de dichos riesgos?

4. En su experiencia ¿Cuáles riesgos para la salud considera se les debe dar mayor prioridad? y ¿Cómo se deberían enfrentar estos riesgos prioritarios?

6. En su opinión ¿Qué papel desempeña el individuo y la comunidad para el proceso de priorización?

7. ¿Cuáles riesgos cree Usted que más le preocupan a la gente?

8. En su experiencia podría mencionar enfermedades prioritarias que afecten a Niños, Mujeres, Adolescentes, Adultos Mayores ¿Cómo se enteró de esto?

9. ¿Consulta Ud. a la población sobre estos asuntos? y ¿Cómo lo hace y qué resultados obtiene? ¿Cómo usa estos resultados?

10. En su opinión ¿Cuáles son los segmentos de la población colombiana que en salud requiere mayor prioridad? y ¿Por qué?

PREGUNTAS POR LAS RESPUESTAS A LOS RIESGOS

11. ¿Cómo convierte las prioridades en términos de enfermedades en prioridades en términos de prestaciones/servicios médico asistenciales para la población?

12. ¿Cómo cree que debe plantearse las coberturas: en términos de problemas de salud, en términos de los servicios prestados, en términos de riesgos? y ¿Por qué?

13. ¿Desde su experiencia podría explicar cómo incluye o excluye los problemas de salud/servicios/riesgos en las coberturas de los seguros?

14. En su opinión ¿Qué es lo que la población entiende con mayor facilidad, tratamientos o problemas de salud?

PREGUNTAS POR LOS VALORES IMPLÍCITAS EN LAS DECISIONES

15. ¿Cuál considera es su función como representante de los ciudadanos en el Sistema de Salud y qué valores considera usted están asociados a su función de representante?

16. ¿Ha tenido alguna experiencia concreta en la que haya tendido que priorizar entre personas? ¿Por qué lo hizo así? ¿Qué valores orientan éstas decisiones?

Autorizo a la investigadora Clara Sigüencia para el uso explícito de ésta información para propósitos académicos relacionados con su trabajo de tesis en la Maestría de Administración de Salud en la Pontificia Universidad Javeriana.

Firma del entrevistado

5. PROCESO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información obtenida se procede a la transcripción de las entrevistas; para posteriormente utilizar el método de la teoría fundamentada la cual posee herramientas de análisis que permitieron codificar, establecer relaciones entre categorías y construir teoría.

Como herramientas de análisis se utiliza la comparación sucesiva y teórica, y se usa en forma auxiliar matrices descriptivas para mejorar el manejo de la información.

5.1 PRIMERA ETAPA: COMPARACIÓN INICIAL

La primera etapa del análisis consistió en la descripción y codificación de los textos de las entrevistas, en las cuales se encontraron en forma global, cuál era el problema prioritario desde la visión de los entrevistados, su forma de intervenirlo, las formas de utilización de la participación ciudadana, y a quién defienden o representan; y los valores que intervienen.

Se establecen como punto de partida amplias categorías en base a la estructura de la entrevista así por ejemplo dentro de la Categoría: Riesgo Prioritario o problema prioritario se pudieron identificar algunas subcategorías en las que se encuentran: Los Determinantes Estructurales, Determinantes Sociales, Determinantes de Salud, El Plan Obligatorio de Salud, El sistema de Salud, la calidad de los servicios, el acceso a los servicios, Enfermedades, Necesidades de identificar los riesgos.

Dentro de la Categoría: Intervención del Riesgo se encuentran las subcategorías mecanismos Políticos, Mecanismo Técnicos, Mecanismos Mixtos, Participación Ciudadana, Participación Instrumental, Barreras de Participación Ciudadana.

Dentro de la Categoría Defensa de/Representa a, se encuentran Ciudadanos, Afiliados y Usuarios y valores asociados a su representación.

5.2 SEGUNDA ETAPA: COMPARACIÓN INTERGRUPAL REPRESENTACIONES REALES Y SÍMBOLICAS DE CIUDADANO AFILIADO Y USUARIO

Se clasifican las categorías en función de lo que se argumenta defender o representar, y se establecen relaciones pertinentes a cada una de esas formas de representación (ciudadano, afiliado, usuario) con las formas de intervenir el problema o riesgo prioritario, formas utilización de la participación ciudadana y criterios particulares de cada grupo conjuntamente con valores que intervienen con relación al sujeto de representación. Es decir se conforman las principales categorías y sus dimensiones y propiedades según respondan a: ciudadanos, afiliados o usuarios.

Seguidamente se procede al análisis intergrupar entre formas de representaciones reales y simbólicas de ciudadano, afiliado y usuario, que se concentra en analizar las convergencias y diferencias en sus formas de representación.

5.3 TERCERA ETAPA: COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS REPRESENTACIONES REALES Y SÍMBOLICAS DE CIUDADANO AFILIADO Y USUARIO

En esta etapa se procede a relacionar las categorías de formas de representación real y simbólica de ciudadano, afiliado y usuario, para encontrar entre ellas cuáles son sus convergencias y diferencias, para ello se usa la comparación sucesiva entre las principales categorías de cada forma de representación.

6. RESULTADOS

6.1 RESULTADOS PRIMERA COMPARACION

Los resultados de este primer análisis se presentan en los siguientes cuadros mediante categorías generales: Identificación del Riesgo Prioritario o Prioridades en Salud, Formas de Intervención del Riesgo, Formas de utilización de la participación ciudadana, Defensa de/Representa a.

TABLA 2. Identificación de riesgos o prioridades en salud

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS O PRIORIDADES EN SALUD
Determinantes estructurales: política económica, política social, asimetrías de poder.
El sistema de Salud Colombiano: limitación del derecho a la salud, salud pública con retrocesos, red de hospitales públicos en mal estado, actores de gran influencia, negocio lucrativo, barreras de acceso servicios, inequidad en salud, inequidad social, Falta de promoción y prevención, atención fragmentada, énfasis curativo, retroceso en APS, falta de control de precios, en medicamentos, falta de continuidad en los contratos EPSs.
El Plan Obligatorio de Salud: tutelas, inequitativo, servicios incompletos, servicios diferenciados, falta de acceso a servicios de promoción prevención.
Determinantes Sociales: Condiciones socioeconómicas: desempleo, condiciones sociales y económicas, desigualdad, falta de ingresos, hambre, pobreza, inequidades en salud
Determinantes de salud: Estilos de vida, Medio ambiente
Enfermedades: crónicas, prevenibles, infecciosas, evitables, complicaciones del embarazo
Falta Acceso a servicios de salud: diferenciación de planes, falta de servicios de promoción y prevención, por intermediación de EPS, barreras culturales, barreras en el transporte, lo que la gente teme
Calidad en los servicios de salud: falta de integralidad en los servicios y continuidad de los servicios, falta de calidad en la prestación de los servicios, falta de cumplimiento a protocolos, falta de auditorías de calidad, mortalidad, capacidad limitada de camas, costos de la atención aumentan
Necesidad de identificar Riesgos: Estudiar riesgos de la población, identificar riesgos familiares, individuales y comunitarios.

TABLA 2. Fuente Propia

TABLA 3. Formas de Intervención de Riesgos o Prioridades en salud

INTERVENCIÓN DE RIESGOS O PRIORIDADES EN SALUD
PROCESO POLÍTICO
Debate de leyes para la salud: Ampliación del POS, ampliación de la cobertura
Decisión política de avanzar hacia la universalidad de cobertura, priorizar en el presupuesto a salud, financiamiento a la salud, cambio e inclusividad en las políticas económicas y sociales.
Propuestas para decisión política de universalidad de cobertura y eliminación de la intermediación financiera EPS
Creación de un fondo de gasto permanente para las enfermedades catastróficas.
Políticas de Promoción y prevención
Decisión Política de avanzar en Atención Primaria en Salud
Participación Ciudadana: Mesas de análisis de inclusiones y decisiones sobre prioridades en salud con análisis económico interviene actores de la sociedad civil y científica, para ampliación del POS.
Participación Ciudadana: Audiencia Regionales, soluciones para beneficiar a usuarios.
Participación comunitaria: en localidades, identificación de problemas, búsqueda de soluciones y presupuesto, garantizar derechos en salud.
Necesidad de Intersectorialidad: Estrategias de acción conjuntas para resolver los problemas de salud.
Políticas cuyo eje sea la salud
MECANISMOS TÉCNICOS
Nuevos indicadores: desde riesgos, enfermedades a servicios, cobertura en riesgos, monitoreo de resultados en salud
Determinación de UPC sustentable, cobertura en servicios, ampliación del POS
Medicina basada en evidencia: Análisis clínico, análisis económico, análisis de pertinencia
Costo Efectividad de medicamentos, procedimientos o tratamientos.
Costo Utilidad
Sistemas de Auditoría de la calidad de prestación del servicio: a EPS e IPS
Seguimiento de cumplimiento de protocolos
Paquetes de servicios con recursos disponibles
Cobertura de Enfermedades, cobertura de diagnósticos-tratamientos
Brindar servicios de calidad
Autocuidado
Guías de atención médica
Participación Instrumental: Consultas de opinión para calidad de servicios, estudios, sondeos.
MECANISMOS MIXTOS
Investigaciones en salud, para toma de decisiones políticas en asignación de recursos
Fuentes de Información sobre prioridades en salud: Perfil Epidemiológico, Carga de enfermedad, demanda de servicios anuales, encuestas para riesgos familiares, perfiles de cada EPS, datos distritales, datos del Ministerio de la Protección Social, tutelas, reclamos, datos de operación financiera, indicadores de morbilidad y mortalidad, estudio del sistema durante 17 años, estudios de causas de desigualdad en Salud, estudios de barreras de acceso.

TABLA 3. Fuente Propia

TABLA 4. Formas de Utilización de la Participación Ciudadana

FORMAS DE UTILIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA
Participación ciudadana importante para beneficiar al usuario en espacios de audiencias regionales.
Participación ciudadana para decisiones de inclusiones y prioridades en salud, que buscan ampliar o mejorar el POS, en donde la decisión es tomada por expertos.
Participación comunitaria importante para garantizar derecho a la salud en localidades identificando problemas, búsqueda de soluciones y financiamiento, para hacer promoción y prevención en salud.
Participación con Pacientes de enfermedades: garantizar derechos en salud, brindándoles información
Participación Instrumental: identificación de problemas de calidad, identificar barreras de acceso, realizar sondeos, investigaciones de enfermedades diagnosticadas.
BARRERAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA
Labor exclusivamente interna de funcionarios
Liderazgos Intermediarios
Falta de financiamiento para participación de asociaciones de usuarios
Falta de espacios de integración de ciudadanos y representantes.
Escepticismo para la participación ciudadana: criterios con interés, falta de información de quien participa.

TABLA 4. Fuente Propia

En la identificación de lo que los entrevistados dicen defender, o a quién representan se analiza de manera íntegra tanto su respuesta explícita como la relación entre lo que identificaron como riesgo e intervención del mismo, de ésta manera se establecen construcciones de formas de representación real y simbólicas de ciudadano, afiliado y usuarios.

TABLA 5. Defiende a/Representa a y Valores Explícitos Asociados

DEFIENDE A/REPRESENTA A
Ciudadano: Defensa de derechos, mejorar la condición de todos sin exclusión, defensa a la salud de los colombianos, mejorar las condiciones de salud de la población, defensa de los derechos de la gente más necesitada. Valores Explícitos Asociados: Equidad , solidaridad, transparencia
Afiliado: represento a los afiliados, dar respuesta a afiliados régimen subsidiado, trabajar para determinación del POS, y determinación UPC, con circunstancia de suficiencia; medicina basada en la evidencia. Valores Explícitos Asociados: Trabajo en equipo, Transparencia, Solidaridad
Usuario: brindarles calidad de atención, mejorar la calidad de la atención, elaboración de guías para mejorar la calidad de la atención. Valores Explícitos Asociados: Buen trato y Calidad

TABLA 5. Fuente Propia

Las categorías de ciudadano, afiliado y usuario, son las que responden a su accionar; por lo que el siguiente análisis se identificará con mayor claridad las formas de representación simbólicas y reales mediante los cuales los entrevistados manifiestan actuar para representar los intereses en cuanto a prioridades en salud de quien argumentan defender y cuáles son sus diferencias y convergencias.

6.2 RESULTADOS SEGUNDA COMPARACIÓN INTERGRUPAL DE FORMAS DE REPRESENTACIÓN DEL CIUDADANO, AFILIADO Y USUARIO EN PRIORIDADES DE SALUD.

Del análisis de las entrevistas se desprende que existen diferentes puntos de vista en relación a las prioridades, que dependen de la función de representación de cada uno de los entrevistados y de su contacto con la sociedad en temas de salud, se pueden identificar categorías como ciudadano, afiliado y usuario a quienes se le responde con diferentes criterios tanto técnicos, como políticos para identificar sus principales problemas y formas de afrontar estas problemáticas en salud; se identifican valores asociados a su accionar y las formas de utilización de la participación ciudadana.

6.2.1 FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SÍMBOLICA DE CIUDADANO EN PRIORIDADES EN SALUD

La característica común entre quienes adquieren formas de representación simbólica y real de los ciudadanos es la intervención del problema prioritario mediante la necesidad de un proceso de decisión política para solucionarlo; con evidencia de mínima participación ciudadana e intersectorialidad para actuar sobre los problemas de salud. Y cuya finalidad es defender el derecho a la salud y atender de manera prioritaria a quienes se encuentran en desventaja socio económica.

Así podemos encontrar que para las formas de representación simbólicas y reales del ciudadano a través de la Política y la Academia en las que se ubica el Dr. Román Vega, la propuesta es cambiar las políticas económicas y sociales con mayor inclusividad, financiamiento para la salud y apoyo con acciones concretas, en esta forma se puede lograr universalidad de cobertura y cobertura universal, para todos sin exclusiones. Para garantizar el derecho a la salud y la equidad es necesaria la participación comunitaria que incluye identificación de problemas

prioritarios y búsqueda de presupuesto, lograr mayor democracia participativa e influir en las decisiones que se toman a nivel institucional. *“El otro problema es que esos mecanismos (participativos) no son suficientemente democráticos es decir todavía no es un mecanismo participativo de base real hay mucha intermediación a través de liderazgos comunitarios que han estado establecidos desde tiempo no hay participación directa. Mientras más democracia haya y más participación comunitaria de base es probable que la priorización sea algo distinto”*

Reconoce las barreras de la participación por liderazgos intermediarios que defienden sus intereses.

La Representante Política Dra. Dilian Francisca Toro propone debatir para ampliar el Plan Obligatorio de Salud; así como en la necesidad de identificar riesgos familiares, individuales y comunitarios para actuar sobre los determinantes de la salud y determinantes sociales. La participación ciudadana en este proceso lo lleva a cabo mediante audiencias regionales con actores de la sociedad científica, y gremios para buscar el beneficio del usuario. *“es muy importante la participación ciudadana y a veces no es lo suficientemente fuerte, hay barreras los mismos funcionarios y las instituciones que se centran solo en su labor, pero no en la participación afuera”*. Reconoce barreras de participación por la labor exclusiva de los funcionarios al interior de las instituciones.

Para las Formas de representación simbólicas del ciudadano desde formas de representación Gremial y Profesional ² en las que se ubica el Dr. Sergio Isaza y Dr. Gabriel Carrasquilla manifiestan que se requiere cobertura universal y cambios en el Sistema de Salud mediante la eliminación de la intermediación de las EPS.

G. Carrasquilla *“El sistema no está orientado a prevención y promoción de la salud ni al primer nivel de salud sino que las EPS están preocupados por la*

² Formas de representación Gremial y Profesional, es una construcción en base a la relación de los mecanismos utilizados, valores y concepción mediante la cual el entrevistado se ubica para actuar sobre quien argumenta defender.

enfermedad y por tanto por la plata...El sistema debería ser universal con exclusiones explícitas como cirugías estéticas y procedimientos que no demuestren efectividad”

Para S. Isaza: “Se ha propuesto un cambio radical del sistema de salud..., pues el sistema está planteado sobre un modelo de mercado, mercado de prestación de servicios médicos para tratar enfermedades, donde hay funciones públicas que han sido delegadas a entidades privadas inexpertas que buscan un negocio lucrativo...“La cobertura en términos de universalidad, equidad para que no haya discriminación, para que todos tengan acceso”

Las propuestas de estos últimos varían en cuanto al enfoque en: políticas para la promoción y prevención, y políticas basadas en criterios técnicos (G. Carrasquilla) *“Me parece importante dos cosas poder ligar los resultados de investigación a la toma de decisiones”...hice una distribución diferente que era en base al número de habitantes en base a criterios técnicos, morbilidad”*. Mientras que para (S. Isaza), se requiere de políticas cuyo eje sea la salud y avanzar en Salud Pública.

La participación ciudadana es considerada importante para aplicación de la promoción y la prevención en salud (G. Carrasquilla) mientras que para (S. Isaza) la participación ayuda a crear sinergias entre los ciudadanos. *“El individuo y la comunidad deben participar activamente en este proceso, con acción sinérgica y retroalimentación permanente. Cuando el estado garantice la educación, salud pública, saneamiento ambiental basadas en hechos, en las convocatorias la gente se manifiesta y encuentra soluciones”*

Para D. Francisca Toro, S. Isaza y G. Carrasquilla son coincidentes en cuanto a la necesidad de actuar intersectorialmente sobre los problemas que afectan a la salud de los ciudadanos.

En cuanto a los grupos prioritarios todas las formas de representación analizada en ésta categoría, coinciden que quienes requieren más ayuda son los que se encuentran en desventaja socioeconómica; así por ejemplo para (D. Francisco Toro *“Yo trato de ser equitativa, pero estoy consciente que uno tiene que siempre priorizar y yo lo hago por la gente de más bajos recursos ellos son los que más necesitan de la ayuda del estado”*).

Sin embargo también se plantea que darles prioridad no significa exclusión de los demás (R. Vega) *“Escoger a los que están en desventaja social no significa excluir a otros...no puedo priorizar en contra de otros si uno cree que la desigualdad es inaceptable, no significa excluir a otros sino mejorar la condición de todos”*. Al igual que todos son coincidentes en su preocupación por las barreras de acceso a los servicios.

6.2.2 FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBOLICA DEL AFILIADO EN PRIORIDADES EN SALUD

La característica común entre quienes adquieren formas de representación simbólica y real de los afiliados es la intervención del problema prioritario mediante el mejoramiento de la cobertura o aplicación de la cobertura en salud dada por la ley; con enfoque en grupos prioritarios en salud y con mayor participación instrumental de la población para conocer sus necesidades de calidad, cantidad de servicios; y con defensa del afiliado para el acceso a servicios de salud.

Dentro de la formas de representación real y simbólicas de los afiliados podemos encontrar agentes aseguradores y representantes gremiales de las aseguradoras así por ejemplo para Fernando Cardona y Nelcy Paredes los riesgos son las enfermedades crónicas. N. Paredes: *“Dependiendo de la población que tenga que atender cada EPS debe mirar cual es el perfil de riesgo que tiene los afiliados en base a programas de atención...las enfermedades crónicas están creciendo para la población afiliada y hay que afrontar los riesgos que la generan, pero hay una*

porción importante en acciones de protección y desarrollo de poblaciones especiales por ejemplo de los niños, toda inversión que se haga en ellos debe ser de alta prioridad.

Mientras para F. Cardona son las enfermedades crónicas y también las enfermedades prevenibles y evitables *“Hay asuntos que son prevenibles o evitables entra como categoría de prioridad, y enfermedades que pueden afectar a los niños y a las mujeres, y enfermedades de largo plazo y son severas. Y ver los costos que esto pueda generar el no hacer algo por esto.”*

Para intervenirlos se sigue un proceso de análisis de las características de la población, sus patologías de las cuales se identifica prioridades, se elaboran programas de atención, prevención y atención, se asignan recursos y se establece acuerdos con prestadores.

(F. Cardona) reconoce que la cobertura a la salud se la hace de acuerdo a las obligaciones que le plantea la ley. *“Yo tengo obligaciones de ley, las prioridades las defino de acuerdo a la población que tenga, y lo que la ley me diga”* y ambos (F. Cardona y N. Paredes) coinciden en que existe restricción de recursos.

N. Paredes *“Lo que buscan las EPS buscan dar el mejor servicio con la mejor calidad con los recursos disponibles”.*

No mencionan problemas en identificación de los riesgos que más afectan a la población.

En cambio para estas formas de representación real y simbólica de los afiliados en los que se ubican desde su perspectiva la Agente Aseguradora Dra. Carmen Laborde y Representante Gremial Arleth Mercado, el Plan Obligatorio es un riesgo para la salud de la población por contener servicios incompletos y diferenciados, falta de acceso a servicios de promoción prevención.

C. Laborde: *“El riesgo es ese que el plan no contiene totalmente todos los servicios que requiere más frecuentemente la población.*

Aquí hablo de servicios o atenciones derivados de la enfermedad, pero también están las atenciones derivadas del acceso a los servicios de promoción y prevención”.

Propicia la falta de continuidad de los tratamientos lo que provoca eventos costosos en salud, A. Mercado *“el no tener una continuidad integrada en el plan de beneficios hace que algunos eventos sean más costosos y más difíciles de controlar, cuando la enfermedad es más severa.”*

Reconocen que existen dificultades para mejorar los niveles de salud de la población debido a la que la cobertura en servicios no facilita la identificación de las enfermedades ligadas a esos servicios de manera clara; C. Laborde *“No puedo llegar a servicios si realmente no sé las enfermedades y no conozco cuales son los servicios que demandan esas enfermedades y además qué riesgos ocasionan esas enfermedades en términos de prioridad para poder modificar el nivel de salud de la población”*

Por lo que proponen cambiar hacia la cobertura de riesgos, enfermedades prioritarias y atención de problemas de salud. Como propuesta (C. Laborde) menciona la creación de nuevos indicadores que vayan desde los riesgos hacia los servicios.

Dentro de la información para intervenir los problemas prioritarios se detalla por parte C. Laborde datos del perfil de morbilidad y mortalidad, encuestas para conocer riesgos familiares, demandas anuales de servicios. Para A. Mercado la realiza con datos de tutelas, reclamos, servicios y datos de procesos financieros y con propuestas de fortalecer la APS y la participación comunitaria.

Dentro del mejoramiento de la cobertura del Plan Obligatorio de salud se encuentra la propuesta desde las formas de representación simbólica del afiliado a través de formas de representación burocrática en la que se ubica el Dr. Álvaro Muriel quien cree en la ampliación o mejoramiento del POS al cual se le incluye o

reemplaza tratamientos o medicamentos en base a un proceso que inicia con las necesidades originadas por los recobros al sistema, solicitudes de enfermos o asociaciones de enfermos, y a los resultados de los ejercicios de participación ciudadana que se realizan en el país sobre prioridades en salud.

“En las participaciones ciudadanos dicen incluyamos esto, y esto hace parte del análisis. Pero es posible, el Ministerio Protección Social afronte recobros por los llamados no POS, no le corresponde a la CRES, pero el MPS, se preocupa pues puede ser más barato incluir en el POS, que afrontar el recobro, pues se cobra menos...Se corre un modelo econométrico que nos dice alguna cifras si debe ser incluido, previo tiene un sustento clínicamente y de participación, nos da el impacto, nos dice cuánto vale y nos preguntamos si tenemos con que pagar, se confronta con estudio de suficiencia, y según el criterio de la CRES, se incluye o no, y se sube la UPC, en tanta plata o se sustituye un elemento del POS”

El mecanismo técnico de análisis es de costo efectividad, seguridad, calidad, estudio de suficiencia, mediante la cual la CRES toma la decisión y se determina la variación de la UPC. Reconoce que cuando se analiza estos aspectos técnicos preguntan a sociedades científicas y académicas.

Aunque desde las formas de Representación simbólica de los afiliados a través de formas de Representación Tecnocrática y Académica en la cual se ubica la Eco. Liliana Chicaiza coincide en el proceso de mejoramiento del POS mediante criterios técnicos; sin embargo se diferencia en su visión de que los seguros deben cubrir riesgos de vulnerabilidad, enfermedades catastróficas cuya forma de financiación debe ser con fondos de gasto permanente, proveídos desde el estado. Recalca la importancia de la utilización de la medicina e información basada en la evidencia para un proceso transparente y no cree en la participación *“yo no creo en la participación, cuál de los representantes de los usuarios, cómo participan los ciudadanos pues no tienen la capacidad de generar información, ni siquiera los que asocian pues ellos defienden lo suyo. Finalmente el que tiene*

mayor información tiene la última palabra y los demás se ven influenciados por las decisiones de los otros.”

En contraste con las formas de representación académica (R. Vega) pone énfasis en la construcción de soluciones a través de mayor democracia participativa.

Las diferentes formas de representación de los afiliados son coincidentes en que se debe trabajar intersectorialmente F. Cardona *“la institucionalidad debe estar preparada para atender o mecanismos para atender esas necesidades de esa población. Agendar políticamente, y definir las estrategias que posibiliten actuar intersectorialmente sobre el problema.”*, para mejorar la salud de la población y todos coinciden en su preocupación por las barreras de acceso a los servicios.

Existe coincidencia en que los grupos poblacionales prioritarios son las mujeres, niños y adultos mayores; se menciona también la condición de pobreza y discapacidad.

Se identifican barreras para la participación ciudadana, como la falta de integración de los ciudadanos comunes con representantes en salud (C. Laborde); así como la falta de financiación por parte del estado para la participación de asociaciones de usuarios (N. Paredes), escepticismo de que las opiniones dadas por los ciudadanos sean efectivamente tomadas en cuenta en las decisiones sobre prioridades en salud, e incredulidad respecto a participar sin información (L. Chicaiza).

No se menciona por parte de los agentes aseguradores reuniones con asociaciones de afiliados dentro de sus actividades. Por parte de todas las formas de representación de los afiliados tampoco se menciona reuniones con sectores para identificar riesgos y afrontarlos aunque se recalca su importancia.

6.2.3 FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SÍMBOLICA DEL USUARIO EN PRIORIDADES EN SALUD

La característica común entre quienes adquieren formas de representación simbólica y real de los usuarios es la intervención del problema prioritario mediante mecanismos técnicos como el mejoramiento de la calidad de los servicios para los usuarios y la preparación de la capacidad instalada para brindar servicios de salud, con enfoque legal para grupos prioritarios en salud y con participación de los usuarios para brindarles información.

Dentro de éstas formas de representación real y simbólica de los usuarios encontramos al Dr. Julio Castellanos quien identifica como riesgos a la atención médica, costos de la atención en aumento, capacidad insuficiente de camas para atender la demanda. Reconoce que en el hospital se reciben todos los problemas de salud sin exclusión y la forma de afrontarlos es preparar al Hospital para brindar servicios de calidad. *“Hacer que el hospital funcione lo mejor posible, evitando los eventos adversos, en el mejor trato. Respeto a nuestros trabajadores y a los usuarios”*

En cuanto a la importancia de la calidad de la atención se proponen dentro de las FDR simbólicas de los usuarios algunas soluciones por parte de Formas de Representación Tecnocráticas en las que se auto ubican Adriana Pulido y Diana Cárdenas.

A. Pulido *“el sistema tenga un **sistema de auditoría de la calidad de la atención** para cuando una madre se complique pues la atiendan de forma más adecuada”*.

Cree en un sistema de auditoría de calidad de atención para prevenir muertes maternas; mientras que (D. Cárdenas) propone el cumplimiento y seguimiento de protocolos en cada área tanto promoción, prevención y atención dentro de la IPS, y para otra Forma de Representación Burocrática de los usuarios en la que se ubica la Dr. Mery Bolívar es importante la aplicación de guías médicas *“La cobertura en servicios pues ahí se puede excluir o incluir, procedimientos, y que*

tengamos guías que nos ayuden a mejorar la calidad de la atención, pero no en términos de enfermedades, ahí sí se puede dejar alguna enfermedad por fuera, no estaría de acuerdo que se dejen por fuera enfermedades”

“En base a lo que ya le expliqué, guías que nos dan procedimientos. Todo está cubierto hay procedimientos que no están incluidos, hay un listado de procedimientos y medicamentos, para algunas enfermedades, se organiza cuál es la forma de atender con lo mejor y esto consta en las guías”

Las guías ayudan a mejorar la calidad de la atención y organizar los servicios, ya que contienen los tratamientos, procedimientos tanto a nivel de atención, promoción y prevención.

Todos manifiestan que los grupos prioritarios son los niños y mujeres, se mencionan también ancianos, se recalca que son grupos a los cuales la constitución les da prioridad (A. Pulido y J. Castellanos)

A. Pulido “hablando de grupos de edad, los niños y los adolescentes tendrían prioridad sobre los adultos, y la constitución colombiana así lo dice y así también lo pide la corte mediante la sentencia T 760, al pedir que se unifique el POS primero para los niños, y los adolescentes es decir para los menores de 18 años”.

Para J. Castellanos *“Los niños tienen mayor prioridad en temas de salud. Y las mujeres embarazadas y sus problemas relacionados, pero debemos cuidar a nuestros niños pues son las nuevas generaciones”*

Respecto a la utilización de la participación ciudadana (A. Pulido) y de usuarios (J. Castellanos) se distinguen las siguientes: Realización de foros de discusión en temas de salud con diferentes actores de la sociedad y representantes que los tomadores de decisión. *“También hacemos eventos de discusión de temas y que se considere relevantes y esperamos que no solo la ciudadanía esté informada y sino también que los tomadores de decisión tengan elementos para que tomen mejor sus decisiones” A. Pulido*

Y reuniones con usuarios de enfermedades de alto costo para brindarles información de los servicios. *“El problema es que los expertos son los que llevan la agenda de priorización, son las asociaciones que participan son los crónicos, los que tienen SIDA, los que requieren trasplantes...Nosotros no hacemos consulta a la población, nos reunimos con los renales con grupos del VIH, los que requieren trasplantes”.*

Se identifica también barreras para la participación el interés que tienen quienes participan los cuales dependen de su contexto o situaciones vividas, por tanto se recalca que la ciudadanía es un tema de realizar sondeos de opinión *“soy muy incrédula de la participación sin información, es muy complejo, y es de mucho cuidado pretender que los individuos con la información o con la poca información disponible participe, uno podría tener como un sondeo, yo creo que los individuos y la comunidad es un tema de para hacer sondeos” D. Cárdenas.*

Se menciona en menor grado riesgos externos como la violencia y los ambientales sin embargo no se mencionan dentro de la entrevista formas de afrontarlo. Al igual se menciona los estilos de vida como factores de riesgo.

Finalmente, se mencionan como fuentes de identificación de los riesgos la encuesta Nacional de salud, estudios de cáncer y proyecciones por no tener la carga de enfermedad actualizada.

FIGURA 1.FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICAS DE CIUDADANO EN PRIORIDADES EN SALUD: Muestra la relación entre los mecanismos utilizados, valores explícitos, formas de utilización de la participación ciudadana y criterios mediante los cuales se actúa por quien se argumenta representar.

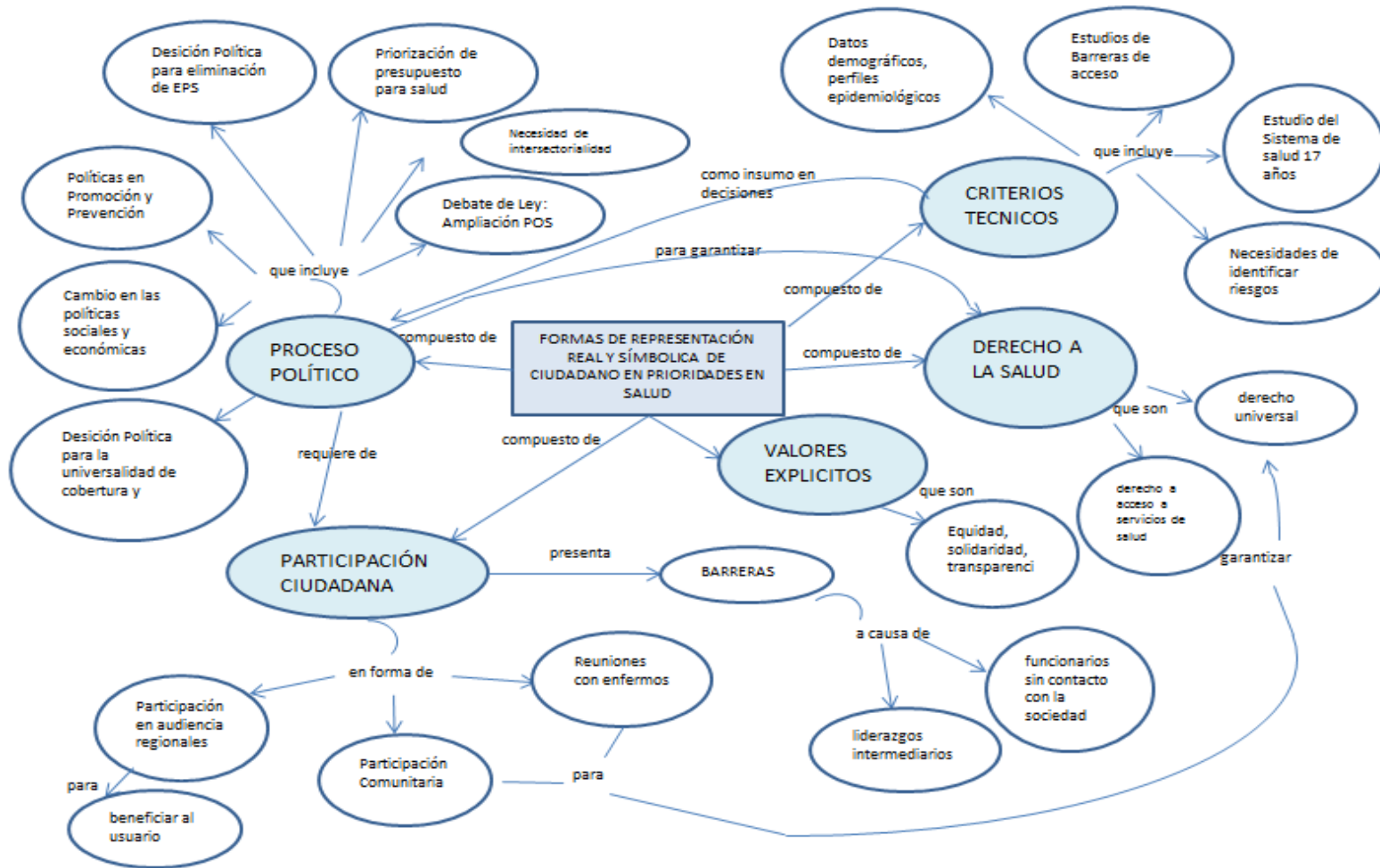


FIGURA 1. FUENTE PROPIA

FIGURA 2. FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICAS DE AFILIADO EN PRIORIDADES EN SALUD: Muestra la relación entre los mecanismos utilizados, valores explícitos y criterios mediante los cuales se actúa por quien se argumenta representar.

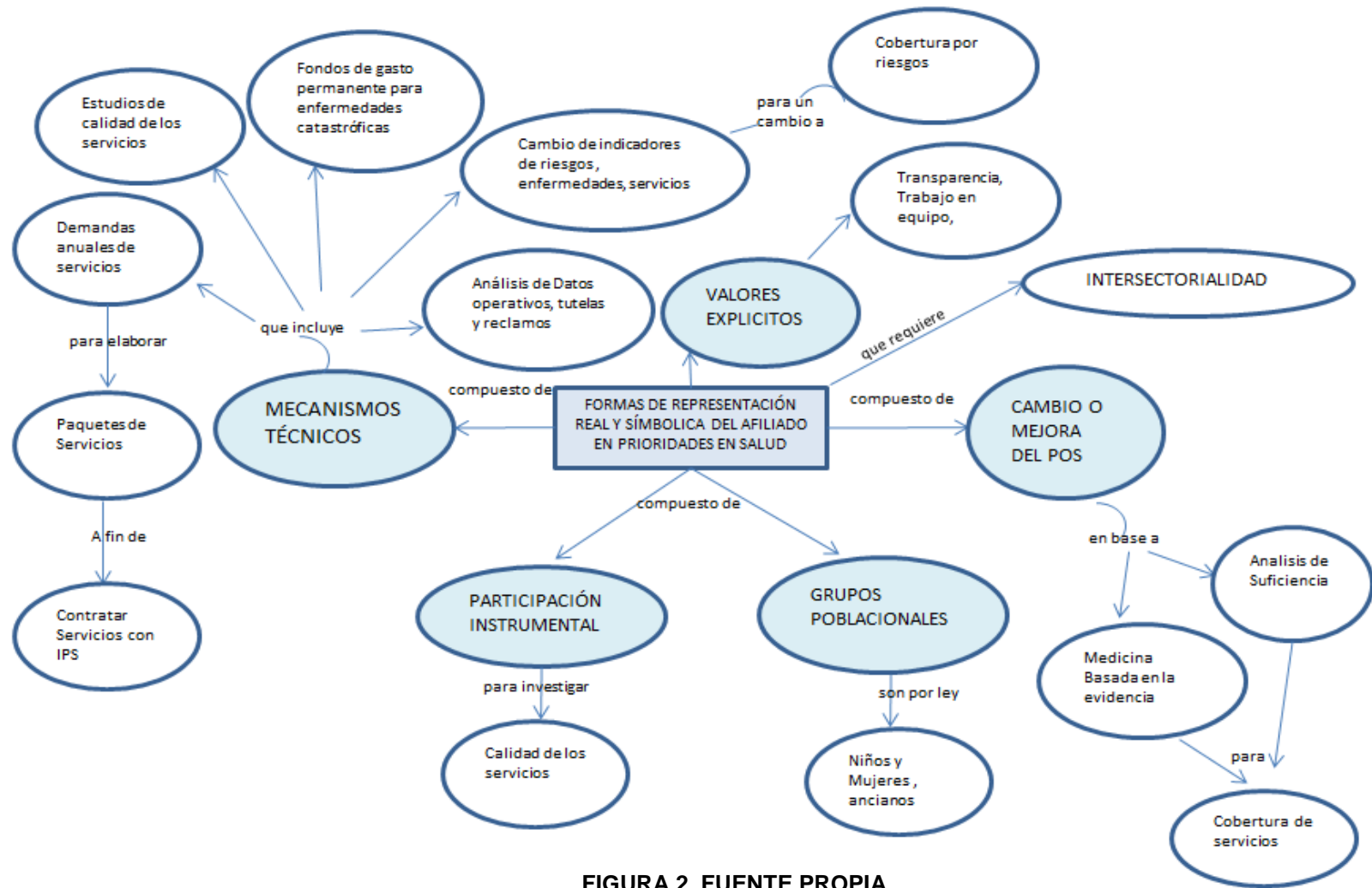


FIGURA 2. FUENTE PROPIA

FIGURA 3. FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICAS DE USUARIO EN PRIORIDADES EN SALUD: Muestra la relación entre los mecanismos utilizados, valores explícitos y criterios mediante los cuales se actúa por quien se argumenta representar.

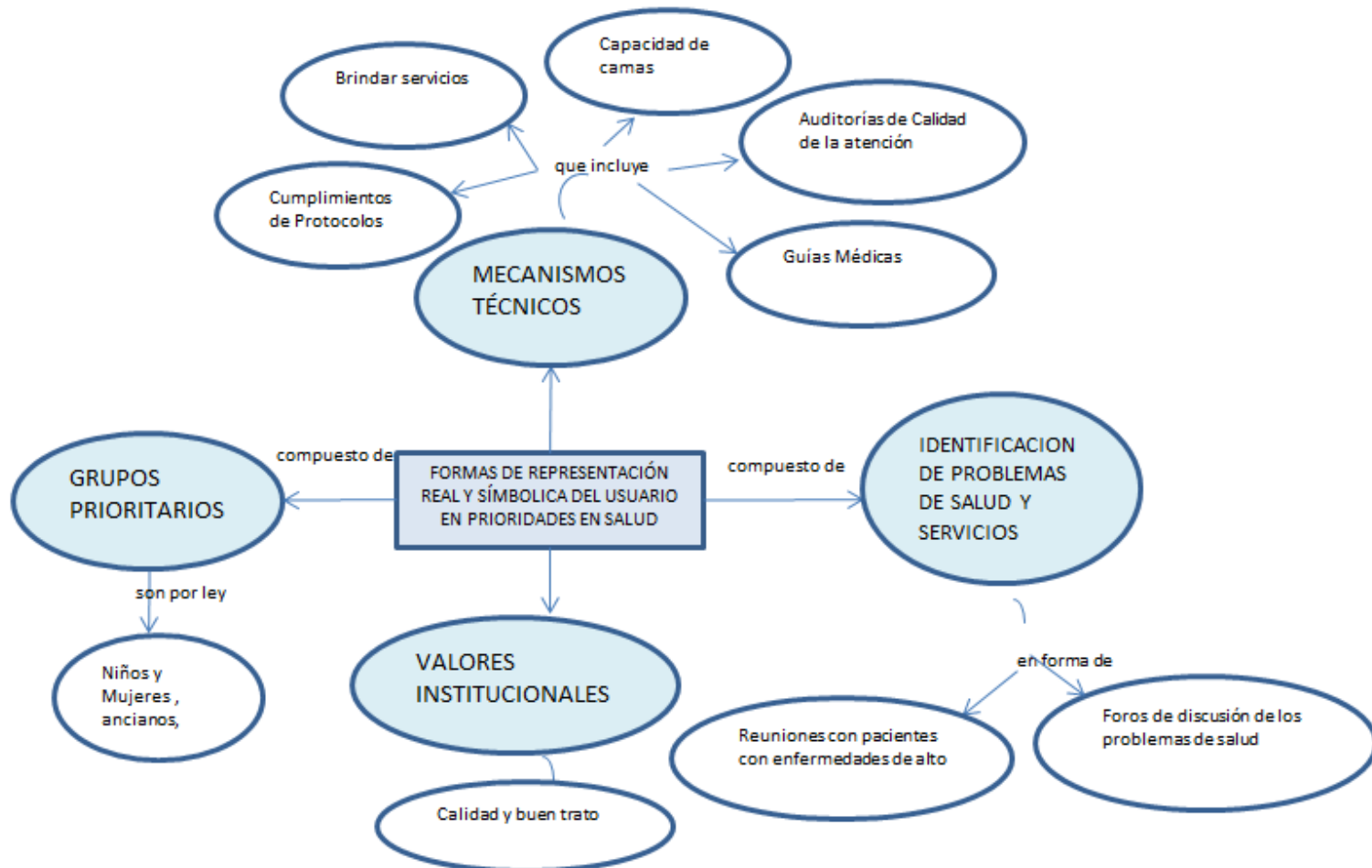


FIGURA 3. FUENTE PROPIA

6.3 RESULTADOS TERCERA COMPARACIÓN ENTRE FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICAS DE CIUDADANO, AFILIADOS Y USUARIOS EN PRIORIDADES EN SALUD.

En la comparación sistemática entre las formas de representación reales y simbólicas encontradas en el estudio se identifica una visión común en cuanto a la existencia de barreras para la participación ciudadana en las decisiones sobre prioridades en salud y una ausencia de enfoque o preocupación por el paciente.

En la comparación entre formas de representaciones simbólicas y reales del ciudadano y del afiliado se coincide en cuanto a la preocupación por el acceso a los servicios y en forma específica al acceso a los servicios de promoción y prevención de la salud.

Entre formas de representaciones reales y simbólicas del afiliado y usuario se coincide en cuanto a la preocupación por la calidad de los servicios, su integralidad y continuidad. Por otro lado entre las formas de representación real y simbólica de los ciudadanos y usuarios en forma mínima se coincide en cuanto a los riesgos en los estilos vida y el medio ambiente.

Cada forma de representación tiene un enfoque diferente de solución de la preocupación que se comparte.

6.3.1 COMPARACIÓN BINOMIO: FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICA DE CIUDADANO Y AFILIADO

Se identifica en la comparación entre éstas formas de representación la preocupación conjunta por el acceso a los servicios y en forma específica por el acceso a servicios de promoción y prevención.

Para la Representante Política D. Francisca Toro manifiesta la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en salud: “Estructurar todo lo que tiene que ver con Atención Primaria, como pilares fundamentales la prevención hasta la rehabilitación, y **la continuidad en el servicio**, es poder conformar redes para

que la gente tenga **continuidad en el servicio**, llegar a la gente con educación **con promoción y prevención**”

Continuidad del servicio es llegar a la gente con promoción y prevención.

Para las formas Representación Gremial y profesional en las que se ubica el G. Carrasquilla manifiesta: *“Hay barrera para acceso para los servicios, y esto también es un factor de riesgo”*

En cuanto a la forma de intervenir manifiesta: *“Se deben hacer integralmente pensando en todos los niveles, Promoción Prevención, con diagnósticos oportunos y tratamientos eficaces, cuando se presenten los problemas tener adecuados servicios de atención o rehabilitación”*.

El acceso a los servicios en todos los niveles, promoción, prevención, atención o rehabilitación.

Formas de Representación Burocrática: se establecen posterior al análisis de los diálogos en las cuales los diferentes entrevistados se ubican por su concepción y formas de resolver los problemas de quienes de manera simbólica representan.

Lo complementa S. Isaza: *“Vende la idea, en el sistema de que el 94% de la población está cubierta; pero de carnets pero no tienen acceso a los servicios de atención, ambulatoria y hospitalaria. Porque no es lo mismo servicios médicos que servicios de salud, pues la diferencia es que los servicios de salud es mucho más amplio y que abarca también el saneamiento ambiental, también promoción y prevención de la enfermedad”*

El acceso a los servicios de salud es más que la atención de la enfermedad, está relacionada con la promoción, prevención, saneamiento ambiental.

Para la Agente Aseguradora Carmen Laborde coincide en este tema: *“De los riesgos asociados a la calidad del servicio por ejemplo el riesgo al acceso a los servicios a pesar de que la cobertura se ha horizontalizado, sigue existiendo una diferencia entre un paquete de servicios entre los dos regímenes más grandes que tenemos, en el régimen contributivo y subsidiado todavía subsisten diferencias allí.”*

La barrera de acceso está provocada por la diferencias entre los paquetes de servicios de los regímenes contributivo y subsidiado.

Dentro de las formas de Representación simbólica de los afiliados a través de formas de representación burocráticas en las que se ubica A. Muriel³, la forma de ver el problema del acceso al servicio es distinta: *“Para una persona puede ser más importante poder acceder al servicio, porque tener un carnet no garantiza 100% el acceso, hay barreras de carácter cultural, no se puede dar tratamientos pues ellos tienen otras cosmovisiones, la gente más pobre tienen una barrera que es el transporte...Sin embargo el país está pagando por ellos, pero no necesariamente se les está prestando el servicio”*.

Las barreras de acceso son de carácter cultural y de transporte.

Las preocupaciones de la gente según el Agente Asegurador F. Cardona incluyen el acceder a los servicios: *“Después de su necesidad de empleo, de alimentación, el tema de servicios de salud que haya acceso a los servicios de salud”*.

Al igual lo consideran (S. Isaza, N. Paredes, A. Muriel) en cuanto a que la preocupación de la población es el no poder acceder a los servicios de salud.

Como se puede notar el tema del acceso a la salud es una preocupación común; sin embargo la forma de representar este problema tiene diferentes enfoques, entre los que se encuentran, políticas para la promoción y prevención, fortalecer la Atención primaria en salud, eliminación de la intermediación de las EPS, ampliación del Plan obligatorio de salud, enfoque de riesgos para la cobertura en salud.

Por otro lado, otra preocupación compartida es la de trabajar intersectorialmente para actuar sobre los determinantes de la salud.

Son coincidentes (R. Vega, D. Francisca Toro, N. Paredes, C. Laborde) en encontrar barreras para la participación ciudadana en forma de liderazgos

³ Formas de Representación Burocrática, obedece a una construcción en base a la relación entre los mecanismos utilizados, valores, y concepción mediante la cual el entrevistado manifiesta ubicarse para actuar sobre quien argumenta defender.

intermediarios, labor exclusivamente interna de los funcionarios, falta de financiamiento para la participación de los usuarios, falta de integración del ciudadano común y sus representantes, cada uno de los criterios expuestos pertenecen en forma recíproca y en el orden en el que son nombrados en la primera parte los entrevistados.

6.3.2 COMPARACIÓN BINOMIO: FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICA DE AFILIADOS Y USUARIO.

Se evidencia que una de las preocupaciones compartidas son la calidad de la atención y la calidad de los servicios.

Para las formas de representación de los gremios de las aseguradoras existe una distinción en cuanto a la forma de entregar servicios de calidad, se distinguen alternativas de mejora y entrega de calidad con restricción de recursos. Así se manifiestan:

La A. Mercado manifiesta: *“Tenemos que mejorar planes para mejorar la atención, mejorar tecnología a fin de que se mejore la calidad.”*

Calidad de los servicios a través de mejorar planes, mejorar tecnología y mejorar la atención.

En forma diferente lo plantea N. Paredes: *“Lo que buscan las EPS buscan dar el mejor servicio con la mejor calidad con los recursos disponibles, tenemos clara la restricción, eso implica a veces que no todo lo que piden los médicos o usuarios se les puede dar, tenemos que coger de lo que hay cual es o que es lo que es mejor con los recursos disponibles porque hay recursos limitados”*

Para los Agentes Aseguradores, mejorar la calidad tiene efectos en cuanto a evitar mortalidad y como un mecanismo para conocer el grado de satisfacción de los afiliados.

Para la Agente Aseguradora C. Laborde: *“Hablando también en la calidad de la prestación médica como tal donde si bien tenemos en los indicadores a nivel de calidad de la red pública, y sobre todo en el control para garantizar a pesar de que el sistema tiene varias metodologías, y nosotros vemos que mucha de la*

mortalidad que tenemos ya al estudiarla como efecto no como factor de riesgo está asociada a este tipo”.

Para el Agente Asegurador F. Cardona: *“Nosotros trabajamos con ellos y las familias para la intervención, consultamos básicamente sobre la calidad de los servicios, la percepción el 83% están satisfechos y 8 % no están insatisfechos.”*

Para las formas de representación reales y simbólicas de los usuarios también coinciden en la necesidad de mejorar la calidad de la atención en salud por sus efectos tanto en costos, como en mortalidad materna e infantil. Así lo manifiestan:

Para J. Castellanos⁴*“riesgos en la atención médica, los costos de atención en salud aumentan por eso por que piden cosas y remiten a otros especialistas”.*

La calidad de la atención médica tiene efecto sobre los costos de la atención.

Para las formas de Representación Tecnocrática se presentan algunas propuestas para mejorar la calidad de la atención y la calidad de los servicios.

A. Pulido: *“que el sistema tenga un sistema de auditoría de la calidad de la atención para cuando una madre se complique pues la atiendan de forma más adecuada y que las aseguradoras estén pendientes de sus riesgos de si las madres van al control prenatal, que servicios están recibiendo y estas actividades deberían hacerlas EPS conjuntamente con las instituciones de salud”.*

Sistema de auditoría de la calidad de la atención, trabajo conjunto de las EPS y las instituciones de salud.

De igual manera aporta D. Cárdenas: *“Las acciones para estas enfermedades deben ser integrales con acciones de primer nivel hasta complejidad pero lo más importante es que toda la cadena de protocolo se cumpla que realmente que el que tenga la parte de su trabajo lo haga, es decir, el que*

⁴ Formas de Representación de Usuario, obedece a una construcción en base a la relación entre los mecanismos utilizados, valores, y concepción mediante la cual el entrevistado manifiesta ubicarse para actuar sobre quien argumenta defender.

tiene que hacer la parte de prevención lo haga y la parte de curación efectivamente lo haga.”

Cumplimiento de protocolos, acciones integrales para mejorar la calidad de los servicios.

Dentro de las formas de representación burocráticas M. Bolívar⁵ manifiesta sobre cómo deben estar planteadas las coberturas: *“en servicios, pues ahí se puede excluir o incluir, procedimientos, y que tengamos guías que nos ayuden a mejorar la calidad de la atención”*.

Como se puede notar existen diferentes formas de mejorar la calidad de la atención y la calidad de los servicios, con propuestas de brindar servicios de calidad de acuerdo a la disponibilidad de recursos, con guías médicas, sistemas de auditoría de la calidad, seguimiento de protocolos de prevención, promoción y rehabilitación, mejorando los planes de salud, mejorando tecnología, lo que se pretende es evitar mortalidad, evitar eventos costosos.

Son coincidentes en identificar a las enfermedades como riesgos entre ellas las enfermedades crónicas, enfermedades prevenibles, infecciosas, enfermedades respiratorias, cardiovasculares.

Para las cuales afrontarlas también tiene diferentes visiones que van desde brindar los servicios para atenderlas, educación para el autocuidado y estilos de vida saludable, acceso a servicios de promoción y prevención, atención temprana y tratamiento.

Son coincidentes en cuanto a las barreras para la participación: interés individual en la participación y falta de información para influir en las decisiones sobre prioridades en salud.

⁵ Formas de Representación Burocrática de los usuarios, obedece a una construcción en base a la relación entre los mecanismos utilizados, valores, y concepción mediante la cual el entrevistado manifiesta ubicarse para actuar por quien argumenta defender.

6.3.3 COMPARACIÓN BINOMIO: FORMAS DE REPRESENTACIÓN REAL Y SIMBÓLICA DE CIUDADANO Y USUARIO.

Existe una preocupación en torno a los riesgos ambientales y los estilos de vida saludable.

Para las formas de representación simbólicas y reales de ciudadana (D. Francisca Toro y R. Vega) se menciona los riesgos ambientales y los estilos de vida saludable pero no se desarrolla su intervención; puesto que el mayor riesgo para ellos son la inequidad en el POS y los determinantes estructurales que afectan la salud.

En cambio para las formas de Representación real y simbólicas de los usuarios (J. Castellanos, D. Cárdenas, M. Bolívar), también se menciona los riesgos ambientales y los estilos de vida saludables, y se menciona por parte de (D. Cárdenas) que las personas no tienen forma de conocer hábitos saludables.

No se desarrolla la intervención de estos puesto que el riesgo prioritario o problema prioritario está centrado en la calidad de la atención del usuario.

Por parte de estas formas de representación analizadas en este conjunto se coincide en las barreras para la participación ciudadana en decisiones sobre prioridades en salud que se mencionaron en los dos análisis anteriores y que tienen que ver liderazgos intermediarios, falta de trabajo de los funcionarios con la sociedad, falta de información de las personas para influir en decisiones e interés personal ligado al contexto de quien participa.

FIGURA 4. RESULTADOS TERCERA COMPARACIÓN ENTRE FORMAS DE REPRESENTACIÓN SÍMBOLICA Y REAL DE CIUDADANOS, AFILIADOS, USUARIOS: MUESTRA ÁREAS DE INTERSECCIÓN Y ÁREA DE CONVERGENCIA

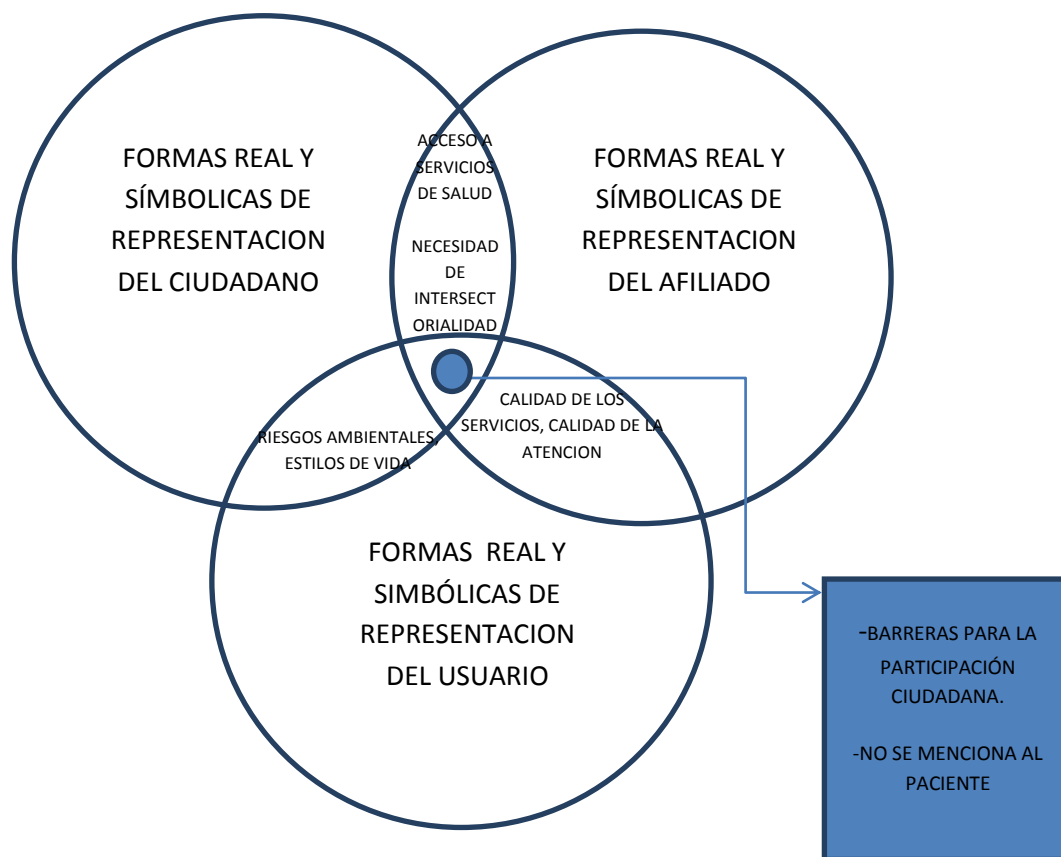


FIGURA 4. Fuente Propia

Como se puede notar existen preocupaciones conjuntas entre los diferentes FDR reales y simbólicas que ya se mencionó en el análisis pero que se resume brevemente en lo siguiente: Entre FDR de ciudadano y Afiliado la preocupación conjunta es el acceso a los servicios y de forma específica el acceso a servicios de promoción y prevención; entre FDR de afiliado y usuario la preocupación se centra en la calidad de los servicios y la calidad de la atención; mientras que entre FDR de ciudadano y usuario en forma mínima existe coincidencia en cuanto a los Riesgos Ambientales y los Estilos de vida como factores que afecta a la salud de la población.

El área de convergencia de las FDR real y simbólicas de este estudio presenta en sus diferentes diálogos la presencia de barreras para la participación ciudadana que en parte obedecen a situaciones externas pero también a concepciones propias del entrevistado en cuanto a escepticismo hacia la participación ciudadana. También resulta coincidente que no se menciona al paciente en sus preocupaciones dentro del contexto en el cual se encuentran y también llama la atención debido a la profesión médica a la que pertenecen la mayoría de los entrevistados.

7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Mediante al uso de la teoría fundamentada que tiene como propósito presentar teoría derivada de los datos; se procedió con ésta investigación a encontrar teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de las herramientas analíticas que ofrece ésta teoría como la comparación sucesiva codificación abierta, axial y selectiva, se establecen propiedades y dimensiones de las categorías; se usa en forma auxiliar matrices descriptivas, con este proceso se pudo identificar desde la visión y diálogo de los entrevistados, las principales categorías que son: Formas de Representación tanto simbólicas como reales de Ciudadano, Afiliado y Usuario las cuales contemplan diferentes formas de intervenir el problema que se considera prioritario en salud, mediante el uso de procesos políticos, mecanismos técnicos, mecanismos mixtos y valores explícitos, para responder a quienes se considera defender o representar tanto de manera simbólica como real. Dentro de éstas FDR se evalúa las formas de utilización de la participación ciudadana la cual presenta barreras; y se evidencia la desconexión social que existe con el sujeto mismo de su forma de representación por factores como la falta interacción con la sociedad, así como se evidencia en el lenguaje la falta de la palabra paciente.

Es importante ubicar a las formas de representación abordadas en este estudio dentro del contexto del Sistema de Salud Colombiano; en actividades ligadas a la política, gremial médica, centros de investigación, aseguradores del régimen contributivo y subsidiado, gremios de representación de los aseguradores, Ministerio de protección social y Comisión de Regulación en Salud, Institución Prestadora de Servicios y Banco Mundial.

Dentro de las Formas de representación del ciudadano en prioridades en salud se encuentran Formas de representación política tanto en forma real como simbólica y formas de representación Gremial médica y profesional.

Se proponen vías políticas para alcanzar el bienestar del ciudadano en temas de salud como el debate de leyes para la ampliación del POS, propuestas para decidir políticamente un cambio en el sistema de salud y cambio en las políticas económicas y sociales que permita la universalidad de cobertura y cobertura universal; sin embargo en este proceso aunque han existido ejercicios para la participación ciudadana no hay un consenso en el objetivo de tal participación mientras que se habla de defensa de derechos y mayor democracia participativa para influir en las decisiones en salud que se toman a nivel institucional pero que se encuentran afectadas por liderazgos intermediarios ; otro enfoque manifiesta la importancia para defender el interés del usuario en audiencias donde la participación directa de la personas comunes es limitada, y a la vez se encuentra afectada pues quienes intervienen en las decisiones no están en contacto con la sociedad. Los valores explícitos relacionados con estas FDR son equidad, solidaridad y transparencia.

En este contexto se evidencia que no se toma en cuenta al ciudadano y sus libertades, como lo expresa Sen: la libertad de ser agente de una persona se refiere a lo que la persona es libre de hacer y conseguir en la búsqueda de cualesquiera metas o valores que considere importantes. La libertad de una persona puede ser valorada en términos del poder para conseguir los resultados elegidos, y que sus elecciones sean respetadas.

La importancia de la faceta de agente, en general tiene que ver con la concepción de las personas como agentes responsables. Las personas han de entrar en los cálculos morales no sólo como personas cuyo bienestar exige interés, sino también como personas a las que hay que reconocer que son agentes responsables.

Cada persona tiene una forma distinta de interpretar las ideas éticas, incluidas las de la justicia social, e incluso puede distar mucho de saber con seguridad cómo organizar sus reflexiones sobre esta cuestión. Pero las ideas básicas de la justicia nos son ajenas a los seres sociales, que se preocupan por sus propios intereses pero que también son capaces de pensar en los miembros

de su familia, en sus vecinos, en sus conciudadanos y en otras personas en el mundo.

Es cuestión de utilizar de manera sistemática y convincente y eficaz los intereses generales de los individuos.

Los poderes públicos no sólo tienen que intentar poner en práctica las prioridades que se derivan de los valores y las afirmaciones sociales sino también facilitar y garantizar el debate público.

Al existir barreras de participación o participación limitada se restringe la capacidad que tienen los ciudadanos para aportar y elegir lo que considera prioritario en salud, la intervención del problema podría ajustarse a una visión incompleta de lo que realmente se requiere.

En las entrevistas realizadas existe acuerdo con la importancia de la participación pero se manifiesta también las barreras que existe para su realización, mientras que se pone en mayor relevancia el trabajo o las soluciones para actuar sobre los problemas que se consideran prioritarios y que afectan a la salud de los ciudadanos con conocimientos ligados a datos estadísticos y estudios de investigación con mínima inclusión de las opiniones de los ciudadanos.

En cuanto a las formas de representación real o simbólica de los afiliados se encuentran algunas formas de representación con relación de agente y principal y también formas de representación burocrática, tecnocrática y gremial de las aseguradoras.

La característica de solución tiene énfasis en la mejora o ampliación de la cobertura a través del POS, y la aplicación de la cobertura que está determinada en la ley. Para ello se utiliza mecanismos técnicos que evalúan la efectividad y pertinencia de la inclusión de un determinado servicio; o mediante propuestas de cambiar la cobertura a riesgos para poder incidir en los resultados de salud, o

mediante la determinación de paquetes de servicios a ser entregados a la población.

En el proceso de inclusión o no de un servicio dentro del POS, se han realizado ejercicios para la participación ciudadana en la toma de decisiones; con mayor participación de las sociedades científicas y académicas en cuanto a determinados medicamentos o procedimientos a ser incluidos. Reservándose la institución CRES, la decisión última para incluirla o no de acuerdo a un estudio clínico, costo efectividad y de suficiencia.

Por otro lado, las decisiones sobre los paquetes a ser entregados o negociados se lo hace a partir de las estadísticas de cada EPS, en donde no se menciona la dificultad para identificar riesgos en la población; mientras que para otros existe problemas de identificar las enfermedades ligadas a servicios y por tanto desconocimiento real de los riesgos implicados.

Los valores explícitos asociados a éstas FDR son el trabajo en equipo, transparencia, solidaridad.

En síntesis existe buena voluntad en entregar servicios pero con desconocimiento de las prioridades en salud y con ausencia de información de la autopercepción en salud de la población; así como existe buena voluntad de tomar en cuenta la opinión en la participación ciudadana, pero la decisión en prioridades en salud está tomada por una institución técnica; por lo que nuevamente las consideraciones para tomar decisiones podrían estar limitadas a contextos técnicos más que a lo que requiere la sociedad y la realidad.

Se manifiesta en forma coincidente la necesidad de trabajar intersectorialmente para atender los principales problemas de salud, pero no se manifiesta en ninguna de sus funciones trabajos con otros sectores.

Tal como lo manifiesta Sen: De hecho resulta fácil observar que si estamos preocupados por la libertad real de la que goza el pueblo o del bienestar efectivo

de los individuos, no será posible una valoración adecuada de la equidad en salud en términos de la mera cuantificación de la asistencia sanitaria.

La asistencia sanitaria es solo una forma de lograr buena salud (o la libertad para lograr buena salud) y que otras políticas relacionadas con la situación económica y social pueden influir también en el estado de salud de la población.

Combinando las investigaciones diagnósticas de los médicos y las estadísticas de mortalidad y causas de muerte, complementadas con el análisis social para tratar de dar sentido a las percepciones informadas de morbilidad, se logrará un cuadro más creíble. Al mismo tiempo que se presta la importancia adecuada a la información privilegiada de la autopercepción del enfermo debemos reconocer los límites de la experiencia social relativa a la asistencia sanitaria, la educación y otros parámetros sociales. Para dar sentido a las diversas observaciones implicadas, que cubren tanto la valoración externa como la autopercepción y tanto los datos de morbilidad como la información de mortalidad es necesario captar correctamente las diferencias posicionales y situacionales existentes entre los distintos grupos de personas.

El grupo de formas de representación real y simbólica de los afiliados es el mayor de los grupos entrevistados lo cual refleja la preocupación de quienes participan por mejorar o ampliar el Plan Obligatorio de salud, como una vía para lograr el acceso a servicios de salud.

En cuanto a las formas de representación del usuario en las cuales intervienen Representante de los usuarios, Formas de Representación Tecnocrática y Burocrática de los usuarios.

La prioridad es la calidad de la atención y brindar los servicios preparando al Hospital para responder a la demanda con buen trato. Los mecanismos técnicos para el mejoramiento de la calidad de la atención proponen, sistemas de auditoría de la calidad de la atención, protocolos de seguimiento en cada área tanto promoción, prevención y rehabilitación, utilización de guías médicas, éstas propuestas buscan evitar eventos costosos y mortalidad.

Los valores explícitos de las FDR de los usuarios son la calidad y buen trato.

Resulta en este grupo al igual que en los demás entrevistados que son en su mayoría médicos la ausencia en el lenguaje de la palabra paciente y por tanto la ausencia de la natural relación médico paciente.

Ésta relación entre dos seres va más allá de una relación en donde impera los beneficios de un negocio, es ante todo una relación interpersonal. El enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa medularmente a la persona del paciente.

El rol “benefactor” del médico dado por el juramento hipocrático disminuye a la vez que tiene mayor presencia el rol de prestador de servicios; por otro lado el paciente en la sociedad moderna va adquiriendo mayor autonomía para decidir sobre el tratamiento propuesto por el médico. Existe por lo tanto una diferenciación en los objetivos de cada uno y se requiere un equilibrio y espacios en donde se retome la condición humana de ésta relación más allá de la eficiencia médica.

La falta de contacto con la sociedad, la ausencia de quien es el principal beneficiario en las decisiones sobre prioridades en salud dentro de los mecanismos, valores, y procesos de decisión de las diferentes representaciones reales y simbólicas, sumadas a la pérdida de la relación médico paciente, obedecen a la cultura de tecnocracia para formulación de prioridades asociados a la salud.

El involucramiento del ciudadano y del paciente en los procesos de decisión puede ampliar el marco de soluciones que se requieren sobre prioridades en salud.

Todos los entrevistados desde su perspectiva han ofrecido soluciones a los problemas que se consideran prioritarios en salud y han coincidido (FDR Real y Simbólicas de Ciudadana y FDR Real y Simbólicas de Afiliado) en su

preocupación en el acceso a los servicios de salud; así como (FDR Real y Simbólicas del Usuario y FDR del Afiliado) en la calidad de la atención y calidad de los servicios; mientras que en forma mínima existe coincidencia en la preocupación de los riesgos ambientales y estilos de vida entre FDR Real y Simbólicas de ciudadano y usuarios.

Finalmente debo expresar que este proyecto de investigación ha sido completamente enriquecedor en la medida de entender la importancia del punto de vista del ciudadano para toma de decisiones y su inclusión dentro de los procesos de decisión como una muestra de respeto por el valor de la opinión de los demás y como una necesidad para disminuir el número de representaciones en la sociedad a fin de que sea la misma sociedad la que se represente y en forma relacionada construya y precise sus valores y soluciones necesarias de lo que se considere justo y valioso dentro de todo el ámbito de la vida, incluido las prioridades en salud como formas de expresión de las necesidades y las libertades de los individuos.

Considero que es necesario se continúe investigando sobre las formas de representación directa de los ciudadanos a fin de que se amplié, refute o complemente lo expuesto en ésta investigación.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Avella Peña, A. I., & Villate París, A. (2011). *El alcance de la participación ciudadana institucional en las políticas públicas de salud en el sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá:
- Bonilla-Castro, E., & Rodríguez Sehk, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos la investigación en ciencias sociales* (3a ,aum y rev ed.). Bogotá: Grupo Editorial Norma Uniandes.
- Carvalho V, A. (2005). Médicos y profesionalismo: Pacientes e información. *Revista Médica De Chile*, 133(2), 253-258.
- Chaparro, G. B. DE ALBA, & ESAP, ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PÚBLICA. Tutela y participación: Herramientas del gerente social dentro del marco constitucional de 1991.
- Delgado Gallego, M. E. (2007). Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en colombia. *Universitas Psychologica*, 6(2), 345-358.
- Entralgo, P. L. (1969). *El médico y el enfermo* Guadarrama.
- Gianella-Malca, C., Parra-Vera, O., Yamin, A. E., & Torres-Tovar, M. (2010). ¿Deliberación democrática o mercadeo social? los dilemas de la definición pública en salud en el contexto del seguimiento de la sentencia T-760 de 2008. *Health and Human Rights: An International Journal*,

Gómez, M. C. A. "Las representaciones mentales". Consultado el (29 de abril del 2013) en <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev29/arbelaez.htm>

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1994). Teoría de la empresa: La gerencia: costes de agencia y estructura de la propiedad. In *La naturaleza económica de la empresa* (pp. 261-286). Alianza Editorial.

Klein, R. (1998). Puzzling out priorities. why we must acknowledge that rationing is a political process. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 317(7164), 959-960.

López, M. E. E. Las organizaciones de usuarios y la construcción del derecho a la salud, en el contexto de la reforma, Medellín, Colombia.

Muñoz Varón, N., & Gutiérrez Chavarría, C. (2009). *Percepciones y aspiraciones en torno a las políticas de financiación de la educación superior en Colombia*. Bogotá:

Ramírez, J., & Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Derechos de propiedad del seguro obligatorio de salud en Colombia (1a ed.). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Ramírez, J. (2010). La emergencia social en salud: De las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. *Revista Gerencia y Políticas De Salud*, 9(18), 124-143.

Real Academia Española, & Rodríguez Marín, R. (2006). *Diccionario esencial de la lengua española*. Madrid, España: Espasa Calpe Real Academia Española.

- Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana De Salud Pública*, 32(4), 0-0.
- Sen, A. K., & Salcedo Megales, D. (1997). *Bienestar, justicia y mercado* (1a ed.). Barcelona: Paidós.
- Sen, A. K., Toharia Cortés, L., & Rabasco Espariz, M. E. (2002). *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta.
- Sen, A., Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2002). Equidad en la salud: Perspectivas, mensurabilidad y criterios. Desafío a La Falta De Equidad En La Salud: De La Ética a La Acción Washington: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana De La Salud (Publicación Científica y Técnica no.585), 75-81.
- Strauss, A. L., Corbin, J. M., & Zimmerman de Aguirre, E. (2002). *Bases de la investigación cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1a ed.). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Valles Martínez, M. S. (2009; 2002). *Entrevistas cualitativas* (1a ed.). Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Williams, A. (1999). Economics, ethics and the public in health care policy. *International Social Science Journal*, 51(161), 297-312. doi:10.1111/1468-2451.00199

Williams, A. H., & Cookson, R. A. (2006). Equity-efficiency trade-offs in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(1), 1-9.

GLOSARIO

Salud: La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. (General, S., López, E. G., García, I. G., Merino, B. M., Barrera, J. S., & Trujillo, M. J. C, 1998)

Prioridad: Anterioridad de una cosa respecto a otra en el tiempo o en el espacio. (Real Academia Española & Rodríguez Marín, 2006)

Valor: Fil. Cualidad que poseen algunas realidades, consideradas bienes, por lo cual son estimables. Los valores tienen polaridad en cuanto son positivos o negativos, y jerarquía en cuanto son superiores o inferiores. (Real Academia Española & Rodríguez Marín, 2006)

Representación: Conjunto de personas que representan a una entidad, colectividad o corporación. (Real Academia Española & Rodríguez Marín, 2006)

Representación mental: Las representaciones mentales y culturales sobre el entorno, sobre sí mismos, sobre la sociedad y sobre la naturaleza en la cual se constituyen como personas. (Gómez, M. C. A, 2002)

Agente: Persona que obra con poder de otra. (Real Academia Española & Rodríguez Marín, 2006)

Mecanismo: Medios prácticos que se emplean en las artes. Proceso (ll sucesión de fases). (Real Academia Española & Rodríguez Marín, 2006)

Libertad de ser Agente: Se refiere a lo que la persona es libre de hacer o conseguir en la búsqueda de cualesquiera metas o valores que se consideren importantes. (Sen, 1997, pág. 85)

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

EPS: Empresas Promotoras de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios

FDR: Formas de Representación