

1-1-2014

# Representaciones sociales del derecho a la salud de los sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud en Localidad de Suba – Bogotá

Jheymy Liliam Daza Ramírez  
*Universidad de La Salle*

Sandra Liliana Veloza contreras  
*Universidad de La Salle*

Verónica Natalia Lozano Rubiano  
*Universidad de La Salle*

Follow this and additional works at: [https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo\\_social](https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social)

---

## Citación recomendada

Daza Ramírez, J. L., Veloza contreras, S. L., & Lozano Rubiano, V. N. (2014). Representaciones sociales del derecho a la salud de los sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud en Localidad de Suba – Bogotá. Retrieved from [https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo\\_social/7](https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/7)

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Económicas y Sociales at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Trabajo Social by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact [ciencia@lasalle.edu.co](mailto:ciencia@lasalle.edu.co).

**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS  
SUJETOS QUE ACUDEN AL PUNTO POR EL DERECHO A LA SALUD EN  
LOCALIDAD DE SUBA - BOGOTÁ**

**JHEYMY LILIAM DAZA RAMIREZ  
SANDRA LILIANA VELOZA CONTRERAS  
VERÓNICA NATALIA LOZANO RUBIANO**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
BOGOTÁ D.C.2014**

**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS  
SUJETOS QUE ACUDEN AL PUNTO POR EL DERECHO A LA SALUD EN  
LOCALIDAD DE SUBA - BOGOTÁ**

**JHEYMY LILIAM DAZA RAMIREZ 62082023  
SANDRA LILIANA VELOZA CONTRERAS 62071703  
VERÓNICA NATALIA LOZANO RUBIANO 62082059**

Trabajo de grado para optar el título de  
TRABAJADORA SOCIAL

Asesora

**ISABEL CRISTINA BEDOYA C.  
Trabajadora Social- Mg en Salud Pública.**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y SOCIALES  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
BOGOTÁ D.C.2014**

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

RECTOR:

**CARLOS GABRIEL GÓMEZ RESTREPO, FSC.**

VICERRECTOR ACADÉMICO:

**CARLOS ENRIQUE CARVAJAL COSTA, FSC.**

DECANO FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

**ADRIANA PATRICIA LÓPEZ VELÁZQUEZ**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**DESARROLLO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA**

TUTOR DE TRABAJO DE GRADO:

**ISABEL CRISTINA BEDOYA C.**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

Bogotá D.C.,

## **ADVERTENCIA**

Ni la universidad, ni el jurado calificador, ni la asesora, son responsables de las ideas expuestas por los graduandos. Reglamento estudiantil.

Capítulo XIV de los requisitos de grado, Art. 106

## RESUMEN

Las representaciones sociales se convierten en una construcción de conocimiento de sentido común donde intervienen elementos como las percepciones, opiniones, experiencias y actitudes entre otros, que tienen los sujetos acerca de la realidad social de la vida cotidiana, y al cual atribuyen un significado específico. Dentro de este marco el grupo de estudio se interesó por describir las representaciones sociales del derecho a la salud de los sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud de la localidad de Suba. Este estudio fue realizado con población afiliada al régimen contributivo y subsidiado del sistema de salud colombiano, quienes han tenido que enfrentar las barreras de acceso en hospitales, EPS e IPS, que vulneran el derecho a la salud lo que ha llevado a buscar a estos sujetos la asesoría jurídica, política y social en el Punto por el Derecho a la salud de la localidad de Suba.

El método de investigación implementado fue de tipo cualitativo el cual permitió, abordar la realidad social de los sujetos en relación a percepciones, opiniones, experiencias y actitudes que establecieron alrededor del derecho a la de salud. Durante este ejercicio de investigación fue necesario implementar un enfoque fenomenológico que ayudó a explorar y describir el conocimiento de sentido común que tienen los sujetos a cerca de este fenómeno. Así mismo fue pertinente trabajar a través de un nivel descriptivo que permitió dar cuenta de una manera ordenada y rigurosa dicho conocimiento, también fue preciso utilizar un método etnometodológico que sirviera para analizar los comportamientos, ideas, acciones y métodos utilizados por los sujetos dentro de su contexto .

Durante este proceso fue evidente que la vulneración del derecho a la salud se configura en barreras de acceso que hacen percibir el servicio de salud entre los sujetos como “malo” y “pésimo” estas son designadas como barreras administrativas cuyos casos más reiterativos son: demora en la asignación de citas con médico general y especialista, la no entrega de medicamentos, negación de exámenes, tratamientos e implementos, que impiden una atención eficiente; las barreras económicas, que comprenden la falta de dinero para cubrir los copagos o cuotas moderadoras, gastos de transporte, compra de medicamentos no POS,

compra de productos hospitalarios y demás circunstancias que afectan la economía familiar de los sujetos a lo que se denomina gastos de bolsillo en salud.

Seguida de estas dos barreras de acceso se ubica las barreras geográficas que hacen referencia a las grandes distancias que los sujetos deben recorrer por la ubicación geográfica de los Hospitales, EPS e IPS, en relación a solicitud de citas, consulta general o con especialista, autorizaciones, exámenes y entrega de medicamentos.

Se halló que los sujetos para satisfacer el derecho a la salud deben acudir a mecanismos de acción judicial que inician únicamente con la asesoría del punto por el derecho a la salud, La mayoría de los entrevistados consideran que este derecho es fundamental, además existe una opinión de salud según la atención que reciben por parte de su EPS o IPS, enfatizan en que deben recibir un buen servicio debido a que todos contribuyen con aportes o impuestos.

Se encontró que el conocimiento de sentido común que existe en los sujetos es que el Estado debe garantizar, supervisar y proteger el derecho a la salud, relacionan el papel del Estado con las funciones que desempeñan hospitales, EPS e IPS.

*Palabras Claves:* Representaciones sociales, derecho a la salud, conocimiento de sentido común, percepción, opinión, experiencia y actitud.



## **ABSTRACT**

The Social representations become a construction of knowledge of common sense which involved elements such as the perceptions, views, experiences and attitudes among others, who have the subjects about the social reality of everyday life, and attribute to which a specific meaning. Within this framework the study group was interested in describing the social representations of the right to health of the subjects attending the point for the right to health of the locality of Suba. This study was performed with population affiliated to the contributory and subsidized Colombian health system, regime who have had to confront the barriers of access in hospitals, EPS and IPS, which violate the right to health, which has led to these subjects seek advice legal, political and social at the point for the right to health of the locality Suba.

The implemented method of research was qualitative which allowed, dealing with the social reality of the subject in relation to perceptions, opinions, experiences and attitudes that established around the right of health. During this period of research, it was necessary to implement a phenomenological approach that helped to explore and describe the knowledge of common sense that have subjects regarding this phenomenon. It was also relevant to work through a descriptive level allowing to realize an orderly and rigorous knowledge, was also needed to use a method ethnomethodological that serve to analyze the trends, ideas, actions and methods used by the subjects within its context.

During this process, it was evident that the violation of the right to health is configured on access barriers that make perceived service of health among the subjects as "bad" and "bad" these are designated as administrative barriers whose most repetitive cases are: delay in the allocation of appointments with general practitioner and a specialist, non-delivery of drugs, denial of exams, treatments and tools, that impede efficient care; financial barriers, including lack of money to cover co-payments or fees moderators, transport costs, purchase of medicines not POS, purchase of hospital products and other circumstances that affect the family economy of the subjects referred to as out-of-pocket health expenses. Followed by these two barriers of access is located the geographic barriers that make

reference to the great distances that subjects must travel by the geographical location of hospitals, EPS and IPS, in relation to appointments, consulting general or specialist, authorizations, test and delivery of medicines.

It was found that subjects to satisfy the right to health should go to mechanisms of judicial action that started only with the advice of the point for the right to health, the majority of the interviewees considered that this right is fundamental, there is also an opinion of health according to the attention they receive from their EPS or IPS. They emphasize that should receive a good service since all contribute with contributions or taxes.

We found that knowledge of common sense that exists on the subject is that the State must ensure, monitor and protect the right to health, they are related to the role of the State with the roles played by hospitals, EPS and IPS.

*Keywords:* Social representations, right to health, knowledge of common sense, perception, view, experience and attitude.

## TABLA DE CONTENIDO

1.	ANTECEDENTES.....	2
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	12
1.3	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	15
1.4	OBJETIVOS .....	17
1.4.1	Objetivo General .....	17
1.4.2	Objetivos Específicos .....	17
2	MARCOS REFERENCIALES .....	18
2.1	Marco Legal .....	18
2.1.1	Legislación internacional. ....	19
2.1.2	Marco normativo nacional. ....	22
2.2	Marco Contextual.....	25
2.3	Marco Teórico y Conceptual .....	28
2.3.1	Representaciones sociales. ....	28
2.3.2	Derecho a la salud. ....	33
3	DISEÑO METODOLÓGICO .....	39
3.1	Metodología de la investigación .....	39
3.2	Enfoque .....	40
3.3	Nivel.....	42
3.4	Método.....	42
3.5	Población.....	44
3.6	Criterios de Selección .....	45
3.7	Técnicas e Instrumentos .....	45
3.8	Categorías.....	46
4	HALLAZGOS .....	49
5.	CONCLUSIONES .....	53
6.	RECOMENDACIONES .....	55
	BIBLIOGRAFÍA.....	57
	ANEXOS.....	64

## CAPITULO 1

### INTRODUCCIÓN

Para llevar a cabo esta investigación, fue necesario partir del hecho que el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS fue reglamentado por la Ley 100 de 1993, con el fin de separar funciones, introducir la competencia regulada y fomentar la especialización institucional como mecanismos para obtener eficiencia y eficacia en la implementación; el SGSSS está compuesto por tres entes para su función, el Estado, las aseguradoras y los prestadores del servicio de salud, las cuales tienen como función garantizar un estado de salud óptimo para la población colombiana.

Desde la vigencia de la Ley 100 de 1993 se ha visibilizado un aumento favorable en la cobertura, pero un incremento de las barreras de acceso en el servicio que han generado las diferentes quejas frente al servicio, lo que ha llevado a realizar diferentes reformas al sistema de salud entre ellas la sentencia 760 de 2008 que reconoce el derecho a la salud y la aprobación de la ley estatutaria que destaca la supremacía del derecho a la salud y la vida sobre la sostenibilidad fiscal.

De acuerdo a la OMS (2013) el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho de estar sano, este abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en los establecimientos, bienes y servicios de salud. En coherencia con lo anterior el derecho a la salud también es comprendido como la “facultad o poder de un ciudadano (contribuyente, beneficiario, subsidiado o vinculado) de exigir a una EPS, ESE, IPS, EPS'S (ARS) o un Ente Territorial, una prestación consistente en suministrar atención médica” Arango (citado por Díaz y Arrieta, p. 13).

El derecho a la salud ha tomado gran importancia en los últimos años a causa de los problemas que enfrentan las personas con el sistema de salud los cuales se configuran en barreras de acceso designadas como barreras administrativas, barreras económicas y barreras geográficas. Razón por la cual surgió el interés de llevar a cabo una investigación que permitiera describir las representaciones sociales que tienen los sujetos frente al derecho a la salud.

Para el desarrollo de ésta investigación se realizó un rastreo bibliográfico en la Universidad de la Salle, en bases de datos y en otras instituciones que abordaron temas como son las representaciones sociales y el derecho a la salud, a partir de los resultados de estas consultas se construyeron los antecedentes, planteamiento del problema y los objetivos de investigación enfocados a dar respuesta a la pregunta de investigación.

Posteriormente se elaboró la justificación con relación a la pertinencia institucional del programa y la línea de investigación; además se plantearon los marcos referenciales constituidos por el legal, contextual y conceptual; se estableció un diseño metodológico adscrito a una investigación de carácter cualitativo, donde se implementó un enfoque fenomenológico y un nivel descriptivo, el método implementado fue la etnometodología seguido de la aplicación de unas técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

## **ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN**

Para realizar esta investigación fue prescindible realizar un rastreo bibliográfico que diera cuenta del estado actual del sistema de salud colombiano, para esta labor se consultaron las bases de datos Scopus, ProQues y Scielo, a su vez se revisaron las bibliotecas de las Universidades de La Salle, Universidad del Bosque, Universidad Externado, Universidad Nacional, Universidad de Antioquia y la Universidad del Valle. Los documentos encontrados en su mayoría fueron de corte legal y cuantitativo, lo cual llevó a las investigadoras a indagar respecto al derecho a la salud desde las percepciones, opiniones, experiencias y actitud que tienen los sujetos desde la realidad social de la vida cotidiana.

## 1. ANTECEDENTES

La investigación partió de una revisión bibliográfica de artículos de investigaciones en derecho a la salud, esta revisión permitió construir el siguiente capítulo.

Cuando en Colombia la Ley 100 entró en vigencia, se dio un nuevo curso al Sistema de Seguridad Social Integral colombiano porque se determinó que la seguridad social como un “servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección coordinación y control del Estado” (Gutiérrez de Piñeres, 2009, p. 2). Esto obligó al Estado a implementar estrategias para asumir su nuevo rol como gestor de los derechos de los ciudadanos entre ellos, el derecho a la salud. Dicha estrategia combina aseguramiento y asistencia, según la división de los dos regímenes. Las diferencias y complejidades de cada uno de los regímenes, agudizaron la prestación oportuna e integral de los servicios, por lo cual fue necesario la intervención y solución por la vía judicial a través del mecanismo de protección como lo es la tutela (Gutiérrez de Piñeres, 2009).

En coherencia con lo anterior Moreno y López (2009) reconocen que la salud en Colombia es crítica a causa de la fragmentación según la capacidad de pago y el sometimiento a un modelo de desarrollo económico regido por el mercado. Así mismo, mencionan que existe un retroceso en programas de prevención y promoción en salud que han generado procesos de inequidad en el acceso a la atención. Afirman que existe una falta de coherencia entre la formulación de las políticas fundadas en principios de equidad, universalidad y solidaridad, en relación a los alcances que se han logrado desde la implementación de la ley 100 como reforma.

Para las autoras, el caso colombiano debe ser analizado mediante dos enfoques: el neoliberal-utilitarista y el enfoque de derecho. En el primero es privilegiado el respeto por los derechos civiles y políticos como la vida y son de obligatoriedad frente al Estado. En cuanto al enfoque de derecho, se sostiene que el derecho a la salud tiene que ver con la resolución de inequidades frente a este derecho, en donde no se discrimine por ninguna condición social o económica, y en donde el derecho a la salud, conlleva a alternativas para acceder a la salud, que en Colombia está directamente ligado al concepto de políticas públicas.

Por tal razón las autoras de la investigación consideran que el “Estado es una institución que sigue incidiendo en las condiciones actuales de atención en salud, el deterioro o modificación de las mismas”, igualmente aseguran que mientras se sigan las “directrices internacionales el panorama no será favorable para avanzar en la universalidad del sistema y la garantía del derecho a la salud” (p. 137).

Moreno y López (2009) identificaron que existen mecanismos legales para evitar las barreras en el acceso, razón por la cual se debe ampliar el tema del derecho a la salud superando la visión de un sistema de administración de riesgos y se soporte desde una visión de derecho humano tras la verdadera aplicación de los principios de universalidad, irrenunciabilidad, irreversibilidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad con carácter individual y social.

En conclusión, indican que existe la necesidad de estudiar los determinantes económicos en cuanto a la distribución de los recursos y las posibilidades con que cuenta la población frente al derecho a la salud, de la misma manera deben abordarse las barreras de acceso ya que de acuerdo a la sentencia T-760 de 2008 la pretensión era hacer extensivo el derecho a la salud y no coartarlo a través procesos de exclusión e inequidades. Por tal razón, se considera importante que los problemas de acceso y de calidad requieran trascender de la relación médico paciente y ocuparse de los procedimientos previos a esta, el bienestar y las óptimas condiciones de vida también deben ser abordados desde el eje de justicia social y una sociedad más humana.

En el caso colombiano, el derecho a la salud está fundamentado jurídica y legalmente en algunos compromisos internacionales firmados por el Estado. Por su parte, la fundamentación moral de un derecho es el conjunto de principios éticos que lo sustentan como derecho fundamental, independientemente de que exista o no una ley que lo respalde. (Álvarez, 2005, p. 129).

Por lo anterior el autor establece que el derecho a la salud es un enfoque teórico y político que se ha contrapuesto a la hegemonía neoliberal-utilitarista, que se encarga de determinar el valor de los programas de salud y de las estrategias sanitarias de acuerdo a los resultados obtenidos y el dinero invertido. En esta investigación el derecho a la salud



se entiende como el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud. Esta categoría abarca también el acceso a una alimentación adecuada, a condiciones de trabajo sanas y seguras y a servicios de apoyo para el cuidado de la salud. (Álvarez, 2005, p. 131).

El Estado por lo general no integra los derechos fundamentales de manera explícita en las constituciones democráticas pero es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos para poder superar y entender como materializar el derecho a la salud:

La teoría de la distribución igualitaria de los recursos propuesta por Gosepath quien elaboró una explicación muy didáctica sobre la diferencia entre la justificación legal y la justificación moral de los derechos sociales, como la salud y la educación, que resulta útil no solo para entender sus puntos de vista, sino para ubicar mejor este debate.

(...) “Existen dos clases de derechos, los legales y los morales. Los derechos legales son pretensiones que se pueden reclamar judicialmente en un Estado y su violación es sancionada por los medios de coacción estatal”. En otras palabras, los derechos legales son los respaldados por una ley positiva que los hace explícitos. El caso de los derechos morales es diferente, pues cada ser humano los tiene sin necesidad de que se cumplan condiciones especiales o una ley que los explicita. (Álvarez, 2005, p. 132).

La teoría de la igualdad de oportunidades se deriva de la interpretación que Daniels quien interpreto la teoría de la justicia de Rawls (1997), donde Rawls propone aplicar principios de justicia al funcionamiento de la estructura básica de la sociedad, es decir, de las principales instituciones políticas, sociales y económicas y de la manera como ellas interactúan para formar un sistema de cooperación social. En términos generales, se trata de la constitución política, la organización del gobierno, la estructura y las reglas que rigen los mercados, y las formas de propiedad legalmente reconocidas (Rawls, 1997).

Daniels estructura su argumentación y propone que el acceso a los servicios de salud sea parte de ese conjunto de instituciones. “Si una persona tiene un problema de salud y la

sociedad no le ofrece los servicios necesarios para recuperarse y rehabilitarse, esa persona tendrá menos oportunidades que otras”. (Álvarez, 2005, p. 132-133).

Amartia Sen propone la teoría del desarrollo como libertad, reconsidera los conceptos de desarrollo y de libertad (Sen1997). Para este autor, la libertad tiene dos facetas: la de proceso y la de oportunidad. Sen (2000) afirma que la “libertad no puede ser entendida únicamente como una lista de derechos liberales negativos que privilegian la libertad de proceso, sino que la noción de libertad debe ampliarse de manera que abarque la faceta de oportunidad”. Considerar la faceta de oportunidad de la libertad junto a la de proceso implica, según Sen, “el Estado social mida según el grado de libertad de que disfrutan sus habitantes para lograr su bienestar”. Este grado de libertad está dado por la posibilidad que tienen las personas de escoger entre diversas alternativas valiosas para elaborar sus proyectos de vida. (Álvarez, 2005, p. 133).

La teoría de la conexión con el derecho a la vida tiene como planteamiento central que cuando se niega el derecho a la salud se pone en riesgo el derecho a la vida, que es el derecho fundamental por excelencia según la Constitución.

(...) Mediante el mecanismo de la tutela (denominado recurso de amparo en otros países) se ha sustentado la conexión de los dos derechos —a la vida y a la salud— y en muchos casos, los jueces han logrado romper los mecanismos de exclusión creados por el nuevo sistema de salud. Pero esta teoría tiene limitaciones, pues como la tutela es individual, no constituye una regla aplicable en casos similares. (Álvarez, 2005, p. 133).

De otra parte Rocha Buelvas (2012), quien también ha hecho una revisión de la reforma de 1993 en la salud colombiana, expone que los esfuerzos se han quedado cortos en la defensa del derecho a la salud ya que propende más por la mercantilización, que por poseer un sistema de salud con soberanía, conciencia y conocimiento de las necesidades. Es allí donde el Estado tiene que ser garante y regulador del derecho a la salud. Siendo una responsabilidad social ineludible e indelegable del Estado, como protector de los sectores más vulnerables.

En Colombia se implantó en 1993 una reforma del sistema de salud fundamentada en la doctrina liberal y orientada a incrementar los mecanismos del mercado en el sector de la salud. Aunque la reforma se promovió como un mecanismo necesario para resolver los problemas del sector y especialmente para atenuar las inequidades que golpeaban con mayor fuerza a los más pobres, esta promesa no se cumplió y algunas inequidades incluso se acentuaron. (Álvarez, 2005, p.129).

Al igual que Rocha Buelvas (2012), Hernández (2011), realizó en un artículo una crítica a las reformas del sistema. En relación a la Ley 1438 de 2011 presentada como la solución estructural del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el autor enuncia las ventajas propuestas al entrar en vigencia y, una de esas ventajas es la “portabilidad nacional” donde “las EPS y el Ministerio de la Protección Social lleguen a un acuerdo sobre cómo podrá pagarse a los hospitales y clínicas sin el contrato previo entre la EPS del afiliado y la institución prestadora” (Hernández 2011). Otra ventaja enunciada es la “universalización del aseguramiento” que está centrada en la afiliación compulsiva al sistema, desde el momento en que se requiera un servicio y la “sostenibilidad fiscal” que implica limitar el contenido de los derechos sociales a la disponibilidad de recursos fiscales, luego de pagar la deuda pública y garantizar los recursos para la seguridad. El autor evalúa los distintos ajustes que se han realizado debido a las falencias de la Ley 100 de 1993, entre esas la ley 1122 de 2007 (ajustes al sistema general de salud), Ley 1393 de 2010 (aumento del impuesto “cantinero”). La lógica planteada en la ley 100, de integrar el Estado y el mercado con dos regímenes, según la capacidad de pago de las personas, sigue siendo la misma porque se siguen separando recursos por cotización y subsidiado por impuesto.

Siguiendo esta misma línea Vélez Arango (2007) argumenta que las normas constitucionales y jurisprudenciales permiten entender la salud de una manera más integral, considerando la existencia de parámetros de equidad, de capacidad, calidad de vida y mínimo vital de los cuales subyace una noción de derecho a la salud como forma de justicia social. En coherencia con Nussbaum (citado en Arango 2007) corresponden a la vida y a la salud corporal integrar los sentidos, la imaginación, el pensamiento, emociones, razón práctica, afiliación, recreación y control sobre el entorno propio. Por lo anterior, asegura la

autora que la salud debe ser considerada prioritaria dentro del accionar del Estado, por medio de políticas y asignación de recursos para la elaboración y ejecución de programas que procuren buenas condiciones de salud y que tenga claro el concepto de derecho a la salud.

Riveros Pérez y Amado Gonzáles (2012), mencionan que aunque en los últimos años “Colombia presenta un crecimiento económico del 5.9%, el gasto social disminuye a causa de la influencia del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional” (p. 4). Se afirma que dicha influencia puede llegar a ser efectiva para un país en condiciones laborales favorables para toda la población y no para un país como Colombia, que ha llevado el sistema de salud a la frustración al no tener en cuenta las necesidades y particularidades de la población. Razón por la cual sugieren los autores que para el actual sistema de salud integral debe hacerse un análisis detallado de las necesidades de la población teniendo en cuenta los recursos para financiarlo.

También aseguran que la salud es un servicio a cargo del Estado, al cual deben apoyar los demás sectores de la economía por medio de la tributación, y que de esta manera el Estado debe retomar el control del sistema en aspectos como la financiación y la administración, que considere la salud como un derecho inalienable que no debe ser concebido como un negocio productivo.

La financiación de acuerdo a los autores debe basarse en el modelo de impuestos directos e indirectos, que a pesar de ser regresivo y causar cierto grado de inequidad se como una alternativa hasta el momento; además muestran que una forma de aliviar el efecto regresivo es reembolsando total o parcialmente a los contribuyentes que demuestren bajos ingresos a través de una auditoría por la DIAN (Riveros Pérez & Amado Gonzáles, 2012).

A manera de conclusión Riveros Pérez y Amado Gonzáles (2012) definen que el sistema debe garantizar la atención oportuna y equitativa en todas las contingencias que tenga la población, razón por la cual el Estado debe asumir la totalidad de su financiación; en cuanto a la administración sugieren que el Estado debe crear una aseguradora que podría funcionar como un Banco que este regido por el derecho privado y genere mayor fluidez de recursos hacia los prestadores de salud.

Para De Sales (2012) la “responsabilidad del Estado también está relacionada con la liquidación de las empresas sociales del Estado, resaltando que estas entidades fueron creadas bajo los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad, además de los señalados por la legislación colombiana”, de tal manera que reitera que una adecuada prestación del servicio de salud debe estar a cargo del Estado ejerciendo sus funciones de manera eficiente y eficaz en cuanto a inspección, vigilancia y control sobre las empresas administradoras de la salud y las Empresas Sociales del Estado (p. 85).

De sales (2012) considera que de acuerdo a la legislación, la salud es un verdadero derecho fundamental autónomo que abandona la teoría de la conexidad con el derecho a la vida, para darle una verdadera connotación de fundamental; razón por la cual el Estado tiene la responsabilidad patrimonial de indemnizar al afectado o afectados cuando a causa de una mala administración o incumplimiento de sus funciones vulneran el derecho a la salud a los ciudadanos afiliados y beneficiarios de los regímenes contributivos y subsidiados.

En este sentido, la autora reitera la necesidad que la administración pública debe responder a un interés de bienestar colectivo, que se dé un uso adecuado y eficiente de los recursos asignados para la atención en salud, y antes de tomar una decisión de liquidación debería pensarse primero en una reestructuración de la empresa social del Estado de tal forma que se aprovechen los recursos ya asignados.

Finalmente, De Sales (2012) concluye que el Estado no puede ni debe trasladar sus deficiencias, omisiones y actuaciones irregulares a los usuarios porque estaría incurriendo en el incumplimiento del artículo 90 de la Constitución que hace énfasis en la indemnización patrimonial del Estado por daños antijurídicos imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, que afecta a usuarios, trabajadores y acreedores en su economía y forma de sustento.

Para Ruiz Varón (2012) comprender la importancia del derecho a la salud es necesario, conocer que este ha sido ratificado internacionalmente. Según lo anterior se observa que se le otorga el carácter de derecho fundamental al derecho a la salud, explicitándose así la interdependencia e indivisibilidad con los demás Derechos Humanos. Esta concepción no se limita a la atención en salud sino al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes,

servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud. En Colombia el derecho a la salud en la Constitución Política de 1991 no es coherente con la declaración internacional de DESC, pues el Derecho a la salud es relacionado como un servicio público a su vez que se exige el uso del término Derecho a la salud, en este contexto “el Derecho a la salud se materializa no solo desde la jurisprudencia sino a través de políticas públicas de salud que permitan el goce del derecho a la salud, siendo así de suma importancia que la política sanitaria satisfaga las necesidades de las personas”(p.53).

Gañan Ruiz (2011) hace referencia a que el derecho a la salud constitucionalmente es un derecho fundamental, precisamente por su relación directa con la dignidad humana, por ser universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable, por su esencialidad a una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales, por tener una dimensión individual, pero también una dimensión colectiva el derecho a la salud, es un derecho fundamental; y como derecho fundamental debe ser centro de todas las garantías constitucionales y legales previstas y no sólo para efectos de hacerlo respetar por la acción de tutela.

Para Higuera Jiménez y Alonso Niño (2012) los derechos fundamentales están protegidos por normas que le otorgan al sujeto tal derecho, este se materializa a través de la vía legislativa y los mecanismos de protección Para el amparo de los derechos fundamentales, se ha planteado que estos sean interpretados “como principios, por lo tanto, se han establecido mandatos que ordenan su realización conforme a las posibilidades reales y jurídicas” (p. 9).

Según los autores desde la Corte se entiende que la naturaleza jurídica del derecho a la salud está limitado por ser un derecho tutelable, la Ley 393 de 1997 hace ineficaz la acción de cumplimiento para la protección de derechos sociales y en la sentencia 760 del 2008 se reconoce la salud como derecho fundamental y tutelable autónomo, esto se da por esta sentencia y por la naturaleza constitucional, en el cual todos los derechos son reconocidos como fundamentales.

Gutiérrez de Piñeres (2009) concluye que a raíz del aumento del número de reclamaciones en salud, vía tutela se congestiona el sistema judicial, lo cual obligó a la Corte

constitucional a emitir la Ley 1122 de 2007 y las sentencias C463 y T760 de 2008 respectivamente convirtiéndose el sistema judicial en el escenario que permite mitigar tal congestión. Los propósitos universalistas de la salud se han centrado principalmente en la cesión de subsidios focalizados a la población vulnerable, lo que demuestra que el porcentaje de personas en el régimen subsidiado es mayor que el del régimen contributivo, lo cual conllevó a que “la universalización se materialice mediante la vía de los impuestos y no por la vía de las contribuciones” (p.7). Esto lleva a la autora a cuestionar la capacidad técnica y administrativa de las instancias.

A su vez concluye que si la garantía del derecho a la salud está determinada por la prestación de los servicios de salud esta determinada por la capacidad de pago de las EPS a través de sus propios recursos, mientras se gestionan los recobros al FOSYGA, queda la garantía del derecho dependiendo de la capacidad de pago de estas.

De acuerdo a lo anterior para Valbuena (2010) justiciabilidad es un camino para hacer valer los derechos ante los juzgados, tribunales o cortes de justicia tanto a nivel nacional como regional e internacional; esto se hace a partir de un organismo, pero para que sea efectiva se requiere una norma jurídica y una acción o recurso para la reclamación de este derecho ante los organismos competentes. Reconoce que en Colombia existen “problemas de inequidad y universalidad en los servicios de salud vulnerando totalmente el derecho” (p. 28). Los ciudadanos deben soportar largas esperas para obtener un simple turno de atención de urgencias de salud; o encuentran que la prestación médica o el medicamento que requieren no se contemplan dentro de la canasta básica que se les ofrece. En cuanto a Colombia se llega a presentar el llamado “paseo de la muerte” donde en muchas ocasiones los sujetos mueren en los hospitales debido a una inadecuada atención y fallecen después de un ir y venir, obstaculizando completamente el acceso a la atención médica oportuna y necesaria.

Para Valbuena (2010) los hospitales públicos se encuentran limitados por factores presupuestarios que se evidencian en el cierre de estos mismos. El sistema intensivo en mecanismos de contratación propio, redundante en el hecho de que las personas no cuenten con oportunidades reales y equitativas de acceso a servicios de calidad, si no se cuenta con

buena capacidad de pago. En este esquema queda gran parte de la población desprotegida o con servicios mínimos.

El sector salud, presenta un panorama crítico en los sistemas y modelos con que se han venido prestando los servicios, se presentan problemas de provisión y acceso a vacunas, medicamentos e insumos; precios altos de medicamentos, problemas de recaudo de las Obras Sociales y las EPS, incumplimiento en las prestaciones del Programa y el Plan Obligatorio de Salud.

Valbuena (2010) menciona que el derecho a la salud ha sido reconocido como derecho humano fundamental por la jurisprudencia constitucional. Sin embargo la realidad muestra que la plena garantía del derecho a la salud cuenta con obstáculos muy marcados, como lo son el argumento de la carencia de recursos o el de la insuficiencia normativa de los derechos sociales.

Valbuena (2010) considera que el amparo y la tutela se han convertido en mecanismos idóneos para la garantía del derecho a la salud, con la tutela muchas personas han podido contar con una vía rápida para obtener la protección de la que depende en muchos casos sus vidas, frente a la burocracia y tramitología de los sistemas de salud, pero esto no implica que la solución para la plena garantía del derecho deba darse en términos judiciales ya que en términos de equidad, una política de Estado comprometida con el disfrute de la salud sería la aspiración en el contexto del Estado social de derecho.

Los estudios corroboran que el derecho a la salud no es satisfecho plenamente, y el Estado en gran parte tiene la responsabilidad, por no asumir su rol de garante frente a los derechos fundamentales.



## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS (2013) el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho de estar sano, este abarca cuatro elementos: Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en los establecimientos, bienes y servicios de salud.

La importancia del derecho a la salud ha tomado gran auge en los últimos años, debido al aumento de las barreras de acceso que han sido identificadas por la Secretaría Distrital de Salud (2013) y vulneran constantemente el derecho a la salud, entre estas se encuentra: la negación en programación de citas de baja complejidad y de citas con especialistas, casos con demora en inicio de tratamientos prioritarios desde las EPS; inadecuada orientación sobre deberes, derechos y trámites a realizar y dificultad en el acceso a servicios por inconsistencias en bases de datos. Además de lo anterior se suma el aumento de las tutelas según cifras de la Defensoría del Pueblo (2012) se interpusieron 424.400 acciones de tutela en el año 2012 de las cuales el 26.94% (114.313) invocaron el derecho a la salud, el 72.5% de dichas tutelas se instauraron contra entidades de aseguramiento del SGSSS que administran el régimen contributivo y subsidiado, de tal porcentaje el 70.93% corresponden a negativas de los contenidos del POS, específicamente el 85.30% fueron a negativas de tratamientos, el 35.41% a medicamentos, el 80.33% a cirugías, el 97.1% a citas médicas, el 87.82% a imágenes diagnósticas, el 21.67% a prótesis, ortesis e insumos médicos, el 92.07% a exámenes paraclínicos y el 94.97% a citas médicas con especialistas. Todo lo mencionado evidencia la degradación del derecho a la salud, la falta de condiciones para el acceso y la poca intervención del Estado, al cual corresponde la tarea de garantizar y proteger tal derecho (p. 224).

Por lo anterior fue necesario implementar cambios en el SGSSS, lo que ha llevado a la Corte Constitucional a aprobar el proyecto de Ley Estatutaria sentencia C-313 el 29 de mayo de 2014, en donde se reitera el status de la salud como derecho fundamental; y con ello estructurar un sistema de salud que permita a todas las personas vivir saludablemente.

A raíz de las reformas del sistema de salud es que el grupo investigador centró su atención en las representaciones sociales que los sujetos de la localidad de Suba construyen

alrededor del derecho a la salud, debido a que en Colombia éste es un derecho social fundamental, importante para el desarrollo de la calidad de vida de la población que afecta el ambiente personal, familiar y social.

De acuerdo a la investigación realizada nos permitimos hacer una lectura crítica al sistema de salud vigente y un análisis acerca de la realidad para acceder al mismo, por lo tanto estudiar todo lo referente a dicha situación es pertinente porque también somos usuarias del sistema y desde nuestro rol de sujetos de derechos y trabajadoras sociales estamos obligadas a acompañar procesos que reiteren la dignidad y el respeto a la vida; esto con el objeto de transformar necesidades concretas de la población e identificar los factores que generan vulneración de los derechos. En este caso es necesario conocer detalladamente el sistema de salud en Colombia, para orientar en nuestro ejercicio profesional el empoderamiento de los sujetos, dar a conocer herramientas que les permitan exigir y hacer valer el derecho a la salud.

Nuestro papel en el ámbito de la salud es el de proponer, elaborar, ejecutar y evaluar políticas públicas de salud; gestionar recursos económicos, materiales y humanos que sean necesarios para la recuperación y dignidad de los pacientes; motivar políticas, y adelantar campañas de promoción y prevención social, crear y promover medidas tendientes a lograr una mejor calidad de vida para la población y proponer las condiciones para la participación y organización de la sociedad.

El grupo de investigación consideró relevante ubicar este trabajo dentro de la línea de Desarrollo Humano y calidad de vida ya que hace énfasis en generar procesos de investigación que permiten comprender las condiciones subjetivas y objetivas de calidad de vida y desarrollo humano de distintos grupos poblacionales del contexto local, regional y nacional; de ahí que esta investigación fue importante para el crecimiento de la línea, teniendo en cuenta que el desarrollo humano y calidad de vida es el fin del derecho a la salud.

De igual manera la línea ha trabajado y trabaja desde una perspectiva integral al ser humano que lo considera el centro de las acciones del desarrollo. Razón por la cual es que

la investigación se interesó en abordar al sujeto desde las representaciones sociales que construyen alrededor del derecho a la salud.

Así mismo la investigación estuvo ubicada desde la sublínea de Salud Pública, Equidad y Ambiente, debido a que esta aborda la salud como un bien público, un producto social y político que conlleva a evaluar las condiciones de acceso al sistema de salud, plantea la manera de ver e interpretar el contexto que los sujetos sociales construyen alrededor de procesos individuales y colectivos como las percepciones, opiniones, experiencias y actitudes respecto al derecho a la salud.

### 1.3 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El contexto constitucional colombiano adoptó el SGSSS mediante la Ley 100 de 1993 esta reforma se configuró bajo el discurso de equidad, solidaridad, protección social y obligatoriedad en donde los más importantes fueron los de universalidad y equidad que especificaban la obligación del Estado frente a sus ciudadanos, mediante la consolidación de derechos y garantías de servicios. A causa de la inequidad que presentaba el sistema de salud durante la década de los 90: “sólo el 23% de la población contaba con cobertura, el 20% no tenía acceso a ningún servicio de salud y el 10% accedía mediante prestadores privados, el sistema era segmentado e ineficaz y debía ser reformado” (Uprimny R. & Durán J, 2014, p. 123).

Desde el punto de vista ideológico la reforma se inscribió en el modelo de “pluralismo estructurado” visto como el medio para superar los problemas identificados y en el cual la población resulta integrada horizontalmente a causa de la universalización, mediante el financiamiento público de una parte del servicio de salud que concibe el sistema de salud como un conjunto de organismos que cumplen las funciones especializadas de financiación, modulación y articulación de manera coordinada (Uprimny R. , 2008, p 56).

A partir de la revisión bibliográfica se pudo identificar que con la Ley 100 de 1993 se han presentado barreras de acceso en el sistema de salud que vulneran el derecho a la salud. Estas barreras han generado la propuesta, elaboración y publicación de diferentes reformas legislativas que han ido ajustando el sistema sin obtener una solución definitiva.

A causa de las barreras de acceso y las constantes quejas en el sistema judicial, el gobierno distrital se vio en la necesidad de crear centros de atención denominados Puntos por el Derecho a la Salud PDS, que ofrecen acompañamiento y asesoramiento a los ciudadanos bogotanos, que buscan transformar el sistema de salud a través de la organización ciudadana para la exigibilidad del derecho a la salud. Estos centros de atención dependen de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud, donde de manera gratuita un equipo multidisciplinario de profesionales de las áreas

jurídica y social asesora y acompaña a los ciudadanos en las gestiones necesarias para exigir su derecho a la salud (Bogotá A. M., 2013).

Entre las consultas más frecuentes que tienen los Puntos por el Derecho a la salud se encuentran los temas relacionados con asesoría en materia general de salud, inquietudes jurídicas y trabajo social, además de consultas por negación de una actividad o procedimiento, o servicio en salud por parte de la EPS, dificultad para reclamar medicamentos o aprobar autorizaciones, falta de oportunidad y/o continuidad en la prestación de los servicios de salud, asignación de citas por especialidad en tiempos excesivos, falta de atención a usuarios vinculados (Población en condición de pobreza y vulnerabilidad no afiliada a una EPS-S).

Por lo anterior, fue necesario que el grupo de investigación indagara acerca de las conocimientos, percepciones, opiniones y actitudes que tienen los sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud de la localidad de Suba. Esta información busca servir de insumo y soporte para consultas futuras a nivel institucional y distrital, además de fortalecer la línea de investigación de desarrollo humano y calidad de vida del programa de Trabajo social.

Como los sujetos afiliados al régimen contributivo y subsidiado son los que experimentan la vulneración del derecho a la salud en el SGSSS, el grupo de investigación se interesó en desarrollar un trabajo que tenga en cuenta a los usuarios del sistema como sujetos del derecho a la salud y dar respuesta a: **¿Cuáles son las representaciones sociales del derecho a la salud de los sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud en la localidad de Suba?**

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

Describir las representaciones sociales del derecho a la salud que tienen los sujetos que acuden al Punto por el Derecho a la Salud PDS de la localidad de Suba.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

Identificar el conocimiento de los sujetos frente al derecho a la salud

Identificar las percepciones de los sujetos frente al derecho a la salud

Describir las opiniones de los sujetos frente al derecho a la salud

Reconocer las actitudes de los sujetos frente al derecho a la salud

## **CAPITULO 2**

### **2 MARCOS REFERENCIALES**

Para el desarrollo de esta investigación se consideró importante elaborar 3 marcos referenciales que realizan un recorrido legal, contextual y conceptual del problema trabajado.

#### **2.1 Marco Legal**

La elaboración de este marco legal tiene como propósito realizar un recorrido entre la normatividad más importante a nivel internacional y nacional que protege y regula el derecho a la salud en Colombia, además brinda un soporte legal que afianza el conocimiento en la investigación para conocer la realidad del sistema de salud en relación a al derecho a la salud y la manera como son interpretadas por los usuarios en su cotidianidad.



### **2.1.1 Legislación internacional.**

#### *Sistema de las Naciones Unidas*

Con la Declaración Universal de Derechos Humanos, se protege el derecho a la salud en el artículo 25, en el cual se expresa que: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, este artículo hace énfasis en cuanto a cuidados y asistencias especiales a la maternidad y a la etapa de infancia.

Esta declaración promueve los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida de los pueblos.



Así mismo el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, precisa en el artículo 7, que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos científicos”. Pacto que fue aprobado por Colombia a través de la Ley 74 de 1968.

De esta misma manera con el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales que también fue adoptado por Colombia a partir de 1968, se exponen disposiciones más amplias respecto al derecho a la salud en el ámbito internacional expresando en su artículo 12 que:

Dentro de este marco normativo es importante aclarar que existen convenciones que dan soporte a esta legislación internacional y protegen temas particulares como es el caso de:

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial mediante la Ley 22 de 1981 que reconoce el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer mediante la Ley 1 de 1981 que incluye el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción; el acceso a los servicios que se refieren a la planificación familiar, el período posterior al parto, y la nutrición adecuada durante el embarazo y lactancia.

Otra de estas convenciones es la que hace referencia a los Derechos del Niño que entra en vigor con la Ley 12 de 1991 que precisa en el artículo 24 la plena aplicación del derecho a la salud y la adopción de medidas tecnológicas disponibles, el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre; la atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres; y el desarrollo de atención sanitaria preventiva. Propone abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud del niño. Así como la obligación de cada Estado de Promover y alentar la cooperación internacional para países en desarrollo, revisando prácticas culturales tradicionales que puedan afectar negativamente el derecho.

Existen otros instrumentos legales internacionales, que hacen referencia al derecho a la salud para otros grupos poblacionales, como trabajadores, personas privadas de la libertad, personas en situación de desplazamiento forzado, minorías étnicas y raciales, discapacitados, enfermos de sida y adultos mayores; que han sido promovidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas y la Comisión de Derechos Humanos que trabajan desde los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia inherentes a los Derechos Humanos.

#### *Sistema Interamericano de Derechos Humanos*

Por medio de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la consagración del artículo 11, se expresa el derecho de toda persona a la preservación de la salud y el bienestar. Así mismo con la Convención Americana de Derechos Humanos a pesar de no hacer alusión precisa, si se afirma en el artículo 26 que los Estados parte de esta convención se comprometen “a adoptar medidas internas para la cooperación internacional económica y técnica” para lograr efectividad de los derechos contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, que en el su artículo 33 hace referencia al derecho a la salud.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o Protocolo de San Salvador de 1988, que fue aprobado por Colombia en 1996 y que entró en vigor en partir de1999, que protege igualmente el derecho a la salud al decir en su Artículo 10, que toda persona tiene derecho a la salud, entendiéndose como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social de cada uno de los Estados partícipes, que compromete con el artículo 19 del protocolo, a presentar informes periódicos sobre las medidas que se toman para el cumplimiento de los derechos, quedando sujetos a observaciones y sugerencias por parte del Sistema Interamericano.

### **2.1.2 Marco normativo nacional.**

Antes de la constitución colombiana de 1991, el sistema de salud del país no tenía mayor reconocimiento, pese a los avances en derechos que significó la reforma constitucional de 1936 que incorporó el derecho a la asistencia pública mediante el Acto Legislativo No.1. (Este acto estableció que la asistencia pública en salud era función del Estado y debía prestarse a quien carecía de medios de subsistencia o dependía de otras personas por estar físicamente incapacitadas para trabajar).

Con la Constitución Política de Colombia de 1991, el derecho a la salud, es reconocido dentro del capítulo de derechos sociales, económicos y culturales a partir de los artículos: 44, 46, 48, 49 y 50 que fueron complementados por el 366; y son, de acuerdo a los convenios internacionales, los que regulan el cumplimiento del derecho a la salud y obligan al Estado a garantizar el bienestar y la calidad de vida de todos los ciudadanos del país.

En el año de 1993, Colombia inició la reforma del sistema de salud con la promulgación de la ley 100 que establece la seguridad social integral como un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que las personas pueden disponer para gozar de una calidad de vida.

Este sistema integral tiene por objetivo garantizar los derechos de las personas a través de servicios que pueden prestar entidades públicas o privadas determinando dos vías para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: el primero el régimen contributivo que incluye personas con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago y el segundo el régimen subsidiado para aquellos que carecen de recursos económicos para cotizar y aquellos vinculados pero no beneficiados que están amparados por ley con criterios de priorización a poblaciones como recién nacidos, mujeres en embarazo y adulto mayor.

Las crisis que se han presentado durante el desarrollo de la Ley 100 de 1993 han mitigadas por diferentes reformas entre las cuales se encuentra la Ley 715 de 2001 por la cual se promulga las competencias en salud por parte del Estado, la dirección del sector salud y del

Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional teniendo en cuenta disposiciones como las de: formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional en el campo de la salud; impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud y expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La implementación de la ley 1122 de 2007 buscó ajustar el Sistema General Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, abordando aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Además de modificar los planes de salud, revisar por lo menos una vez al año los medicamentos, definir la unidad de pago por la capitalización de cada régimen, definir el valor de cada subsidio que se le otorga a cada beneficiario, definir el régimen que cada EPS debe pagar por cada incapacidad o licencia de maternidad y por ultimo establecer las tarifas mínimas y revisarlas con los honorarios de cada uno de los miembros de las instituciones, además de brindar un informe anual al senado mencionando el tipo y la calidad de salud que se está brindando a los beneficiarios.

Otro ajuste al Sistema General Social en Salud fue la creación y promulgación de la Ley 1393 de 2010 que propuso definir las rentas de destinación específica para la salud, adoptar medidas para promover actividades generadoras de recursos, además de la importancia de evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud con el aumento del impuesto “cantinero.

Una norma emitida para atenuar las fallas del sistema de salud fue Ley 1438 de 2011 la cual fue orientada al fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud con un marco de la estrategia frente a la Atención Primaria en Salud coordinada por el Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y

saludable, brindando servicios de mayor calidad, una accionar incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Estableciendo la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar de la nación enmarcada en la sostenibilidad financiera, buscando reformar el Sistema general de seguridad social en salud.

En consecuencia a los resquebrajamiento de la ley 100 de 1993 y el no reconocimiento de la Constitución Política de Colombia de la salud como derecho fundamental es que la Corte Constitucional dicta la Sentencia T-760 de 2008 en la cual se reitera la salud como derecho fundamental, definiendo que es derecho de todo ciudadano el acceder a servicios de salud de una manera oportuna, eficaz y con calidad, debe ser respetado por todas las entidades encargadas de administras el servicio, ya sea aseguradora o prestadora de servicios.

A pesar de lo estipulado en la anterior Ley se hizo necesario reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual se materializo en el proyecto de Ley estatutaria sentencia C-313 de 2014 (regula el Derecho Fundamental a la Salud) aprobado por la Corte Constitucional y declarado exequible, dentro de ella se destaca la supremacía del derecho a la salud y la vida sobre la sostenibilidad fiscal, en donde no se puede restringir ni sufrir retrocesos aludiendo a tal argumento. El sistema de salud estará organizado en tres redes de servicios de salud; básica, especializada y especial. Las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. A la vez define las circunstancias en que es tutelable el derecho, señalando que es deber del Estado de respetar proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental disponiendo otras órdenes encaminadas a proteger el derecho definido como fundamental (MinSalud, 2013).

## 2.2 Marco Contextual

Para el desarrollo del marco conceptual se tuvo en cuenta información importante de la localidad seleccionada y cinco entidades importantes que rigen y determinan el derecho a la salud en Colombia, las cuales son:

**El Ministerio de salud y Protección Social**, es el ente del Estado que regula la salud pública en Colombia, y está encargada de dirigir el sistema de protección social en salud, a través de políticas de promoción y prevención, y el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento a través de los dos regímenes tanto de salud y pensión. Para el cumplimiento de sus fines, este ministerio formula, coordina, ejecuta y evalúa las políticas públicas en materia de salud, salud pública y promoción de la salud partiendo de los principios de equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de mejorar y fortalecer de la salud de todos los colombianos (MinSalud, 2013).

En la ciudad de Bogotá, la Alcaldía Mayor es el máximo ente distrital que -bajo la dirección del Alcalde mayor y los distintos sectores administrativos- tiene que permitir la gobernabilidad del territorio y nombrar las Secretarías encargadas de apoyar la ejecución de planes de desarrollo, con el fin de caminar hacia el cumplimiento de metas que garanticen el Derecho a la Salud. La Alcaldía es la encargada de velar por la sostenibilidad fiscal de la red hospitalaria pública y debe privilegiar la atención especial a pacientes con cáncer, la atención a adultos mayores en todos sus aspectos y por último, debe proponer desarrollar programas para los jóvenes que traten temas sobre salud sexual y reproductiva. (Bogotá, 2012).

**La Secretaría Distrital de Salud** es la responsable de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud de toda la población, a través de la implementación de un modelo de atención integral, equitativa, universal, participativa, la responsabilidad social y la sostenibilidad ambiental. Sus objetivos principales son: generar las condiciones necesarias para la garantía de los derechos; fortalecer el mejoramiento en la prestación de servicios, la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la gestión de sus riesgos; ejercer rectoría y promover la adecuada gestión de las acciones de salud que permitan brindar respuesta integral ante las situaciones de urgencias; promover

condiciones sanitarias; controlar estándares de calidad en el servicio de salud. (Salud, 2013).

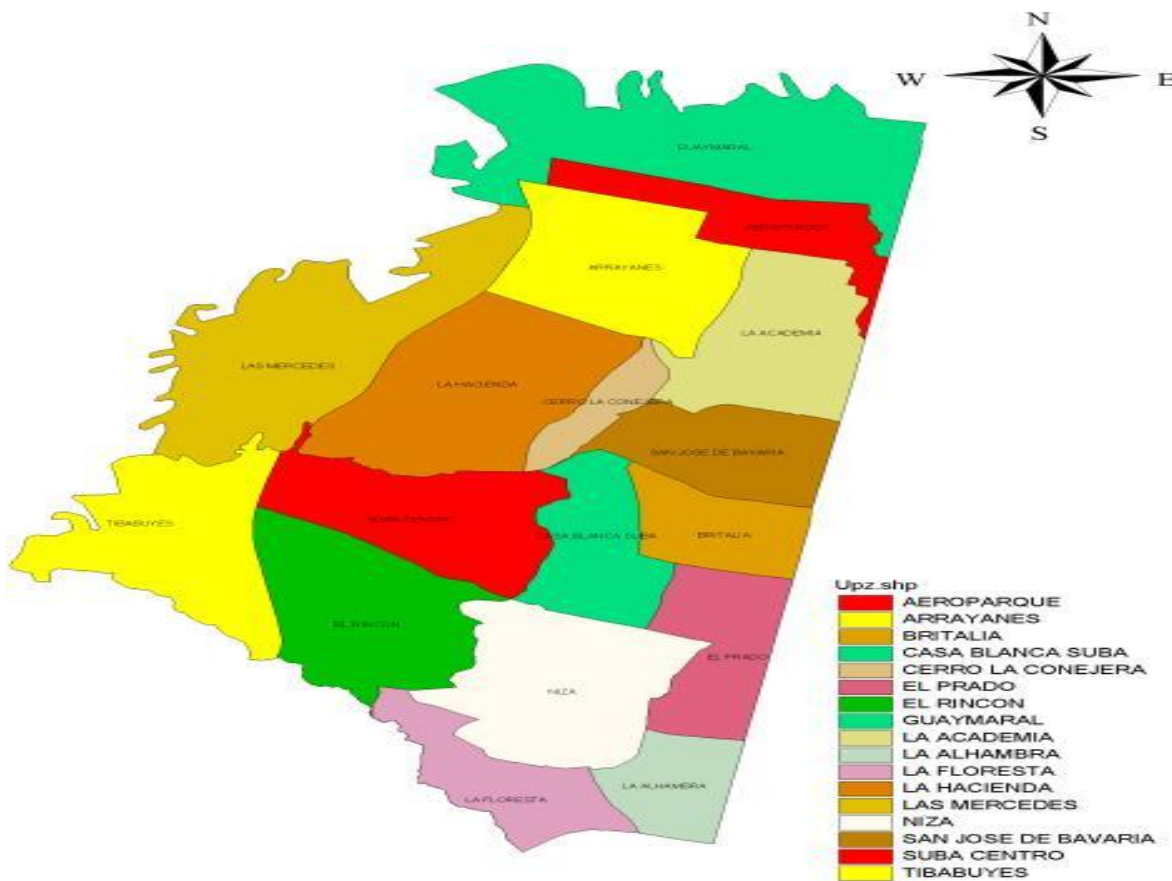
La **dirección de participación social y servicio al ciudadano** de la secretaria de salud, tiene la función de orientar y asesorar a los ciudadanos y actores del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud (ESE, ARS, IPS y EPS ) en la prestación de los servicios de salud. Esto, con el fin de mejorar continuamente la gestión y prestación de los servicios de salud. Con énfasis en la exigibilidad y garantía del derecho a la salud, que den respuestas integrales a las necesidades sociales, a nivel individual y colectivo a través de acciones de coordinación y concertación a nivel intra, interinstitucional e intersectorial, en términos de calidad y oportunidad; implementando planes de mejora que eliminen o disminuyan las barreras de acceso en el contexto de exigibilidad del derecho a la salud (Bogotá, 2013).

Los **Puntos por el Derecho a la Salud PDS**, son centros de atención de la Dirección de participación Social y servicio al ciudadano de la secretaria de salud, donde se identifican las situaciones individuales y colectivas referidas a la vulneración del derecho a la salud en el distrito. Este escenario ofrece de manera gratuita el acompañamiento y asesoramiento a los ciudadanos de un equipo interdisciplinario, con el fin de transformar el sistema de salud mediante la organización y participación ciudadana para la reivindicación de su derecho a través de los mecanismos de exigibilidad jurídica, política y social. A la vez se brinda un acompañamiento tanto a ciudadanos (as) y organizaciones sociales para la construcción de un nuevo modelo de salud en el cual se garantice la salud como derecho fundamental (PDS, 2013).

Las situaciones más atendidas en los PDS son: negación de una actividad o procedimiento, o servicio en salud por parte de la EPS, dificultad para reclamar medicamentos o aprobar autorizaciones, falta de oportunidad y/o continuidad en la prestación de los servicios de salud, asignación de citas por especialidad en tiempos excesivos y falta de atención a usuarios vinculados (Población en condición de pobreza y vulnerabilidad no afiliada a una EPS-S) (PDS, 2013).

Consideramos que estas cinco instituciones son importantes para esta investigación porque son las que ejecutan los proyectos que benefician a la población y supervisan el servicio de

cada una de las instituciones; además sirvió como insumo para la limitación del territorio donde se llevó a cabo la investigación. El territorio seleccionado fue la localidad de suba la cual según la Secretaria de Hacienda (2004) se encuentra ubicada en el extremo noroccidental de la ciudad y limita por el norte con el municipio de Chía, por el sur con la localidad de Engativá, por el Oriente con la localidad de Usaquén y por el occidente con el municipio de Cota. Con una población que sobrepasa los 400.792 habitantes, considerada una de las localidades con mayor población de Bogotá y con estratificación social que varía entre el 0 y el 6, por tal razón se decide llevar a cabo la investigación en el Punto por el Derecho a la Salud de la localidad (véase Figura 1).



Figura

1



## 2.3 Marco Teórico y Conceptual

Para el desarrollo de esta investigación fue necesario tener en cuenta conceptos que se relacionan de la siguiente manera:



### 2.3.1 Representaciones sociales.

La definición de las representaciones sociales, está sujeta a las interpretaciones que los autores han realizado respecto al tema. Es por ello que se parte del planteamiento original de S. Moscovici en 1961 cuando propuso la teoría de las representaciones sociales para la comprensión de los fenómenos sociales, estas permiten entender los fenómenos colectivos que rigen el pensamiento social desde su sentido común y visión del mundo (Abric, 2001,p.12)

Otros autores como Vergara et al., (2007) que profundizan en esta teoría, afirman que las representaciones sociales son formas de conocimiento, elaboradas socialmente y compartidas con un objeto práctico que orienta la acción, la comunicación y la comprensión

del entorno social lo que permite la construcción de una realidad común para el conjunto social (p. 148). A la vez son “producto y proceso de una actividad mental por la que un individuo o grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación específica” (Abric 2001, p.13).

La teoría de las representaciones sociales plantea que no hay separación entre el sujeto y el objeto, es decir entre el universo interior y exterior. Esto se observa en la relación recíproca de estos dos elementos pues ninguna configura el origen de la representación sino que toda realidad es representada, es decir, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo. Esto le permite al individuo integrarla en su sistema de valores el cual depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circunda (Abric, 2001,p.12).

Por su parte Moscovici (citado en Abric, 2001) afirma que las representaciones sociales deben comprenderse desde su doble enfoque el cual llama socio-cognitivo. Los componentes cognitivos y sociales condicionan las opiniones y actitudes, ya que suponen primeramente la visión de mundo de un sujeto activo que pone en práctica su sistema de interpretación en un contexto que se rige por unos parámetros o condiciones sociales que determina como se elabora la representación y como se transmite.

La representación social según Banchs (1984) citado en (mora, 2002) integra conceptos cognitivos como la actitud, la opinión, la percepción y la imagen, de manera que no solo sea una mera suma de partes acríicas de conceptos. Las representaciones sociales son una forma de conocimiento de sentido común, estructural que funcionalmente se distinguen de otras nociones cognitivas.

De esa diferencia se desprende que las representaciones sociales se presentan en variadas formas con mayor o menor grado de complejidad. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia interpretativa y que dan sentido a lo inesperado; categorías para clasificar circunstancias, fenómenos, individuos; teorías naturales que explican la realidad cotidiana. Conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural (por oposición al pensamiento científico), que se construye a partir de experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través

de la tradición, la educación y la comunicación social: un conocimiento socialmente elaborado y compartido. (p.18-19).

Es así que para Abric, (2001) las representaciones sociales responden a cuatro funciones importantes en la dinámica de las relaciones sociales:

1. La primera función que desempeña está asociada al saber práctico, la cual facilita las interacciones para la comunicación social.
2. A su vez las representaciones sociales definen la identidad y permite situar a los individuos y a los grupos en sus sistemas de normas y valores de los procesos de comparación social y control social.
3. La tercera función interviene directamente en la orientación de las conductas como resultado de tres factores: el primer factor parte de la afirmación de que la representación determina la tarea y esta a su vez configura el tipo de gestión cognitiva, como segundo factor la representación produce expectativas anticipadas a la acción que finalmente definen lo lícito, tolerable o inaceptable de los comportamientos y prácticas en un contexto social.
4. Por ultimo las representaciones sociales tienen funciones justificadoras, es decir, toda conducta puede ser explicada respecto de otro grupo para así reforzar su posición social y argumentar la discriminación o distancia social hacia otro grupo (p.15).

Llamamos representaciones sociales a las imágenes (inmediatas) del mundo presentes en una comunidad lingüística cualquiera. Representación refiere, en este contexto, a la imagen (mental) que tiene un individuo cualquiera, es decir, un hablante cualquiera de cualquier comunidad lingüística, acerca de alguna cosa, evento, acción, proceso no mental que percibe de alguna manera. Esta representación - en la medida en que es conservada y no reemplazada por otra - constituye una creencia (o es elemento de una creencia) y es la base del significado que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, evento, acción o proceso. (Raiter, 2001, p.1).

La dinámica de las representaciones sociales según Moscovici está constituida por dos procesos básicos que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación colectiva y como esta misma modifica lo social. Estos dos procesos son:

### 1 La objetivación

Este proceso va desde la selección y descontextualización de los elementos hasta formar un núcleo figurativo que se naturaliza, es decir “transforma en concreto lo que es abstracto, los conceptos o ideas se transforman en algo real, la imagen se materializa, se acoplan palabras a las cosas, lo convencional pasa a ser considerado indicador de fenómenos comprobados y el símbolo pasa a ser un signo” (p.6). En conclusión trata de explicar el paso de un conocimiento científico al dominio público.

### 2 El anclaje

Este proceso permite explicar la inserción del conocimiento objetivado, adquiere una función reguladora de la interacción grupal, lo extraño se hace familiar, genera conclusiones “la sociedad cambia el objeto social por un instrumento por el cual puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes” . En conclusión Moscovici (1979) aclara que la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y que el anclaje la delimita en el del hacer.

Dicho en términos más precisos, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivo comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social a través de un intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimiento mediante el cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce.

Por otra parte, Jodelet, argumenta que el campo de representación social designa el saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social. Por lo que hace alusión a una forma de pensamiento social. (Mora, 2002, p.7).

La representación social se elabora a partir de algo y de alguien, en una relación sujeto, contexto y objeto, es decir, se construye cuando las personas toman como referencia un

objeto social, lo clasifican, lo explican y lo evalúan, permitiendo conocer la realidad que les rodea mediante explicaciones que surgen de los procesos de comunicación y del pensamiento social, toda representación social hace referencia a un tipo de conocimiento acerca de lo que se piensa, organiza la realidad social de la vida cotidiana.

Esta perspectiva teórica del conocimiento ordinario permite describir e interpretar la realidad cotidiana de los sujetos, desde sus elementos constitutivos: experiencias, informaciones, opiniones, percepciones, creencias, actitudes etc. El estudio de las representaciones sociales requiere comprender los fenómenos sociales que se desarrollan a partir de la cotidianidad. Por esta razón la investigación tomo cuatro elementos fundamentales para la construcción del conocimiento de sentido común (representaciones sociales), conocimiento percepciones, opiniones y actitudes de los sujetos que finalmente permitió dar respuesta a los objetivos planteados.

*Conocimiento.* Para Kant es una relación compleja con el objeto que compone varios aspectos o elementos, pero de forma que estos varios aspectos o elementos no se aproximan pura y simplemente entre sí, es decir: el conocimiento no es esto y lo otro, sino que, por ser esto, tiene que ser aquello otro. Entonces las Representaciones Sociales se entienden como un conocimiento espontáneo o ingenuo que se constituye a partir de la propia experiencia, Este conocimiento es socialmente elaborado y compartido para explicar y comprender el mundo cotidiano teniendo las características de un conocimiento práctico que participa en la construcción social de nuestra realidad (Jodelet, 1986).

*Percepción social.* “Se refiere a los rasgos que la persona le atribuye al blanco de su percepción. La percepción es descrita como una instancia mediadora entre el estímulo y el objeto exterior y el concepto que de él nos hacemos. La representación social no es una intermediaria sino un proceso que hace que concepto y percepción sean intercambiables puesto que se engendran recíprocamente”. (Banchs, 1984 citado en Moran, 2002)

*Opinión.* Para Moscovici la opinión es una fórmula por medio de la cual el individuo fija su posición frente a objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo.

*Actitud*. Es el componente de orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación, se considera como el componente más aparente, factico y conductual, es el más estudiado por su implicación comportamental y de motivación. Para Moscovici la actitud conforma un marco valorativo y normativo que filtra los elementos a partir de los cuales se construye la representación. Para Abric (1987) la actitud proporciona la dimensión normativa/evaluativa a partir de la cual se ponderan las informaciones.

### **2.3.2 Derecho a la salud.**

El Estado según Bobbio (2006) es el conjunto de instituciones políticas las cuales ejecutan un poder soberano dentro de una zona específica y sobre una población específica, construye una forma de organización social, por lo tanto no puede ser separado de su sociedad. Nace como una forma de orden político que “se crea cuando se da la disolución de la comunidad primitiva en la cual se desarrollan vínculos de parentesco y se genera una comunidad más amplia derivada de muchas familias que tienen ideales de sobrevivencia” (p, 128).

Su función es dar respuesta a las demandas que nacen dentro de la sociedad, estas respuestas son dadas por decisiones colectivas que posiblemente pueden transformar el ambiente social. Por otro lado según Arango (2005) su función es la de controlar y vigilar los derechos, el Estado es el que tiene la labor u obligación primaria de supervisar y proteger los derechos sociales fundamentales.

En Colombia podemos encontrar un Estado social de derecho el cual según Arango (2004), implica el cumplimiento de la realización de los derechos sociales fundamentales entre los cuales se halla la salud. Este plantea los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos que permiten cerrar la brecha frente a las diferencias entre los derechos de primera, segunda y tercera generación en aspecto de protección y promoción. Arango (2004) nos habla de derecho y derecho fundamental, para él, el derecho es un producto humano que regula el comportamiento humano, este le corresponde a todos los humanos independiente de la pertenencia a una comunidad nacional o a un grupo, este es un principio de universalidad.

Los derechos fundamentales para Arango (2005) son aquellos que hacen parte de los bienes jurídicos que están unidos e inseparables de la condición humana e integran su núcleo jurídico primario, es decir constituyen el fundamento de toda comunidad política sirviendo como principio y razón primordial. “Los derechos fundamentales son inherentes a la persona humana”, favoreciendo el desarrollo integral de la persona (Red de Promotores de Derechos Humanos, 2004).

Parafraseando a Rodrigo Uprimmy (2008) los derechos sociales fundamentales corresponden a derechos de la persona y su realización es esencial para la continuidad e imparcialidad de la democracia, por lo cual es necesario el control judicial en relación a las decisiones económicas preservando un control constitucional.

Uprimmy (2008), también menciona que los problemas en el sistema salud se deben a defectos estructurales de la formulación de la Ley 100 de 1993. El contexto y perspectiva de la década del 90’, influyó y es la razón por la cual el sistema actual de salud presenta déficits e incoherencias en cobertura, calidad del servicio de salud, desigualdad en el recaudo de recursos, limitaciones en el acceso entre otros. Las inconsistencias y problemáticas de la lógica que presidió la reforma al sistema de salud (falso universalismo), conllevó a planear el “pluralismo estructurado” visto como el medio para superar los problemas evidenciados y en el cual la población resulta integrada horizontalmente, a causa de la universalización, mediante el financiamiento público de una parte del servicio de salud que concibe el sistema de salud como un conjunto de organismos que cumplen las funciones especializadas de financiación modulación y articulación de manera coordinada. Este “pluralismo estructural” llevó a la instauración de un “esquema de subsidios a la demanda y la incorporación de mecanismos de mercado y competencia de la salud, acompañado de un aseguramiento de la población y de la focalización de los subsidios y de una regulación, vigilancia y control estatal adecuado” (Uprimmy, 2008, p 56).

Con el fin de superar los problemas de inequidad, la ineficacia en la prestación de los servicios de salud subsidiada, identificados en el régimen precedente. Los problemas estructurales y resultados de este sistema con el goce efectivo del derecho a la salud, contrarrestándolo con los estándares constitucionales y de Derechos Humanos.

El derecho a la salud es el enfoque teórico y político que se ha contrapuesto a la hegemonía neoliberal-utilitarista. Por derecho a la salud se entiende el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud. Esta categoría abarca también el acceso a una alimentación adecuada, a condiciones de trabajo sanas y seguras y a servicios de apoyo para el cuidado de la salud.

Los derechos fundamentales son de aplicación directa e inmediata cuando un titular solicita aplicarlo en alguna situación concreta, sin necesidad de que el legislador interfiera en el desarrollo legal para ser protegido. En el caso específico de la salud la corte constitucional reitera a través de la sentencia 760 de 2008 que el derecho a la salud es fundamental sin denominarlo absoluto. Desde la teoría del concepto de Derechos Sociales de Rodolfo Arango se considera que el derecho a la salud se define:

*facultad o poder de un ciudadano (contribuyente, beneficiario, subsidiado o vinculado) de exigir a una EPS, ESE, IPS, EPS`S (ARS) o un Ente Territorial, una prestación consistente en suministrar atención médica (tratamiento médico terapéutico o quirúrgico, medicamentos o cualquier prestación de salud en general); necesaria para mantener el estado de salud o recuperar el estado saludable de un individuo, que padece estado de enfermedad o síntomas evidentes de contraerla; porque su consagración constitucional (en la que se incluyen las normas internacionales vigentes por medio del bloque de constitucionalidad) consagran que el bienestar físico, emocional, y calidad de vida de sus ciudadanos es primordial para la protección de los principios de libertad y dignidad humana, en el Estado social de derecho, lo cual implica que una falta de reconocimiento de la posición del sujeto y la negación injustificada de la prestación de salud requerida ocasiona un daño inminente para el individuo, lo cual va contra los principios consagrados en la Constitución Política de Colombia, por lo cual no debe ser permitido por la sociedad colombiana” Arango (Citado por Díaz y Arrieta, p.13).*



En Colombia el derecho a la salud según el comité de Derechos Económicos, Sociales y culturales (DESC) el derecho a la salud se define como *“el Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y como un Derecho Humano Fundamental, indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos”*.

Gañán Ruiz (2011) hace referencia a que el derecho a la salud constitucionalmente es un derecho fundamental, precisamente por su relación directa con la dignidad humana, por ser “universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable, por su esencialidad a una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales, por tener una dimensión individual”, pero también una dimensión colectiva es por ello que el derecho a la salud, es un derecho fundamental y como derecho fundamental debe ser centro de todas las garantías constitucionales y legales previstas y no sólo para efectos de hacerlo respetar por la acción de tutela (p. 26).

De esta manera se entiende que el derecho a la salud por corresponder a una facultad de las personas para exigir la prestación de un servicio vital, promueve el bienestar y una buena calidad de vida que debe ser garantizado por el Estado Social de Derecho en el cumplimiento de principios como la libertad y dignidad de la condición humana.

Por esta razón el concepto de derecho a la salud, se convierte en un complemento en la interpretación de las representaciones sociales, que se construyen alrededor de la negación del derecho a la salud por parte de las entidades prestadoras, que promueve en los sujetos sociales estados de inconformidad frente al sistema, incidiendo en la construcción de vivencias, creencias y opiniones, al estar inmersos en una lógica del sistema que mantiene una relación estructural entre el derecho a la atención y capacidad de pago de las personas, omitiendo el reconocimiento de la corte constitucional, el cual fundamenta el derecho a la salud como principio de igualdad en la dignidad humana, planteando que el derecho a la salud es un derecho fundamental, pero como todo derecho fundamental debe ser garantizado a toda persona, sin embargo este derecho presenta limitaciones cuando se pretenda acceder a él lo que significa que las barreras de acceso que existen ocasionan vulneración al derecho, contradiciendo a la Constitución, la legislación internacional y nacional que lo regula.

Las barreras de acceso son limitaciones y se convierten en un problema para acceder al derecho a la salud por ser excluyentes, permite observar que la política pública en salud debe tener en cuenta no solo los aspectos económicos, sino también aspectos que incluyen los Derechos Humanos, los cuales deben estar implícitos en el sistema de salud, disminuyendo las barreras de acceso, las barreras de acceso se encuentran categorizadas como: geográficas, cuando se presenta la imposibilidad de acercar los servicios a la población por un problema geográfico, ya sea a un accidente geo-gráfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y está centrada en la diferencia de culturas entre el personal de los servicios y la población (Comes, y otros, 2006).

Según el SIDBA ( Sistema Distrital de Información sobre Barreras de Acceso a los servicios de salud) existen 5 motivos de barreras de acceso, la primera hace referencia a las dificultades que se presentan a la hora de prestar un servicio POS-S, NO POS-S, debido a inconsistencia en la base de datos, negligencia en el proceso de autorizaciones de servicios incluidos en el POS, no autorizaciones de servicios por parte de las EPS argumentando que es un eventos no POS, dificultades a la hora de autorizar un tratamiento argumentando que inexistencia o que no hay claridad frente al diagnóstico, cambios de contratación de IPS por parte de las EPS, dificultades por parte de la ESE (Empresa Social del Estado) para comunicarse con la EPS para autorizar algún servicio.

El segundo motivo se identifica como la dificultad de acceso al servicio por inconsistencia en base de datos debido a procesos de aseguramiento que generar el retiro a un régimen, por errores en datos que son manipulados por las entidades, habitante de calle o población que no aparece en base de datos debido a su condición. Por otro lado se encuentran problemas como la no vinculación de los menores al régimen que el núcleo familiar pertenezca, errores de sistema como el fallecimiento de una persona cuando esta se encuentra viva entre otras.

El tercer motivo es identificado como la inadecuada orientación sobre los derechos, deberes y trámites inoportunos, esto se da debido a la orientación inadecuada que los funcionarios les brindan a los usuarios, la alta rotación de los funcionarios en las ESE, la baja competitividad de los funcionarios frente a la actual política distrital entre otras.

El cuarto motivo es la dificultad que se presenta con respecto al acceso debido a la inadecuada referencia-contrareferencia. Y ambulancias, esto se da debido a la remisión de ciudadanos y el desplazamiento innecesario que debe hacer el paciente o su familia debido al desconocimiento de decretos que reducen esa clase de diligencias, estos problemas se dan debido a que las instituciones no están operando de forma articulada y por último el bajo desempeño por parte de las ambulancias.

El quinto motivo hace referencia a la prestación de servicios en lugares retirados de donde reside el usuario esto se da debido a que las aseguradoras tienen contratadas una red privada de prestadores alejados de la residencia de los afiliados, los niveles de complejidad también son alejados de las residencias especialmente en situaciones donde se encuentran adultos mayores o personas en condición de discapacidad que carecen de un cuidador y por último esto también se da debido a los problemas en el desplazamiento por las condiciones del terreno hacia los puntos de atención.

## CAPITULO 3

### 3 DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 Metodología de la investigación

La metodología a la cual se adscribe esta investigación, es de tipo cualitativo, la cual nos brinda la oportunidad de captar la realidad de los sujetos estudiados a partir de la percepción que tienen de su propio contexto, es decir, que parte de una experiencia o puntos de vista que recupera la subjetividad de las relaciones sociales de los sujetos como protagonistas (Carvajal Burdano, 2008), ya que esta trabaja con mayor relevancia las relaciones sociales que surgen a través de diferentes contextos. En el caso de esta investigación, surge el interés de realizar un acercamiento a la realidad social construida por los usuarios del Punto por el Derecho a la Salud (PDS) de la localidad de Suba, quienes radican quejas e inquietudes que surgen a partir de las barreras de acceso que vulneran el derecho a la salud.

Según Bonilla y Rodríguez (citado en Carvajal 2008) la investigación cualitativa se interesa por captar la realidad “a través de los ojos” de las personas objeto de estudio, es decir, a partir de la experiencia se trata de interpretar la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto. Lo que permite recuperar la subjetividad que surge de las relaciones sociales, reconociendo el protagonismo y la voz de los sujetos.

Sandoval (citado en Carvajal Burdano, 2008) la investigación cualitativa presenta unas características que consideramos adaptables para describir las representaciones sociales que identificamos en los usuarios las cuales son definidas de la siguiente manera: es inductiva porque está relacionada con el descubrimiento y el hallazgo, mas no con la comprobación y verificación de los datos; se considera holística al ver el escenario y las personas dentro de una perspectiva de totalidad; así mismo, estima la interactividad y reflexividad en cuanto a que los investigadores se sensibilizan a los efectos que como investigadores causan sobre los sujetos de su estudio.

Otra de las características que menciona el autor es que esta metodología es abierta, es decir, no excluye puntos de vista distintos y todas las perspectivas, escenarios y personas

son valiosas para el estudio; finalmente la investigación cualitativa se caracteriza por ser humanista buscando acceder por diferentes medios a la experiencia particular teniendo en cuenta como se percibe, como se siente, se piensa y se actúa por quien la genera; de esta forma es rigurosa resolviendo los problemas de validez y confiabilidad por medio de vías de análisis profundo haciendo uso de un consenso intersubjetivo (Carvajal Burdano, 2008, p. 29-30).

Es así como a través de la investigación cualitativa se desarrolla un proceso que propone tres etapas que se dan durante el estudio del tema a investigar, la formulación que consiste en un primer momento en identificar el tema y el problema de investigación, el cual corresponde a las representaciones sociales que construyen los sujetos del PDS Suba acerca del derecho a la salud, tras una exploración bibliográfica y una documentación inicial sobre la realidad que se pretende analizar. Una segunda etapa propone realizar un diseño en el que se incluyen dilemas metodológicos, como es la identificación de una metodología, enfoque, nivel, método y técnicas apropiadas para la recolección de datos y la definición de medios correspondientes a las técnicas e instrumentos como revisión documental, observación participante, grupo focal y entrevista.

Finalmente, en la tercera etapa se plantea la gestión de dicha investigación a través de la recolección de datos mediante la conducción del proceso y manejo pertinente de las técnicas mencionadas anteriormente, también incluye el almacenamiento de datos, el diseño cualitativo inicial y el ajuste de los resultados del proceso de recolección de análisis que posteriormente conllevan a la preparación y análisis de los datos finalizando con un proceso de redacción del informe. (Carvajal Burdano, 2008, p. 59).

### **3.2 Enfoque**

Para el desarrollo de esta investigación fue importante realizar una propuesta epistemológica desde el enfoque fenomenológico que explora “el ser y la vida subjetivos universales” partiendo desde la descripción de la experiencia sin acudir a explicaciones causales (Holstein y Gubrium citado en Casilimas, 1997). Es decir que su preocupación consiste en mostrar cómo puede ser descrito el conocimiento de la vida cotidiana que explica la realidad humana, desde la percepción que el individuo tiene de algo en el mundo y que a su vez pasa a ser parte de la realidad de él (Luckmann, 2001, p. 163).

Berger y Luckman proponen interpretar la realidad social mediante un proceso que tiene tres aspectos interrelacionados: el primero consiste en la objetivación de las vivencias de la gente es decir, que los significados se materializan permitiendo que el sujeto se vuelva accesible a los conocimientos de su entorno desde las experiencias de su práctica cotidiana y de una manera eficiente solucionar un problema habitado, que se convierte en una costumbre institucionalizada; como segundo aspecto se encuentra la internalización de la socialización que se convierte en un proceso mediante el cual el mundo social objetivado se proyecta en la conciencia durante la socialización, la internalización se define como una interpretación inmediata de un acontecimiento en cuanto expresa un significado, es decir, que es una manifestación de los procesos subjetivos de otros que en consecuencia se vuelven subjetivamente significativos para un sujeto o grupo (p. 164). Por último aspecto se encuentra la externalización como proceso en donde las instituciones aparecen fuera del individuo como parte de su realidad externa, el sujeto no puede comprenderla por introspección: debe salir a conocerlas y permite experimentar el mundo como algo distinto a un producto humano. En coherencia con el objetivo de la investigación las representaciones sociales se construyen, se reconstruyen y se transmiten a través de la comunicación entre las personas e instituciones que constituyen las experiencias y nociones de la realidad de la vida cotidiana que afrontan los sujetos alrededor de las barreras de acceso que vulneran el derecho a la salud. (p. 165).

El objetivo de la fenomenología consiste en explicar la manera en que pueden coexistir múltiples realidad que parten de la construcción social del grupo humano en el que nacimos y desarrollamos, haciendo particular cada realidad dependiendo de factores culturales (Berger & Luckmann, 1978). Los usuarios tanto del régimen contributivo como subsidiado que acuden al PDS Suba, ostentan según su status como ciudadanos el derecho a la salud, pero cada uno de ellos lo vivencia de maneras diferentes, lo cual lleva a una dicotomía entre la realidad y lo legalmente establecido. De esta forma, la fenomenología permite comprender que elementos sociales o culturales coartan y dividen el ejercicio del derecho a la salud.

La fenomenología persigue el objetivo de describir la experiencia de una forma metodológicamente rigurosa y controlada porque en ella se ponen de manifiesto sus propiedades intencionales y su naturaleza multifacética. En este sentido, se intentará describirla fenomenológicamente, como si se “constituyera” a sí misma en la conciencia subjetiva” (Luckmann, 1978, p. 197).

Este enfoque se utilizó porque permitió entender la realidad de los sujetos. Su relevancia se da ya que nos llevó a entender que la salud es un sistema legalmente establecido y que se accede mediante una serie de entidades e instituciones que la regulan, pero la experiencia de los sujetos conllevó a indagar, identificar y describir las particularidades de esta, que nos arrojó como resultado un significado unificado de la experiencia.

### **3.3 Nivel**

Después de definir la metodología y el enfoque se propone dar a la investigación un nivel descriptivo, que corresponde a una aproximación de un aspecto de la realidad social, que caracteriza un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más importantes o diferenciadores, que en este caso permite al investigador describir situaciones, eventos y hechos. (Gómez, 2006).

Para Cifuentes (2011) este nivel nos puede aproximar a un aspecto de la realidad social y en muchos casos la investigación adquiere el nombre de diagnóstico social.

En este sentido se buscó identificar las representaciones sociales de los usuarios que acuden al PDS de la localidad de Suba, con los cuales se realizó un estudio de carácter cualitativo descriptivo, el cual consistió en describir las experiencias y nociones que tienen los sujetos en torno al derecho a la salud dentro de la realidad de la vida cotidiana, teniendo en cuenta acciones, percepciones, opiniones y saberes que constituyen las representaciones sociales.

### **3.4 Método**

En coherencia con lo anterior, se pretende implementar dentro de la investigación el método etnometodológico definido como:

*El estudio de los métodos que, mediante un razonamiento práctico las personas utilizan para vivir una vida satisfactoria. Por tanto, remite no a un único método sino de los métodos de sentido común seguidos por la población para hacer aquello que se requiere en la vida cotidiana. El análisis reflexivo de estos métodos constituye el objeto de estudio de la etnometodología. La etnometodología según Gallino hace referencia a “los procedimientos más comunes que se pueden individualizar para dar coherencia y comprensión a los comportamientos propios y a los demás. (Marín, 2009, p.36).*

La etnometodología permite analizar los comportamientos, ideas, acciones y métodos utilizados por las personas en su cotidianidad. Para este trabajo se estudiaron los métodos para acceder a los servicios de salud y cuales utilizan para superar las barreras de acceso que en el sistema colombiano se presentan.

Este método se ejecutó mediante la realización de entrevistas a los usuarios del PDS, lo que nos permitió analizar las acciones que los usuarios realizan para ejercer el derecho a la salud.

Durante la realización de las entrevistas, estaban presentes las tres investigadoras y el usuario junto con algún acompañante, las investigadoras apoyaban su trabajo en la grabación de la entrevista. Estas grabaciones permitieron respetar la fidelidad de las respuestas para dar cuenta de los métodos o prácticas de los usuarios en el ejercicio del derecho a la salud. Es así como este método nos permite interpretar las representaciones sociales identificadas en la vida cotidiana de los usuarios a través de actos, costumbres y hábitos, desde las experiencias vividas cuando acceden a las entidades de salud.

La etnometodología se interesa en las explicaciones así como los métodos como las personas las ofrecen y aceptan o no, su interés se aleja de juzgar su naturaleza y se centra en analizar cómo se usa en la acción práctica, les preocupa las explicaciones así como los métodos utilizados por emisor y el receptor para aceptar o rechazarlas (Ritzer, 1995, pág. 289)

Este método es utilizado para esta investigación como una estrategia para descubrir la naturaleza de la vida social que permite, organizar la vida cotidiana y concibiendo los



hechos sociales como resultados del esfuerzo concertado de las personas desde sus prácticas y la manera como se producen en relación a procedimientos métodos y prácticas.

Razón por la cual surge el interés de caracterizar a los usuarios y a su vez Identificar las barreras de acceso que en mayor frecuencia los afecta, permitiéndonos identificar, describir e Interpretar la relación entre las barreras de acceso y actitudes, atribuciones, estereotipos y percepciones sociales, que expresan los usuarios como formas de vulneración a la salud como derecho.

### **3.5 Población**

Los Puntos Por el Derecho a la Salud (PDS) se encuentran abiertos al público actualmente en siete localidades Candelaria, Kennedy, Usme, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito, Puente Aranda y Suba.

El lugar en donde se llevó a cabo la investigación fue el PDS Suba. Abierto al público el 12 de octubre de 2012, para la identificación de situaciones de carácter particular y colectivo de vulneración del derecho a la salud, mediante los mecanismos de exigibilidad jurídica, política y social.

La localidad de Suba se caracteriza por poseer todos los estratos socioeconómicos, situados entre los estratos del 1 al 6. Según la Encuesta Multipropósito para Bogotá EMB (2011), la población total afiliada al SGSSS es del 93,2% lo que equivaldría a 996.414 de los habitantes. Al régimen contributivo corresponde el 72,3% de los habitantes, al régimen Especial (fuerzas armadas, ecopetrol, universidades públicas, Magisterio) 3,6 % y al régimen Subsidiado 23,9% (p. 13).

Los sujetos que acuden al PDS Suba según datos de Secretaría Distrital Salud (2013) lo hacen denunciando las siguientes barreras de acceso:

- Negación de una actividad o procedimiento, o servicio en salud por parte de la EPS.
- Dificultad para reclamar medicamentos o aprobar autorizaciones
- La no oportunidad de programación de citas de baja complejidad
- No oportunidad en programación de citas con especialistas.
- Casos con demora en inicio de tratamientos prioritarios desde las EPS

- Inadecuada orientación sobre deberes, derechos y trámites a realizar.
- Dificultad en el acceso a servicios por inconsistencias en bases de datos. (Bogotá A. M., 2013)

### **3.6 Criterios de Selección**

Este se llevó a cabo mediante el trabajo interinstitucional entre la Universidad de La Salle y el PDS de suba, siendo este último el lugar donde se nos permitió acceder a la base de datos con la información de las personas que llevan su caso en esta entidad. Antes de contactar a los usuarios se debió hacer un reconocimiento y aprobación por parte de la entidad para poder establecer una cita entre las investigadoras y los sujetos.

Se escogió una investigadora para que guiara la sesión y las otras dos podían intervenir haciendo preguntas que enriquecieran la entrevista.

- Participantes voluntarios: Mujeres, hombres mayores de 18 años, adscritos a los regímenes contributivo y subsidiado.

Para la presente investigación se realizaron los siguientes pasos metodológicos:

1. Acercamiento a la población- selección de informantes
2. Realización de entrevistas
3. Sistematización de la información.
4. Descripción de las representaciones sociales.

### **3.7 Técnicas e Instrumentos**

La elaboración de los instrumentos (entrevista abierta) fue pertinente plantear preguntas de acuerdo a las categorías y subcategorías (ver cuadro 1). El concepto de cada una de las subcategorías permitió la formulación de preguntas que se encaminaron a dar respuesta a las representaciones sociales de los sujetos de la investigación.

### **3.7.1 Entrevista abierta. (Ver Anexo 1)**

Es una técnica de investigación cualitativa, que permite "la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras" (Taylor y Bogdan, 1987: 194-195). En el proceso el entrevistador guía la conversación pero concede espacio al entrevistado para que exprese sus propios puntos de vista. La conversación se graba y posteriormente se transcribe para analizarla, generalmente como parte de una muestra de entrevistas.

### **3.8 Categorías**

El proceso de sistematización y análisis de la información se realizó a través de las categorías y subcategorías de análisis presentadas en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. **Categorías y subcategorías de análisis**

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Describir las representaciones sociales del derecho a la salud que tienen los sujetos que acuden al Punto por el Derecho a la Salud PDS de la localidad de Suba.	Identificar el conocimiento que poseen los sujetos frente al derecho a la salud	Representaciones sociales del derecho a la salud	Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias</li> <li>• Información</li> </ul>
	Identificar las percepciones que poseen los sujetos frente al derecho a la salud		Percepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos atribuidos</li> </ul>
	Describir las opiniones que poseen los sujetos frente al derecho a la salud		Opinión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posiciones</li> </ul>
	Reconocer las actitudes que poseen los sujetos frente al derecho a la salud		Actitud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativo</li> <li>• Positivo</li> </ul>

## CAPITULO 4

### 4 HALLAZGOS

Este capítulo describe las representaciones sociales del derecho a la salud que los sujetos han construido a través de las informaciones y experiencias que han tenido con el sistema de salud. Las representaciones sociales son formas de conocimiento, elaborada socialmente y compartida con un objeto práctico que orienta la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social (Vergara et al., 2007, p. 58).

Esta descripción de las representaciones sociales acerca del derecho a la salud inicia con la categoría de análisis denominada *representación social del derecho a la salud*, cuyas subcategorías son: conocimiento, percepción, opinión y actitud de los sujetos. Con base a lo anterior se realizó una clasificación de las preguntas aplicadas en cada instrumento de entrevista con el fin de dar respuesta a la categoría y subcategoría planteada en la investigación.

#### ***Conocimiento***

El conocimiento que los sujetos poseen frente al derecho a la salud nace de las experiencias propias, familiares y de la interacción con el entorno más cercano, este derecho es asociado a un mal servicio, la atención ineficiente, y a la falta de acceso y vigilancia de entes reguladores por parte del Estado como bien lo expresaron en estas entrevistas. “ yo he tenido que *madrugar desde las 5:30 de la mañana, y estarse uno todo un santo día hasta las 4:00 de la tarde, con el fin de que le autoricen a uno, ese servicio es muy malo* ” entrevista 3 “ *a uno lo tratan como quiera como si uno no tuviera derecho a que lo atiendan*” entrevista N° 5.

Por otro lado, el conocimiento que poseen los sujetos frente al derecho a la salud es obtenido de la información que profesionales del Punto por el Derecho a la Salud, la familia y el entorno cercano les ofrecen. “ *yo vengo acá porque mi amiga me dijo que aquí hacían que a uno lo atiendan y, hable con la doctora de acá y ella me dijo que la salud es un derecho mío*”. Entrevista N 3. “*A veces las citas con los especialistas son muy lejanas y según lo que me dijo la doctora me quitan mi derecho porque me puedo morir*” entrevista

N° 3. Los sujetos entrevistados expresan inconformidad en cuanto el servicio que les ofrece cada una de sus EPS y a la intervención del Estado para la satisfacción del derecho como lo expresan en las siguientes entrevistas: *“los médicos piden un papel, no examinan nada bien, a usted le duele la cabeza tome unas pastas y ya, pero resulta que el problema es otro, entonces hay también hay parte del médico y de quien contrata porque nadie vigila que se preste un buen servicios, ni siquiera el presidente”* entrevista N° 5.

### *Percepciones*

Las experiencias e informaciones obtenidas por los sujetos han apoyado la construcción de percepciones, debido a que los sujetos seleccionan y organizan la información para atribuir rasgos de insatisfacción relacionados a la mala atención y el deterioro de la calidad de sus vidas, como lo mencionan las siguiente entrevista *“yo veo gente muy enferma haciendo filas para que lo atiendan y la atención es mala, eso empeora su calidad de vida porque no tienen un derecho”*. Entrevista N 10, *“la salud... es un derecho y deben brindarle a uno un servicio oportuno, cuando uno lo requiere, no llegar uno allá y que tiene que esperar llegue uno como llegue tiene uno que esperar hasta cuando allá a ellos se les dé la gana y donde ellos quieran brindarle”* Entrevista N 2. *“Las EPS realmente son una locura yo no encontré una buena. Y la gente se queja demasiado, es que doctora como es que le toman a uno del pelo para darle una cita”* entrevista 6. Otras entrevistas mencionaron que el acceso a este derecho es limitado como lo mencionan las siguientes entrevistas *“Yo vengo acá porque cada vez que me enfermo voy al médico y me piden muchos papeles y vueltas para una cita y por eso es que ya me da pereza ir hasta halla porque uno pierde el tiempo y entonces me toca pagar en otro lado, pero aveces no tengo plata”* Entrevista 9. *“yo he ido muchas veces porque me siento muy enfermo y dicen que no me dan cita por que no estoy en el sistema, porque yo estaba trabajando y ya no entonces no estoy en el sistema y por eso no me dan cita, yo pienso que la salud debe ser para todos los que tengan o no plata”*.

## *Opiniones*

Es por lo anterior, que al poseer estos rasgos el sistema de salud, los sujetos resaltan las falencias encontradas en las malas experiencias con la atención, pues los elementos que materializan el derecho a la salud están relacionados con la calidad y el acceso al mismo, lo cual genera opiniones donde se resaltaron posturas de los sujetos expresadas en que el derecho debe de ser ejercido por todos los sujetos según las entrevistas realizadas, como se menciona en la entrevista 4. *“Que debe ser un derecho para todos en general”* ya que este es un derecho constitucional, a la vez Gañán (2011) ratifica el derecho a la salud como fundamental, de igual forma mencionan que la salud es discriminatoria al encontrar diferencias entre un régimen y otro como bien lo menciona el entrevistado N° 5 *“no debe haber un régimen contributivo y uno subsidiado, si no debería ser el mismo para todos ósea un sistema de salud”*.

La mayoría de los entrevistados tienen la postura de que este derecho es fundamental, entiéndase por derecho fundamental como inherente a la persona humana, el cual favorece su desarrollo integral (Red de Promotores de Derechos Humanos, 2004). Por tal razón los entrevistados consideran que se les debe respetar en cuanto a que ellos pagan sus impuestos con el fin de hacerse acreedores de unos derechos, como bien lo menciona la entrevista N° 3 *“que debería ser propio de todos nosotros, pues porque uno paga impuestos, pues se supone que todo lo que entra, lo que uno aporta es para la salud y en ningunas de las instancias, se nota que no se da”*.

La posición que los sujetos tienen con respecto a la atención que reciben por parte de su EPS o IPS, es que sus respectivas EPS deben brindar un prestación positiva a la hora de buscar sus servicios, debido a que ellos pagan para que se les brinde la atención apropiada, pero en la realidad es una atención ineficiente donde se obstaculizan cada vez más la atención que ellos como afiliados pretenden encontrar como bien lo menciona la entrevista N° 5 *“La Salud es un derecho, y para eso uno paga, es un derecho que uno tiene”* y el entrevistado N° 7 *“Me parece que todo lo que tenga que ver con vínculos de las EPS, es muy malo el servicio tanto para personas de bajos, medios y altos recursos me parece que es muy malo el servicio para cualquier persona, yo creo que nadie en Colombia está contento, y yo personalmente tampoco”*.

## *Actitud*

Por otro lado la postura que los sujetos adoptaron frente al fenómeno del derecho a la salud también apunta, a que el derecho se vulnera al no encontrar respuestas coherentes frente al servicio, subestimando el conocimiento que tienen los sujetos frente al derecho a la salud, como lo menciona la entrevista N° 9 *“siempre lo tratan a uno de bobo porque no le dan a uno los servicios que uno tiene derecho y entonces le toca a uno estar con la ley en la mano”*. Esto ha llevado a que los sujetos desarrollen actitudes negativas frente al derecho, ya que es asociado con la atención y servicio que les brindan calificando estas dos características como “malo” o “pésimo”, respuesta permanente en cada una de las entrevistas, ya que al contestar evalúan la atención y el servicio que han recibido por parte de hospitales, EPS e IPS, relatan las constantes dificultades para obtener este derecho como se pudo evidenciar en la entrevista N° 3 *“para una cita médica usted tiene que llamar, llamar y llamar, esperar casi media hora para que contesten y después le dicen que tiene que hacerlo personalmente, eso es una falta de consideración con uno, que servicio tan malo dan esos hospitales”* y la entrevista N°12; *“uno llega y espera que le cumplan con la cita, pero no, si no es que uno no está activo es que le falta ir a otra oficina para hacer trámites, pero si es que uno está enfermo y necesita atención, por eso digo que el servicio es pésimo”*. Al ser la actitud un componente de orientación favorable o desfavorable del objeto de la representación, se considera que en el caso del derecho a la salud los sujetos asumen una postura frente al sistema que está relacionado con emociones y conductas que los lleva a tomar una actitud.



## CAPITULO 5

### 5. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos durante la investigación fue posible describir las representaciones sociales sobre el derecho a la salud que tienen doce sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud de Suba. Las conclusiones implicaron hacer uso de un nivel descriptivo que permitió una aproximación al conocimiento social que tienen los sujetos alrededor del derecho a la salud que dejó ver los rasgos más importantes y diferenciadores del mismo. Este capítulo se basa en los hallazgos y conceptos del marco teórico y conceptual.

La teoría de las representaciones sociales, dentro de este marco, busco entender la visión de los sujetos acerca del derecho a la salud, esto se visibilizó mediante la identificación de cuatro conceptos: conocimiento, percepciones, opiniones y actitudes los cuales ponen en evidencia para los sujetos que el derecho a la salud a pesar de ser reconocido como fundamental por la legislación colombiana no se proporciona como tal, la mayoría de los sujetos reconocen que el acceso y la calidad del servicio no solo vulnera el derecho a la salud sino también el derecho a la vida. Es así como los sujetos han construido un conocimiento social por medio de las experiencias e información que les permite asumir su condición como sujeto de derechos frente a instituciones como el PDS que orienta y acompaña el proceso de reivindicación del derecho a la salud.

En cuanto a la percepciones se destaca que los sujetos generalizan el servicio que prestan las EPS como malo, lo que conlleva a que se pierda la credibilidad frente a las instituciones prestadoras del servicio y del Estado por no vigilar y regular de manera eficiente el acceso al derecho a la salud . Lo cual se ha vuelto común en los sujetos buscar otros mecanismos e instituciones para acceder al derecho a la salud.

Al ser el sistema de salud un sistema con enfoque mercantilista que presenta diferencias económicas entre un régimen y el otro, predispone a los sujetos a asumir una posición de vulnerabilidad frente al sistema por no poseer los recursos necesarios para satisfacer el

derecho a la salud, esta posición de vulnerabilidad genera en los sujetos la necesidad de superar la desinformación tomando una postura activa frente procesos sociales desde instituciones que orienta acción como sujetos de derechos.

Los sujetos son motivados a desarrollar una actitud de gestión positiva respecto a su necesidad acudiendo al PDS para recibir una orientación y un acompañamiento jurídico y social que le permita reivindicar el derecho vulnerado, la adquisición de nuevos conocimientos y apropiación del tema. La mayoría de los sujetos entrevistados afirman que previo a iniciar un proceso con el PDS Suba los sujetos ya habían iniciado acciones (tramites) individuales para llegar a acceder a un servicio dentro de su EPS.

Es preciso resaltar que los entrevistados a partir de la información y orientación recibida en el PDS relacionan el papel del Estado con el servicio que brinda cada una de las EPS y las instituciones prestadoras del servicio de salud IPS, consideran que el Estado es quien debe garantizar el derecho a la salud para toda la población sin importar a que régimen o estrato social pertenezcan. Los PDS al ser una institución del gobierno distrital no son reconocidos por los sujetos como parte del Estado, no se tiene conciencia que hace parte de una política social que se implementa a nivel distrital para ayudar a los sujetos en el pleno ejercicio del derecho a la salud.

A partir de los hallazgos se pudo identificar que el tema trabajado no solo es pertinente al enriquecer la profesión de trabajo social en cuanto a la investigación e intervención profesional; también sirve como instrumento de consulta y orientación para la población desde instituciones como el PDS..

## **6. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a la investigación realizada y el aprendizaje adquirido durante este proceso académico, el grupo de trabajo sugiere las siguientes recomendaciones:

### **AL CENTRO DE ATENCIÓN**

Promover espacios de capacitación y formación con los sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud, con el fin de capacitarlos respecto a cómo está constituido y cómo funciona el sistema de salud, a que tienen derecho según el régimen de afiliación y cuáles son los mecanismos legales a los cuales pueden acceder en caso de vulneración. Lo anterior a causa de la representación social que se identificó entre los sujetos, respecto a que la salud es un derecho que discrimina al establecer diferencias entre un régimen y el otro.

Se recomienda desarrollar un programa de capacitación permanente en cuanto al conocimiento y apropiación del tema derecho a la salud, para que la función del PDS no se limite a un acompañamiento jurídico y social sino que genere un impacto en la comunidad, creando un fortalecimiento de la institución y la creación de redes de apoyo y reproducción de la información.

### **AL PROGRAMA**

Incluir dentro del proyecto educativo espacios académicos que permitan el conocimiento detallado del sistema de salud colombiano, con el fin de motivar la discusión y divulgación del tema por estudiantes y profesionales de Trabajo social. Es necesario desarrollar el interés en investigaciones relacionadas con las representaciones sociales que tienen los sujetos sobre la realidad social de su vida cotidiana, entre tanto no solo investigaciones sino también en espacios de práctica profesional donde se pueda profundizar en el tema. Ya que hasta el momento las representaciones sociales frente al derecho a la salud han sido así bordadas de una manera incipiente.

## A LA PROFESIÓN

Como la profesión de Trabajo Social interviene en procesos relacionados con políticas públicas y desarrollo humano que implica a los seres humanos y a la sociedad debe tener como compromiso identificar y trabajar a partir de las representaciones sociales que construyen los sujetos alrededor de su realidad. Ya que posteriormente conviene utilizarlas como instrumento de consulta para elaborar diagnósticos sociales y posteriormente como insumo en la propuesta de proyectos de intervención y políticas públicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Castaño, Luz S. (2005). *El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral*. En: *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(2). Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000700008&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000700008&script=sci_arttext)
- Abric, J.-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacción.
- Álvarez, L. S. (2009). *Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo*. Recuperado el 23 de 04 de 2013, de Revistas científicas: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657>
- Anaya, N. C. (2004). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: ECOE.
- Arango, R. (2004). Constitucionalismo, Estado social de derecho y realización integral de los derechos. En R. Arango, *Derechos, constitucionalismo y democracia* (pág. 68). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Arango, R. (2004). El Acceso al Servicio de Salud. En R. Arango, *El Derecho a la Salud en la Jurisprudencia Constitucional Colombiana* (pág. 28). Universidad Externado.
- Arango, R. (2005). *El concepto de derechos sociales fundamentales*. Bogotá: legis S.A.
- Arango, R. (2005). *El concepto de derechos sociales fundamentales*. Bogotá: legis S.A.
- Berger & Luckmann, T. (1978). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bobbio, N. (2006). *ESTADO, GOBIERNO Y SOCIEDAD Por una teoría general de la política*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Bogotá, A. M. (2012). *Plan de Desarrollo Distrital*. Bogotá.
- Bogotá, A. m. (07 de Marzo de 2012). *Programa territorios saludables y red pública de salud para la vida*. Recuperado el 09 de 03 de 2013, de bogotasocial.org: [http://www.bogotasocial.org/documentos/PLANDESARROLLO2012-2016/6territorios\\_saludables\\_hosp\\_para\\_la\\_vida.pdf](http://www.bogotasocial.org/documentos/PLANDESARROLLO2012-2016/6territorios_saludables_hosp_para_la_vida.pdf)
- Bogotá, A. M. (09 de 11 de 2013). *Alcaldía de Bogotá*. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=23566>
- Bottia, M., Cardona, L., & Medina, C. (25 de Abril de 2008). *Bondades y Limitaciones de la Focalización con Proxy Means Tests: El caso del SISBEN en Colombia*. Recuperado el 28 de 04 de 2013, de Banco de la República:

<http://www.banrep.gov.co/es/contenidos/publicacion/bondades-y-limitaciones-de-la-focalizacion-con-proxy-means-tests-el-caso-del>

- Burbano, A. C. (2008). *Elementos de Investigacion Social Aplicado*. Santiago de Cali: Universidda del Valle.
- Cabanas, J. M. (2001). Las creencias como principio orientativo del hombre. En J. M. Cabanas, *Las creencias y la Educación* (pág. 17). Barcelona: Herder.
- Cardona, J., Agudelo, C. A., Ortega, J., & Robledo, R. (06 de Junio de 2011). *Sistema de Salud en Colombia: 20 años de Logros y Problemas*. Recuperado el 17 de 04 de 2013, de Redalyc: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63019110020.pdf>
- Carvajal Burdano, A. (2008). *Elementos de Investigacion Social Aplicado*. Santiago de Cali: Universidda del Valle.
- Casilimas, C. A. (1997). Enfoques y modalidades de investigación cualitativa: rasgos básicos. En C. A. Casilimas, *Investigación Cualitativa. Programa de especializacion en Teorías, Métodos y Técnicas de Investigación Social* (pág. 52). ICFES.
- Castell, R. (1977). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Cifuentes, R. M. (2011). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czemiecki, S., Vazquez, A., y otros. (2006). El Concepto de Accesibilidad: La perspectiva Relacional entre Población y Servicios. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología Vol. XIV*, 202.
- Cortina, A. (2013). *Ciudadanos del mundo: Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid, España: Alianza.
- DANE. (2011). *Encuesta Multipropósito para Bogotá*. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Planeación- DANE.
- De sales, L. (2012). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Delgado, R. (2008). Teoria de las Representaciones Sociales. En R. Delgado, *Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano. Conocimiento Social y Socialización política* (págs. 55-89). Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.

- Dominguez, M. H. (2006). Estructura teorica y componentes de las politicas publicas. En M. H. Dominguez, *Teoria de los Derechos Humanos y Politicas Publicas* (págs. 64,65). Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Echeverry, M. E. (14 de 04 de 2011). *Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia*. Recuperado el 26 de 04 de 2013, de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n20/v10n20a07.pdf>
- Eslava-Schmalbach, J., Barón, G., Gaitán-Duarte, H., Alfonso, H., & Agudelo, C. (01 de 02 de 2008). *Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia 1998-2005*. Recuperado el 20 de 04 de 2013, de Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210102>
- Flick, U. (2004). Investigacion Cualitativa: Relevancia, historia y rasgos . En U. Flick, *Introduccion a la Investigacion Cualitativa* (pág. 15). Madrid: EDICIONES MORATA.
- Gañan Ruiz, J. L. (2011). *De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia*. Recuperado el 18 de 04 de 2013, de ProQuest Social Science Journals: <http://search.proquest.com/docview/1238989140?accountid=41919>
- Gutiérrez de Piñeres, D. (2009). *Crisis del Sistema de Salud Colombiano, Análisis de las Estrategias Legislativas y Judiciales para su Solución*. Bogotá D.C: Pontificia Universidad Javeriana.
- Hacienda, S. d. (2004). *Recorriendo Suba. Diagnóstico Físico y Socioeconómico de las Localidades de Bogotá, D.C.* . Recuperado el 30 de septiembre de 2014, de [http://impuestos.shd.gov.co/portal/page/portal/portal\\_internet\\_sdh/publicaciones/Est\\_fis\\_pub/localidades\\_est\\_pub/RECORRIENDO\\_SUBA.pdf](http://impuestos.shd.gov.co/portal/page/portal/portal_internet_sdh/publicaciones/Est_fis_pub/localidades_est_pub/RECORRIENDO_SUBA.pdf)
- Hernandez, M. (31 de enero de 2011). *La Nueva Ley de Salud: ¿Más de lo Mismo?* Recuperado el 20 de 04 de 2013, de <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/1747-la-nueva-ley-de-salud-imas-de-lo-mismo.html>
- Hernandez, M. (04 de 23 de 2013). *Reforma a la Salud*. Bogotá D:C.
- Higuera Jiménez, D. M., & Alonso Niño, E. H. (2012). *Derechos sociales fundamentales, problemática hermenéutica en el derecho a la salud en Colombia*. Recuperado el 6 de 04 de 2013, de Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273925462002>

- Humana, B. (19 de 05 de 2013). *Bogota.gov.co*. Obtenido de Bogota.gov.co:  
<http://www.bogota.gov.co/article/apertura-oficial-del-punto-por-el-derecho-la-salud-en-tunjuelito>
- Hume, D. (2001). *Tratado de la Naturaleza Humana*. Libros en la Red.
- Javier Eslava schmalbach, G. b., Alfonso, H., & Sanchez., C. A. (2008). Evaluación del impacto en Cosot-Equidad del sistema de Salud en Colombia 1998-2005.
- Lacolla, L. (Diciembre de 2005). *Representaciones sociales: Una manera de entender las ideas de nuestros alumnos*. Recuperado el 11 de 10 de 2014, de Revista ieRed:  
<http://revista.iered.org>
- Lamprea, E. (26 de 09 de 2011). *Sobre la sentencia T-760 y las Tutelas en Salud*. Obtenido de  
Cjlibertad.org:  
[http://www.cjlibertad.org/index.php?option=com\\_content&id=505:sobre-la-sentencia-t-760-y-las-tutelas-en-salud&Itemid=102](http://www.cjlibertad.org/index.php?option=com_content&id=505:sobre-la-sentencia-t-760-y-las-tutelas-en-salud&Itemid=102)
- Lamprea, E. (26 de 09 de 2011). Sobre la sentencia T-760 y las Tutelas en Salud.  
*cjlibertad*.
- López, S., Valencia, S., Mogollón, A., Barragín, A., Morales, N., Pinilla, M., y otros. (30 de Junio de 2010). *Impacto del Modelo de Aseguramiento de Salud en Colombia sobre la Equidad de Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. Recuperado el 25 de 04 de 2013, de Scielo: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000100015&script=sci_arttext)
- Luckmann, P. B. (2001). *La Construcción Social de la realidad*. Argentina: Amorrortu.
- Marín, M. E. (2009). Etnometodología: Vida Cotidiana y Sentido Común. En M. E. Marín, *Estrategias de Investigación Social Cualitativa. El giro en la mirada* (págs. 150-151). Medellín: La Carreta Editores E.U.
- Marshall, T. H. (2004). *Ciudadanía y clase social*. Buenos Aires: LOSADA.
- MinSalud. (04 de 08 de 2013). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de  
[minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co):  
<http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx>
- mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 1- 22.



- Moreno, M. C., & López, M. V. (27 de 02 de 2009). *La salud como derecho en Colombia. 1999-2007*. Recuperado el 18 de 04 de 2013, de Revista de Gerencia y Políticas en Salud: [http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol8\\_n\\_16/estudios\\_5.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol8_n_16/estudios_5.pdf)
- Nussbaum, M. (2012). La nación y la justicia global. En M. Nussbaum, *Crear capacidades propuestas para el desarrollo humano* (pág. 139). Barcelona: Espasa libros.
- OMS. (Noviembre de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de julio de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Parales, C. J., & Vizcaíno, M. (2007). Las relaciones entre actitud y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista latinoamericana de Psicología*, 351-361.
- PDS, P. p. (09 de 11 de 2013). *Secretaria de Salud* . Obtenido de <http://app.saludcapital.gov.co/cexigibilidad/>
- Posada, L. F., & Zuluaga, L. M. (26 de 02 de 2010). *FOCALIZACIÓN EN SALUD: UNA MIRADA DESDE LOS USUARIOS*. Recuperado el 28 de 04 de 2013, de Universidad de Antioquia: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistraso/article/viewFile/5282/4643>
- Pueblo, D. d. (s.f.). *Tutela y el derecho a la salud 2012, Defensoria del pueblo*. Recuperado el 16 de Julio de 2014, de Scribd: <http://es.scribd.com/doc/220512359/Tutela-y-El-Derecho-a-La-Salud-2012-Defensoria-Del-Pueblo>
- Red de Promotores de Derechos Humanos. (2004). El Derecho a La Salud. En D. d. Colombia, *Derecho a la Salud* (págs. 25-59). Bogotá, D.C.: Red de Promotores de Derechos Humanos.
- Restrepo, J. H., Echeverry, M. E., Vásquez, J., & Rodríguez, S. (06 de 2006). *El Seguro Subsidiado y el Acceso a los Servicios de Salud: Teoría, Contexto Colombiano y Experiencia en Antioquia*. Recuperado el 23 de 04 de 2013, de Universidad de Antioquia: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/CienciasEconomicas/F.PublicacionesMedios/librosSelloEditorial>
- Ritzer, G. (1995). *Teoría Sociológica contemporánea*. Madrid: McGraw Hill.
- Riveros Pérez, E., & Amado Gonzáles, L. N. (14 de Agosto de 2012). *Modelo de Salud en Colombia: ¿Financiamiento Basado en Seguridad Social o en Impuestos?* Recuperado el 19 de 04 de 2013, de Revista Gerencia Políticas de Salud: [http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev\\_gerenc\\_polsalud/vol11\\_n\\_23/estudios\\_2.pdf](http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol11_n_23/estudios_2.pdf)

- Rocha Buelvas, A. (03 de 2012). *Derecho a la Salud en Colombia. La utopía anunciada*. Recuperado el 20 de 04 de 2013, de Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12221805003>
- Rodriguez, S. (05 de 2010). *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. Recuperado el 20 de 04 de 2013, de Universidad Autónoma de Barcelona: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>
- Rubio Mendoza, M. (13 de 10 de 2008). *Equidad en los Servicios de Salyd y Equidad en la Financiación*. Recuperado el 19 de 04 de 2013, de Scielo: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a04>
- Ruiz Varón, E. (2012). *El derecho a la salud de los y las jóvenes en Bogotá: un análisis sobre sus materialización en la oferta pública de la ciudad*. Recuperado el 9 de 04 de 2013, de Repositorio Institucional PUJ: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/2306>
- Ruiz, J. L. (2011). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. En a. L. Ruiz, *De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- salud, S. d. (2013). *Bogota.gov.co*. Recuperado el 11 de 04 de 2013, de <http://www.bogota.gov.co/tag/secretaria-distrital-de-salud>
- Salud, S. D. (22 de Febrero de 2013). *Bogotá.gov.co*. Recuperado el 28 de 03 de 2013, de <http://www.bogota.gov.co/article/apertura-oficial-del-punto-por-el-derecho-la-salud-en-tunjuelito>
- Sandoval, C. (2002). La implementación y gestión de los procesos de investigación social cualitativos. En C. Sandoval, *Investigación Cualitativa* (pág. 137). Bogotá D.C.: ARFO.
- Sojo, A. (05 de 03 de 2011). *Condiciones para el Acceso Universal a la Salud en América Latina: derechos Sociales, Protección Social y Restriciones Fianncieras y Políticas*. Recuperado el 24 de 04 de 2013, de Scielo: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600002)
- Suba, H. d. (11 de 11 de 2013). *esesuba.gov.co*. Obtenido de [esesuba.gov.co](http://www.esesuba.gov.co/joomla/joomla_1522/images/stories/Documentos/Salud_Publica/diagnostico%202011%20version%204%20de%20abril%202012.pdf): [http://www.esesuba.gov.co/joomla/joomla\\_1522/images/stories/Documentos/Salud\\_Publica/diagnostico%202011%20version%204%20de%20abril%202012.pdf](http://www.esesuba.gov.co/joomla/joomla_1522/images/stories/Documentos/Salud_Publica/diagnostico%202011%20version%204%20de%20abril%202012.pdf)

- Uprimny, R. &. (2014). *Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Uprimny, R. (2008). La política pública: el sistema de salud adoptado por la Ley 100 de 1993 y sus resultados en el goce del derecho a la salud. En R. Uprimny, *Derecho a la Salud en perspectiva de Derechos Humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud* (págs. 47-76). Bogotá D.C: Procuraduría General de la Nación.
- Valbuena, J. A. (2010). *Justiciabilidad del derecho a la salud en el derecho comparado de Argentina y Colombia*. Recuperado el 27 de 03 de 2013, de Repositorio Institucional UN: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2963/1/696625.2010.pdf>
- Vargas, J., & Molina, G. (16 de 07 de 2009). *Acceso a los Servicios de Salud en Seis Ciudades de Colombia: Limitaciones y consecuencias*. Recuperado el 20 de 04 de 2013, de Redalyc: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12011791003.pdf>
- Vélez Arango, A. L. (21 de 08 de 2007). *Nuevas Dimensiones del Concepto de Salud: El Derecho a la Salud en el Estado Social de Derecho*. Recuperado el 19 de 04 de 2013, de Scielo: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_6.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_6.pdf)
- Vergara, M. d., Vélez Álvarez, C., Vidarte Claros, J. A., & Nieto Ramírez, J. O. (28 de 09 de 2007). *Representaciones Sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales frente al riesgo en el año 2006*. Recuperado el 25 de 08 de 2013, de Ucaldas.edu.co: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_12.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_12.pdf)
- Vergara, M. d., Vélez, C., Vidarte, J., & Nieto, J. (28 de 09 de 2007). *Representaciones Sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales frente al riesgo en el año 2006*. Recuperado el 25 de 08 de 2013, de Ucaldas.edu.co: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_12.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_12.pdf)

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Entrevista semi-estructurada

Fecha. \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Entrevistado (da): \_\_\_\_\_

Régimen. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Objetivo: describir las representaciones sociales de los sujetos que acuden al punto por el derecho a la salud de la localidad de suba en bogotá, frente al derecho a la salud

**Aclaración:** El motivo por el cual ha sido seleccionado para participar en esta investigación corresponde a los criterios de selección previamente establecidos por las investigadoras.

La información consignada en este documento será utilizada únicamente con fines académicos, dentro de la realización de trabajo de grado para obtener el título de Trabajadora Social.

1. ¿Qué opinión tiene de su EPS?
2. ¿Cómo ha sido la experiencia con su EPS?
3. Para usted ¿qué es la salud?
4. Para usted ¿quién debe garantizar la salud?
5. Para usted ¿cuál sería el papel del Estado frente a la salud?
6. ¿Ha tenido que acudir en algún momento a un mecanismo de protección para exigir un servicio de salud?
7. Que estaría dispuesto hacer para que su EPS le preste el servicio de salud?

Firma del entrevistado: \_\_\_\_\_