

**LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA POBLACIÓN POBRE Y
VULNERABLE, A TRAVÉS DE LA OFICINA DE ATENCIÓN A USUARIOS DEL
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO EN EL MARCO DE LA
LEY 715 DE 2001**

JULIANA BOLAÑOS SOLARTE

**SAN JUAN DE PASTO
UNIVERSIDAD DE NARIÑO
PROGRAMA DE SOCIOLOGIA
2008**

**LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA POBLACIÓN POBRE Y
VULNERABLE, A TRAVÉS DE LA OFICINA DE ATENCIÓN A USUARIOS DEL
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO EN EL MARCO DE LA
LEY 715 DE 2001**

JULIANA BOLAÑOS SOLARTE

**Trabajo de grado para obtener el título de socióloga
Asesor: Mg. Jairo Puentes Palencia**

**SAN JUAN DE PASTO
UNIVERSIDAD DE NARIÑO
PROGRAMA DE SOCIOLOGIA
2008**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Junio 3 de 2008

AGRADECIMIENTOS

Absolutamente a mi Dios, quien ilumina mi existencia y quien me ha bendecido con grandes seres que he encontrado a lo largo de mi vida. Este fue un proceso muy largo y en ocasiones complicado y ellos fueron quienes se preocuparon y me apoyaron.

A mis padres por sus oraciones y su amor.

A mis hermanas y sobrinitos por comprenderme, regalarme su compañía y creer en mí.

A mi gran familia, mi abuela y mis tíos que me han demostrado su afecto y me han enseñado a perseverar.

A mis amigos que se apersonaron de mis angustias y me ayudaron a encontrar el camino de nuevo, me animaron a continuar y a resolver las dificultades que se presentaron.

A mi novio testigo fiel de este proceso, quien tuvo que soportarme en los malos días; también por quererme tanto, tanto como para aguantarme y estar feliz por mí.

Al IDSN, por la gran experiencia de acercarme a la población pobre.

Y finalmente a las personas que de gran corazón quisieron compartirme un poco de su vida, creyendo que desde la sociología se podía comprender y colaborar. Estas personas que desde sus humildes saberes me enseñaron a valorar la vida.

Gracias a todos, y que Dios los llene de bendiciones

RESUMEN

Las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable en cuanto a la atención en salud, constituyen un factor importante dentro de la sociología, porque nos permite adentrarnos al imaginario social de los sectores menos privilegiados.

En esta investigación se logró determinar que el factor de la pobreza, como condición estructural, afecta de manera integral a la población ya que repercute en perjudiciales condiciones de vida que originan deterioro en su salud. En términos generales, lo que la investigación pudo determinar es que los usuarios de la Oficina de Atención a Población Pobre y Vulnerable del Instituto Departamental de Salud de Nariño, buscan una ayuda en lo que se refiere al subsidio para los procedimientos de salud, en conformidad a lo estipulado en la normatividad colombiana, según se garanticen los servicios o no, se crean una percepción sobre las entidades de salud, además se manifiesta un bajo conocimiento normativo por la sociedad en general. Por lo tanto es necesario que todo el sistema de salud se fortalezca, con acciones más sólidas que desde los entes gubernamentales surjan, para atender de una manera eficaz la problemática de la pobreza atendiendo el fenómeno desde sus orígenes, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los sectores pobres y vulnerables.

ABSTRACT

The social representations of the poor and vulnerable people, in terms of health care, are a major factor in sociology, because it allows us to enter into the imaginary social of the less privileged sectors.

In this research was accomplished determine that the poverty factor, as a condition of structural, concerns in a holistic manner to the population, due it impact as detrimental on living conditions that cause damage to health.

Generally speaking, what the investigation could determine is that users of the Office for Attention to Vulnerable Population and Poor's Departmental Institute of Health of Nariño, seeking support in terms of subsidy for health procedures in accordance the terms of the Colombian legislation, as guaranteeing this service or not, is created a perception on the health agencies, also is manifested a low regulatory knowledge by society at large, therefore it is necessary that the entire health system is strengthened with stronger actions that arise from government agencies, to respond in an effective manner to the problem of the poverty, addressing the phenomenon since its inception, to help improve the quality of lives of the poor and vulnerablen people.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. MARCO DE REFERENCIA	17
1.1 ANTECEDENTES	17
1.2 MARCO SITUACIONAL	19
1.3 MARCO TEÓRICO	28
1.3.1. La Pobreza	28
1.3.2. La población pobre y vulnerable	36
1.3.3. Las representaciones Sociales	40
1.3.4. Las representaciones sociales y la población pobre y vulnerable	50
1.4. MARCO LEGAL	54
1.4.1. Constitución Política de Colombia	55
1.4.2. Ley 100 de 1993	55
1.4.3. Resolución 5261 de 1994	59
1.4.4. Ley 715 de 2001	60
1.4.5. Ley 1122 de 2007	65
2. CARACTERÍSTICAS SOCIO CULTURALES	68
2.1. MUNICIPIOS DE PROCEDENCIA	69
2.2. TIPO DE VIVIENDA	72
2.3. SERVICIOS PÚBLICOS	73
2.4. COMPOSICIÓN FAMILIAR	74

2.5. SEGURIDAD SOCIAL	78
2.6. ACTIVIDAD ECONÓMICA	79
3. CONOCIMIENTO NORMATIVO	84
4. FACTORES SOCIO CULTURALES Y CONSTRUCCION DE REPRESENTACIONES SOCIALES	91
5. REPRESENTACIONES SOCIALES Y LA ATENCIÓN EN SALUD	95
CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFÍA	110
ANEXOS	112

TABLA DE CUADROS

		Pág.
CUADRO 1.	Indicadores generales geográficos y políticos departamento de Nariño.	19
CUADRO 2.	Indicadores básicos socioeconómicos.	20
CUADRO 3.	Aseguramiento y gasto departamental en salud.	20
CUADRO 4.	Municipios con mayor NBI y miseria en el departamento de Nariño.	22
CUADRO 5.	Recursos distribuidos al departamento de Nariño del SGP.	23
CUADRO 6.	Fuentes de financiación para la atención de población pobre y vulnerable.	24
CUADRO 7.	Matriz DOFA sector salud en el departamento de Nariño.	26
CUADRO 8.	Departamentos y factores de competitividad.	31
CUADRO 9.	Departamento de Nariño – Ramas de la actividad económica.	33
CUADRO 10.	Municipios con frecuencia y porcentaje de afluencia a la oficina de atención a población pobre y vulnerable.	70
CUADRO 11	Municipios de procedencia de entrevistados según zona de residencia.	72
CUADRO 12	Zona rural y zona urbana según tipo de vivienda.	73
CUADRO 13.	Zona rural y servicios públicos con los que cuentan.	74
CUADRO 14	Número de integrantes por familia.	74
CUADRO 15.	Edades.	75
CUADRO 16.	Edades y nivel educativo.	76
CUADRO 17	Seguridad social.	78

CUADRO 18	Actividad del jefe del hogar y nivel de ingresos.	80
CUADRO 19.	Ingresos.	81
CUADRO 20	Dificultades económicas.	82

TABLA DE GRÁFICOS

		Pág.
GRAFICO 1.	Mapa red de prestadores de servicios.	25
GRAFICO 2.	Municipios con porcentaje de afluencia a la oficina de atención a población pobre y vulnerable. 2007.	69
GRAFICO 3.	Municipios de procedencia de entrevistados. Zona urbana. Julio 2007.	70
GRAFICO 4.	Municipios de procedencia de entrevistados. Zona rural.2007.	71
GRAFICO 5.	Numero de integrantes por familia.	75
GRAFICO 6.	Edades.	76
GRAFICO 7.	Seguridad social.	78
GRAFICO 8.	Actividad económica del jefe del hogar y nivel de ingresos	79
GRAFICO 9	Ingresos.	82
GRAFICO 10	Dificultades económicas.	83

TABLA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Tutelas diligenciadas mes de Julio, Agosto y Septiembre 2007.	113
ANEXO B. Encuesta.	118
ANEXO C. Guía de preguntas para la entrevista.	120
ANEXO D. Temas a tratar con los funcionarios de la Oficina de Atención a población pobre y vulnerable.	121

INTRODUCCIÓN

El presente estudio “Las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable, a través de la oficina de atención a usuarios del Instituto Departamental de Salud de Nariño en el marco de la ley 715 de 2001”, parte de la experiencia al vincularme laboralmente a esta Institución.

La problemática de la pobreza ha sido una determinante en nuestra sociedad y más aún en un país como Colombia, donde cada vez se hace más visible y la inequidad y la corrupción reinan sobre cualquier esfuerzo que se quiera hacer para enfrentarla. De esta forma los sectores pobres y menos privilegiados de nuestra sociedad están sometidos a condiciones de vulnerabilidad que se traducen en exclusión, mala calidad de vida y pauperización.

A través de la normatividad colombiana, el gobierno central y departamental lidera un conjunto de acciones que han de materializarse en responsabilidades para los diferentes entes territoriales. Uno de los principales avances en materia de pobreza es la Ley 715 de 2001, en concordancia con la Constitución Política de Colombia, se crea para organizar la prestación de los servicios en materia de salud, educación y saneamiento básico, y de igual manera para garantizar a la población pobre y vulnerable la prestación de estos servicios; en lo referente a salud, los beneficiarios corresponden a población pobre y vulnerable del niveles inferiores del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). En concordancia con esta norma se crea la oficina de Atención a Población Pobre y Vulnerable en el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN).

En materia de salud, la problemática para los sectores vulnerables es compleja y con tendencia a agudizarse ya que en los últimos datos de la encuesta del SISBEN, establece que en el país más de la mitad de la población vive en condiciones de pobreza¹. Además el sector salud es uno de los que requiere mayor rigurosidad, agilidad y capacidad de respuesta porque está en juego la vida humana, todos hemos visto por algún medio, noticias de “paseos de la muerte”, que han puesto en la mira de la opinión pública a diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y que han llamado la atención a las diferentes entidades gubernamentales para optimizar y reforzar herramientas jurídicas y así mismo fortalecer el sistema de atención.

Esta problemática se ha evidenciado además, por medio de la cantidad de tutelas, derechos de petición y demás herramientas jurídicas que han sido utilizadas por los mismos usuarios de los servicios, quienes han manifestado derechos vulnerados y no estar satisfechos con la prestación de servicios en salud.

¹Canal RCN. Alarmante cifra de pobreza en Colombia. Disponible en Internet en www.canalrcn.com.co/noticias

En este sentido, es de vital importancia recoger las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable, para lograr entender el mundo de los sentidos, símbolos, significados e imaginarios de esta población, por que es a partir de este mundo del sentido común donde se institucionalizan concepciones e interpretaciones del sector salud, que habrán de legitimarse o transformarse a partir de una información clara y oportuna de la normatividad y de las competencias de las instituciones relacionadas en la prestación de los servicios de salud en el departamento.

Una de las características de la investigación cualitativa que han servido de base en este estudio, es la interpretación que se da a las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable; *la interpretación es un proceso diferenciado que da sentido a las manifestaciones de lo estudiado y las vincula como momentos particulares del proceso general orientado a la construcción teórica del sujeto individual o social*². Por ello, la investigación cualitativa cobra validez en investigaciones como la presente porque crea conocimiento que valida al sujeto en cuanto a la cualidad de su expresión y al conjunto de sus representaciones sociales que son importantes porque pone en primer plano a la persona humana. *Esto es ver a la persona con su dignidad, comprensión, protagonismo y cultura como eje central de la acción investigadora*³.

Esta investigación cobra vigencia por el análisis e interpretación, que aporta al conocimiento sociológico y permite adentrarse desde una perspectiva crítica a los sectores pobres, sus saberes, sus opiniones y criterios al sector salud, para comprender las representaciones sociales, por medio de la observación de percepciones de diferentes actores sociales para poder intervenir en la propuesta y ejecución de diferentes iniciativas que han de repercutir en la de reestructuración y fortalecimiento de procesos.

La investigación es ante todo de carácter descriptivo, por que se trata de presentar las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable, de esta forma centra la atención en la cotidianidad de esta comunidad, donde se describen sus situaciones y la relación con características que permiten establecer relaciones entre sus características socio culturales y el sector salud. El método de análisis es inductivo de tipo no experimental y de corte transversal.

La información de la presente investigación es tomada desde su propio contexto, partiendo de la observación y análisis, complementados por las técnicas de encuesta y la entrevista que permite la ampliación del análisis e interpretación de la visión de la población.

² Gonzáles, Manuel. Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa-Resumen. Universidad de Guatemala.2000. Pág. 5.

³ Ibidem.

En primera medida se aplicó la encuesta a treinta solicitantes durante un mes, donde lo fundamental es la caracterización socio cultural de sus familias como integrantes de la población pobre y vulnerable, en la sistematización se utilizaron instrumentos cuantitativos como tablas de frecuencia y gráficos; y en un segundo momento se empleó las entrevistas semiestructuradas a informantes claves que se realizaron a manera de conversación, tomando como base una guía de preguntas. Los aspectos de análisis fueron enriquecidos con la valiosa intervención de la coordinadora de la Oficina.

El análisis de las representaciones sociales es importante desde el punto de vista sociológico porque permite la identificación de varios conceptos referentes a la población pobre y vulnerable, los cuales se han ordenado en capítulos, que dispuestos de una manera ordenada, permiten lograr el objetivo principal de esta investigación que es el de identificar las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable en cuanto al servicio de salud.

De esta forma, en el primer capítulo se puede encontrar el marco de referencia por medio del cual se logra ubicar la temática en la realidad local; en primera medida se toman antecedentes básicos y se sitúa en la realidad nariñense mediante el marco situacional. Seguidamente, en el marco teórico se hace un análisis de los conceptos básicos de pobreza, vulnerabilidad y representaciones sociales de la población pobre y vulnerable; y en la parte final de este capítulo se toman en cuenta aspectos legales y de normatividad colombiana referente a salud. El segundo capítulo está conformado por los resultados de los instrumentos aplicados que tomando en cuenta un conjunto de aspectos, permitieron la determinación de las características socio culturales de la población pobre y vulnerable y determinar el perfil de los usuarios que acuden a la entidad. En el tercer capítulo se indaga sobre el conocimiento normativo; en el cuarto capítulo se determinan los factores socio culturales que motivan a la construcción de representaciones sociales y finalmente en el quinto capítulo, se encuentran las representaciones sociales y la atención en salud en nuestro departamento, lo cual permitió comprender por qué un tipo de población en condiciones de pobreza, visibiliza desde su vida cotidiana o desde su sentido común la institucionalidad local y cuáles son sus tendencias y percepciones.

El intentar dar respuesta y solución a una problemática tan compleja como la pobreza en Colombia, es una tarea ambiciosa y ardua labor que no se logra con una investigación aislada, sino que están en juego un sinnúmero de factores que me es innecesario citar. Pero con investigaciones de este corte que sean novedosas y que partan de la misma población, se logra acercarse a la población víctima histórica de exclusión social y vulnerabilidad para lograr posicionar la urdimbre de saberes y las formas de imaginación de gente humilde pero con apreciaciones importantes sobre su vida cotidiana, que vale la pena conocer y legitimar, porque es a partir de esto que se instituye la sociedad.

De esta forma se puede apreciar que esta investigación es pertinente porque interesa a sectores poblacionales como: la población pobre y vulnerable, como usuaria de un servicio en la medida en que se trata de legitimar sus representaciones sociales ante la comunidad para que reciba un servicio con calidad y de acuerdo a sus expectativas; al IDSN porque marca una ruta para reajustar procesos internos y externos que partan de iniciativas de los mismos usuarios y mitigar así impactos nocivos y quejas en el servicio; a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud –IPS- y a la institucionalidad local porque se orienta a la población en sus derechos y deberes y se posesionan sus saberes e imaginarios; y a la comunidad en general que se acerca y conoce ese conocimiento del sentido común que tiene la población sobre los entes gubernamentales y la institucionalidad en salud.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 ANTECEDENTES

Tomando en cuenta los ejes fundamentalmente que en la presente investigación se han relacionado, como las *representaciones sociales* y la *atención en salud*, cabe destacar dos estudios importantes y recientes que a manera de tesis de grado se han realizado.

El primero, relacionado con la teoría en la cual se enmarca la presente investigación: “Las representaciones sociales de la población en situación de desplazamiento recepcionada en Pasto frente al conflicto armado interno y el desplazamiento forzado”⁴. En esta investigación, su autora interpreta las representaciones sociales de esta población equiparando este concepto con el de imaginarios y cosmovisiones, tomando herramientas metodológicas como el análisis documental, la observación participante, entrevistas, etc., donde recoge la información pertinente en lo que se refiere al conocimiento de las representaciones sociales, así como la identificación de móviles políticos, económicos, culturales, ideológicos y sociales que motivan al desplazamiento, pero ello visto desde los imaginarios construidos por la misma población objeto del estudio.

La importancia de abordar el drama humano, como es el desplazamiento forzado, desde las representaciones sociales es importante porque de esta forma se analiza la transformación de los imaginarios culturales, políticos y económicos; a raíz de la experiencia del desplazamiento y las consecuencias sociales tan graves que ello conlleva: las secuelas psicológicas y en la identidad, la discriminación, estigmatización y la desesperanza a la que miles de colombianos sin razón alguna, se ven en la obligación de enfrentar.

El aporte de esta investigación en el estudio de las representaciones sociales se demuestra en que su análisis conduce a otras miradas que parten desde la población misma para dar solución a la problemática de desplazamiento forzado; a la vez que abre la puerta para este tipo de investigaciones, para la aplicación a otro tipo de comunidades inmersa en la problemática social. Cabe resaltar a nivel teórico que la importancia del estudio de las representaciones sociales está dado en su carácter de transdisciplinariedad y en la interdisciplinariedad.

Otro aporte valioso es la tesis “Caracterización socio-cultural de la población afiliada a EMSSANAR ESS, en el municipio de San Andrés de Tumaco,

⁴ López, Natalie. “Las representaciones sociales de la población en situación de desplazamiento recepcionada en Pasto frente al conflicto armado interno y el desplazamiento forzado” Tesis de grado. Universidad de Nariño.2006.

Departamento de Nariño”⁵. En primera medida este estudio logra adentrarse a la realidad social y cultural de la población objeto del estudio, con instrumentos metodológicos como la observación directa, entrevistas y talleres, lograron establecer un diálogo de saberes con la misma comunidad, así como la interrelación de las características sociales y culturales y la temática de salud.

A través de esta caracterización, se evidenciaron problemas en cuanto al saneamiento básico, alcantarillado y tratamiento de aguas, servicios públicos, bajos niveles de vida, pobreza y marginalidad; ello sumado a los problemas de conflicto armado que se presentan en la zona y acrecentado por los efectos que ello origina, como desplazamiento forzado, entre otros.

Se observa que la población estudiada, tiene bajo nivel educativo con índices altos de analfabetismo, por lo tanto es difícil el conocimiento de las normas requeridas para optimizar el nivel de vida.

Dentro de los componentes culturales, analiza vivencias, cosmovisiones y prácticas culturales de la población del litoral pacífico, teniendo en cuenta el proceso histórico y las modificaciones en el marco de la modernización. Esta investigación resalta las formas culturales de la comunidad, ya que en la temática de salud se encuentran inmersas a través de sus hábitos; contrastados a los intentos de adecuarse a la época moderna; y como en sus nuevos conceptos de subsistencia, se busca la recuperación de sus saberes y conocimientos ancestrales.

Este estudio concluye con la apreciación que en Tumaco la prestación de los servicios de salud presenta una serie de falencias en diferentes campos tales como la infraestructura, la dotación, el recurso humano disponible, entre otros factores, que impiden que la población acceda a los servicios de manera satisfactoria. Así como la mala prestación de los servicios públicos como acueducto y alcantarillado, agudizan los riesgos de enfermedades y demás patologías que afectan la salud, sobre todo en la zona rural y en los barrios ubicados en los puentes palafíticos.

Este tipo de investigaciones recomienda, adelantar estudios de esta temática, en primer lugar porque entre ellos se enriquecen y complementan, y en segundo lugar porque se genera un conjunto de interrogantes que pueden ser abordados mediante diferentes proyectos de investigación fortaleciendo las líneas de investigación en beneficio de la población que más lo necesita.

⁵ Villota, Karol y Salas, Gabriel. “Caracterización socio-cultural de la población afiliada a EMSSANAR ESS, en el municipio de San Andrés de Tumaco, Departamento de Nariño”. Tesis de grado. Universidad de Nariño.2006.

1.2 MARCO SITUACIONAL

El departamento de Nariño, está ubicado al sur occidente Colombiano, con una Latitud Norte de 00° 31'08'' y 02° 41'08'' y Longitud Oeste de 76° 51' 19'' y 79° 01' 34'', con una superficie de 33.265 km², que corresponden al 2,9% de la extensión total del país. Limita al norte con el departamento del Cauca, al sur con la república del Ecuador, al oriente con el departamento del Putumayo y al occidente con el Océano Pacífico.

Cuadro 1. Indicadores generales geográficos y políticos Departamento de Nariño

INDICADOR	VALOR
Superficie	33.265 kilómetros cuadrados
Superficie ocupada por resguardos indígenas	258. kilómetros cuadrados
Fecha creación departamento	6 de agosto de 1904
Municipios	64
Corregimientos	230
Inspecciones de policía	416
Regiones geopolíticas	Región central, Región Centro Occidental, Región Occidental, Región Sur y Región Norte
Capital	San Juan de Pasto Población municipio de Pasto 424.283 (2005)
Densidad de población	49.9 Hab. x kilómetro cuadrado

Fuente: Instituto Departamental de Salud- Oficina de epidemiología.

Nariño está conformado por 64 municipios, 67 resguardos indígenas y 56 consejos comunitarios, cuenta con una población de 1.719.162 habitantes, de los cuales 776.512 corresponden a la zona urbana y 942.651 a la rural con una tasa de crecimiento de 1,69%. (DANE 2003). La población indígena está presente en nuestro departamento en un porcentaje del 70,4%, la población negra en un 18,3% y la mestiza en un 74,3%. (DANE 2004).

El departamento de Nariño con más de 1.5 millones de habitantes sigue siendo rural con un 55% de su población. Un 74% de la población es mestiza y habita principalmente la zona montañosa, un 18% es Afrodescendiente y se localiza en los municipios del Pacífico y un 8% es indígena y habita los municipios de Ricaurte, Córdoba y Cumbal, al sur del departamento siendo fronterizos con Ecuador.

Con respecto a indicadores generales para el departamento el 65% de la población se encuentra con necesidades básicas insatisfechas; en vivienda el 39% de la población vive en viviendas inadecuadas; en educación el 54.2% de los

niños entre los 7 y los 17 años no asiste a la escuela y el 8.4% de la población de 18 años en adelante no saben leer ni escribir.

Cuadro 2. Indicadores básicos socioeconómicos

INDICADOR	NARIÑO	COLOMBIA
Población en necesidades básicas Insatisfechas (%) 2004	27.4	21.1
Coefficiente de GINI, indicador de equidad respecto al ingreso. donde 0 es perfecta distribución y 1 es absoluta desigualdad	0.53	0.55
Población bajo línea de indigencia (%) 2004	28.2	17.4
Población bajo línea de pobreza (%) 2004	67.3	52.7
Índice de desarrollo humano, es el resultado de medir tres áreas: esperanza de vida, educación y PIB per capita. 2004	0.73	0.79
Índice de condiciones de vida (%) 2004	69.44	78.79
Población en miseria (%) 2004	6.7	5.3
Años promedio de educación para población de 15 y mas años Total. 2004	6.4	7.7
Años promedio de educación para población de 15 y mas años hombres. 2004	6.4	6.4
Años promedio de educación para población de 15 y mas años mujeres. 2004	6.3	7.8

Fuente: Ministerio de la Protección Social – IBS, 2006.

En salud el 39.8% de la población no está cubierta por ninguna entidad y el 49% de la población que estuvo enferma no fue atendida por no tener afiliación alguna y el 22.3% de la población infantil menor a 5 años no tiene tarjeta de vacunación. El acceso al alimento se ha visto disminuido en la población por falta de recursos económicos para acceder a ellos. Al 87.1% de las familias le faltó dinero en los últimos 30 días, el 66.7% disminuyó el número de comidas por falta de recursos económicos.

Cuadro 3. Aseguramiento y gasto departamental en salud

INDICADOR	VALOR	%
Población Base (censo DANE 2005, cálculo preliminar)	1.498.234	100%
Afiliados a régimen subsidiado	905.882	60.46
Afiliados al régimen contributivo	362.051	24.17
Regimenes especiales (Fuerzas armadas, ECOPETROL, magisterio)	44.947	3.00
Vinculados (Población pobre y vulnerable)	407.748	27.22
Personas no afiliadas al sistema (Población con capacidad de pago)	230.307	15.37
Población total con NBI	824.691	56
Prestación de servicios población pobre no asegurada MUNICIPIOS	18.066.229.600	
Prestación de servicios población pobre no asegurada DEPARTAMENTO	58.763.836.988	
Rentas cedidas (Inversión Prestación de servicios población pobre no asegurada y acciones NO POS-S)	15.150.450.948	
PAB Departamental	6.234.982.727	
PAB Municipal	7.620.534.449	

Fuente: Instituto Departamental de Salud – Oficina de Aseguramiento – Oficina de Presupuesto. 2006.

Nariño registra un crecimiento poblacional anual de 2,03% durante los años anteriores a 1.964, desciende en los próximos años al 1,74% y al 2.004 la variación poblacional llega al 1,66%. Según la distribución etárea, Nariño es un departamento eminentemente compuesto por jóvenes, característica de las regiones en vía de desarrollo, precedidas por patrones altos de fecundidad y natalidad lo que genera una pirámide poblacional de base amplia que se va reduciendo en los rangos de mayor edad; la mayor franja de la población tiende a concentrarse específicamente entre los 20 – 35 años de edad, franja que presiona con mayor fuerza el mercado laboral, por lo que es imperante definir acciones para la generación de nuevas fuentes de empleo y de seguridad social toda vez que la población económicamente activa continua creciendo a un ritmo más acelerado que las oportunidades de trabajo.

Los índices de dependencia originados en los rangos de población conformada por los grupos en edades menores de 15 y mayores de 64 años, o personas que por sus condiciones físicas y sociales deben proveerse de los recursos generados por la población económicamente activa, es del 37% para los primeros, debido a las altas tasas de natalidad y 4,7% para los segundos, cifras superiores al promedio nacional que alcanzan el 34% para los menores de 15 años y de 4,5% en los ancianos y dista mucho de los países desarrollados que manifiestan índices porcentuales con mayor equilibrio: 20% y 13% respectivamente.

Del total de la población censada en 1.993, el 55% se encuentra ubicada en las zonas rurales, y el 45% se encuentra en las zonas urbanas. En municipios como Pasto, Ipiales y Tumaco, el mayor porcentaje de la población habita en las áreas urbanas con 89%, 79,67% y 50,51% respectivamente. En el resto de municipios la mayoría de la población habita en las áreas rurales.

Según los resultados del Censo de 1993, en el Departamento de Nariño del total de la población estimada para ese año en 1.443.671, el 15% carece de vivienda adecuada, el 20,1% carece de servicios públicos adecuados, el 32,6% vive en hacinamiento crítico, el 11,3% reporta inasistencia escolar, el 16,6% tiene alta dependencia económica. En general el 27,4% de la población vive en miseria absoluta y el 53% en pobreza. Estos resultados permiten concluir que a nivel ponderado es la Costa (sin tener en cuenta a Tumaco) la que mayor índice de pobreza y miseria presenta con el 76% y 40% respectivamente, seguido de la zona occidente con el 73% y 45%. Le sigue la zona norte muy de cerca con el 65% y 37% y la zona centro (sin Pasto) con el 62% y 32%.

Según el Plan de Desarrollo de Nariño, de la población total (1.719.162 habitantes), un porcentaje del 53% presenta Necesidades Básicas Insatisfechas y 27,4% se encuentra en situación de miseria. Los municipios que reportan mayores

índices de necesidades básicas insatisfechas son: La Florida con 90.4%; Providencia 96.2%, El Rosario 99,7%, Magüí Payan 96,6%⁶.

Cuadro 4. Municipios con mayor NBI y miseria en el Departamento de Nariño

MUNICIPIO	NBI %	MISERIA %
EL ROSARIO	99.70	96
MAGÜÍ	96.60	64.50
PROVIDENCIA	96.20	82.40
LA FLORIDA	90.40	49.10

Fuente: Plan de Desarrollo Departamental de Nariño. 2004-2007.

De la población con Necesidades Básicas Insatisfechas, únicamente el 60.46% está afiliados al Régimen Subsidiado en Salud (ver cuadro 3); con altos niveles de concentración en diez municipios (Pasto, Ipiales, Túquerres, Tumaco, Barbacoas, Sandoná, Samaniego, La Unión, Guachucal, Cumbal).

Las políticas sociales encaminadas a atender la población vulnerable (mujer, menor, juventud y adulto mayor), no han dado los resultados esperados. Por ejemplo, las mujeres que representan el 49% de la población total, el 13% se encuentra en situación de extrema pobreza, con baja cobertura en el sistema educativo y con problemas de salud sexual y reproductiva. Esta población se ha visto sometida a problemas de violencia intrafamiliar, los que se agravan por la escasa celeridad en los procesos judiciales, la carencia de redes de apoyo operativas y funcionales, así como por factores de tipo social, económico y cultural que interfieren en esta problemática.

En este momento la fragilidad de la economía nariñense, no brinda espacios favorables para el mejoramiento de las condiciones de vida. La baja tecnología del sector agropecuario, la carencia de un sector industrial propiamente dicho y la ascaza infraestructura básica, entre otros factores, generan alarmantes tasas de desempleo (el año 2002 ascendió al 15,2% y el subempleo al 43%).

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, presenta una cobertura en el Régimen Contributivo de 13,6% y un 41,4% en el Régimen Subsidiado, lo que genera un desequilibrio económico en el Sistema, por cuanto con recursos de solidaridad del Régimen Contributivo se cofinancia el Régimen Subsidiado; de igual manera se observa que el 42,1% de la población no está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la población afiliada

⁶ GOBERNACION DE NARIÑO. Departamento Administrativo de Planeación y Desarrollo. Plan de Desarrollo. La fuerza del cambio continúa. 2004-2007. Pasto:2004.

al Régimen Subsidiado no se le garantiza un Plan Obligatorio integral, esto nos permite concluir que estamos distantes del cumplimiento de política enmarcada en la Ley 100 del 1993, que preveía que el 100% de la población este afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para el año 2003 los recursos distribuidos para el Departamento de Nariño, del Sistema General de Particiones (12 doceavas) fueron los siguientes:

Cuadro 5. Recursos distribuidos al Departamento de Nariño del SGP*

CONCEPTO	VALOR	%
SGP-REGIMEN SUBSIDIADO	90.614.188.548	58
SGP SALUD PÚBLICA	6.390.221.945	7,44
MUNICIPIOS	5.228.363.413	
DEPARTAMENTO	-----	
TOTAL SALUD PUBLICA	11.618.585.358	
SGP-PRESTACIÓN SERVICIOS	20.550.112.624	34,56
MUNICIPIOS	33.429.818.478	
DEPARTAMENTO	-----	
TOTAL PRESTACIÓN SERVICIOS	53.979.931.102	
TOTAL RECURSOS SGP	156.212.705.008	100

Fuente: Plan de Desarrollo de Nariño. 2004-2007.

*SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se financia en un alto porcentaje con recursos del Sistema General de Participaciones creado mediante Ley 715 de 2001, correspondiéndole a este sector el 24,5 % de estos recursos con los que se financia lo correspondiente a Salud Pública, Aseguramiento al régimen subsidiado y la atención a la población pobre y vulnerable. De igual manera el Fosyga cofinancia el régimen subsidiado.

El Fosyga para la cofinanciación del régimen subsidiado en el año 2003, asignó la suma de \$34.737.418.666 para el Departamento de Nariño. Los valores asignados para la atención de la población pobre y vulnerable y los eventos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, no son lo suficiente para garantizar la atención integral de esta población, teniendo en cuenta que el POS's⁷ cubre menos del 40% de las patologías de los 710 mil afiliados del Régimen Subsidiado. Los recursos destinados para salud pública que representan el 7,44% del total de Recursos del Sistema General de Participaciones, deben incrementarse para lograr impacto bajo un modelo preventivo.

⁷ Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado.

Las fuentes de financiación en cifras consolidado desde el año 2002 hasta el 2006, se presenta en la siguiente tabla:

Cuadro 6. Fuentes de financiación para la atención a población pobre y vulnerable

	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL OFERTA	31.495.507,267	44.379.527.263	53.743.420.926	55.650.901.553	56.183.368.767
S.G.P.	27.112.142.071	29.917.424.236	35.917.036.858	36.815.357.390	38.195.926.631
RENTAS CEDIDAS	2.334.150.963	11.035.620.000	12.241.161.368	14.196.202.642	13.591.268.652
CONTRATOS HOSPITALES	29.446.293.034	40.953.044.236	48.158.198.226	51.011.560.032	51.787.195.283
NO POS	2.049.214.232	3.426.481.027	5.585.222.700	5.539.341.521	3.421.207.779

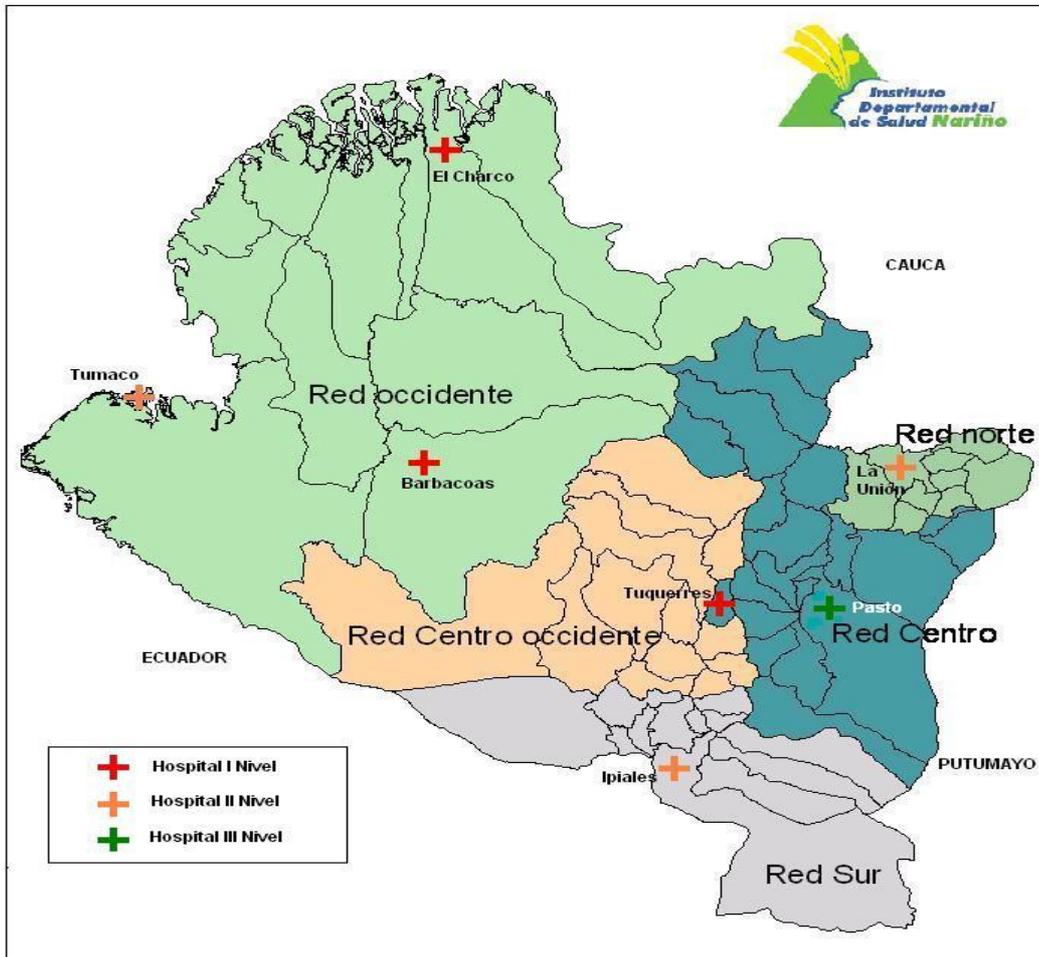
Fuente: Ejecución Presupuestal 2002-2006.Oficina de Presupuesto Noviembre de 2006.IDSN.

El Departamento de Nariño, dando cumplimiento a la Ley 715 de 2001, ha constituido una Red de Prestadores de Servicios con el objetivo de optimizar los recursos ante la oferta, que se basa en la organización de las unidades prestadoras de salud con principios de accesibilidad, oportunidad, eficiencia y eficacia para la prestación del servicio de salud.

Es así, como se conforman 12 nodos de atención que por su capacidad resolutive pueden hacer complementariedad del primer nivel de atención a otras IPS, de manera integral; estos nodos están ubicados estratégicamente en cinco zonas del departamento, a saber:

- Zona Centro, congregando 27 municipios de los cuales el 88,8% se encuentran descentralizados con la conformación de 23 Direcciones Locales de Salud y 1 Secretaría Municipal, faltando en este proceso los Municipios de Barbacoas, El Peñol y Nariño.
- Zona Norte estructurada con 6 municipios descentralizados a través de Direcciones Municipales de Salud.
- Zona Sur conformada por los 12 municipios descentralizados de la llamada Ex provincia de Obando.
- Zona Occidente con 7 municipios de la Costa Pacífica descentralizados a excepción de El Charco.
- Zona Centro-occidente conformada por 12 municipios; de los cuales, tres: Sapuyes, Túquerres y Samaniego no se encuentran descentralizados.

Gráfico 1. Mapa red prestadores de servicios



Fuente: IDSN: Oficina de Atención a Población Pobre y vulnerable. 2007.

Lo anterior demuestra que en el departamento en un 89,6% de los municipios se ha dado cumplimiento al proceso de descentralización administrativa y financiera con un limitado cumplimiento de sus competencias dentro de la aplicación del Sistema General de Seguridad Social, generado por la baja capacidad técnica del recurso humano, en especial en las Direcciones Locales de Salud, afectando el desarrollo del proceso.

La Red Pública Departamental cuenta con trescientas setenta y tres Instituciones Prestadoras de Salud, distribuidas porcentualmente, así:

- Primer nivel de atención 98,4%
- Segundo nivel de atención 1,3%
- Tercer nivel de atención 0,3%

La red cuenta con 96 ambulancias de las cuales 87 están ubicadas en el primer nivel, 6 en el segundo y 3 en el tercer nivel de atención.

Por otra parte, si bien es cierto el recurso humano en las diferentes instituciones de salud se encuentra proporcionalmente distribuido en 33% para el área administrativa y 67% para el área asistencial, es un recurso humano con perfiles no adecuados a los requerimientos, especialmente en el primer nivel de atención.

Las instituciones de salud no cuentan con el equipamiento que garantice una tecnología biomédica apropiada para una eficaz capacidad resolutoria, en especial en el II y III nivel de complejidad, competencia del departamento. En consecuencia hay muy limitados servicios de IV nivel de atención que obliga a remitir al usuario a Instituciones Prestadoras de alta Complejidad fuera del departamento.

Pese a que existe una amplia cobertura a través de la ubicación de IPS, como estructura física, no se puede asegurar que todas ellas cuenten con los requerimientos mínimos para prestar un servicio público de calidad, es preciso anotar que en algunos municipios apartados se carece de talento humano capacitado, personal médico, paramédico y administrativo, que atienda a la población ubicada en los sectores rurales del departamento.

En el Plan de Desarrollo del Departamento de Nariño, se han identificado, mediante una matriz DOFA, un conjunto de características que diagnostican el estado del sector salud, aquí citadas:

Cuadro 7. Matriz DOFA sector salud en el Departamento de Nariño

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Débil capacidad de vigilancia y control: de acuerdo a competencias de Ley 715 ▪ Crecimiento desordenado de la oferta de servicios y de capacidad resolutoria ▪ Débil capacidad de gestión y operatividad de la red de prestadores de servicios ▪ Cobertura insuficiente del régimen subsidiado ▪ Falta de políticas departamentales que orienten el desarrollo del sector salud ▪ Coberturas insuficientes en acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública ▪ Desequilibrio financiero del sector ▪ Incipiente sistema de información del sector salud ▪ Débil participación comunitaria y control en el sistema ▪ Modelo de atención enfocado a la habilitación y recuperación de la salud y no a la promoción y prevención ▪ Poco compromiso con la administración del riesgo de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo técnico y financiero de agencias internacionales ▪ Marco legal y sustento normativo del sector ▪ Aumento en la gestión y resultados en las rentas departamentales ▪ Ampliación de plazos en el proceso de saneamiento contable, lo que permite una revisión más exhaustiva de la información económica

afiliados por parte de ARSs y EPSs y entidades adaptadas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incumplimiento de las obligaciones legales de ARSs y alcaldías en el manejo de los recursos ▪ Falta de coordinación intersectorial a nivel departamental ▪ Falta de coordinación interinstitucional a nivel nacional ▪ Desconocimiento de la población real del departamento y sus municipios. 	
FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posicionamiento del IDSN en el Sector Salud del departamento ▪ Voluntad política del ejecutivo departamental ▪ Continuidad de las políticas departamentales de Gobierno ▪ Recurso humano altamente capacitado, calificado y con experiencia ▪ Compromiso y pertenencia institucional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incumplimiento, contradicciones y diferencia de interpretaciones en la aplicación de la normatividad vigente. ▪ Débil apoyo de la red de controladores ▪ Presencia del conflicto armado ▪ Falta de voluntad política de apoyo al sistema en el nivel municipal.

Fuente: Plan de Desarrollo de Nariño. 2004-2007

Estos factores identificados, son base para determinar políticas desde la administración departamental a través de líneas de acciones encaminadas a la participación, vigilancia y control en cuanto a la eficiencia y calidad del servicio de salud, propender por el incremento de la cobertura del régimen subsidiado, a través de la ampliación de cupos y mayor control en el sistema de afiliación con equidad, así como la inversión eficaz y racional de los recursos destinados a la prestación del servicio.

En este sentido, un objetivo básico en la actual administración es lograr consolidar y desarrollar la Red de Servicios Pública Departamental, que permita garantizar la prestación de servicios en el marco de modelo de calidad de atención, oportunidad, eficiencia y eficacia, mediante la reorganización de hospitales y cambio de modelos de atención y operativizando el Sistema de Referencia y Contrarreferencia acorde con la capacidad resolutiva Institucional y red de servicios.

En cuanto a la ampliación de cobertura, se pretende mediante la depuración de la base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado para corregir las múltiples afiliaciones, duplicidades y demás inconsistencias que presentan actualmente, adelantando gestión ante el Gobierno Nacional para la consecución de nuevos cupos del Régimen Subsidiado, exigiendo a los municipios que los rendimientos financieros que generen los recursos del Régimen Subsidiado, se utilicen para la ampliación de cobertura y liderando conjuntamente con los municipios de la Costa Pacífica el proyecto de asignación de una U.P.C. diferencial para los afiliados al

Régimen Subsidiado de esta Región, ante el Consejo Nacional de Seguridad Social.

Por último, en lo que se refiere a la limitación de recursos para la atención a la población pobre y vulnerables y eventos no-pos en los tres niveles de atención que contribuyen a la baja cobertura en prestación de servicios a la población, disminuyendo la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de los mismos, se pretende garantizar mayor cobertura a través del uso adecuado y oportuno de los recursos, con estrategias como: la ejecución de los recursos de oferta, mediante Contratos de Prestación de Servicios de Salud con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas en los diferentes niveles de atención; vigilando la adecuada utilización de los recursos y calidad de prestación de servicios a través de la Auditoria Concurrente y de cuentas; acompañando y prestando asistencia técnica en procesos que permitan mejorar la Calidad de Prestación de Servicios y gestionando a través del Instituto Departamental de Salud, para que todos los actores del Sistema General de Seguridad Social cumplan con las obligaciones legalmente establecidas frente a la prestación de servicios de salud.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 La pobreza. La pobreza en la presente investigación se define como un estado en el cual se presenta una carencia de ingresos o limitaciones a la libertad de escogencia, que llevan a una reducción en la capacidad de satisfacer un conjunto de necesidades y obtener un nivel mínimo deseado de bienestar.

La pobreza es la negación de oportunidades y de las opciones más fundamentales del desarrollo humano: vivir una vida larga, sana y creativa y disfrutar de un nivel decente de vida, libertad, dignidad, respeto por sí mismo y por los demás. La pobreza es una condición social en la cual las personas carecen de condiciones económicas para poder acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido y educación. La pobreza en Colombia es una condición que excluye a grupos enteros, deshumaniza y crea un sentido de desamparo y pérdida de control de sus vidas y al acceso a posibilidades de progreso. La pobreza ha sido identificada como causa, factor contribuyente, catalizador y resultado de la mala salud, el entorno insalubre y malsano en el que viven las personas pobres es frecuentemente causa de mala salud y de condiciones higiénicas deplorables.

La multidimensionalidad y persistencia de la pobreza en Colombia hace que las nuevas generaciones tengan dificultades para superar esta condición, por ejemplo los niños de estas familias difícilmente culminarán sus estudios o serán enfermos recurrentemente, por lo tanto, estarán sujetos al desempleo o a trabajos de muy baja calificación, a muy bajas remuneraciones y sus familias se enfrentarán nuevamente al mismo círculo vicioso de pobreza.

Este tipo de población bajo estas condiciones citadas, no son capaces de romper con dicho círculo presentando vulnerabilidad por su escasa vinculación con redes de apoyo, y por la inaccesibilidad a los beneficios dispuestos de manera prioritaria para ellos, aunque algunas propuestas les permitiesen suplementar o incrementar ingresos.

Al hablar de la pobreza, se hace necesario tomar elementos relacionados con la economía, ya que gran parte de la pobreza en el mundo se debe a un bajo nivel de desarrollo económico, la pobreza es considerada como un indicador de desigualdad, por lo tanto, las naciones en el mundo entero han tratado de mitigar los efectos de la pobreza por medio de diferentes programas. Los países en vías de desarrollo reportan los niveles más altos en pobreza y miseria, de manera que los gobiernos centrales se han apropiado de la problemática de la pobreza, a través de reformas estructurales, y se convierte en garante de condiciones mínimas de vida para población pobre y vulnerable.

La política macroeconómica de un país debe buscar, en principio, alcanzar dos objetivos principales: un nivel estable y preferiblemente alto de crecimiento económico, así como una distribución adecuada de los frutos de dicho crecimiento. El manejo de las variables económicas debe ser congruente con estos objetivos, incluyendo el manejo fiscal, monetario y cambiario⁸.

Después de varias décadas de crecimiento estable hacia finales de la década de los noventa Colombia experimentó la más severa crisis de los últimos setenta años. Los primeros síntomas se presentaron en 1996, cuando durante dos trimestres consecutivos se dio un crecimiento negativo del PIB. Para 1999, la recesión se había profundizado y el crecimiento del PIB cayó a su nivel histórico más bajo: -4,5%. Entre 1.995 y 2.000 la tasa de desempleo se triplicó y la pobreza aumentó en 9 puntos porcentuales. Hasta la crisis de finales de los noventa, Colombia había basado su red de protección en el crecimiento de la economía. Esta crisis demostró que el país no tenía un portafolio de programas de prevención de crisis como tampoco una red de protección adecuada que le permitiera a la población pobre y vulnerable enfrentar los efectos de las crisis. Los programas existentes tenían bajas coberturas, eran poco flexibles y su focalización no era adecuada. Así mismo, la financiación de los programas sociales era, y sigue siendo procíclica, esto implica que en épocas de crisis, cuando la atención para mitigar los choques se necesita más, los recursos caen y las coberturas se reducen aún más. Existe, además, una gran fragmentación de los programas en diversas entidades, lo que en ocasiones se refleja en multiplicidad de programas y poblaciones objetivo.

Los efectos de las crisis sobre los hogares son diversos: los ingresos caen, incrementando la pobreza y la brecha de pobreza; los jefes de hogar pierden su

⁸ Núñez, Jairo y Espinosa Silvia. Pobreza y Protección Social en Colombia. Asdi- PNUD. Quebecor Word Bogotá S.A. 2005.

empleo, obligando a los demás miembros del hogar, incluso a los niños, a incrementar su participación laboral; la deserción escolar aumenta; y los indicadores nutricionales y de salud empeoran. Estos efectos no siempre son temporales, y no son rápidamente reversibles una vez los ingresos comienzan a crecer de nuevo. En el caso particular del país, la crisis de finales de los noventa duplicó la tasa de desempleo e incrementó tanto la incidencia de pobreza como la brecha de pobreza.

La crisis de finales de los noventa no sólo afectó el nivel de empleo sino también la calidad del empleo. Entre 1992 y 2000 el tamaño del sector informal creció de 54 a 60%. Para 2003, se estima que 74% de los ocupados lo están en el sector informal, un sector que se caracteriza por tener bajos niveles educativos, baja productividad y una baja capacidad de acumulación de capital. En términos de la calidad del empleo, la crisis también tuvo impactos importantes sobre la tasa de subempleo, la cual se incrementó de 11 a 34,6% entre 1995 y 2002⁹.

Un incremento en el desempleo como el que presenció Colombia, en particular, cuando la duración del desempleo es alta, puede afectar el bienestar de los hogares a mediano y largo plazo. Esta es una situación preocupante para los pobres, cuyo principal activo es el trabajo y quienes dependen en mayor medida de los ingresos laborales. Los bajos niveles de capital humano de la población más pobre se deterioran aún más en épocas largas de desempleo, lo que puede tener efectos no sólo sobre su nivel de ingresos futuros, sino también sobre su empleabilidad futura.

Los años noventa se distinguen por una marcada transformación del funcionamiento de la política social en el país. Como resultado de la Constitución de 1991 y la ley 60 de 1993 (renovada por la ley 715 de 2001), el país adquirió una nueva estructura de funcionamiento, en la cual el ámbito nacional se encargaría de la orientación, coordinación y dirección general de los programas en materia de salud, educación y servicios públicos. El principal reto de la descentralización era incrementar la eficiencia en la prestación de los servicios sociales públicos, de acuerdo con la noción de que los programas se pueden diseñar mejor a escala local, donde se tiene acceso a información más completa y directa de las necesidades de la población. Hoy en día los gobiernos locales tienen mayores competencias y responsabilidades, empezando por la coordinación en la prestación de los servicios, así como el diseño específico de los programas.

Como consecuencia de esta transformación, Colombia se embarcó en la tarea de incrementar de manera sostenida el gasto público destinado a los sectores sociales: entre 1990 y 2003, la participación del gasto social en el PIB pasó de 11 a 15%. Sin embargo, la tendencia creciente del gasto social se revirtió temporalmente como consecuencia de la recesión económica, en especial, en

⁹ Ibidem.

2002 cuando el gasto social fue de 13% del PIB. Parte del aumento del gasto se puede atribuir al proceso de descentralización que comenzó a principios de la década de los noventa. En este proceso, el gasto público social del país se orientó a los sectores de la salud y la educación; sin embargo, a diferencia de la gran mayoría de países vecinos, el proceso de descentralización colombiano olvidó por completo la asistencia social. Y, como consecuencia, la carga de una de las responsabilidades más importantes del Estado sigue en cabeza de la nación, y hasta la actualidad las entidades territoriales no han tenido un papel importante en la financiación y provisión de asistencia social¹⁰.

Factores como los señalados han contribuido al bajo crecimiento de la economía colombiana que en el período 1995-2001 fue de 1,62% promedio anual, agudizándose en algunas regiones que como Nariño, que ha mantenido un crecimiento de apenas 1,49% promedio anual y una participación en el Producto Interno Bruto -PIB- Nacional, que en su mejor momento ha llegado al 1,7%, mostrando un comportamiento económico bastante inestable con presencia de años críticos en los que la participación ha descendido a 1,45% (1990 y 1993, respectivamente).

La economía nariñense se ha caracterizado por un bajo grado de competitividad que la ubica en el puesto 18 de 23 departamentos analizados, lo cual está estrechamente relacionado con los bajos niveles de inversión en ciencia y tecnología, que igualmente sitúan a Nariño en los últimos puestos (17 de 23 departamentos), según estudios de Confecámaras:

Cuadro 8. Departamentos y factores de competitividad

Dptos.	Fortaleza Económica	Gobernabilidad	Finanzas	Infraestructura	Recurso Humano	Ciencia y Tecnología.	Internacionalización	Gestión Empresarial	Medio Ambiente	Competitividad
Bogotá	1	3	1	1	1	1	6	5	16	1
Valle	2	5	3	3	5	5	3	6	14	2
Antioquia	3	4	2	5	4	4	2	3	13	3
Risaralda	8	6	10	7	7	7	9	10	2	9
Tolima	9	19	9	16	12	12	18	15	22	11
Huila	11	12	11	9	21	21	22	17	11	13
Nariño	21	18	18	15	17	17	17	14	20	18
Cauca	22	11	23	19	6	6	13	12	17	19
Chocó	23	14	22	23	18	18	10	21	7	23

Fuente: Confecámaras 2003.

Esta posición de desigualdad, sumada a la aplicación de políticas indiscriminadas de apertura económica, ampliaron la brecha de pobreza, en un departamento fundamentado en un sector primario explotado de manera tradicional con énfasis

¹⁰ Ibidem.

en una economía de subsistencia, basado en una estructura de tenencia de la tierra mayoritariamente minifundista donde el 80% de los predios son menores de cinco hectáreas y ocupan el 32,4% de la superficie total, mientras los grandes predios ocupan el 67,6%. Una mirada a los componentes de este sector permite determinar que el sector agrícola ha visto disminuida sus áreas cultivadas de 151.864 hectáreas en 1990 a 98.929 hectáreas en el año 2001 afectando principalmente los cultivos transitorios, en tanto que es notorio el incremento de cultivos de uso ilícito. A esto se suman factores como: inoportuna transferencia y adopción de tecnología, inadecuada comercialización, deterioro de uso y manejo de suelos, tratamiento poscosecha, factores climatológicos y fitosanitarios y la inseguridad que es factor determinante para el sector agropecuario.

Al analizar el comportamiento del sector agropecuario entre los años 1980 y 1990, se observa una disminución en la participación de las actividades agrícolas, mientras que la actividad pecuaria y específicamente la ganadería de leche se incrementó del 25% al 45% comportamiento que se ha mantenido durante los últimos siete años. Estos resultados consolidan esta actividad como la de mayor dinamismo en la economía regional.

El Departamento de Nariño presenta una marcada vocación pecuaria (453.639 has), especialmente la ganadería de leche, ocupando un importante renglón productivo dado los volúmenes destinados al consumo directo, procesos de industrialización y despachos a otros departamentos. La actividad pesquera por su parte, contribuye con el 1,5% del PIB departamental, y en lo que respecta a la minería en el Departamento de Nariño se conocen numerosas explotaciones de oro, las de tipo aluvial en la región pacífica, asociada a los cursos de los ríos Patía, Iscuandé, Mira y Telembí; y las de oro de veta y filón en las regiones de Samaniego, Los Andes, La Llanada, Santacruz de Guachavés, Mallama, Cumbitara, Túquerres - Yascual, El Tambo, Buesaco, Ancuya, Colón, Leiva y El Rosario.

El sector agrario en Colombia, bajó su participación en 1999 al 13% después de ser el 16,2% en 1990, aunque muestra una recuperación al año 2000 con una tasa del 19,13%. Nariño, por su parte, pasa de representar el 0,56% en 1990 al 0,49% en el 2000 indicando un deterioro en su participación al PIB agrario nacional.

Una revisión al comportamiento de las principales ramas de la actividad económica permite observar la decadencia de la industria, comercio, restaurantes y hoteles, contrario a la actividad financiera que muestra signos de recuperación al pasar del 7,3% en 1989 al 10,4% en el año 2000, igual sucede con la rama de Servicios Comunales, Sociales y Personales que pasa del 29% en 1989, al 34,6% en el año 2000 presentando una dinámica basada en actividades de bajo perfil. Dentro de esta rama económica se ubica el turismo que no ha sido considerado como potencial de desarrollo, no obstante posee grandes atractivos turísticos por la riqueza paisajística y el Patrimonio Arquitectónico, debido entre otras causas a

la baja capacitación turística, débil organización gremial e interinstitucional y el escaso apoyo estatal.

CUADRO 9. Departamento de Nariño – Ramas de la actividad económica

RAMA	1989	2000
Agropecuaria, silvicultura y pesca	35,6	30,87
Industria manufacturera	5,2	3,79
Construcción	4,4	3,34
Comercio, restaurantes y hoteles	11,9	9,55
Transporte, almacenes y comunicaciones	4,9	7,4
Establecimientos financieros, seguros e inmuebles	7,3	10,42
Servicios comunales, sociales y personales	29,0	34,63

Fuente: Plan de Desarrollo Departamental.2004-2007.

La presencia de grupos armados al margen de la ley es uno de los principales problemas del departamento, combinado con cultivos de uso ilícito. Según el actual Plan de Desarrollo, en los 64 municipios del departamento hay 55 mil hectáreas de amapola, coca y marihuana y hay presencia de grupos subversivos en el 71% de los municipios.

La situación laboral en el área urbana es crítica, toda vez que la economía no ofrece mayores posibilidades para los trabajadores con mano de obra calificada que salen cada año de las universidades, evidenciando claramente que la gran masa de empleo generado, se desarrolla en ocupaciones de bajo perfil de preparación, como vendedores del comercio, obreros de la construcción, empleados en servicios personales y trabajadores informales; población predispuesta a ser altamente itinerante, que fácilmente pasa de jornalero a obrero en la construcción, según el auge económico, dando origen al desempleo cíclico.

De esta forma se explica cómo los ingresos de los ocupados cuya tasa alcanzó el 61,3% en el 2001, cerca del 80% de estos no superan los dos salarios mínimos y cerca del 50% subsiste con menos de uno.

El deterioro del ingreso de los nariñenses es evidente pues las cifras revelan que para 1989 de 100 pesos que ganaba un colombiano, el nariñense ganaba \$53, mientras para el año 2000 de los mismos \$100 se gana \$42, ubicándose en condiciones similares a departamentos de menor desarrollo como el Chocó.

Así las cosas en medio de la globalización y su tendencia homogenizadora, un proceso que conduzca al desarrollo, debe estar sustentado en las características culturales, en la concienciación del colectivo y en un gran sentido de pertenencia.

Nariño, como parte del territorio colombiano tiene que involucrarse en el contexto globalizador y para ello debe buscar un mayor crecimiento del PIB y consecuentemente una mayor participación dentro del PIB Nacional, lo cual es posible lograr reactivando los sectores productivos con políticas locales y sectoriales que apunten a mejorar el grado de competitividad y productividad, aprovechando la variedad de productos agropecuarios y su alta aceptabilidad en el mercado. Mas, este proceso no debe continuar con la característica de ser proveedor de materias primas de manera tradicional, sino que hay que imprimirle un alto grado de industrialización que genere un mayor valor agregado a la región, lo cual se logrará, además, con innovación, tecnología y alta asociatividad de los pequeños y medianos productores y empresarios.

En este orden de ideas, Nariño tiene una gran posibilidad de desarrollo con el impulso de las cadenas productivas, de las cuales las de mayor importancia para la región andina son: papa, lácteos, fibras naturales, marroquinería y caña panelera y para la región pacífica: pesca, palma africana, turismo y cacao, que le van a permitir aprovechar ese gran potencial que significa la posición fronteriza. Sin olvidar que en el contexto globalizador las pequeñas localidades difícilmente podrán salir adelante de manera individual, sino se realizan alianzas estratégicas y la conformación de una región con potencialidades de desarrollo.

En una sociedad postmoderna caracterizada por brechas sociales marcadas, por inequidad social y oportunidades limitadas, por la competencia entre naciones y por una globalización excluyente, son los sectores menos favorecidos víctimas históricas, donde la falta de recursos económicos, presencia de analfabetismo y bajas condiciones de vida, se traducen en vulnerabilidad y fragilidad; así como foco de un conjunto de problemas, que se forman como bola de nieve y que en condiciones tan precarias se hacen imposibles de resolver.

Actualmente existen permanentes debates en torno a las cifras de la pobreza, según un estudio adelantado por el PNUD en 2005, cerca de 54,3% de los colombianos viven en condiciones de pobreza y 24,5% en la indigencia, lo que significa que 24 millones de colombianos son pobres de ingresos y de los cuales 11 millones están en la pobreza extrema.¹¹

Según el CONPES de 2006, en Colombia los niveles de pobreza son altos: cerca de 22 millones de colombianos son pobres y 6.6 de ellos viven en condiciones de pobreza extrema. Se observan diferencias importantes de los niveles de pobreza extrema superiores al 25% y en algunos casos, como Boyacá y Chocó, es superior al 40%¹².

¹¹ Nuñez, Jairo y Espinosa Silvia. Pobreza y Protección Social en Colombia. Asdi- PNUD. Quebecor Word Bogotá S.A. 2005.

¹² Documento CONPES Social 102. Bogotá 25 de Septiembre de 2006.

Tomando las cifras que el DANE, a través de instrumentos como el censo, oficializa; el gobierno nacional adelanta planes, programas y proyectos de atención a esta población que han de ejecutarse en marcos normativos como la ley de transferencias que se crea para dar respuesta a los sectores vulnerables identificados con los niveles 0, 1,2 y 3 del SISBEN y se considera que para los últimos años se ha ampliado la cobertura en 7,2 millones de beneficiarios del régimen subsidiado¹³. A través del Departamento Nacional de Estadística, el gobierno central pretende la aplicación, actualización y consolidación del Nuevo SISBEN, con el fin de focalizar el gasto público y que ello permita una mejor asignación del gasto social hacia la población que más lo necesita y un mayor control de la calidad de la información evitando la duplicidad de registros y minimizando los errores de inclusión o exclusión de la población en el sistema.

El SISBEN es un sistema de información que permite el ordenamiento de personas y familias de acuerdo con su nivel estándar de vida o pobreza, medido por un indicador continuo y sirve como instrumento para la selección de beneficiarios de subsidios de gasto social en salud, educación, vivienda y bienestar familiar. Según cifras del nuevo SISBEN, veintiséis millones trescientos treinta y ocho mil personas viven en condiciones de pobreza, sin embargo, según el gobierno nacional el sisben no es para medir la línea de pobreza sino *“el objetivo fundamental del sisben, mas que medir la pobreza, es determinar cuales son los hogares que serian elegibles por sus condiciones de vida para ser prioritarios en asignación de subsidios a cargo del Estado”*, aseguró el director de desarrollo Social , José Fernando Arias¹⁴.

Una vez establecidas las características que incrementan o reducen la probabilidad de que un hogar reciba subsidios sociales, es importante saber qué pasa con la exclusión a medida que las condiciones de los hogares cambian, y específicamente que éstos se vuelven más o menos pobres. Este punto es fundamental ya que los errores de exclusión son más graves cuando los hogares excluidos son los que se encuentran muy por debajo de la línea de pobreza. Cuando en un hogar aumenta la pobreza, se esperaría que la probabilidad de que éste reciba un subsidio se incremente. Sin embargo, para el caso colombiano este aspecto no se cumple, y a medida que las condiciones de los hogares empeoran, la probabilidad de exclusión aumenta.

En el año 2005, el documento CONPES 91 dentro de su componente social, se proyecta, con el fin de cumplir con las metas fijadas en la Cumbre del Milenio en la construcción de una sociedad mas igualitaria con metas concretas a 2010 y 2019 donde se espera tener plena cobertura en salud, educación media, agua potable y saneamiento básico; en materia de pobreza y pobreza extrema se espera que Colombia alcance los niveles cercanos al 39% y 8% respectivamente.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Canal RCN. Alarmante cifra de pobreza en Colombia. Disponible en Internet en www.canalrcn.com.co/noticias

El gobierno nacional informa que se dio una reducción considerable de la pobreza e indigencia en el país. Según el Departamento Nacional de Planeación, el informe que brindan a la opinión pública que tiene corte a junio de 2006 y se basa en la Encuesta de los Hogares Colombianos en las trece principales ciudades del país, reporta que 20 millones de colombianos están en la pobreza e indigencia, un año atrás se estimaba 21 millones; hasta ahora la cifra oficial de pobreza es de 49,2% y la de la indigencia de 14,7%.

Para el gobierno la “significativa” caída en la pobreza de los colombianos fundamentalmente se debe al crecimiento de la economía, a la ejecución de varias políticas sociales como el programa de Familias en Acción y a la mayor cobertura educativa y de servicios públicos.

Las ciudades como Cartagena, Bucaramanga, Villavicencio y Bogotá, son consideradas como las áreas urbanas con los mejores resultados en cuanto a reducción de la pobreza. Según las cifras que maneja el gobierno entre 2002 al 2005, la pobreza en Colombia cayó en 7,8 puntos porcentuales con lo cual dos millones trescientos mil ciudadanos pudieron salir de ese escenario. Solamente entre los años 2004 a 2005, la pobreza se redujo en tres y medio puntos porcentuales.

En el Plan Nacional de Desarrollo que se tramita en el Congreso de la República, el gobierno tiene como meta para el año 2010, reducir la pobreza al 35% y la indigencia al 8%.

Colombia Visión 2019 es una propuesta para disminuir el índice de pobreza extrema calculado en 14.7% a 6.2%. Si se contabilizan los subsidios, el índice de pobreza se reducirá en 11 puntos porcentuales adicionales, es decir de 49% a 38% en 2005 y de 20% a 9% en 2019.

1.3.2 La población pobre y vulnerable. Muchas personas que viven en la pobreza, no pueden compensar sus necesidades básicas de alimentos, agua, vestido, techo y atención de salud adecuadas; demostrando vulnerabilidad ya que presentan riesgo inminente ante diferentes factores que implican cuidado, resguardo y protección.

Los términos de vulnerabilidad y de pobreza son frecuentemente confundidos en la medida que la mayor parte de los grupos de población que son caracterizados como pobres muestran un alto grado de vulnerabilidad y viceversa. La principal diferencia entre estos dos conceptos, está en que la pobreza hace referencia a la situación actual y pasada, mientras que la vulnerabilidad, a pesar de ser una característica presente, se encuentra situada en referencia hacia el futuro en el

marco de lo probable y más relacionada con la situación esperada, desde el punto de vista estadístico, al cabo de un tiempo¹⁵.

La vulnerabilidad socioeconómica es la deficiencia en la capacidad de respuesta de las personas, hogares y comunidades frente a riesgos asociados con contingencias de origen social y económico.

Tomando en cuenta la definición anteriormente anotada sobre la pobreza, y relacionándola con la de vulnerabilidad, se puede señalar que la pobreza es un factor que aumenta la vulnerabilidad y a su vez la vulnerabilidad hace más probable la perpetuación y agravamiento de la situación de pobreza. Por esto algunos autores consideran la vulnerabilidad como la dimensión dinámica de la pobreza y a esta última como una condición más permanente o estructural.

La pobreza y la vulnerabilidad son conceptos multidimensionales. Así mismo, la relación entre pobreza y conflicto es a su vez biunívoca en la medida que no sólo la pobreza es generadora de conflicto, sino que las acciones de los actores armados ilegales causan daños en la población, que vulneran su capital físico, humano y social, empobreciendo a los hogares y a los municipios. La mayor pobreza, y especialmente la mayor desigualdad, coadyuvan a la permanencia del conflicto pues crean las condiciones para que se conforme una estructura de relaciones de los grupos armados ilegales con la sociedad, de tal manera que ésta les permite su supervivencia y crecimiento.

Los gobiernos en diferentes épocas han intentado diferentes estrategias de combatir la pobreza y la vulnerabilidad y especialmente dentro de esta última la vulnerabilidad al conflicto. Las estrategias van desde el combate hasta el diálogo con los grupos armados ilegales, y desde el aseguramiento en salud y educación, hasta la atención humanitaria directa. No se puede decir que no se ha avanzado mucho en la lucha contra la pobreza y en la intención de brindar a la población unas condiciones de vida dignas, pero el problema es de muy grandes dimensiones y tiene una dinámica cambiante, de manera que es difícil percibir que se pueda presentar un cambio sustancial en el corto y mediano plazo.

En este sentido, cabe resaltar la existencia en Colombia del Sistema de Protección Social, que más allá de conformar un ministerio apunta a la consolidación de un complejo sistema que busca dos objetivos principales: proteger a *toda* la población de los riesgos económicos, sean éstos covariantes o idiosincrásicos y asistir a la población más pobre para que supere la pobreza a corto y largo plazos. El objetivo de reducir la vulnerabilidad de la población ante los riesgos se lleva a cabo a través de mecanismos de aseguramiento¹⁶.

¹⁵ Evaluación de la situación de pobreza, conflicto, vulnerabilidad y oferta social en áreas de interés de los proyectos de Paz y Desarrollo. ACCI-DNP-Banco Mundial. Econometría S.A. 2004.

¹⁶ Nuñez, Jairo y Espinosa Silvia. Pobreza y Protección Social en Colombia. Asdi- PNUD. Quebecor Word Bogotá S.A. 2005.

En Colombia, el Sistema de Protección Social fue creado por la ley 789 de 2002. El Sistema se definió como el conjunto de políticas públicas que se orientan a reducir la vulnerabilidad de los habitantes del país y a mejorar su calidad de vida, en particular, para los más desprotegidos. Este Sistema busca disminuir el riesgo de la población ante choques económicos y ayudar a la población pobre que enfrenta dichos choques, por tanto, debe lograr una reducción de la pobreza temporal, impedir que los pobres se hundan más en la pobreza y entregar un medio para superarla.

El Sistema de Protección Social está encabezado por el Ministerio de la Protección Social y está integrado por dos componentes principales: el Sistema de seguridad social integral (SSSI) y la asistencia social. El SSSI incluye el Sistema general de pensiones (SGP), el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y el Sistema general de riesgos profesionales (SGRP). Por su parte, la asistencia social se define como los beneficios monetarios financiados por el Estado para evitar que los pobres recurran a estrategias nocivas como respuesta a los choques, tales como reducir el consumo de alimentos o retirar a sus hijos de la escuela. En esta medida, el Sistema de Protección Social busca que la población pueda obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y el trabajo. El objetivo en el área de pensiones es crear un sistema viable que garantice unos ingresos aceptables a los presentes y futuros pensionados. En salud, los programas se enfocan a permitir que la población pueda acceder a servicios básicos de calidad oportunamente.

Por su parte, el objetivo de superación de la pobreza, denominado asistencia social, se alcanza a través de transferencias directas (subsidios a la demanda) e indirectas (subsidios a la oferta) para que los hogares en pobreza superen su situación.

Las políticas de protección social deben facilitar el acceso de la población a servicios básicos y necesarios que les permitan alcanzar niveles aceptables en nutrición, salud y educación, entre otros, generando en esta forma los mecanismos para resistir el impacto de los choques.

Tanto los individuos pobres como los no pobres están expuestos a choques durante el ciclo de vida. Sin embargo, los individuos pobres son mucho más vulnerables, puesto que no tienen activos ni ahorros: no sólo están más expuestos a los riesgos, sino que además tienen menos instrumentos para enfrentarlos.

Aunque Colombia ha desarrollado un sistema general de seguridad social que incluye aseguramiento en salud y pensiones, muchas personas, en particular, aquellas con menores niveles de ingresos y de escolaridad, o sea los más pobres y vulnerables, no tienen acceso al aseguramiento, por factores citados anteriormente como las condiciones de pobreza extrema e indigencia que se traducen en exclusión total que no permite acceder a redes de apoyo o a la

inclusión a un sistema de información. Por tanto, no sólo enfrentan mayores riesgos dadas sus características, sino que además tienen menos mecanismos para enfrentar choques negativos cuando éstos se presentan.

La problemática que afronta el Sistema de Protección Social en cuanto a la asistencia social es delicada, fundamentalmente por que esta se ha desarrollado de manera vaga en el país, determinando así, que el punto clave es que existe una gran dispersión de los programas en diversas entidades, la mayoría de los cuales tienen coberturas muy bajas. En algunos casos existe multiplicidad en las poblaciones objetivo y en general no existe un único responsable de estos programas. Un sinnúmero de entidades son responsables de su ejecución, algunas de las cuales tienen una participación de tan sólo 2% dentro de la ejecución total. En estas condiciones, los costos administrativos del portafolio de asistencia social se incrementan, lo que no permite proveer los servicios de la manera más eficiente¹⁷.

Ello se explica en que la asistencia social no fue incluida en el proceso de descentralización de los servicios sociales en el que se embarcó Colombia desde principios de los noventa. Esto implica que gran parte de las responsabilidades siguen en manos de la nación, con una participación muy baja de los niveles de gobierno locales.

Hasta la actualidad, las entidades territoriales no han tenido un papel importante en el campo de la asistencia social: mientras 50% de los recursos totales de los entes territoriales se destina a salud y educación, sólo 2,3% de estos recursos se orienta a la atención de grupos vulnerables¹⁸. En consecuencia, es necesario crear un portafolio de programas de asistencia social que fomente una mayor integración de instituciones y programas de atención, un mayor grado de descentralización de los servicios y promover la participación activa de las organizaciones representativas de los servicios que se otorgan.

En este sentido, es claro que la pobreza en Colombia es una condición que genera vulnerabilidad, debida a la baja capacidad de apoyo que puede encontrar esta población, ya pareciera asegurarse que una vez una familia este sumida en la pobreza absoluta corre riesgo inminente de que su panorama no mejore, puesto que la única ayuda que pudiese encontrar es la del gobierno, que no se ha caracterizado por la eficiente capacidad de respuesta ante estos casos. El gobierno que atiende conflicto armado, deuda externa, bajo nivel industrial y de desarrollo en general, es el mismo que atiende, y a la cabeza de todo proceso, a la población pobre, que genera vulnerabilidad ante las enfermedades, ante el desplazamiento forzado, ante el analfabetismo y a la escasez de oportunidades; es decir debe atender la problemática en sus causas y efectos.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Ibidem.

En síntesis, el ideal de un Sistema de Protección Social debe ser entendido como un sistema con participación de grupos involucrados en aliviar la pobreza, mediante herramientas que permitan una redistribución de ingresos y que reduzca la exclusión social. Para ello se necesita una política pública en salud lo suficientemente desarrollada, colectiva y eficaz, con instituciones fortalecidas y necesarias en las cuales confíen los individuos.

1.3.3 Las Representaciones Sociales. La teoría de las representaciones sociales surge con la necesidad de analizar al individuo en colectividad y constituye una forma de conocimiento en la cual se describen, simbolizan y categorizan los objetos del mundo social atribuyéndoles un sentido en el cual podrá inscribirse la acción. Este proceso se inicia a partir de la información que recibe el individuo, de sus experiencias y modelos de pensamiento compartidos y transmitidos. Las representaciones sociales, operan así, condicionando la conducta: "actuamos en el mundo según creemos que es"¹⁹.

Las raíces de esta teoría son la psicología social cognitivista, por cognición social se entiende el conocimiento de cualquier "objeto humano", bien sea individuo, sí mismo, grupos, roles o instituciones. A partir del estudio de la percepción social, de la atribución de causalidad y de la inferencia social, desarrolladas en la década de los cincuenta y sesenta, se dio un fuerte impulso al estudio de la cognición social, área que engloba diferentes corrientes teóricas y que analiza cómo los sujetos extraen y procesan información de su medio social, estudiando procesos cognitivos tales como la atención, percepción, codificación, almacenamiento y recuperación, así como las estructuras de la representación y la memoria.

Entre los antecedentes teóricos más representativos se encuentra la valiosa intervención de Wilhelm Wundt, donde posesionó la psicología como ciencia experimental con la instalación de laboratorios donde abordaba problemas del comportamiento humano. El análisis que abordaba Wundt pretendía llevar a cabo tres tareas: la creación de una psicología experimental, de una metafísica científica y de una psicología social.

La metodología que aplicaba Wundt en su análisis se centraba en la experiencia de las personas, la cual brindaba un reporte introspectivo, lo que conducía a la necesidad de acudir a otras formas de análisis más completas que dieran cuenta de fenómenos más complejos en donde el individuo no podía ser fiel testigo por su implicación en el proceso. De ahí que se vea la necesidad de una metodología apropiada para los procesos cognoscitivos superiores del hombre: la interpretación de los productos de la experiencia colectiva²⁰.

¹⁹ Pérez Ana María. La psicología social cognitiva: la cognición social y la teoría de las representaciones sociales. Universidad Nacional del Nordeste. 2001. Pág. 3.

²⁰ Mora, Martín. La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara. Atenea Digital.2002.

También le da gran importancia al habla y al lenguaje humano, ya que parte del análisis de la acción humana y la interpreta como aquella acción deliberada y voluntaria, cubre un primitivo movimiento de impulso que implica expresiones afectivas espontáneas y que generan respuestas de otros individuos.

Otro antecedente relevante para el surgimiento de esta teoría, es el interaccionismo simbólico. George Herber Mead al incorporar elementos como la filosofía de la acción, denominado pragmatismo, sienta bases para el origen de la teoría de las representaciones sociales. Dentro de la *Escuela de Chicago*, de la cual fue fundador y gran exponente Mead, el pragmatismo cobra un gran significado, así como ideas de colectividad, signo y símbolo; esos elementos que en conjunto forman la *Intersubjetividad*.

Mead basa su psicología social en dos autores ya reconocidos, Darwin y sobre todo la etnopsicología de Wundt, analizando todo el proceso evolutivo de la comunicación humana. Si Wundt realza el papel del lenguaje como catalizador de la relación del hombre con su colectividad y con la cultura como su producto, Mead aborda a la comunicación en esta forma de interacción, donde en la realidad existe un espacio de mediaciones, que no es biológico, que es interactivo y social que es percibido en términos de significaciones, puesto que su materia es el símbolo. La unidad de análisis que toma Mead, es lo que denomina el *Acto social*, donde el símbolo y significado cobran vida en una situación interactiva.

Mead explica su análisis como que en ese espacio interactivo radican los símbolos y sus significados, por lo cual sólo ahí se puede formar el espíritu (*mind*), conformado en el proceso de la comunicación. Los individuos no existen como tales, sino como la persona (*self*), cuyo tamaño abarca su espacio social teniendo a la sociedad como fondo. En síntesis se crean dos características de esta interacción a) quien se comunica puede comunicarse consigo mismo, y b) esta comunicación crea la realidad.

Emile Durkheim uno de los fundadores de la sociología científica, realizó aportes invaluable a la conceptualización de las representaciones sociales y en la sociología en general. El establecimiento de las diferencias entre las representaciones individuales y colectivas fue una de las contribuciones más importantes y pertinentes en este tema.

Para él, las representaciones individuales no poseen las características de objetividad y homogeneidad que exige la investigación sociológica. En las "*Reglas del Método Sociológico*", Durkheim, advierte que existe una conciencia pública o alma colectiva que no pertenece a las conciencias individuales y que configura modos de pensar, sentir y actuar, que se caracterizan por ser exteriores y anteriores al individuo. Por ser coercitivos para la adaptación social y por ser generales en una colectividad. La sociología se debe ocupar entonces de estas representaciones colectivas, tales como la religión, las creencias, las costumbres, la política, el derecho; entre otras.

En su propuesta, Durkheim no sólo diferencia representaciones individuales (psicología) de representaciones colectivas (sociología) sino que al analizar la tensión individuo-sociedad toma partido por la primacía del todo (social) sobre las partes (individuos).

Lo colectivo no puede ser reducido a lo individual. La conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos colectivos. Al respecto Ignacio Martín-Baró señala: *Una sociedad mantiene su unidad debido a la existencia de la conciencia colectiva. La conciencia colectiva consiste en un saber normativo, común a los miembros de una sociedad e irreductible a la conciencia de los individuos, ya que constituye un hecho social*²¹.

Después de varias décadas, retoma todo este bagaje Serge Moscovici y funda la teoría de las Representaciones Sociales, donde integra conceptos de psicología social con la ciencia de la Sociología.

Para Moscovici, *la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación*²².

Las representaciones sociales, son el conocimiento del sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro de un ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se pone dentro de lo que conoce.

Así, las Representaciones Sociales son simultáneamente individuales y sociales, puesto que las elabora un sujeto en interacción comunicativa con otros, situado en un contexto cultural específico. Para Moscovici, las representaciones sociales se generan en el proceso comunicativo y se expresan a través del lenguaje, por esto su estudio es estudio del lenguaje y la comunicación.

Para Robert Farr, uno de los seguidores de Moscovici, las representaciones sociales son sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios, que no representan simplemente opiniones acerca de “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino teorías o ramas de conocimiento con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Estos sistemas tienen una doble función: primero la de establecer un orden que les permita a los individuos orientarse en su mundo material y social, y dominarlo; y segundo, posibilitar la

²¹ Martín-Baró, Ignacio. Acción e ideología. San Salvador. Universidad Centroamericana. 1985. Pág. 33.

²² Moscovici, Serge. El Psicoanálisis: su imagen y su publico. Buenos aires. Huemul. 1979. Pág. 17.

comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Maria Auxiliadora Banchs, otra investigadora de esta temática aporta su propia definición y resalta el doble carácter de las representaciones sociales como contenido y como proceso: en tanto que constituyen una particular forma de conocimiento y también una estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento. Por lo tanto, son una forma de reconstrucción mental de la realidad, generada en el intercambio de informaciones entre sujetos. Concluye su interpretación, añadiendo que las representaciones sociales son una forma de conocimiento del sentido común que caracterizan a las sociedades modernas “bombardeadas” por la información que los medios de comunicación divulgan; por lo tanto siguen una lógica científica que encuentra su expresión en el lenguaje cotidiano propio de cada grupo social²³.

Básicamente las condiciones de emergencia de una representación social que señala Moscovici son tres:

- a) *Dispersión de la información*: existen desniveles en cantidad y calidad de información al interior de un grupo y parcialidad y desfase en relación con lo requerido para construir el fundamento sólido del conocimiento. Es decir, nunca se posee toda la información necesaria existente de un objeto social que resulte relevante.
- b) *Focalización*: una persona, un grupo o una colectividad se focalizan por que están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones. Aparecen como fenómenos a los que se debe mira detenidamente.

Para Banchs, la focalización es señalada en términos de implicación o atractivo social de acuerdo a los intereses particulares que se mueven dentro del individuo inscrito en los grupos de pertinencia. La focalización será diversa y casi siempre excluyente.

- c) *Presión a la inferencia*: socialmente se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público.

Según Banchs, esta condición quiere describir un hecho significativo en la dinámica colectiva que alude al hecho de que frecuentemente existe la obligación de emitir opiniones, sacar conclusiones o fijar posiciones respecto a temas controversiales considerados de la actualidad en los círculos de pertenencia.

²³ Banchs, María Auxiliadora. Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano. *Interamerican Journal of Psychology*. 1982.

Estas tres condiciones de emergencia constituyen el proceso de aparición de una representación social, donde el común denominador está determinado por la traducción de la disparidad de posiciones frente a un objeto significativo en términos sociales y recuperado en un contexto dinámico, cambiante y conflictivo.

Moscovici señala que las representaciones sociales entendidas como “universos de opinión”, pueden ser analizadas en tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

La información es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento o fenómeno de naturaleza social. Esos conocimientos muestran particularidades en cuanto a cantidad y calidad; carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito, trivialidad u originalidad en su caso.

El campo de la representación expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive alrededor del mismo grupo. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en su campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas.

Y por último *la actitud*, hace referencia a la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación. Además, la actitud posee un componente genético, que la condiciona por lo tanto nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada²⁴.

Para que una representación sea considerada social se requiere entonces que aparezca con claridad el carácter social de su génesis y el hecho de que sea ampliamente compartida por una colectividad. Estas características pueden servir para diferenciar las representaciones sociales de la actitud, como representación individual de cualquier tipo de objeto, no de fenómenos sociales problemáticos para un grupo.

Otra diferenciación entre representaciones sociales y actitud la señala el propio Moscovici, al considerar a la segunda como parte de la primera, es decir, no es posible desarrollar una actitud frente a un objeto, si previamente no se ha elaborado una representación del mismo. En el debate acerca de la importancia y vigencia de las representaciones sociales, y su relación con otros conceptos, conviene mencionar que si bien la actitud puede ser asumida como una dimensión de la representación social, esta última podría ser considerada una parte constitutiva del imaginario.

²⁴ Moscovici, Serge. El Psicoanálisis: su imagen y su público. Buenos Aires. Huemul. 1979.

De esta forma, Moscovici señala que existe una dinámica propia de las representaciones sociales, ya que lo social transforma un conocimiento en representación colectiva y esta a su vez modifica lo social mediante dos procesos básicos: *la objetivación y el anclaje*. Estos conceptos son interdependientes entre lo psicológico y los condicionantes sociales.

Veamos cómo los describe Moscovici:

“El primer mecanismo lucha por fijar las ideas extrañas, por reducirlas a categorías e imágenes ordinarias, por situarlas en un contexto familiar... El propósito del segundo mecanismo es su objetivación, esto es, transformar algo abstracto en algo casi concreto, transferir algo que está en la mente en algo que existe en el mundo físico... Estos mecanismos hacen de lo no familiar algo familiar, el primero transfiriéndolo a nuestra esfera particular donde somos capaces de compararlo e interpretarlo, el segundo reproduciéndolo entre las cosas que podemos tocar y, en consecuencia, controlar²⁵.”

El proceso de construcción de las representaciones sociales incluye un momento de objetivación, mediante el cual, se convierten en imágenes, nociones o fenómenos abstractos, es decir, la objetivación permite cristalizar o materializar conjuntos de significados.

Este proceso también incluye un momento de anclaje, que alude a los nexos de los significados de la representación social con una determinada cultura. El anclaje también se refiere a la integración del significado seleccionado en el sistema de pensamiento preexistente. El complejo proceso de construcción de las representaciones sociales mediante la objetivación y el anclaje, indica su interactivo carácter individual-social.

Jodelet y Banchs aportan señalando que la importancia de la objetivación reside en que pone a disposición del público una imagen o esquema concreto, a partir de un ente abstracto o poco tangible. El anclaje por su parte, designa la inserción de una ciencia en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad, ello se refiere a que la sociedad cambia, a través del proceso del anclaje, el objeto social por un instrumento del cual puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes. Al insertarse el modelo objetivado en una red de significaciones, la representación social adquiere funcionalidad reguladora de la intervención grupal, una relación global con los demás conocimientos del universo simbólico popular.

Todos esos significados teñidos entre sí, permiten utilizar la representación social como un sistema interpretativo que guía la conducta colectiva. Además el anclaje

²⁵ Moscovici, Serge. El fenómeno de las representaciones sociales. Cambridge University Press. Cambridge.1984. Pág. 69.

implica una integración cognitiva del objeto de representación dentro del sistema preexistente del pensamiento y de sus respectivas transformaciones.

Moscovici concluye que la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y que el anclaje la delimita en el de hacer, así como la objetivación presenta como los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales y también como se expresan.

Como se ha explicado anteriormente, las representaciones sociales tienen unas dimensiones, una dinámica y unas condiciones de emergencia propias; de igual forma tienen sus propias formas de determinación social, Moscovici las denominó así: la central y la lateral.

Según el autor la determinación social central es la que regula el surgimiento de una representación social y su contenido; la determinación social lateral es menos directa y esta dirigida hacia aspectos propiamente cognoscitivos y expresivos. Se debe entender por un lado la determinación que produce la totalidad de las circunstancias y por el otro una orientación más psicológica, combinación de experiencias y factores motivacionales.

Para Banchs, la influencia de las condiciones socioeconómicas e históricas de una sociedad alude a la determinación social central, mientras que la huella del individuo, su aporte como sujeto de una colectividad se traduce en la determinación social lateral. La importancia de la distinción estriba en que permite clarificar los papeles que tanto la sociedad como el individuo juegan en la construcción de las representaciones sociales: *la determinación lateral cobra importancia en la medida en que aumenta el grado de democracia y de movilidad dentro de una sociedad; mientras que la determinación central adquiere mayor relevancia en la medida en que aumenta el grado de totalitarismo e inmovilidad dentro de una sociedad*²⁶.

En este sentido, las representaciones sociales deben analizarse como una herramienta básica en nuestra vida en sociedad, se diferencia con varios conceptos, a la vez que se relaciona con ellos, por lo tanto no constituyen una construcción conceptual aislada y sin poca utilidad. Las representaciones sociales intervienen en lo social de diversas maneras, ya sea por el contexto dentro del cual realizan su vida cotidiana las personas y donde se suscribe una relación social, además por la comunicación que se establece entre los individuos, por las formas de aprehensión que les brinda su bagaje cultural y por los códigos, valores e ideologías ligados a posiciones o pertenencias sociales específicas²⁷.

²⁶ Banchs, María Auxiliadora. Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano. *Interamerican Journal of Psychology*. 1982. Pág. 111.

²⁷ Jodelet, Dense. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici (compilador). *Psicología social II*. Barcelona. Planeta. 1984. Pág. 479.

Usualmente, la representación social es ubicada como un constructo teórico entre lo psicológico y lo social, pero para Moscovici, las representaciones sociales no pueden concebirse como mediadoras, sino como procesos que hacen que concepto y percepción tengan dinámica propia y se engendren recíprocamente. Es bajo la forma de representaciones sociales como la interacción social influye sobre el comportamiento o el pensamiento de los individuos implicados en ella, y es tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que deberá haber entre sus miembros individuales.

La representación social es una teoría natural que integra conceptos cognitivos distintos como la actitud, la opinión, la imagen, el estereotipo, la creencia, etc., de forma que no sea la suma de partes o aglomeraciones acrítica de conceptos, sino que integre cada uno de ellos dependiendo de sus propósitos y como se va encontrando con ellos y reuniéndolos en la medida en que se produce el análisis respectivo. Conocimiento del sentido común o bien pensamiento natural, 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*.

En suma, las representaciones sociales surgen como una teoría novedosa en las sociedades modernas en donde el conocimiento está continuamente dinamizado por las informaciones que circulan bastante y exigen ser consideradas como guías para la vida cotidiana. Es decir, el sentido común se impone como la explicación más extendida y determinante de las relaciones de intercambio social.

Epistemológicamente, esta teoría se inscribe dentro de la tradición que enfatiza la interacción entre sujeto y objeto de conocimiento. La relación de influencia recíproca y sus mecanismos de construcción de la realidad son los rasgos legítimos para su análisis. Por esta razón, la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici está emparentada con la sociología fenomenológica del conocimiento, con el interaccionismo simbólico y la teoría crítica de Habermas y con la etnometodología. La teoría de las Representaciones Sociales constituye una mirada alternativa a los enfoques eminentemente psicológicos o sociológicos, según la cual, las representaciones sociales configuran organizaciones paradigmáticas de creencias y conocimientos que involucran lo individual, lo social y lo cultural.

Cabe resaltar, que dentro de esta basta mirada a las raíces teóricas se ha encontrado muchas veces la analogía entre representaciones sociales e imaginarios sociales, para enriquecer este análisis es fundamental analizar a Cornelius Castoriadis, filósofo griego considerado como uno de los críticos más severos de la democracia en Occidente, cuyas reflexiones tienen que ver con el mundo central que él describe y con el periférico al cual esas reflexiones se aplican. El pensamiento de Castoriadis tiene un rigor que proviene de su formación de marxista que ha leído ampliamente a Heidegger. Ve, así, en la destrucción de la naturaleza y en última instancia, del planeta la acción esencial y

devastadora del capitalismo. Para conseguir una nueva inteligibilidad de los fenómenos sociales e históricos introduce la imaginación para pensar en los fenómenos colectivos.

El imaginario social viene a caracterizar a las sociedades humanas como creación ontológica de un modo de ser único e irreductible al de otros entes, también designa al mundo singular creado por su sociedad como su mundo propio, que constituye un “magma de significaciones imaginarias sociales” encarnadas en instituciones.

Para Castoriadis, el imaginario social implica una emergencia, una creación instituyente, y por lo tanto una especificidad que la distingue de otro imaginario, de esta manera constituye el significado y el significante central que esta en la base de realidad tal y como esta funciona en la sociedad. Las representaciones sociales, como ya se ha explicado, son entendidas como las manifestaciones ideológicas de una base que se plasma a través de ellas y que es la que nuclea realmente la sociedad²⁸.

La diferencia entre esas concepciones, es que mientras el imaginario se auto sustenta en sí mismo y no constituye la manifestación de ninguna realidad precedente, las representaciones sociales se determinan dentro de la sociedad como algo genuino de ella.

Esta profundización permite la definición más pertinente para la presente investigación donde las representaciones sociales son definidas como una forma de la imaginación y de esa urdimbre de significaciones que instituyen la sociedad.

Para Castoriadis, el cambio social emerge a través del imaginario social, ya que todas las sociedades construyen sus propias instituciones, leyes, tradiciones, creencias y comportamientos; por lo tanto, el imaginario constituye un concepto potente y abarcador que es fundamento de toda sociedad y de su historia, cuyo núcleo es el significado o significados que motivan y orientan la vida en sociedad, o si se quiere, la existencia humana. Por lo tanto, la fuerza del imaginario social se percibe en el reconocimiento del sentido común, objeto de estudio central en el pensamiento de Moscovici, sobre las representaciones sociales.

En este sentido, para Castoriadis la sociedad se mantiene unida gracias a la existencia de instituciones, concebidas como el conjunto de normas, valores, lenguaje, procedimientos, y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer las cosas; es la institución la que convierte a la materia prima humana en individuos

²⁸ Bolívar, Carlos – Ospina, Héctor. La trascendencia de las representaciones sociales infantiles sobre el maestro para la formación de ciudadanía. Hologramática-Facultad de Ciencias Sociales. UNLZ. Argentina.2006.

sociales: todos somos fragmentos ambulantes de la institución de nuestra sociedad.²⁹

Este autor, a través de su principal obra "*La institución imaginaria de la sociedad*", define los tres términos de esta expresión así:

- *Institución*: al interpretar a la sociedad como una institución, significa que no ha sido producida "naturalmente", que es resultado de la acción humana. La acción propiamente humana implica una intención, mediatizada por un sistema simbólico, lo que la convierte en un proyecto, irreducible a cualquier comportamiento animal y a toda explicación causal. En tanto que tal, su inteligibilidad remite, más que a causas, a razones.
- *Imaginario*: Decir que dicha institución es imaginaria significa, en primer lugar, que es un fenómeno del espíritu y en segundo lugar, que las significaciones y valores que orientan la sociedad son una invención de los seres humanos. Tienen que ser puestas en relación con una capacidad de creación.
- *Sociedad/social*: Decir que el imaginario es social significa que constituye un orden de fenómenos sui generis, irreducible a lo psíquico y a lo individual. El imaginario aquí invocado no es la imaginación psicológica. A la pregunta "¿quién instituye la sociedad?", se da una respuesta auténticamente sociológica: no es obra de un individuo en particular, jefe o legislador, ni de un conjunto contractual de individuos. Es obra de un colectivo anónimo e indivisible, que trasciende a los individuos y se impone a ellos.

De esta forma, Castoriadis sustenta que una sociedad es un conjunto de significaciones imaginarias sociales encarnadas en instituciones a las que animan. Las significaciones, que introducen en esto la dimensión simbólica, son calificadas como imaginarias, pero, según Castoriadis, el imaginario, como potencia de instituir y alterar, es anterior a lo simbólico.

Si tomamos aspectos de la semiótica, hay que destacar el aporte que ha constituido Jesús Martín Barbero, cuyo accionar investigativo ha sido reconocido a nivel nacional e internacional. En sus planteamientos sobre la comunicación innova al incorporar elementos de la vida cotidiana en donde la comunicación no es un proceso mecánico, sino que es una disciplina con énfasis en las prácticas sociales, en los espacios, los procesos y actores de la comunicación: "*se trata de un objeto que se redefine a partir menos de la teoría que de las prácticas, a partir de la vida cotidiana de la gente*"³⁰.

²⁹ Castoriadis, Cornelius. Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto. Barcelona. Gedisa. 1988. Pág. 68.

³⁰ Martín Barbero, Jesús. Pretextos: conversaciones sobre la comunicación y sus contextos. Centro editorial Universidad del Valle. Cali. 1995. Pág. 63.

Para el estudio de las prácticas sociales, Martín Barbero se centra en la cultura, y ve con preocupación que la convivencia entre comunidades se resquebraja con una comunicación empobrecida y degradada. Por lo tanto concibe al emisor en todo ese espacio cultural, como el campo de conflictos, exclusiones y deslegitimaciones, que es la vida de cada día con una ética enraizada en lo cotidiano. Su pensamiento centrado en lo político, cultural y comunicativo, se caracteriza por ser profundamente democrático reflejado en el gran aprecio y atención hacia las culturas y tradiciones populares, cuyo interés por los conflictos sociales, por la desigualdad y por los problemas de poder ha reivindicado la pertinencia de mantener una posición crítica sobre las estructuras sociales para imaginar alternativas que no se marginalicen. De esta forma la población pobre y vulnerable, no crea significados anónimos de pasividad y conformismo, sino sistemas comunicativos que deben validarse al ser propositivos.

Para ello la comunicación se transforma a ideología de las culturas donde los actores sociales producen conocimientos y juegan un rol fundamental las rutinas productivas, los hábitos, las estructuras de decisión y la cotidianidad.

Es evidente que la comunicación como proceso social es esencial para superar conflictos de incomprensión entre los diversos capitales culturales, acercándose a las comunidades que dicen servir y atendiendo los saberes de cada comunidad. La población pobre y vulnerable debe legitimar la simbología de sus saberes, y aprovechar el cambio que se viene gestando de los procesos comunicacionales.

Por lo tanto la importancia de las representaciones sociales definidas en estos términos radica en que son fundamentales para el conocimiento del mundo de la vida y para tomar decisiones de acercamiento o distanciamiento sobre lo representado, ellas son indispensables en el proceso de construcción social de la realidad en el cual se debe tener en cuenta los procesos comunicativos.

1.3.4 Las representaciones sociales y la población pobre y vulnerable. La población pobre y vulnerable existe en nuestro país de manera tangible, y es una realidad que refleja un drama social inmenso y refleja características propias de nuestro país. Esta población es continuamente abordada por programas sociales institucionales y no institucionales; pero en la presente investigación se quiere abordar el estudio de sus representaciones sociales.

¿Para qué el estudio de las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable? Me llamó mucho la atención hacer una investigación en esta temática, porque a través de la interacción con esta población, me surgía continuamente el interrogante de conocer el por qué de aquellas interpretaciones sobre la institucionalidad local, qué es lo que ellos conocen por medio de esa reflexión cotidiana; que además de sus condiciones de pobreza, analfabetismo y exclusión social, había algo más, algo que se originaba en el imaginario colectivo, que

surgía de esa experiencia individual; y eso es lo que vale la pena conocer para legitimar, respetar y divulgar.

Surge entonces la necesidad de poder aterrizar esta basta teoría en este acercamiento para lograr entrar a una *praxis* como la denominaba Castoriadis, en el sentido de que mediante la acción se pueda cambiar el pensamiento instituido socialmente. Se trata de una acción transformadora que “se deje educar educando, que prepare lo nuevo rehusando predeterminarlo, pues sabe que los hombres hacen su propia historia”³¹. De entender a esta población y así mismo, lograr la transformación de juicios que perjudiquen su vida en sociedad.

Para llegar a eso es necesario tener en cuenta que nuestra sociedad está conformada por un conjunto de personas que tienen una identidad única, cada persona es en si misma forma un conjunto de actitudes, comportamientos que constituyen su propia personalidad. Ahora bien, este individuo vive en sociedad y no permanece aislado; de esta forma esa identidad se relaciona con los individuos que lo rodean, en esta interacción se crean las relaciones sociales.

Los estilos y manifestaciones culturales del departamento de Nariño están presentes a lo largo y ancho de él, estableciendo relaciones e imaginarios que se conjugan en las manifestaciones culturales de lo urbano con lo rural, lo indígena con lo afro, lo mestizo con lo natural o con lo propio. Sin embargo, pese a la riqueza milenaria de la diversidad cultural nariñense, una problemática que se señala dentro del plan de desarrollo departamental, es la diferenciación que existe a través de sus subregiones, por ejemplo, la población de la sierra y de la costa, del norte y del sur, no se pueden homogenizar por que poseen identidades y rasgos culturales diferentes y no se encuentran puntos de convergencia que permiten consolidar la identidad del nariñense, esta población carece de interacción, es decir, lo pluriétnico y pluricultural, aún no han logrado avanzar a lo multiétnico y multicultural.

Todas las personas comunes y corrientes tenemos una preocupación ontológica de explicar el mundo que nos rodea; al observar al otro caracterizamos conductas y pensamos en el mundo del otro aunque no sepamos cómo es su vida “real”. Ese es el conocimiento del sentido común que se origina en la más mínima interacción social, en los actos y situaciones más diversos que crean un sistema de representaciones sociales que se construyen a propósito de roles concretos, de estados de la vida y de situaciones que afectan a las personas y en donde partiendo de la observación se puede llegar a construir teorías mentales que necesitan ser comprobadas a través de la práctica personal.

Las representaciones sociales están en la base de toda situación de interacción: cada vez que entramos en contacto con objetos o personas se movilizan

³¹ Castoriadis, Cornelius. La Institución imaginaria de la sociedad. El imaginario social y la institución. Barcelona.1989. Pág. 96.

contenidos mentales, imágenes, ideas que codifican y categorizan la situación atribuyéndole cierto significado.

La representación que el sujeto elabora de los objetos del mundo real no es de ninguna manera, una representación individual. En su elaboración se usan términos proporcionados por la comunidad: la información que proviene de lo real es percibida a través de códigos, valores e ideologías que se asocian a posiciones sociales específicas. Por lo tanto, las representaciones son siempre representaciones sociales, compartidas por aquéllos que ocupan posiciones sociales semejantes dentro de la estructura social³².

Es importante el análisis de las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable, en tanto que las imágenes y representaciones de este grupo, permiten tener una visión colectiva de la institucionalidad y de los entes gubernamentales que es manifiesta a través de la interacción con las diferentes personas involucradas. Cada una de esas representaciones, de esa simbología, es la que ha despertado el interés de esta investigación, ya que es importante conocer la visión de la gente tanto para delimitar funciones como aclarar derechos jurídicos.

Con base en Jodelet³³, se acepta que las representaciones sociales se presentan en formas muy variadas, tales como imágenes condensadoras de significados (como la paloma blanca que puede significar paz, espíritu santo o mensajería). Como categorías para clasificar personas o circunstancias (buena o mala gente). Como “teorías” para interpretar-explicar hechos (un hombre golpea a su mujer porque es machista). En resumen, las representaciones sociales pueden entenderse como conocimiento práctico, ingenuo, espontáneo, de sentido común; diferente del conocimiento científico pero, en la mirada de Moscovici, proveniente de él.

En el mismo momento en que una persona llega a solicitar un servicio a la Oficina de Atención al usuario, se construye una relación social en la cual se empiezan a intercambiar símbolos y significados en una interrelación recíproca donde se transforman cosmovisiones. Básicamente, por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño, se trata de brindar información que sirve a las personas a orientarse en lo que respecta al accionar del Instituto Departamental de Salud y en brindar la atención oportuna en lo que requiera el usuario; en este sentido es válido recalcar el objetivo de esta investigación que es indagar en el mundo de las representaciones sociales, en esas formas de imaginación, en ese conjunto de significaciones que tiene la población pobre y vulnerable, relacionada con la prestación de los servicios de salud, y descubrir en este proceso una serie de

³² Pérez Ana María. La psicología social cognitiva: la cognición social y la teoría de las representaciones sociales. En Revista Comunicación y Sociedad. Universidad de Guadalajara. 2001.

³³ Jodelet, Dense. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici (compilador). Psicología social II. Barcelona. Planeta. 1979.

problemáticas de carácter económico, social y cultural que reflejan la problemática de la sociedad colombiana.

Así mismo, se podrán encontrar rasgos característicos de la población estudiada, en lo referente al conocimiento sobre normatividad, a sus condiciones sociales, económicas y culturales, que valen la pena recoger desde ese “mundo de la vida cotidiana”, donde factores como la idiosincrasia, analfabetismo, falta de recursos económicos; chocan con el drama humano, que es a mi juicio, en lo que se ha convertido la atención en salud para estos sectores.

Como lo señala Banchs³⁴, toda persona forma parte de una sociedad, con una historia y un bagaje cultural, pero a la vez pertenece a una parcela de la sociedad en donde comparte con otras ideologías, normas, valores e intereses comunes que de alguna manera los distingue como grupo de otros sectores sociales.

La realidad social es una realidad construida y en permanente proceso de construcción y reconstrucción. En este proceso, que podría decirse que es a la vez cultural, cognitivo y afectivo, entra en juego la cultura general de la sociedad pero también la cultura específica en la cual se insertan las personas, las que en el momento de la construcción de las representaciones sociales se combinan.

En lo referente a la atención a población pobre y vulnerable por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño, es manifiesta la problemática en la medida que los recursos que se trasladan por medio de la ley de transferencias son insuficientes para atender las necesidades de los sectores pobres y vulnerables.

Además, se evidencia gran desconocimiento entre los usuarios de las competencias de los diferentes entes territoriales y del proceso interno que realiza el Instituto para poder garantizar un servicio; ello sumado a otro factor novedoso, que surge en la medida en que avanza esta investigación, que es el impacto que la nueva Ley 1122 de 2007, que obviamente se ha reflejado en la atención a población pobre y vulnerable, ya que por el recorte de presupuesto para el accionar del Instituto, se ha perjudicado a la población usuaria, quedando sin alternativa para acceder al servicio por que la respuesta por parte del Instituto de Salud en la mayoría de los casos ha sido negativa y financieramente se han tomado determinaciones drásticas como la obligación de organizar el rubro solo para la atención de urgencias vitales.

Todos estos acontecimientos, se integran en las personas en sus reflexiones, las cuales van recogiendo y analizando, hasta conformar una posición crítica respecto a su experiencia personal. La mayoría de los individuos tienen una idea

³⁴ Banchs, María Auxiliadora. Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano. *Interamerican Journal of Psychology*. 1982.

preconcebida al llegar a una entidad y ser atendidos, por lo tanto es importante analizar qué es lo que se ha contemplado como idea previa y como cambia su visión al ser atendidos por una persona y garantizar o negar un servicio; además, muchas veces es visible cómo se generalizan o particularizan percepciones a través de la experiencia personal.

Una sociedad no puede ser comprendida por fuera de las instituciones particulares que la constituyen y las significaciones imaginarias que esas instituciones encarnan, por tanto es importante recoger esas significaciones imaginarias de la población pobre, sobre las instituciones prestadoras de salud. ¿Cómo se consigue recoger esas representaciones sociales?, a través de interacciones con la población de estudio, de un dialogo de saberes que de cabida a la inmersión en ese mundo de ideas, que se refleja en una actitud o accionar de aceptación o rechazo, cuya hibridación de sentimientos y pensamientos y el posterior análisis de ellos, es el objetivo de esta investigación.

Estudiar las representaciones sociales permite desentrañar sentidos ocultos, pensamientos y sentimientos de los miembros de un determinado grupo social, que revelan la tensión existente entre el mundo psíquico de un grupo de personas y las condiciones estructurales del mundo sociocultural en que viven.

Es un paso importante el adentrarnos al análisis de las representaciones sociales para encontrar nuevas herramientas ante la descomposición social y la exclusión social de estos grupos para no encontrar desesperanza y desolación en lo que Castoriadis podría señalar como “una sociedad que se desgarrar, sin ser capaz de crear nada”, busquemos caminos para contingenciar la pobreza y vulnerabilidad de esta población.

De acuerdo a este contexto, la complejidad de la problemática es grande, de tal forma que puede parecer arriesgado adelantar investigaciones en esta temática. Pero por otra parte, se hace necesario ahondar a través de la investigación sociológica sobre las percepciones de los mismos actores sociales inmersos en esta problemática para legitimar acciones que redunden en mecanismos más eficaces y oportunos para la población más pobre y en condiciones de vulnerabilidad de nuestro departamento.

1.4 MARCO LEGAL

En materia de salud, la normatividad colombiana es muy extensa. A continuación se presenta la síntesis de aquellas que son pertinentes en esta investigación y se manejan dentro de la Oficina de atención a Población Pobre y Vulnerable del Instituto Departamental de Salud de Nariño, con los apartes relacionados a la población de estudio, con énfasis en la Ley 715 que es la base de la actividad de la Oficina y con un carácter novedoso de la Ley 1122 de Enero de 2007, norma que fue formulada pero se encuentra aun por reglamentarse en muchos aspectos.

1.4.1 Constitución Política de Colombia. La Constitución Política de Colombia de 1991 surge dentro de un marco normativo, democrático y participativo donde *“Colombia es un estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana”*³⁵.

El Estado Colombiano se determina como república unitaria, pero con entidades territoriales que gozan de una autonomía para tomar decisiones y para manejar recursos propios transferidos desde el nivel central, para cumplir con una serie de funciones que se consignan más tarde en la ley reglamentaria.

Los artículos de la constitución determinantes para la creación del Sistema General de Participaciones, son el 151 que habla sobre la competencia del congreso para expedir leyes orgánicas o reglamentarias, el 288, que determina la distribución de competencias entre la Nación y los entes territoriales, el 347 con un párrafo transitorio que señala que el incremento anual no será mayor al 1.5% de la tasa de inflación anual. El artículo 356, es el de la creación del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios y el 357 el que determina el incremento anual de en un porcentaje igual al promedio de la variación porcentual que haya tenido los ingresos corrientes de la nación durante los cuatro años anteriores³⁶.

1.4.2 Ley 100 de 1993. La ley 100 de 1993, es la que determina el Sistema de Seguridad Social en Salud el cual comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro³⁷.

El Régimen Subsidiado, que se define como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad.

El Sistema de Seguridad Social Integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente ley. El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en esta ley.

³⁵ Constitución Política de Colombia. Artículo 1.

³⁶ Ibidem.

³⁷ Ley 100 de 1993. Artículo 1.

Esta ley establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Visibilizando el Sistema de Seguridad Social como integral, el sistema de seguridad Social en Salud esta determinado por los principios que rigen a todo el sistema en general, de la siguiente forma:

1. *Equidad.*
2. *Obligatoriedad.*
3. *Protección integral.*
4. *Libre escogencia.*
5. *Autonomía de instituciones.*
6. *Descentralización administrativa.*
7. *Participación social.*
8. *Concertación.*
9. *Calidad.*

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley.

2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

También a partir de esta ley se definen los participantes *vinculados* que son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser

beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

Esta ley, tiene una meta en la cual a partir del año 2.000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162.

Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

- 1) Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- 2) Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 3) Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
- 4) Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
- 5) Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.
- 6) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
- 7) Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
- 8) Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud integra, en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

La oferta pública de servicios de salud organizada por niveles de complejidad y por niveles territoriales, contribuye a la realización de los propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a su organización y a su adecuado funcionamiento.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud los recursos de destinación especial para la salud que arbitre cualquiera de los niveles de gobierno en los

términos de la presente Ley, concurren a la financiación de los subsidios para la población más pobre y vulnerable de cada entidad territorial.

Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo, el gobierno promoverá la organización de las comunidades como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las organizaciones comunitarias de que trata el artículo 22 de la Ley 11 de 1986, y el Decreto 1416 de 1990, los cabildos indígenas y, en general, cualquier otra forma de organización comunitaria.

Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

La financiación de dicho sistema se hará según lo dispuesto en esta Ley, con los siguientes recursos³⁸:

- Del Sistema General de Participaciones, constituido por los recursos que la nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de salud cuya competencia se les asigna en la Ley 715 de 2001.
- De los recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA-, que se describen a través de la Ley 100 de 1993. Este fondo es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y es manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia. La estructura del FOSYGA tiene las siguientes subcuentas: a) De compensación interna del régimen contributivo, b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud, c) De promoción de la salud y d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT). La subcuenta de solidaridad al régimen subsidiado en salud, se destina para garantizar la continuidad y cofinanciar con los entes territoriales la ampliación de cobertura que realice el Ministerio de la Protección Social mediante resoluciones que se sujetan a las directrices del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados, la subcuenta de solidaridad se financia de los siguientes recursos: a) un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo³⁹ girada por cada Entidad Promotora de Salud, b) el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar destinados para salud, c) Un aporte del presupuesto nacional igual al del literal a), d) los rendimientos financieros de la inversión de los anteriores recursos, e) los rendimientos

³⁸ Ley 100 de 1993. Artículo 214. modificado Ley 715 de 2001.

³⁹ Ley 100 de 1993. Artículo 203.

financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el CONPES, f) los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona de Cusiana y Cupiagua, (recursos que nunca han llegado a percibirse) y g) los recursos del IVA social destinados a los planes de ampliación de cobertura de seguridad social a las madres comunitarias del ICBF de que trata la Ley 6ª de 1992.

En este sentido, la subcuenta de Solidaridad tiene por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado del sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes. La cofinanciación se determina por la concurrencia de los recursos de la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, una vez las entidades territoriales han aplicado los recursos de Ley, en la financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado.

- De los provenientes de la empresa para la salud ETESA, que se rigen por lo señalado a través de la Ley 693 de 2001 sobre rentas de juegos de suerte y azar, se giran también a cada departamento para salud. La distribución para los departamentos se hace con base en el nivel de participación de rifas, juegos y espectáculos.
- Recursos provenientes de la Lotería la Nueve Millonaria para los nueve departamentos nuevos que se erigieron después de la Constitución de 1991. Estos recursos se giran para los departamentos socios de la lotería, que son: Amazonas, Arauca, Casanare, Guania, Guaviare, Putumayo, San Andrés, Vaupes y Vichada.
- Recursos propios de los entes territoriales: son para cofinanciar junto con nación la ampliación de cobertura, atención de población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y Plan de Atención Básica en salud. Son recursos que los entes destinan para salud pudiendo ser de libre destinación, de capital o de destinación específica para salud.

Las direcciones locales, Distritales o Departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

1.4.3 Resolución 5261 de 1994. Esta resolución es importante en esta investigación porque por medio de ella se establece el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Dentro del Plan Obligatorio de Salud está determinada toda la atención de primer nivel de complejidad o sea lo que corresponde a la atención del profesional en medicina general. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por el médico de acuerdo a las normas definidas para ello como son: historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. Cuando el municipio de residencia del paciente no cuente con algún servicio, este podrá ser remitido al municipio más cercano que si cuente con él, y los gastos de transporte deberán ser asumidos por el paciente salvo en casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria.

- a) Para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993, el Plan Obligatorio de Salud tiene unas limitaciones que son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como aquellos que sean considerados cosméticos, estéticos o suntuarios y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Mediante el Artículo 93 de esta Resolución, define el concepto de remisión así: *Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario*⁴⁰.

1.4.4 Ley 715 de 2001. Esta ley surge para reemplazar el anterior situado fiscal contenido en la Ley 60 de 1993. El Sistema General de participaciones se crea mediante la Ley 715 de 2001, que se caracteriza por ser una norma orgánica, lo que quiere decir que es formulada por el Congreso de la República y son enunciadas en el articulado de la constitución política vigente.

Esta ley tiene una relevancia única por cuando constituye una herramienta legítima en lo que se refiere a las políticas sociales, ya que introdujo cambios profundos en la estructura de la administración de los sectores de salud y el papel de las entidades territoriales en la política social del Estado, siguiendo unos modelos cada vez más descentralizado.

La ley 715 de 2001 es la que constituye, crea y reglamenta el Sistema General de Participaciones constituido por los recursos que la nación transfiere a las entidades territoriales en el sector educativo, salud y una participación para propósito general; cuya correspondencia será así: educación 58.5%, salud 24.5%, y propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico correspondiente al 17%.

⁴⁰ Resolución 5291 de 1994. Artículo 93. Remisión.

En materia de salud, señala las competencias de la nación donde está concentrada la dirección de este sector y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Una de las disposiciones de mayor interés para esta investigación es la que anuncia que a la nación le corresponde concurrir en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado mediante apropiaciones del presupuesto nacional, con un cuarto de punto (0,25) de lo aportado por los afiliados del régimen contributivo.

- Una vez señaladas las funciones de la nación, señala las competencias de los entes territoriales donde *“corresponde a los departamentos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia”*⁴¹.

A las entidades territoriales del orden departamental en lo que respecta a la prestación de servicios de salud, la función que destaco es la de *“Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de salud publicas o privadas”*⁴². Para este fin, determina el financiamiento con recursos propios, o con los asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos.

Además define la población pobre por atender como la identificada por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), que defina el Conpes, no afiliada al régimen contributivo o régimen excepcional, ni financiada con recursos a la demanda.

La distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones en salud, según esta ley se destinaran así: para el financiamiento de subsidios a la demanda de manera progresiva hasta logra una cobertura total, para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y acciones de salud publica prioritarios para el país.

Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados para la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, serán asignados en la vigencia inmediatamente anterior, incrementados en la inflación causada y el incremento real de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud. Estos recursos serán repartidos por las entidades territoriales a los distritos, municipios y corregimientos.

La distribución de los recursos de la participación para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda es

⁴¹ Ley 715 de 2001. Capitulo II. Artículo 43: competencias de los Departamentos en salud.

⁴² ibidem

calculada del total de los recursos del Sistema General de Participaciones, restados los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda y los recursos destinados a financiar acciones en salud pública que sean prioritarias por el Ministerio de Salud.

Para las entidades territoriales se tomará el monto total de los recursos para este componente y se dividirá por la población pobre por atender nacional ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. El valor per cápita así resultante, se multiplicará por la población pobre por atender de cada municipio, corregimiento o distrito ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. La población atendida para efectos del presente cálculo, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución.

A cada departamento le corresponde el 59%, de los montos totales de efectuar los cálculos anteriormente descritos de los municipios y corregimientos, que deberán destinarse para garantizar la atención de los servicios diferentes a primer nivel de complejidad, el 41% restante se destinará a financiar la atención a primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos.

Por dispersión poblacional se entiende el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito o municipio entre la población urbana y rural de este.

Las entidades que administran los recursos del Régimen Subsidiado de Salud deben contratar con las Instituciones Prestadoras de salud del orden municipal o distrital, no menos del 40% del valor de la Unidad de Pago por Capacitación subsidiada efectivamente y contratadas por la respectiva entidad administrativa del régimen subsidiado. En el caso de que existan en el municipio o distrito hospitales públicos de mediana o alta complejidad la proporción no será menor al 50%; ello siempre y cuando la entidad territorial cuente con la oferta pública que le permita aplicar dichos porcentajes.

Dentro de las disposiciones generales sobre el sector salud, la ley determina la consolidación de redes organizadas por grados de complejidad relacionados por un sistema de referencia y contrarreferencia, con el fin de prestar al usuario un servicio de salud acorde con sus necesidades y acorde a los criterios de eficiencia y oportunidad.

El sistema de referencia se refiere a la remisión a un nivel mayor de atención por la complejidad de una diagnóstico y la necesidad de una atención más especializada; el de contrarreferencia se trata de una atención que sea pertinente hacerse por el primer nivel de atención.

La información asignada para la distribución de recursos para la población urbana y rural es suministrada por el DANE, sobre la población pobre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, proviene del Sistema Integral en salud del Ministerio de Salud; y la información sobre los beneficiados por el SISBEN que determina el CONPES, es suministrada por el DANE.

El DANE según el censo, hace proyecciones de habitantes para un determinado año por municipios y de acuerdo a ello se calcula el número de personas que son beneficiarias con subsidios a la demanda o sea que el estado paga una Unidad de Pago por Capitación –UPC- por persona, estos recursos son entregados a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

En lo que respecta a la atención de urgencias, debe ser prestada inicialmente por todas las entidades públicas y privadas y para el pago de servicios prestados no se requiere ni contrato ni orden previa y no constituye una acción cumplida y deberá ser cancelada máximo en los tres meses siguientes a la radicación de la factura de cobro.

En síntesis, el Sistema General de Participaciones, agregado para salud, se destina para financiar los gastos en los siguientes componentes:

1. Subsidios de continuidad a la demanda: Los recursos para este componente son aquellos que gira el Estado para vincular a personas pobres y vulnerables del país del Sistema de Seguridad Social en salud mediante el pago por cada una de ellas de una Unidad por Capitación subsidiada (UPC-s).

Los recursos que forman parte del Sistema General de Participaciones de las Entidades Territoriales asignados a este componente, serán distribuidos entre distritos, municipios y corregimientos departamentales, pertenecientes a los nuevos departamentos creados por la constitución de 1991. Dichos recursos serán administrados por el departamento correspondiente y se los dividen por el total de la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda, en la vigencia anterior. El valor per capita resultante se multiplicara por la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior, en cada ente territorial. El resultado será la cuantía que corresponda a cada distrito, municipio o corregimiento departamental.

Esa distribución la hace el CONPES de acuerdo con criterios establecidos legalmente. Su giro se hace directamente a los fondos locales de salud de cada ente territorial bimestre anticipado y representa un 55% del monto total global⁴³.

⁴³CONPES Social 77 de 2004 y CONPES Social 79 de 2004.

$$\frac{\text{Total recursos demanda vigencia anterior}}{\text{Total población pobre del país}} = \$ \times \text{Población pobre municipio}$$

2. Subsidios a la oferta o población pobre no cubierta con subsidios a la demanda: Este componente se destina a los entes territoriales para que financien mediante las instituciones prestadoras la cobertura de riesgos en salud directamente a las personas pobres según el SISBEN, que no alcanzaron a ser cubiertas mediante subsidios a la demanda.

Para el cálculo de estos recursos, se tomará el total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud en la respectiva vigencia y se le restaran los recursos liquidados para garantizar la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda y los recursos destinados a financiar acciones en salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de Salud.

A cada departamento le corresponderá el 59% de los montos resultantes de efectuar los cálculos anteriores, los cuales deberán destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad. El 41% restante se deberá destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos de los respectivos departamentos.

3. Plan de Atención Básica: El PAB, es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. El responsable del PAB en cada municipio es el alcalde y debe centrarse en estos componentes: a) promoción de la salud, b) prevención de la enfermedad, c) vigilancia en salud pública y d) gestión.

4. Para ampliación de subsidios a la demanda: Estos recursos serán asignados con este propósito en la vigencia inmediatamente anterior, incrementados en la inflación causada y el crecimiento real de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud.

Los recursos con que cuenta el Estado para acercarse cada vez más a la universalidad que inspira todo el sistema, es decir para ampliación de subsidios a la demanda para los más pobres del país, son producto del crecimiento adicional de la inflación del Sistema General de Participaciones en Salud, aplicando el criterio de equidad, entendido como un indicador que pondera el déficit de cobertura de la entidad territorial y su proporción de población por atender a nivel nacional.

La ampliación de cobertura de la población pobre mediante subsidios a la demanda se financia también con recursos propios de las entidades territoriales de libre destinación, específica para salud o de capital, cuando en este último caso se garantice su continuidad como mínimo de cinco años.

1.4.5 Ley 1122 de 2007. Esta ley es la más reciente en materia de salud y tiene como objeto hacer algunas modificaciones al Sistema de Seguridad Social en Salud o sea a algunos artículos de la Ley 100 de 1993, reformando aspectos como dirección, universalización, equilibrio, racionalización y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, pero conserva el principio de descentralización. Dentro del capítulo del financiamiento anuncia que el Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzara en los próximos tres años la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema⁴⁴.

Modifica el artículo 204 de la ley 100 de 1993 y determina que la cotización para el régimen subsidiado en salud quedará así: la cotización para el régimen contributivo en salud será del 12,5 % del salario o ingreso base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8,5% y a cargo del empleado del 4%. El 1,5% de la cotización será destinada a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA para contribuir a la afiliación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones de los regímenes especiales y de excepción se incrementaran en 0,5%.

También modifica el artículo 214 de la ley 100 de 1993, donde los recursos del Régimen Subsidiado se financiara con los siguientes recursos:

a) De las entidades territoriales: Lo que respecta a los recursos percibidos por el Sistema de Seguridad Social en Salud previo concepto del CONPES, serán destinados al régimen subsidiado en salud en el presente año será del 56%, en el 2008 del 61% y a partir del 2009 del 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará de acuerdo a las disposiciones del gobierno, para la atención de la población pobre no asegurada, para las acciones no cubiertas por subsidios a la demanda y a las acciones en salud pública. También se financiaran con los recursos transferidos por ETESA siempre y cuando no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación.

b) Del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA:

- Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.
- El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en peso constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la

⁴⁴ Ley 1122 de 2007. Capítulo II. Artículo 9°.

vigencia del año 2007, cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III en los términos establecidos en la presente ley.

- El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

c) Otros

- Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.
- Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.
- El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana. Respecto a este punto, estos recursos que se citan nunca han llegado a percibirse; y aún así no se modificó este punto en esta nueva ley.

Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos con criterio de equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumplan los requisitos para estar en el régimen subsidiado⁴⁵.

En el artículo 14, define el aseguramiento en salud como la administración del riesgo en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario; lo cual implica que el asegurador cumpla con las obligaciones establecidas en el Plan Obligatorio de Salud. Las entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones del aseguramiento.

En la ley 100 de 1993, la meta era llegar al 2001 con un cubrimiento total en salud, lo cual no se logró; esta ley trata de orientar recursos para que en 2009 se logre la cobertura total.

Las entidades que anteriormente se hacían llamar Administradoras del Régimen Subsidiado, a partir de la presente ley se denominarán Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS's); y adjudica al Sistema otras funciones

⁴⁵ Ley 1122 de 2007. Capítulo III. Artículo 11. modificación del artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

adicionales, aparte de las otorgadas por la Ley 100 de 1993, entre las cuales se destaca que se beneficiaran con subsidio total en el Régimen Subsidiado las personas pobres y vulnerables clasificadas con los niveles I y II del SISBEN, incluidas las personas que tengan subsidios parciales y población especial. Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a nivel I y II del SISBEN.

Las EPS del régimen subsidiado deben contratar obligatoriamente y como mínimo el 60% del gasto en salud con Empresas Sociales del estado (ESE's) debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Esto estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las EPS del régimen contributivo deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE's escindidas del ISS, también sujetas a los requisitos anteriormente citados.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de los entes territoriales.

Por su parte, las entidades territoriales contarán con ESE's debidamente habilitadas para la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda, así como las EPS's, los entes territoriales deben solicitar autorización del Ministerio para contratar con Instituciones Prestadoras de Salud cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente dentro del municipio o área de influencia.

La atención de urgencias esta garantizada en cualquier IPS del país, ello sin necesidad de contrato previo. Las EPS o entidades territoriales responsables de la atención no podrán negar el servicio, de lo contrario se someterán al pago de multas.

2. CARACTERÍSTICAS SOCIO CULTURALES

Las características de la población pobre y vulnerable atendida desde el Instituto Departamental de Salud de Nariño, representan una clara muestra de un tipo de población excluida y marginada en el país y en el mundo entero; se trata de una población que vive un día a día con incertidumbre de no poseer recursos económicos que garanticen un nivel digno de vida; encontrándose además, con la inesperada situación de enfermedades y factores que atentan con la vida, lo cual genera un gasto inesperado que es imposible afrontar. Por esta razón, la población en estas condiciones se ve en la obligación de recurrir al Instituto, ya que es el Estado Colombiano, a través de sus instituciones, quien se pone al frente de esta problemática, y se compromete a mitigar los efectos de problemas sociales, como el de la pobreza.

En primer lugar, se debe partir de la característica general y básica de las personas que acuden a la oficina de Atención a población pobre y vulnerable, la de escasos recursos económicos. Mediante diferentes herramientas, diversas entidades gubernamentales y no gubernamentales intentan rastrear esta población. Una herramienta que utiliza el gobierno es que mediante el CENSO nacional se identifique los hogares pobres, que posteriormente se incluirán en el SISBEN. En este momento cabe recordar un factor preocupante que se señala en el estudio de Núñez y Silva, sobre la pobreza y la protección social, que entre más extrema es la pobreza, más difícil es el acceso a redes de apoyo oficiales como es el empadronamiento, un ejemplo de ello es la población en estado de indigencia, o aquellos hogares de zonas supremamente apartadas, los cuales no se integran a dicha identificación; así que se necesita otro tipo de mediciones más incluyentes para la población pobre y vulnerable.

Oficialmente, la política gubernamental señala, que ya una vez identificada la población y sisbenizada, se le otorgue la posibilidad de acceder a una EPS del régimen subsidiado. Una vez marcada esta condición como básica y general de los usuarios de la Oficina de Atención a Población pobre y vulnerable, se pasa a señalar los hallazgos del instrumento aplicado.

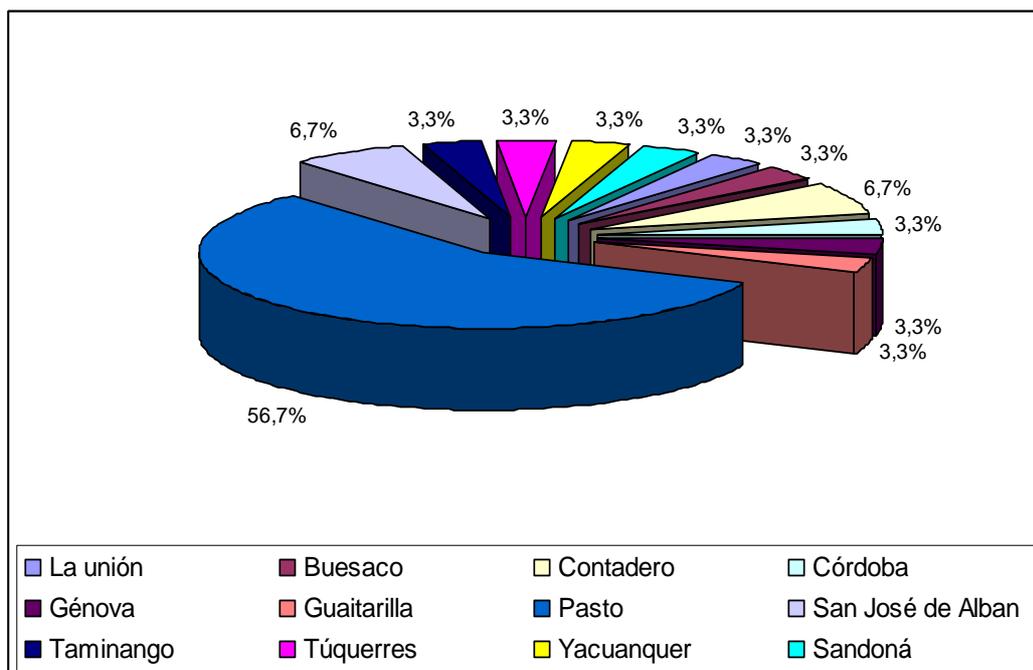
En primera instancia se evidencia la fluctuación de esta población, ya que solicita un servicio de salud en caso de urgencia médica, con la expectativa de que el Instituto Departamental de Salud garantice procedimientos, medicamentos, remisiones, o exámenes, entre otros, según lo que estipulado en las normas vigentes; lo cual indica que esta población no asiste de manera periódica a la institución; además se debe anotar que por las continuas negativas por parte de la entidad, los usuarios llevan esa experiencia en su imaginario y ello les dificulta tener confiabilidad en la institución. Los usuarios que se podrían catalogar como regulares son aquellos que interpusieron tutelas, y estas fallaron a favor de ellos, y en los cuales el Instituto Departamental de salud debe garantizar servicios de

manera regular, como se puede demostrar por medio de los registros que se llevan en la oficina. (Ver anexo A).

2.1 MUNICIPIOS DE PROCEDENCIA

El primer factor determinante para encontrar características de la población atendida, es su lugar de procedencia, puesto que permite verificar las dificultades que tiene la población para acceder al servicio y las distancias que deben atravesar. Esta población está ubicada en todo el departamento de Nariño, donde se aprecia que de cercanos y lejanos municipios, corregimientos y veredas, asisten los pobladores hasta la sede del Instituto, para solicitar un servicio de salud.

Gráfico 2. Municipios con porcentaje de afluencia a la oficina de atención a población pobre y vulnerable. 2007.



Cuadro 10. Municipios con frecuencia y porcentaje de afluencia a la oficina de atención a población pobre y vulnerable. Año 2007.

Municipio	Frecuencia	%
La Unión	1	3.3
Buesaco	1	3.3
Contadero	2	6.8
Córdoba	1	3.3
Génova	1	3.3
Guaitarilla	1	3.3
Pasto	17	56.7
San José de Alban	2	6.8
Taminango	1	3.3
Túquerres	1	3.3
Yacuanquer	1	3.3
Sandoná	1	3.3
TOTAL	30	100

Como se puede apreciar en el grafico anterior, existe un alto porcentaje de población perteneciente al municipio de Pasto, esto no se explica por la presencia de mayor porcentaje de NBI y miseria, ya que por encima de él se encuentran municipios como: El Rosario, Magüi, Providencia, entre otros, sino que su explicación es más práctica, porque la sede del Instituto se ubica en este municipio, y como lo han testimoniado los mismos usuarios, pobladores de otros municipios, contactan con familiares y conocidos para que inicien el tramite, lo cual genera mayor disposición, ya que no les es fácil la movilidad por la distancia y la precariedad de recursos económicos.

Grafico 3. Municipios de procedencia de entrevistado. Zona Urbana Julio 2007

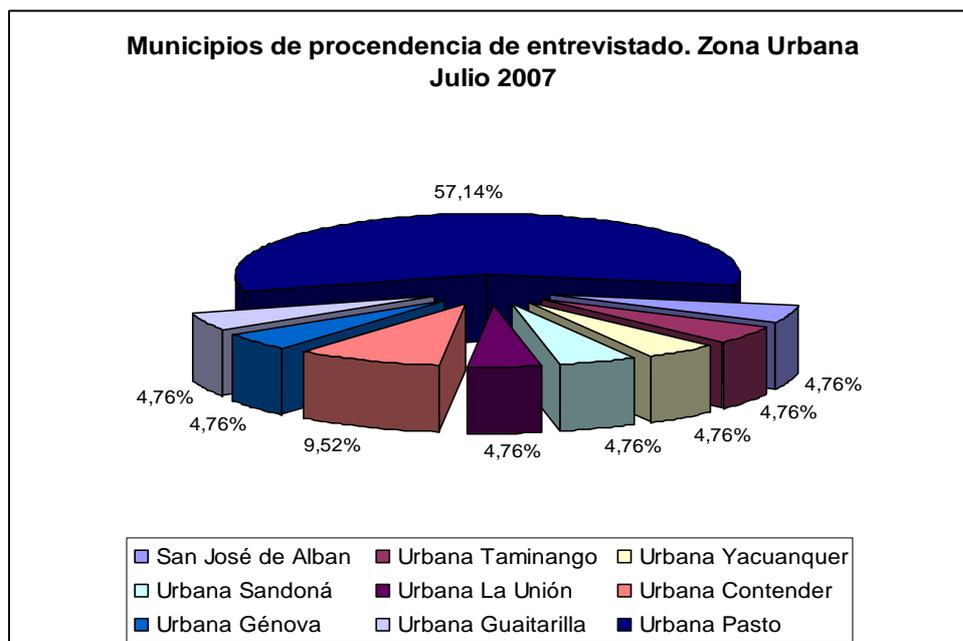
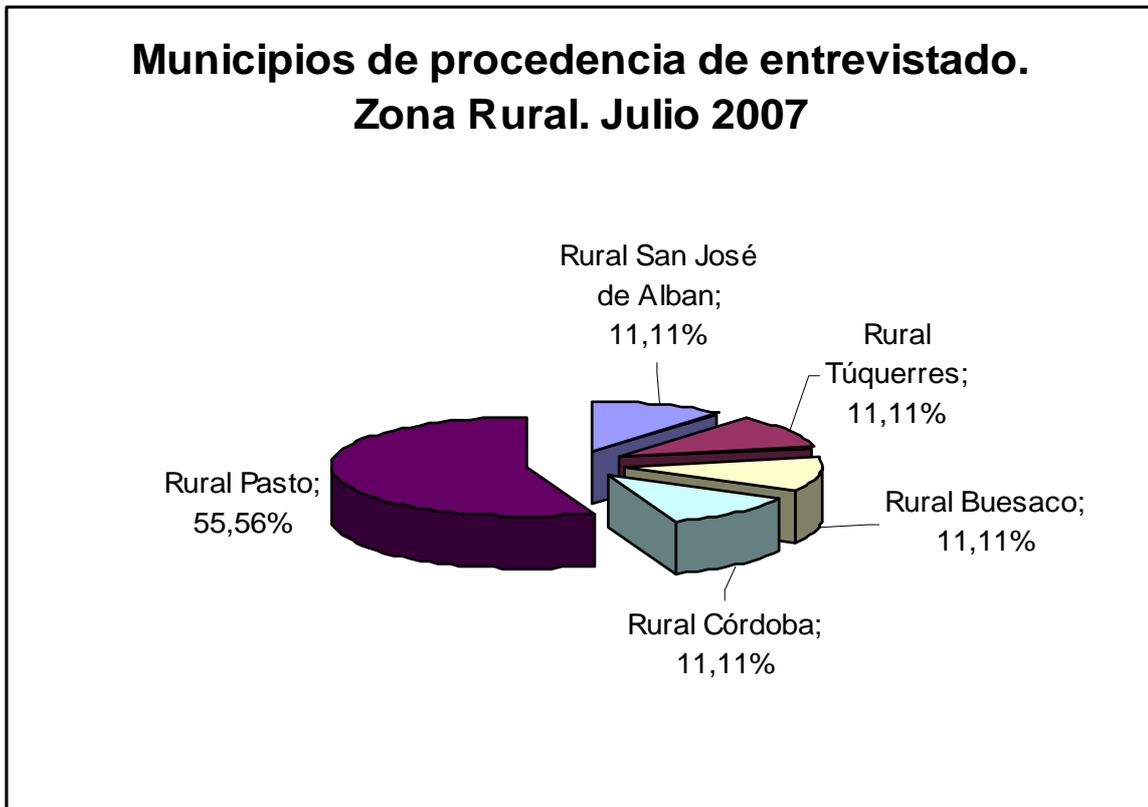


Gráfico 4.



En estos gráficos se hizo una distinción importante para el análisis, la zona urbana y la zona rural. Se toma este aspecto para poder determinar las condiciones de movilidad de los pobladores, ya que se facilita el transporte desde una zona urbana de los diferentes municipios, a esas zonas rurales donde se deben encontrar en muchos de los casos, transporte adicional para acceder primero a las cabeceras municipales y posteriormente a la capital del departamento sede del Instituto. Acorde con la información anterior, corresponde a la zona urbana, al municipio de Pasto, el mayor porcentaje de presencia entre los entrevistados con un 57.14%, el porcentaje restante corresponde a zonas urbanas de diferentes municipios sin distinciones relevantes entre ellos.

En cuanto a la zona rural, también se encuentra que el municipio de mayor presencia es Pasto, con un 55.56%; seguido por municipios como San José de Alban, Túquerres, Buesaco y Córdoba.

Cuadro 11. Municipios de procedencia de entrevistados según la zona de residencia

Municipio	Zona	Frecuencia	%
La Unión	Rural	0	-
	Urbana	1	3.3
Buesaco	Rural	1	3.3
	Urbana	0	-
Contadero	Rural	0	-
	Urbana	2	6.8
Córdoba	Rural	1	3.3
	Urbana	0	-
Génova	Rural	0	-
	Urbana	1	3.3
Guaitarilla	Rural	0	-
	Urbana	1	3.3
Pasto	Rural	5	16.8
	Urbana	12	40
San José de Alban	Rural	1	3.3
	Urbana	1	3.3
Taminango	Rural	0	-
	Urbana	1	3.3
Túquerres	Rural	1	3.3
	Urbana	0	-
Yacuanquer	Rural	0	-
	Urbana	1	3.3
Sandóná	Rural	0	-
	Urbana	1	3.3
TOTAL		30	100

La mayor presencia de población corresponde al municipio de Pasto tanto en su zona urbana como rural; lo cual permite identificar que la población de distintos municipios necesita sentir la presencia del Instituto más próxima a ellos y sobre todo más efectiva.

2.2 TIPO DE VIVIENDA

Para este aspecto, se toman tres categorías referentes a la posesión de la vivienda, que permiten verificar los gastos económicos en la manutención de los hogares. Como se muestra a continuación, en general el porcentaje mayor de tipo de vivienda fue la vivienda propia con un 43.3%, seguida por el arrendamiento con un porcentaje de 36.7% y por último el tipo de vivienda familiar con un 20%.

Cuadro 12. Zona rural y zona urbana según tipo de vivienda

ZONA RURAL			ZONA URBANA			TOTAL
Tipo de vivienda	Frecuencia	%	Tipo de vivienda	Frecuencia	%	%
Propia	6	20	Propia	7	23.3	43.3
Familiar	0	0	Familiar	6	20	20
Arrendada	3	10	Arrendada	8	26.7	36.7
TOTAL	9	30		21	70	100

En lo que respecta a la zona rural, se encuentran más casos de vivienda propia con un 20%, en contraste con la población de la zona urbana, donde la figura de arrendamiento es más protagónica con un 23.3%. Se puede explicar este hecho por que en la zona urbana el costo de vivienda es más elevado, que en la zona rural.

En cuanto al tipo de vivienda familiar con un 20%, se trata de familias extensas, con gran número de personas que comparten la vivienda con familiares; todas estas viviendas se caracterizan por contar con todos los servicios públicos, por la ubicación en barrios marginales que corresponden a estratos bajos.

En cuanto a la zona rural, el porcentaje más representativo lo constituye el 20% de vivienda propia, además con un 10% de vivienda arrendada, no se encontró datos de tipo de vivienda familiar.

2.3 SERVICIOS PÚBLICOS

Las viviendas de la zona urbana, todas cuentan con los servicios de agua, energía eléctrica y algunos con teléfono fijo o celular (corresponde al 43%).

Las viviendas de la zona rural, se caracterizan por ser sencillas y en cuanto a los servicios públicos se encontró que en todos los casos las viviendas cuentan con el servicio de energía eléctrica, al contrario del teléfono fijo que no se encontraron registros y vemos como el celular ha empezado a ser utilizado, no como móvil, sino como fijo en sus residencias, en lo referente al servicio de agua, en dos casos el suministro es reemplazado por arroyos y ríos cercanos, éste es un factor de riesgo para los habitantes de esos hogares, ya que no contar con el servicio de agua potable, causa inevitablemente la presencia de un sin número de enfermedades.

Cuadro 13. Zona rural y servicios públicos con los que cuentan

Servicios públicos	Agua	Energía eléctrica	Teléfono	Celular	Arroyo
Cabrera	x	x		x	
Genoy	x	x			
Catambuco	x	x			
San José	x	x		x	
Obonuco	x	x			
El Salado		x		x	x
Sumapaz		x		x	x
Obonuco	x	x			
Guarangual	x	x			

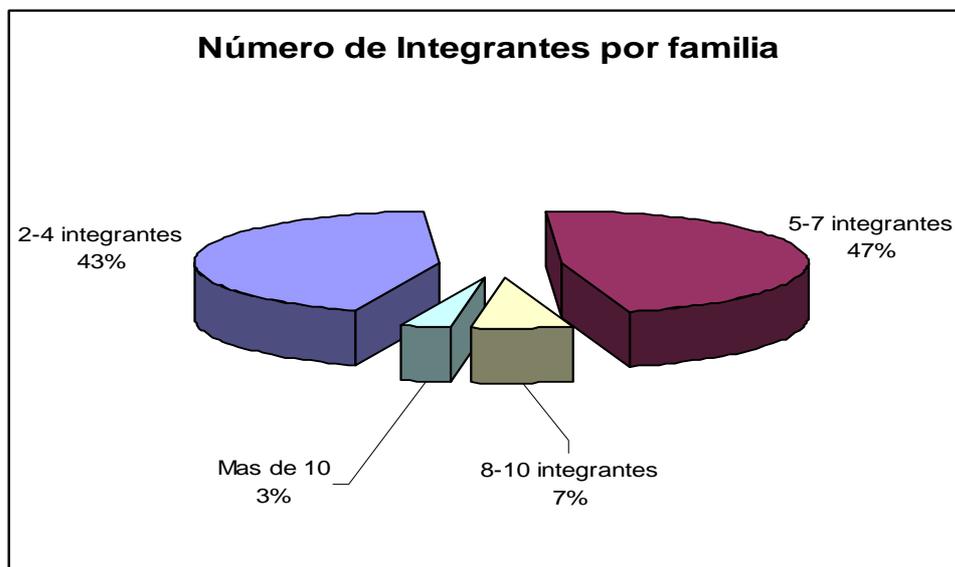
2.4 COMPOSICIÓN FAMILIAR

Haciendo un análisis de la composición familiar de cada encuestado, se puede apreciar que existe un tipo de familias extensas caracterizadas por el gran número de miembros que las conforman, así se encuentra el mayor porcentaje de familias las que están constituidas por 5 a 7 miembros con un porcentaje del 46.7%, seguida muy de cerca por aquellas que tienen de 2 a 4 integrantes, en total se encontraron 144 miembros de las familias. La constante entre estas familias es la presencia de padre y madre y el gran número de hijos, a excepción de tres casos conformados por dos personas en las cuales no se encuentra un núcleo familiar definido.

Cuadro 14. Número de integrantes por familia

Rango	Frecuencia	%
2-4 integrantes	13	43.3
5-7 integrante	14	46.7
8-10 integrantes	2	6.7
Mas de 10	1	3.3
TOTAL	30	100

Gráfico 5. Número de integrantes por familia

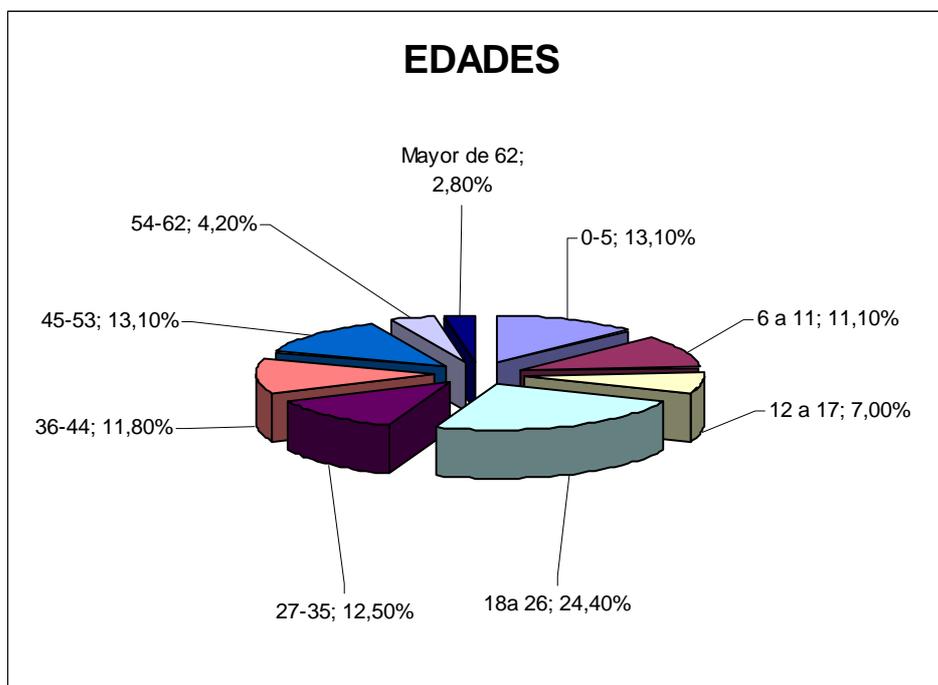


Es importante indagar sobre las edades de los miembros de las familias, para poder caracterizar a la población de estudio, en este sentido se determinaron rangos de edades donde en los primeros niveles se toma en cuenta la edad de niños y jóvenes en edad escolar, y de ahí en adelante se determinan periodos de diez años, esto surge por la cantidad de datos que para este aspecto se encontraron en cada familia. Como se puede observar en el anterior cuadro, el porcentaje de mayor presencia corresponde al rango de 18 a 26 años (24.4%), representando así que la población de adultos jóvenes es la que se encuentra con mayor porcentaje, con relación a las familias que fueron entrevistadas, siendo este un resultado coherente con lo contemplado en el plan de desarrollo departamental, donde en Nariño la presencia de jóvenes adultos se presenta con mayor fuerza.

Cuadro 15. Edades

Rango (años)	Frecuencia	%
0-5	20	13,1
6-11	15	11,1
12-17	12	7
18-26	33	24.4
27-35	19	12.5
36-44	16	11,8
45-53	18	13.1
54-62	7	4.2
Mayor de 62	4	2.8
Total	144	100

Gráfico 6. Edades



Cuadro 16. Edades y nivel educativo

ZONA RURAL				ZONA URBANA			
Edad	Escolaridad	fr.	%	Edad	Escolaridad	fr.	%
4-5	Sin estudios	3	2.2	4-5	Sin estudios	-	-
	Preescolar	2	1.5		Preescolar	4	3
6-11	Sin estudios	-	-	6-11	Sin estudios	-	-
	Primaria	6	4.5		Primaria	9	6.7
12-17	Sin estudios	-	-	12-17	Sin estudios	-	-
	Primaria	1	0.7		Primaria	1	0.7
	Secundaria	3	2.2		Secundaria	7	5.5
18-26	Sin estudios	-	-	18-26	Sin estudios	-	-
	Primaria	5	3.9		Primaria	3	2.2
	Secundaria	9	6.7		Secundaria	5	3.9
	Tecnológica	-	-		Tecnológica	2	1.5
	Universitaria	-	-		Universitaria	8	6
27-35	Sin estudios	-	-	27-35	Sin estudios	-	-
	Primaria	2	1.5		Primaria	4	3
	Secundaria	2	1.5		Secundaria	10	7.5
	Tecnológica	-	-		Tecnológica	1	0.7
	Universitaria	-	-		Universitaria	-	-
36-44	Sin estudios	-	-	36-44	Sin estudios	-	-

	Primaria	2	1.5		Primaria	8	6
	Secundaria	-	-		Secundaria	4	3
	Tecnológica	-	-		Tecnológica	-	-
	Universitaria	-	-		Universitaria	2	1.5
45-53	Sin estudios	-	-	45-53	Sin estudios	-	-
	Primaria	7	5.5		Primaria	8	6
	Secundaria	-	-		Secundaria	3	2.2
	Tecnológica	-	-		Tecnológica	-	-
	Universitaria	-	-		Universitaria	1	0.7
54-62	Sin estudios	-	-	54-62	Sin estudios	-	-
	Primaria	3	2.2		Primaria	2	1.5
	Secundaria	-	-		Secundaria	2	1.5
	Tecnológica	-	-		Tecnológica	-	-
	universitaria	-	-		Universitaria	-	-
Mayor de 62	Sin estudios	-	-	Mayor de 62	Sin estudios	2	1.5
	Primaria	1	0.7		Primaria	1	0.7
	Secundaria	-	-		Secundaria	-	-
	Tecnológica	-	-		Tecnológica	-	-
	Universitaria	-	-		Universitaria	-	-
TOTAL		46	34.6			87	65.4

Tomando como base los rangos de edades, se establecen los porcentajes que determinan el nivel educativo en la zona rural y urbana. En la zona urbana, en general se reporta un mayor porcentaje de participación escolar, con relación a la zona rural. Entre la población de edad escolar temprana de la zona urbana, vemos cómo no se encuentran datos relacionados a niños sin estudios; en contraste de la zona rural, donde se encuentra un 2.2% de niños sin estudios entre 4-5 años; aunque es un porcentaje bajo, es claro ejemplo de la situación de nuestro departamento, donde en las zonas rurales la participación escolar es más pobre. En este sentido vale la pena señalar también, que el cuadro nos arroja datos de personas mayores de 62 años pertenecientes a la zona urbana sin estudios en un 1.5%.

Entre la población que ocupa el rango de 6 a 11 años y en la de 12 a 17, tanto en la zona rural como en la zona urbana se observa una participación total en el nivel de primaria y secundaria respectivamente. En el rango mas representativo, dentro de la aplicación del instrumento, el que corresponde a la población de 18 a 26 años, se observa que en el sector urbano existe una mayor participación y diversidad, donde la población se ubica dentro de una preparación respectiva, incluso ya aparece la preparación en el nivel tecnológico, en contraste con el sector rural donde ya no se encuentran casos de preparación universitaria o técnica.

El porcentaje más elevado, en cuanto al nivel educativo, precisamente se encuentra dentro del rango de 27 a 35 años en el sector urbano en el grado de secundaria, como en los anteriores rangos, aventaja de lejos el sector urbano al rural.

En el rango de población adulta ya vemos como la participación escolar baja en frecuencia y porcentaje, todos poseen la básica primaria, pero solo en algunos casos que se muestran en la tabla poseen niveles de secundaria, ya no se encuentran casos de formación universitaria, ni tecnológica.

En este factor, se puede concluir que las nuevas generaciones gozan con mayor participación escolar en los diversos campos de formación según su edad, en cambio la población adulta posee un nivel básico de formación escolar.

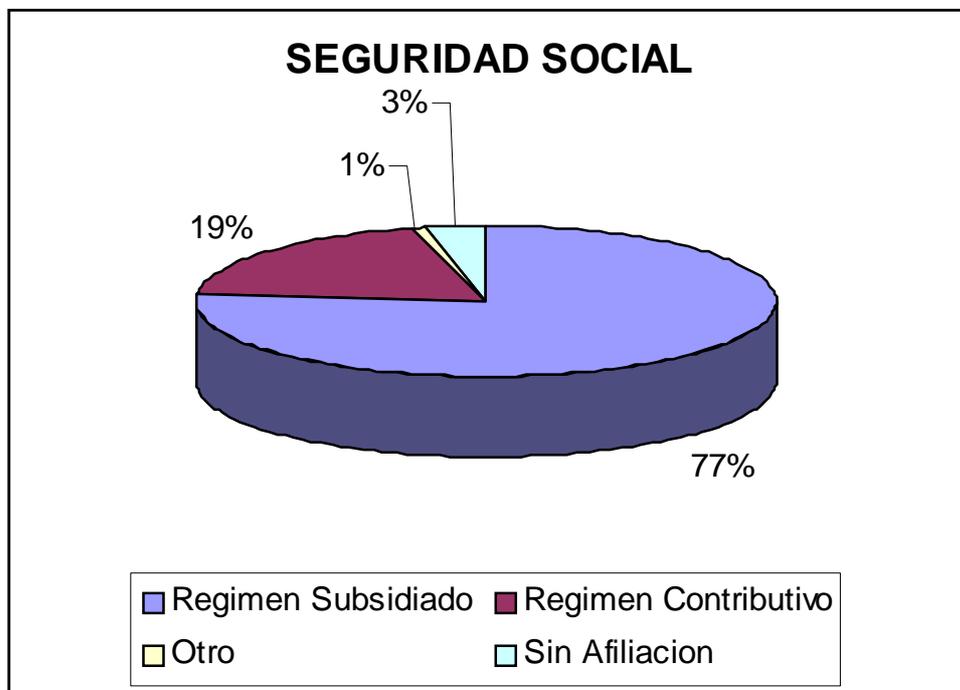
2.5 SEGURIDAD SOCIAL

Haciendo un acercamiento a la seguridad social de los hogares entrevistados, se lograron los siguientes datos:

Cuadro 17. Seguridad social

Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Otro	Sin afiliación
110	28	1	5

Gráfico 7. Seguridad social

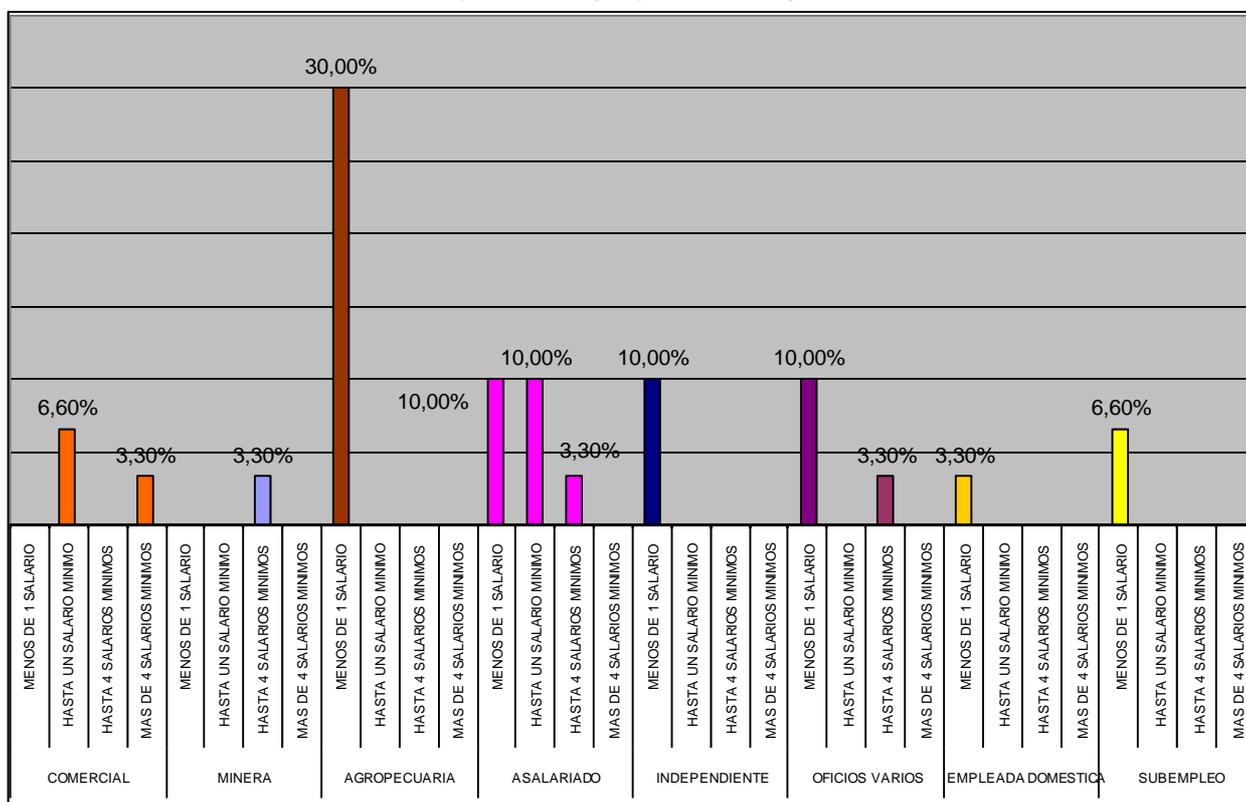


En este gráfico, encontramos la afiliación de las personas que conforman los hogares, aunque en su gran mayoría pertenecen a régimen subsidiado, se logró establecer que dentro de las mismas familias varía a régimen contributivo u otra clase de afiliación según la actividad que se ejerce, así existirán casos de personas vinculadas laboralmente, o estarán estudiando y bajo el sistema de salud universitario.

2.6 ACTIVIDAD ECONÓMICA

En las familias entrevistadas se encontró que el padre es el jefe del hogar, cuya actividad económica es irregular e inestable y con baja remuneración. Se han categorizado las actividades de la siguiente forma:

Gráfico 8. Actividad económica del jefe del hogar y nivel de ingresos



Cuadro 18. Actividad económica del jefe del hogar y nivel de ingresos

Actividad económica	Ingresos	fr.	%
Comercial	Menos de un salario mínimo	-	-
	Hasta un salario mínimo	2	6.6
	Hasta 4 salarios mínimos	-	-
	Mayor de 4 salarios mínimos	1	3.3
Minera	Menos de un salario mínimo	-	-
	Hasta un salario mínimo	-	-
	Hasta 4 salarios mínimos	1	3.3
	Mayor de 4 salarios mínimos	-	-
Agropecuaria	Menos de un salario mínimo	9	30
	Hasta un salario mínimo	-	-
	Hasta 4 salarios mínimos	-	-
	Mayor de 4 salarios mínimos	-	-
Asalariado	Menos de un salario mínimo	3	10
	Hasta un salario mínimo	3	10
	Hasta 4 salarios mínimos	1	3.3
	Mayor de 4 salarios mínimos	-	-
Independiente	Menos de un salario mínimo	3	10
	Hasta un salario mínimo	-	-
	Hasta 4 salarios mínimos	-	-
	Mayor de 4 salarios mínimos	-	-
Oficios varios	Menos de un salario mínimo	3	10
	Hasta un salario mínimo	-	-
	Hasta 4 salarios mínimos	1	3.3
	Mayor de 4 salarios mínimos	-	-
Empleada doméstica	Menos de un salario mínimo	1	3.3
	Hasta un salario mínimo	-	-
	Hasta 4 salarios mínimos	-	-
	Mayor de 4 salarios mínimos	-	-
Subempleo	Menos de un salario mínimo	2	6.6
	Hasta un salario mínimo	-	-
	Hasta 4 salarios mínimos	-	-
	Mayor de 4 salarios mínimos	-	-

Como se puede observar en el cuadro, se crearon ocho categorías de actividad laboral en las cuales se puede identificar las que enunciaron los entrevistados, así se encontró que la actividad agropecuaria es la que más alto porcentaje representa con un 30%, quienes manifiestan que perciben ingresos mensuales de menos del salario mínimo, en esta actividad encontramos agricultores, jornaleros y aparceros, entre otros.

La actividad comercial constituye una categoría por la frecuencia que se presenta, en donde se trata de una mediana percepción de recursos en comercio con artículos en cuero y pequeñas tiendas de barrio. Esta actividad representa el 9.9% y los ingresos varían de acuerdo a cada entrevistado.

Dentro de la actividad económica de los identificados como asalariados se identifico a albañiles, conductores, mecánicos, empleados de pequeños negocios y obreros, en general esta categoría representa el 23.3%. Dentro de los ingresos percibidos por estas personas se encontró variaciones entre menos de un salario mínimo, hasta 4 salarios mínimos.

En la actividad económica aquí denominada independiente se identificaron los trabajos artesanales y el desempeño de oficios como zapatería, marroquinería y sastrería, cuya participación es del 10%, se encontró que los ingresos mensuales son inferiores al salario mínimo.

La categoría de oficios varios, básicamente se crea en los casos en los cuales las amas de casa se identifican como jefes de hogar, pero que necesariamente deben buscar opciones para la manutención de sus hogares, de esta manera encontramos actividades como vendedoras de catalogo, prestamistas de dinero, entre otros. Se refleja con un porcentaje total del 13.3%, donde los ingresos en su mayoría son menores al salario mínimo.

En la categoría de subempleo se clasifican actividades como la venta ambulante y la denominada como “cotero” que es aquella de ayudar a cargar mercados en las plazas. Esta actividad tiene una participación del 66%, y como es evidente con un salario muy inferior al mínimo.

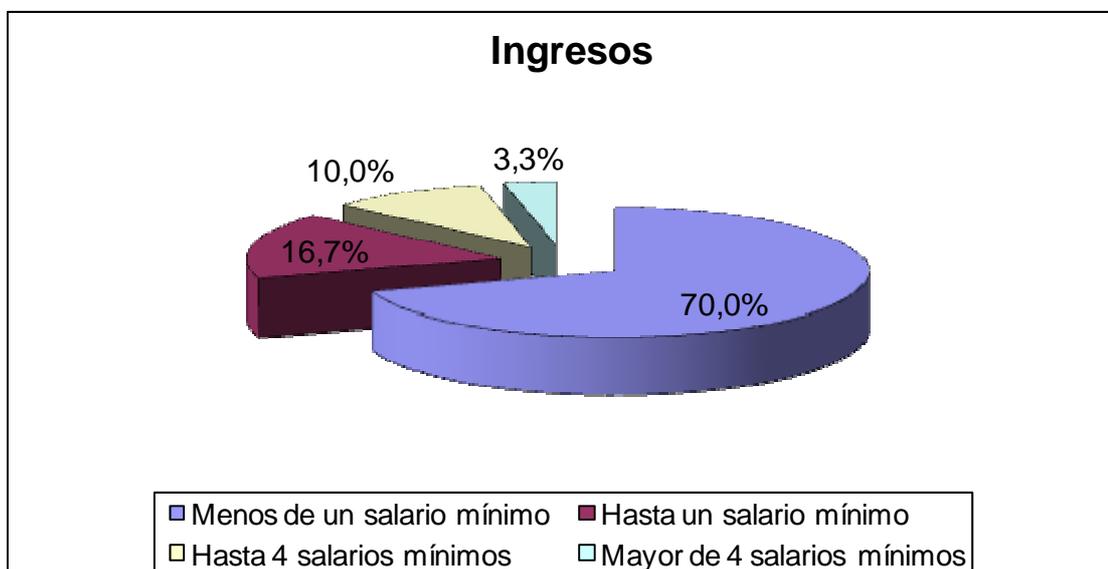
La condición laboral de estas personas es crítica, fundamentalmente por que trabaja un solo miembro de la familia, quien es el jefe y proveedor de ella, segundo, por la actividad laboral que ejercen, que no determina una percepción de ingresos importantes, lo cuál contrasta con la gran cantidad de miembros de familia a los cuales se deben mantener.

Cuadro 19. Ingresos

Ingresos Mensuales	frecuencia	%
Menos de un salario mínimo	21	70
Hasta un salario mínimo	5	16.7
Hasta 4 salarios mínimos	3	10
Mayor de 4 salarios mínimos	1	3.3

En un porcentaje importante (70%), el ingreso que percibe esta población es inferior al salario mínimo.

Gráfico 9. Ingresos



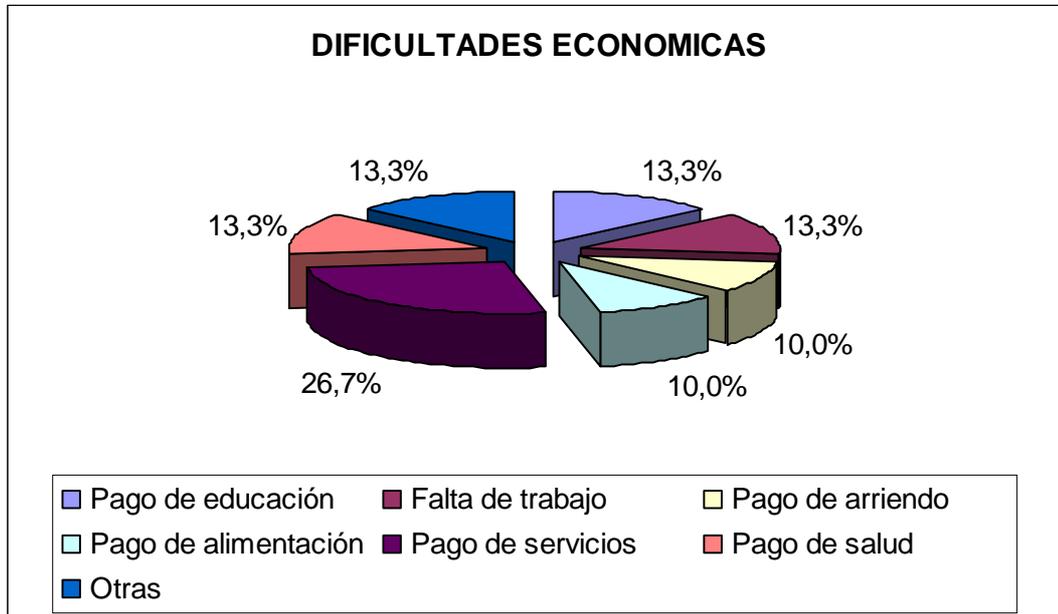
Entre las principales dificultades económicas que enfrentan estos hogares es el pago de servicios públicos por elevado costo de ellos, así como el pago de educación de sus hijos, la salud, entre otras. La falta de trabajo para las personas en edad de producir ingresos, también es un factor importante para destacar.

De acuerdo a las razones argumentadas por los entrevistados sobre las mayores dificultades económicas se presentan porque sólo trabaja una sola persona en el hogar, con baja remuneración, como se evidencio anteriormente; ello sumado al elevado costo de vida, canasta familiar, de servicios públicos y obligaciones, en casos particulares se encontró que determinadas factores empeoran el panorama como por ejemplo la presencia de enfermedades, la época escolar, gastos de transporte, en los casos de trabajadores agropecuarios, las variaciones climáticas perjudican sus ingresos.

Cuadro 20. Dificultades económicas

Aspecto	frecuencia	%
Pago de educación	4	13.3
Falta de trabajo	4	13.3
Pago de arriendo	3	10
Pago de alimentación	3	10
Pago de servicios	8	26,7
Pago de salud	4	13.3
Otras	4	13.3
TOTAL	30	100

Gráfico 10. Dificultades económicas



Con esta información suministrada se puede determinar que el perfil de los usuarios es:

- En términos generales se trata de personas que presentan una necesidad de tipo médica, por lo tanto, la población estudiada no es homogénea, es fluctuante.
- Se ubican en todo el departamento nariñense, con una mayor afluencia del municipio de Pasto, en su zona urbana, por la cercanía a la sede del Instituto.
- La tenencia de vivienda es propia en la zona rural o arrendada en la zona urbana principalmente, contando con los servicios públicos básicos.
- En general se presenta una conformación familiar extensa, con gran número de integrantes de ellas.
- El nivel educativo varía según las edades, la población mayor posee solo el nivel de básica primaria, mientras que las nuevas generaciones presentan continuidad en los estudios.
- La principal fuente de ingresos es la que desempeña el jefe del hogar, siendo esta una actividad poco remunerada y fluctuante.

3. CONOCIMIENTO NORMATIVO

Este capítulo es importante, porque al averiguar el conocimiento normativo se puede establecer con que herramientas legales cuenta la población pobre y vulnerable y que conocen sobre los derechos y deberes en salud, y que tanto de ello tienen aprehendido y aplican en su vida cotidiana.

La normatividad de salud es enorme, complicada, ambigua y en algunos casos hasta inoperante. Por eso es importante conocer lo que la gente percibe sobre la normatividad, aunque se trate de una población que posee escasos niveles escolares y pocos accesos a ella. Por esto, las personas están muy lejanas a la normatividad, a la aprehensión de ella, a su interpretación y en muchos casos confundidos sobre lo que ellos consideran como derechos.

El poder visualizar el Sistema de Seguridad Social Integral, como un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que definen la ley, es un proceso bastante difícil de concebir, por lo complejo de ello y por lo abstracto que puede presentarse para la sociedad en general. La necesidad de materializarlo en algo real como lo son las instituciones existentes es un proceso necesario para lograr entenderlo.

En este sentido, hay que recordar que dentro del Plan de Desarrollo Departamental, se identifica como una amenaza para el sector salud el incumplimiento, las contradicciones y diferencia de interpretaciones en la aplicación de la norma vigente; hecho identificado además dentro del ámbito nacional. Además se identifica como debilidad de las EPS's del régimen subsidiado, el incumplimiento de las obligaciones legales, por ejemplo el de las alcaldías en el manejo de los recursos.

Dentro de este panorama tan confuso, la población es una vez más la realmente afectada, por cuanto es difícil para ella acceder a una información poco clara, donde cada entidad se escuda en fundamentos normativos para evadir la prestación de los servicios.

En general, el sentir de esta población es un total desconocimiento de la norma; así lo testimonia un usuario regular de la oficina:

“No sé qué es lo de los derechos en salud, no conozco nada. No me han dicho nada de los deberes tampoco, ni de la normatividad”.

Menos aún tienen conocimiento de la existencia de un sistema de salud, que se divide en régimen subsidiado y contributivo, y que dentro de ese sistema la

población pobre y vulnerable debe estar organizado para el acceso al régimen subsidiado para que de alguna forma se le garanticen los servicios y las necesidades sobre salud. Por ese desconocimiento total, es que la población se encuentra en una continua travesía ante una necesidad de salud.

En primera medida, veamos lo que la coordinadora señala, como problemática en cuanto a la normatividad:

“Anteriormente usted no tenía la diferencia qué le cubre y qué no, en este momento tenemos planes y es tanto el problema social y político que influye en toda la población que por eso tenemos sistema contributivo y subsidiado y los pobres y vulnerables, hay una desigualdad en garantizar la atención por cada población, tienen mayor beneficio entre comillas, por que le toca pagar más, el contributivo que el subsidiado y la población pobre y vulnerable. Ya aquí es por que la concepción y las políticas de dirección han señalado que se dé realmente la atención integral a la población de pobres y vulnerables que no están afiliados al sistema y tratemos que se garantice en ellos lo que realmente se necesita, pero en el evento de que esos recursos se lleguen a disminuir, automáticamente se empiezan a disminuir la autorización de servicios, esa es otra política de llegar a la privatización, o sea es garantizar que cada persona tenga su carné pero que cada persona garantice de su bolsillo los eventos no pos, en el sistema contributivo se esta dando eso, los eventos no pos los garantiza el mismo afiliado, la misma figura puede ser que se de en el régimen subsidiado. Todo el beneficio y toda la problemática dependen básicamente del sistema de salud, del sistema educativo que son los derechos fundamentales del ciudadano, que dependen de las políticas sociales y económicas que estén vigentes en el país con el efecto internacional, del banco mundial que define para donde van los países, y nosotros como un país pobre, estamos a expensas de esas decisiones, la situación no es fácil y no tienen todos los recursos. La educación que debe ser gratuita, no lo es. Por las políticas mundiales el estado quiere quitarse esa responsabilidad.”

En otros casos, se puede determinar que la población sí tiene alguna idea de sus derechos:

“Que uno tiene derecho a acudir a la EPS que uno tiene, derecho a la salud y a lo que uno necesita. Sobre los deberes no se nada”.

En el caso del siguiente padre de familia, vemos cómo confunde sus derechos, con el fallo de la tutela que interpuso, donde el juez ordena el suministro de un medicamento que está fuera del plan obligatorio de salud, ya que el genérico no le beneficiaba al paciente. Aunque en este caso, el suministro de medicamentos está contemplado en la norma que es competencia del Instituto Departamental de Salud, que debe suministrar medicamentos y procedimientos del segundo y tercer nivel, en este caso de la atención por la especialidad de neuropediatría, siguen

siendo competencia del Instituto, en realidad no había la necesidad de interponer una tutela, pero dadas las continuas negativas por parte del Instituto, los usuarios ven necesario hacerlo y que sean los estrados judiciales quien obligue a las entidades.

“Conozco que la droga que está formulada sea respetada por la persona que la entrega que sea el medicamento que ordena el médico, por ejemplo en el caso de mi hijo me decían el ácido valproico, que es un genérico, y con ese mi hijo no se me curaba, pero la neuropediatra le mandaba depakene y eso me lo han respetado, ahora le mandaron un nutriente, por que mi hijo ha tenido un grado alto de desnutrición, pues como yo no he sabido mucho de nutrición, yo suponía que era de darle los calditos y ya, pero este medicamento es para reforzar. Los deberes, sería en el caso mío, hacer la fila, y respetar a los funcionarios”.

En términos generales la población, llega al Instituto sin saber a qué llega o por qué lo hace, son orientadas por cualquier entidad de salud, sin mayor información, que es una de las falencias fundamentales de las entidades de salud, ya que no se informa a la población sobre sus derechos, deberes, trámites y competencias. Lo ratifica este testimonio:

“Más que todo sería cuestión de información, porque uno desconoce los derechos y deberes y de eso el pueblo no tiene la culpa y tampoco uno puede hacer reclamos indebidos, también por el desconocimiento, por ejemplo, ahora me dicen que la silla de ruedas no, yo qué hago con ponerme bravo con el doctor, nada”.

Precisamente por la falta de conocimiento de sus derechos, se presentan grandes falencias, y perteneciendo a una EPS, no se acude a ella, teniendo una necesidad inminente, así lo expresa esta ama de casa:

“Yo he tenido que hacerme exámenes por que no me cubre el cóndor y tampoco no me han atendido, mis hijos han estado bien enfermos, sufro de epilepsia, y es una enfermedad que toca tenerla controlada, para hacerme operar vale millones, los medicamentos me toca comprarlos, sola yo no puedo andar por que los nervios me atacan, mejor dicho a mi me pasa de todo, si no es mi marido soy yo enferma, por eso yo quiero que él este bien y se haga operar”.

Se evidencia que hace falta el fortalecimiento de campañas informativas sobre derechos y deberes, que es lo que la población demanda y reclama como derecho:

“Lo primero es ser atendido en cualquier institución así sea privada o pública de la red nacional, los segundos derechos, a tener una información y una atención y ser bien atendidos por cualquier entidad

prestadora de salud de la red nacional y departamental. Los deberes del usuario, más que todo el usuario se debe racionar, por lo menos cuando tiene un carné del régimen subsidiado, no tiene uno que estar acudiendo demasiado a las entidades prestadoras de salud, tiene que por lo menos racionalizarse por lo menos a una vez al mes si de pronto uno tiene mucha necesidad, pero si no mirar por que otras personas también necesitan utilizar el servicio más rápido para que no se gasten esos recursos insuficientes”.

Los deberes en salud, son poco conocidos por la población, pero por la mayoría son entendidos como el cumplimiento del trámite respectivo, así:

“Yo debo madrugar a las cuatro de la mañana a coger una ficha en el puesto de salud, o antes, a veces nos han atracado por ir a sacar fila ahí en “La Rosa”.

Un usuario está un poco más enterado sobre la normatividad reciente y hace el siguiente comentario a la ley 1122 de 2007:

“La ley 1122, nos habla de una reforma sobre la ley 100, a las entidades prestadoras de salud como son las instituciones públicas, que ni los hospitales, ni las entidades que afilian al usuario no deben cobrar copagos en la prestación de los servicios a los estratos uno y cero, quienes tengan un estrato dos hacia arriba si tienen que hacer un copago, eso es lo que yo entiendo de la norma. La otra es el recorte que tienen que hacerle a las entidades a los departamentos, eso si es ley nacional que hicieron unos recortes”.

Una vez presentadas las visiones de la población y demostrando el bajo conocimiento que tiene sobre la normatividad; se puede contrastar con la orientación que la coordinadora de la Oficina presenta:

“Siempre se ha tenido la concepción que es mejor ser pobre y vulnerable en salud, que es mejor no estar afiliado al régimen subsidiado. ¿Por qué? Porque cuando yo estoy desafiliado al sistema, no existe un plan obligatorio de salud que me limite la prestación de un servicio. A través de estos últimos años se ha garantizado y se ha pretendido garantizar realmente todas las atenciones a esa población pobre y vulnerable sin tener mayores limitaciones al respecto, sino ver la prioridad que en algún momento se daría, pero cuando ya entra a ser afiliado al régimen subsidiado ya existe un plan obligatorio de salud donde limita, que es lo que hemos visto y esas son las experiencias que hemos tenido, que hay mucha gente que aún estando ya con carné de afiliación, no han querido aceptar y lo han rechazado, que es un derecho irrenunciable a la afiliación

de seguridad social, por que en su momento haciendo una priorización se han garantizado servicios”.

Aquí la coordinadora explica que la población identificada como pobre y vulnerable, figura en primera instancia dentro del Sistema de Identificación de beneficiarios- Sisben, y aparece bajo la figura de vinculados al sistema, esta identificación la realizan los municipios, haciendo visitas domiciliarias en las cuales se da un puntaje y posteriormente son vinculadas. Una vez realizado este proceso, entran dentro del régimen subsidiado de salud, y se adjudica un carné de una EPS. Es lo que ella precisamente comenta, que al tener una carta del Sisben, entraba el ente territorial departamental, en este caso el Instituto a garantizar todos los servicios de esta población, lo cual era más beneficioso para la población porque no se ceñían a un plan obligatorio.

Continuando con la disertación de la coordinadora:

“Con la nueva norma 1122 que reforma la ley 100 del 93, hay dos enfoques prioritarios, el primero a la afiliación universal, quiere decir que de aquí a tres años toda la población colombiana tiene que estar afiliada al sistema, pero junto con eso hay otro efecto que se va a tener en cuenta, que cuando al ciudadano se le entrega un carné, él lo va querer utilizar y cuando lo quiere utilizar hay una inducción de servicios, los que están dentro del plan obligatorio de salud están garantizados, pero los que no están dentro de él, que deben ser garantizados con recursos de oferta, que no van a ser los suficientes para poder garantizar, por que la asignación de recursos del sistema general, también está directamente relacionado con la cantidad de población afiliada al régimen subsidiado, si ya no se tiene población pobre y vulnerable, ya no se tienen los recursos para los pobres porque todo esta asignado a través de una UPC, de un monto específico. De aquí en adelante que es lo que se espera a partir de la ampliación de cobertura, en que los recursos de oferta van a hacer una inducción a los servicios, que es normal, no solamente para el médico general del centro de salud, sino que se genera la necesidad, de que esa hipertensión arterial, por ejemplo, la maneje ya el especialista, entonces va a haber mayor ampliación de servicios que no están cubiertos en el pos y son patologías que las puede manejar en el primer nivel”.

Se empieza a notar el impacto de la ley 1122, que como está señalado dentro del marco legal de la presente investigación, esta ley determina que para el año 2010, debe el sistema alcanzar una universalidad total, es decir que no exista en el territorio colombiano, persona alguna sin seguridad social, la figura de vinculados al sistema desaparece y toda la población de pobres y vulnerables, deben pertenecer a una EPS del régimen subsidiado. La problemática que se presenta es que a cada ente territorial departamental le asignan recursos para población pobre, según la cantidad de ella en UPC, si ya la población tiene un carné, estará garantizado el primer nivel de atención, pero aquello que ya no esté dentro del

plan obligatorio de salud, que deben garantizar los entes territoriales del orden departamental, quedaría sin recursos ya que lo más representativo en cuanto a recursos, son los que la nación transfiere para la atención a población pobre y vulnerable, generando un gran desequilibrio en el sistema, además que como lo asegura la coordinadora, se produce una inducción a los servicios de mayor complejidad.

También es necesario, que dada la presente ley, se ajusten los niveles inferiores y superiores de atención, para poder dar cumplimiento a la misma, donde se contempla que los entes territoriales departamentales deben contratar con las empresas sociales del estado como mínimo el 80% de los servicios demandados; lo cual genera problemas en nuestro departamento, porque si bien es cierto que el tercer nivel de atención en Nariño, se ha venido fortaleciendo, aún se hace necesario remitir a instituciones privadas o otras ciudades por que el servicio solicitado, que debería haber, no existe habilitado, factor detectado como una debilidad en el plan de desarrollo departamental donde el crecimiento desordenado de la oferta de servicios y de capacidad resolutive obliga recurrir a otras ciudades. Así lo comenta la coordinadora:

“Igual esperamos que las IPS del departamento, en aras de la aplicación de esta nueva reforma donde el estado obliga a los entes departamentales a que la contratación de servicios sólo se haga con las Empresas Sociales del Estado, por lo tanto esperamos que ellas generen mejor oferta de los servicios, no solo de segundo y de tercer nivel, sino de niveles mayores de complejidad, para poder garantizar todo en absoluto a través de las Empresas Sociales del Estado, de lo contrario se esperaran los permisos del ministerio para poder contratar con las IPS privadas. Para poder hacer un buen uso del sistema, necesitamos que dentro de la red de prestadores de IPS públicas puedan generar todos los servicios, en todos los niveles con una adecuada capacidad resolutive para decir que sí tenemos oportunidad y accesibilidad adecuada con el servicio, de lo contrario no se puede hablar de ello. De igual forma en los municipios si yo quiero que se tenga una buena accesibilidad y oportunidad en los servicios, por que el primer nivel tiene que estar bien estructurado para cumplir con los principios señalados en la ley, si no se tienen no estamos cumpliendo con la ley.

Para terminar con este capítulo, se reitera que para hacer frente a la problemática de la pobreza, se necesita la acción conjunta de muchos componentes. La normatividad es una herramienta eficaz, siempre y cuando se tengan en cuenta aspectos como: disponibilidad de recursos, factores políticos, sociales y culturales; de lo contrario una norma seguirá en abstracto y será inoperante; puede que en la norma esté establecido un sistema, pero de ahí a que se aplique a la realidad colombiana, hay mucha brecha. Esta reflexión que hace la coordinadora nos ayuda a comprender aún mejor la problemática:

“En este momento el Estado, a través de los recursos del Sistema General de Particiones da protección a toda la población que tiene problemas de salud, inclusive a toda la población que no está afiliada al sistema se le garantice, no quiere decir que los problemas de salud hayan desaparecido, porque la base, las raíces donde se crea el problema siempre seguirá, si no quitamos las causas del problema, el problema de salud perpetuará, ahí lo importante es que existan políticas gubernamentales que den las soluciones básicas de vida para poder generar otros niveles de salud. El Estado les está garantizando los servicios, pero la nueva reforma de la ley 100 hace que los recursos cada día se vayan disminuyendo para esas personas que no están afiliadas al sistema, o sea que necesariamente la alcaldía, como responsable, debe hacer una revisión muy respetuosa, muy pertinente y oportuna de toda la sistematización de la afiliación del municipio y poder afiliar a la población que falta por afiliar y así se protege en parte a esta población. Si el sistema es mayor, entraría el mismo Estado a garantizarle los eventos diferentes, pero hasta tanto no se quite realmente donde se genera el problema de salud, el problema seguirá, seguirán las mismas insuficiencias, seguirá la misma desnutrición, seguirán los mismos casos de inmuno prevenibles, si la mamá no es consciente de que al niño hay que ponerle las vacunas, el niño se enfermará, por ejemplo, yo puedo estar como pobre y vulnerable con apoyo del gobierno, pero si yo no soy consciente y en mi casa no hay agua potable, el riesgo de tener diarrea en forma permanente es altísimo. Hasta que no se mejoren las condiciones de infraestructura y saneamiento básico, no podríamos determinar que el nivel de vida va a aumentar, además si yo no tengo un nivel educativo mayor, no se produce un cambio cultural sobre la salud y tendremos más enfermos. Frente al problema de salud, no solamente es la intervención de la enfermedad como tal, sino que hay que intervenir los factores que contribuyen a que esta persona se enferme, o sea la enfermedad ya es la complicación como tal, las causas están en otro lado. Al tratar de manejar la problemática de salud de cualquier población hay que tratarlo en una manera integral, muy participativa de todas las instituciones que estén trabajando en beneficio de los ciudadanos”.

4. FACTORES SOCIO CULTURALES Y CONSTRUCCION DE REPRESENTACIONES SOCIALES

Este capítulo se refiere a los factores sociales y culturales que motivan a la construcción de representaciones sociales. Los factores sociales y culturales de la población pobre y vulnerable son aquellos que se encuentran en su vida cotidiana. El factor más importante en la motivación de las representaciones sociales es su condición de pobreza, en primera instancia, la cual genera una mala calidad de vida y riesgo inminente a la presencia de enfermedades.

La pobreza es un problema estructural, no es una condición que esté aislada en el ser humano, es decir que su presencia desencadena un sin número de consecuencias que van en detrimento del desarrollo personal.

Se puede identificar que la falta de recursos es la primera causa de una serie de consecuencias, donde en una sociedad como la nuestra genera exclusión social. La falta de ingresos y de recursos genera una baja participación en los niveles escolares, en empleos dignos que generen ingresos satisfactorios; y así se va presentando una serie de consecuencias de ello, falta de vivienda y alimentación apropiada, y un imaginario social que se determina de acuerdo a esas condiciones y no permite internalizar hábitos de vida saludables, que redunden en una buena salud en los hogares.

En un Estado social de derecho, como el nuestro, es el Estado mismo a través de sus instituciones quien debe garantizar a esa población pobre y vulnerable, los accesos mínimos a salud y educación. El acercamiento a éste objetivo se ha realizado por medio de un conjunto de normas, pero que en muchos casos se quedan en el papel, con un agravante adicional, que es la continua tendencia a la privatización. Lo plantea de esta forma la coordinadora de la oficina de atención a población pobre y vulnerable:

“Hasta que no se resuelva el problema en sus factores estructurales, que no sabemos para dónde irá, porque con todas las políticas de los bancos mundiales y las políticas económicas, porque los países se determinan por eso, y están dadas las políticas que la salud va a llegar a la privatización, para allá van dadas las condiciones, esto ha sido un paso, otro que se puede notar es la transformación de los centros de salud en empresas sociales del Estado, ese fue el primer paso de quitar un tanto la responsabilidad al Estado, en donde es él quien tiene que garantizar el cien por ciento a esa población, porque se dijo que seguirán las instituciones que demuestren su propia producción, o sea que las instituciones si no demuestran la venta de servicios, el Estado no les asigna en absoluto, el estado les compra los servicios”.

Además de la falta de recursos económicos, esta población está inmersa en problemas sociales del país, para esta población cualquier medida impacta de una manera especial, por esta razón se habla de población pobre y vulnerable, con riesgo inminente porque sus condiciones le obligan a someterse a una cantidad de riesgos de vida, contrarias a la idea de calidad de vida. Revisemos este argumento de la coordinadora:

“Fuera de ello, así como las condiciones que los rodea son difíciles, en esa población de pobre y vulnerable cualquier afectación de salud es más profunda que otra, porque es una población que está deprimida, que está desnutrida, que no tiene las condiciones de higiene y salubridad, que el concepto sobre el auto cuidado de la salud no es fundamental, hace que cualquier afección a esta población se desencadene en mayores problemas para su salud. Dentro de los problemas sociales, esta población también tiene unos estados educativos bajos, que afectan directamente las condiciones de salud de cada uno de ellos, es totalmente diferente un estado de salud de una persona de estrato uno y la concepción que tiene de ese estrato uno, de la responsabilidad que tiene a ser oportuno y de ser atendido con la persona necesaria; a una persona que está en un estrato tres, cuatro o cinco que sus condiciones de pobreza no son grandes, que su nivel educativo no es grave, y la misma concepción de la vida donde no hay riesgos, o sea el concepto de riesgo de vida es totalmente diferente entre uno y otro. Por consiguiente cuando yo estoy viendo la problemática de salud de esas personas son muchas, que hacen que las condiciones de salud se sientan muy afectadas, porque la condición y la problemática social no solamente está dada porque tenga o no tenga ingresos, o sea ese hecho de tener o no tener ingresos se desencadena en otras condiciones del ser humano como es educación, alimentación, contar con servicios básicos, agua potable, tener un trato adecuado de desechos de basura, tener un adecuado techo que no este expuesto a la humedad o al aire, o sea son diferentes factores que hacen que su problema social este alterado y altere sus estado de salud”.

Un punto importante que aborda la coordinadora, es la *concepción de riesgo*, ello parte de la toma de conciencia de la población sobre su situación de pobreza y limitaciones, que van desde la participación dentro del sistema de salud, como de la suficiente internalización de hábitos de limpieza y de alimentación que permitan contingenciar la presencia de enfermedades.

Para la coordinadora, el factor más agudo de transformar es el imaginario de la población pobre y vulnerable, la creación de conciencia de hábitos saludables, atención oportuna y calidad de vida, es difícil adquirir si no se tienen modelos y unas condiciones mínimas de acceso a ello:

“Si yo no tengo las condiciones, dentro de mi ser, dentro de mi formación desarrollados unos conceptos de calidad de vida, porque todo parte de ahí.

Si para mí, calidad de vida es contar con agua potable todos los días, bañarme, vestirme con ropa limpia, alimentarme bien, tener una forma de ingreso. Si no tengo eso, es difícil poder proyectar lo que yo quiero. Hasta cuando no se modifiquen estas condiciones socio económicas de esta población, es difícil cambiar el panorama. Hay una frase que dice que “al pobre le gusta vivir pobre”, no es que al pobre le guste vivir pobre, sino que a los pobres no se le han brindado las herramientas para que la concepción de vida, de calidad, cambie esta población no han tenido la posibilidad de sentir calidad de vida, a lo mejor ellos la miran, por eso existe el robo, por eso existe el atraco, por que ellos si han sentido la pobreza, pero no tiene alternativas para salir de la pobreza”.

La pobreza es efecto de la desigualdad de nuestro país, de la problemática social, pero así mismo es una causa de otros problemas sociales, como se ha señalado anteriormente, problemas sociales como el robo, en muchos casos son generados por la falta de oportunidades y medios para la población pobre y vulnerable.

Muchas de las condiciones de los hogares se han considerados como unos verdaderos dramas humanos, y alrededor de un problema aparecen otros como bola de nieve, no es sólo el problema de salud, es todo un conjunto de factores que excluyen y marginan a la población, porque la gente pobre es la que está enfrentando una gran problemática social de desplazamiento, de violencia, de políticas gubernamentales, de falta de inserción en los sistemas de salud y educación, son victimas históricas, que generación tras generación han sido afectadas y menospreciadas. Lo analiza la coordinadora:

“Si miramos estadísticamente y que ha influido es el conflicto socio político que vive la población colombiana, es por eso que se ha disparado gran cantidad de enfermedades por ejemplo en los niños, y se han hecho avances investigativos, de cual ha sido el efecto en esta población cuando se hacen las fumigaciones, fuera de eso hasta qué punto por las condiciones ambientales se han disparado los casos de tuberculosis, por ejemplo, si miramos cuáles son las condiciones de desnutrición encontramos que ese porcentaje es mayor que en otros casos. La población pobre es la más afectada en todos los sentidos, cuando uno mira las patologías de alto costo las cosas más raras se dan en esa población, que no les puede extrañar a uno eso, ya que hay unas condiciones sociales, económicas, culturales que las determinan, para mí el criterio de calidad de vida, normal, rutinaria y diaria pesan mucho en la resolución de cualquier problema que se tenga, de eso parten muchas cosas. Uno se pone a ver para donde va este sistema, y que desafortunadamente todo el problema político del país afectan a esta población, no se tienen datos estadísticos, los que se tienen son muy gruesos, pero realmente las condiciones de vida de esta población son duras. En otras ciudades, e incluso en Pasto uno mira unos cordones de miseria, sobre todo en las afueras una población que por ejemplo comen del basurero. Un caso

tuvimos de una familia que vive en el basurero y ahí fue que se lesionó el hijo, el nivel es ese”.

Otro factor importante señalar es el hecho que en las familias más pobres, se caracterizan por ser extensas, lo cual genera un problema mayor, sólo trabaja el jefe de hogar y como ya está señalado en labores que no generan mayores ingresos:

“Yo digo en el instituto están facultados para resolver los problemas de la población pobre y vulnerable, como en mi caso que es muy difícil porque yo no estoy acostumbrado a pedir, porque yo tenía todo, pero me cambio la vida y yo no solamente tengo a Santiago, tengo dos hijos más que están estudiando y es por eso que yo vengo aquí entonces yo vivo con ese estrés y vivo estresado por eso, y vivo feliz. Pero mis hijos son los que más necesitan y vengo aquí preparado para pelear con la señorita y eso es algo que no me gusta y yo digo eso no es justo, la señorita no tiene por qué, pero no me quiere entender lo que yo le expreso, yo no quiero pelear con nadie por que eso no esta bien hecho, y yo respeto lo que ella me dice, pero imagínese que tengo encargado a mi hijo, yo no se como esta él, y me debe estar buscando por que el depende de mi y es un niño especial, por que de ser sano y bueno, el retardo de él no es total, por que mueve los brazos y la vista, pero no habla, no camina, no se sienta, entonces a mi me toca estarle adivinando cuando tiene hambre, cuando esta mojado, mis otros hijos me ayudan a veces, porque el problema es el tiempo, a veces nos turnamos pero hay veces que no se puede”.

5. REPRESENTACIONES SOCIALES Y LA ATENCIÓN EN SALUD

Tomando el concepto de representaciones sociales como “una forma de imaginación y de esa urdimbre de significaciones que instituyen la sociedad”, se logró encontrar unas aproximaciones al imaginario de la población pobre y vulnerable en cuanto a la atención en los servicios de instituciones de salud como lo es el Instituto Departamental, y la acción que ejerce a través de la Oficina de Atención a Población Pobre y Vulnerable.

El proceso de las representaciones sociales se inicia a partir de la información que reciben las personas, de sus experiencias y modelos de pensamientos transmitidos y compartidos por esta población, donde procesos cognitivos como la atención, percepción, codificación y la memoria se ordenan de forma tal que constituyen un sistema organizado de símbolos y signos que forman un pensamiento. Surgen en primera medida de las condiciones sociales, económicas y culturales en las cuales las personas tejen su diario vivir; en el entorno en el que se desarrollan.

En este sentido, vale la pena recoger la problemática de la población pobre y vulnerable, que es una problemática global, donde la falta de recursos es un factor excluyente, ya que limita la participación escolar y de formación profesional, repercutiendo no solo en la incapacidad para lograr un trabajo estable y con remuneración significativa; sino en problemas alimentarios, la falta de vivienda digna que cuente con los servicios básicos, entre otros, son factores que repercuten inevitablemente en la salud de los hogares.

Siguiendo a Moscovici, nos damos cuenta que las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable cumplen con las condiciones de emergencia que el autor señala:

a) *Dispersión de la información:* existe una información que no se encuentra clara, ordenada y dispuesta en lo que se refiere a la atención en salud para la población pobre y vulnerable, ya que los usuarios de los servicios desconocen las competencias de las diferentes entidades que prestan las diferentes instituciones, de la normatividad y de los tramites internos de las instituciones y sobre todo existe un desconocimiento general en lo que atañe a las percepciones sobre el sistema de salud y vale la pena indagarla.

b) *Focalización:* la población pobre y vulnerable se focaliza y se ha focalizado anteriormente por ser un grupo social con condiciones socioeconómicas desfavorables cuya problemática social es tangible y fundamentalmente por las condiciones de vulnerabilidad y exclusión social que sufre este grupo, que necesitan la intervención de la nación en general.

c) *Presión a la inferencia*: se siente un tipo de presión de esta población hacia la sociedad en general, para que se atienda su problemática, también reclama se validen sus derechos, por esta presión se ha recurrido en muchos de los casos a acciones legales.

Además Moscovici señala que las representaciones sociales entendidas como “universos de opinión”, pueden ser analizadas en tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

La información, referida al conjunto de conocimientos con que cuenta la población pobre y vulnerable acerca de la atención en salud, caracterizados por su sesgo según condiciones económicas y experiencias adquiridas.

El campo de la representación, esta determinado por el marco que da la satisfacción material de un servicio de salud.

La actitud, determinada según la experiencia, carácter favorable o desfavorable y demás componentes subjetivos que son particulares en cada caso e imposibles de determinar y generalizar.

De igual forma, estas representaciones tienen sus propias formas de determinación social, que Moscovici las denominó: la central y la lateral. En el caso de las representaciones de la población pobre y vulnerable, la determinación social central la constituyen las condiciones socioeconómicas de pobreza que regula su surgimiento y el contenido de la representación como imaginario social, la determinación social lateral la constituyen los factores motivaciones o son más psicológicos y juegan un papel secundario, que pueden referirse en este caso a las historias reales pero subjetivas de cada uno de los individuos, esos casos que he catalogado como verdaderos dramas humanos.

Como vemos, las representaciones sociales tienen un carácter práctico que se presentan en formas muy variadas que instituyen imágenes condensadoras como lo señalaba Jodelet, en significados, categorías para clasificar personas o circunstancias o en un plano más elaborado, en teorías.

Así, mediante las un dialogo de saberes, se pudo notar la construcción de imágenes materializadas que tiene el grupo estudiado, que Moscovici nombra como proceso de objetivación, cuyas imágenes se relacionan mentalmente con los significados preelaborados, llegando al momento de anclaje de información, aquí se entrecruzan el carácter individual y social.

Cobran mayor relevancia el carecer social como determinante para la construcción de representaciones sociales, por que la condición de pobreza esta latente y explicito en la población. Así lo considera la Coordinadora de la Oficina:

“Dentro de la problemática social de esta población, es que debido a la misma problemática social del país, es la población que más afectada está en condiciones sociales como pobres, que realmente no tienen las condiciones sociales para el cuidado de su salud, cuando se habla de esas condiciones de salud, se necesita que por lo menos cada persona cuente con unas condiciones mínimas de vida, como responsabilidad frente a su propio estado de salud.

La problemática como vemos es grande para esta población, el Estado colombiano por medio de sus Instituciones pretende brindar una ayuda destinando unos recursos, para que dando cumplimiento a lo que la ley establece, se canalicen a los más necesitados de los servicios de salud. Como lo describe un usuario, así:

“Soy pobre, no tengo trabajo, no tengo para lo que se necesita, únicamente para pasar la vida, para la comida, uno no alcanza a reunir como para lo que me pasa, para la cirugía, no alcanza. Que nos ayuden en lo necesario cuando no cubre el carné, somos los que más necesitamos que nos ayuden porque somos pobres”.

Además de ello, se identifica también una problemática dentro del sector salud, reflejo de la problemática social colombiana, así lo expresa la coordinadora de la Oficina de Atención a Población pobre y vulnerable:

“Si nosotros tuviéramos la garantía de que el Sisben ha llegado realmente a las personas que más lo necesiten y se garantice a través de la afiliación del régimen subsidiado, la problemática de esa prestación de servicios no fuera tan grande. El problema está en que cuando se hizo realmente la sisbenización desde el primer año y cuando se hizo la distribución de esos carnés de afiliación al sistema, no se tomo a la población que realmente estaba calificada; sino que hubieron otros factores políticos, de amistad, etc.; que hicieron que los beneficiarios de esa afiliación al régimen subsidiado no fueran de verdad los realmente pobres y vulnerables, sino otro tipo de población con condiciones económicas y sociales diferentes, que pueden pagar sus servicios de salud, ya sea como trabajador independiente o ya sea que aún estando en algún tipo de trabajo temporal puede afiliarse al régimen contributivo, eso hace que el problema de los pobres se afecte”.

La Oficina de atención a población pobre y vulnerable está constituida por un sistema organizado internamente, para su gestión externa de atención a un público que posee la descrita anteriormente, problemática social. El sistema está constituido por una serie de canales que determinan la viabilidad de la satisfacción de un servicio, en él se encuentra la recepción y radicación de las solicitudes que debido a la fuerte presencia de población pobre y vulnerable en el departamento, se debe hacer mediante turnos, seguido por el proceso de auditoria donde se

determina si se aprueba o no un servicio, bajo los conceptos de viabilidad económica y pertinencia, según normatividad. En caso de no ser autorizado un servicio se pasa a la devolución de los documentos, sustentadas en razones legales, o al contrario en caso de ser autorizado el servicio, pasa ya a un trámite administrativo y de disposición de recursos, trámite que es aún más complejo, puesto que depende de la intervención de varias oficinas dentro de la Institución.

La población de estudio, acude al Instituto Departamental de Salud por la situación inminente de enfermedad de algún miembro de su familia o conocido, que sumada a la falta de recursos le obliga a someterse al trámite para solicitar el servicio. Además por que en la normatividad se contempla unas obligaciones que el Instituto debe garantizar, aunque en la actualidad, por falta de recursos solo se garantice la urgencia vital.

La percepción de la gente en cuanto al servicio suministrado por la oficina es en general, demorada, se somete a turnos y dada la cantidad de gente, la atención es lenta; además de la tardanza, en la mayoría de los casos son negadas las peticiones, la razón principal es la falta de recursos. En caso de que la normatividad vigente excluya el servicio, este también es negado basado en el soporte legal y canalizado a la entidad que corresponda. Las peticiones que fueron autorizadas corresponden a cumplimientos de fallos de tutela y urgencias vitales.

La población sugiere que se informe en el mismo día si va a ser aprobada la solicitud, por cuando viene de zonas lejanas y pide prioridad, solicitud que ha sido atendida y es un logro para esta investigación, puesto que al finalizar el anterior año (2007), se logró agilizar y ya se entera a la población si su petición es viable o no, en el mismo día del trámite. Aunque las urgencias vitales son priorizadas, según los usuarios, deben ser más ágiles en su trámite.

Se realizó un acercamiento a la percepción de la población en cuanto al servicio ofrecido por la oficina de atención a población pobre y vulnerable, quienes catalogan la atención suministrada como demorada, pero buena y en mejora continua, como lo ratifica este testimonio de un Auxiliar de trabajo social y perteneciente a la liga de usuarios del Hospital San Pedro, contratado para afiliar a la gente de bajos recursos y de estratos más bajos de nuestro municipio que están carnetizados en cualquier EPS:

“La atención siempre ha sido excelente en cualquier tiempo que hemos venido tramitando, aunque antes era más difícil para el usuario por la madrugada, en donde no había un sitio en donde escamparse en tiempos de invierno y tenía que mojarse la gente y tenía que esperarse afuera hasta ser atendido, ahora ya ha mejorado, se dice que se van a atender tantas personas y si se las atiende, inclusive ya no se les dice que madruguen y uno llega a las ocho de la mañana y consigue su turno, eso es un poco más alentador para el usuario y para uno como tramitador y para la persona que va a recibir el beneficio”.

Las personas que acuden a la oficina de atención a población pobre y vulnerable consideran que la atención y orientación es pertinente, manifiestan gratitud al Instituto, sobre todo se valoran los cambios de los últimos tiempos. Pero el punto neurálgico de choque tanto para los usuarios como para el personal interno de la oficina es el trámite para la solicitud de un servicio, puesto que las personas no se explican el por qué de presentar tantos documentos, por qué se someten a esperas prolongadas, por qué la falta de conciencia de sus condiciones particulares y en ocasiones consideran se someten a malos tratos e irrespeto, desconociendo que el sistema interno de cada solicitud es largo, ya que se trata de garantizar un servicio con dinero que es público, y debe pasar por múltiples dependencias y ello genera esperas incómodas, a veces para obtener una respuesta negativa. Es por esto, imprescindible que dentro del Instituto, las oficinas que intervienen en el trámite de las autorizaciones, también prioricen dentro de sus funciones, las que tienen que ver con las solicitudes de usuarios, y así las órdenes cumplan con el trámite de una manera ágil, en beneficio de la comunidad, ya que se trata de procedimientos de urgencia que no dan esperas.

En general a la población se les dificulta mucho adaptarse al trámite, así lo ratifica este padre de un menor discapacitado:

“Me parece buena la atención, a pesar de la niña que le comento, que siempre tengo problema con la entrada de los documentos, que ella me dice que tengo que estar a las dos, pero el problema está que hasta que ella me atiende, el niño se queda solo en la casa, hay veces que me lo cuidan, hay veces que no”.

Es importante tanto para los usuarios como para el personal que atiende público, hacerlo de una manera eficaz, ágil y satisfactoria. Pero cada persona que acude a la oficina tiene un drama humano, donde la falta de tiempo y de condiciones, impiden ceñirse a un trámite, y a la oficina le queda imposible adecuarse a las condiciones de cada usuario, aquí chocan los factores particulares con los sociales.

Algo para destacar en este punto, es que la población que fue beneficiada con la autorización de servicios no se queja de la atención suministrada, pero sí resaltan que lo malo de la entidad es que se haga ese filtro para poder autorizar los servicios, lo cual les lleva en muchos casos a interponer acciones de tutela.

También se analizan las expectativas de los usuarios, esto es importante para señalar a qué distancia se encuentra el accionar de la oficina a aquellas esperanzas y demandas de la población. Las expectativas están dirigidas a la obtención de su solicitud de una manera material y ágil, que no tengan que ir de un lugar a otro, porque genera pérdida de tiempo para una situación que espera una respuesta inmediata, lo ratifica el siguiente testimonio:

“En las capacitaciones que he asistido nos informaban que los recursos que se trasladan al Instituto Departamental de Salud, eran para la población pobre y vulnerable, para aquellos que no tenían un carné del régimen subsidiado, que se podía venir a pedir el favor al Instituto Departamental de Salud, para que ellos se hagan cargo de estas personas que no tienen recursos y no tienen un carné que los acrediten para poder ir y resolver sus problemas en cualquier entidad. La expectativa es que pueda beneficiarse de los recursos que vienen a través del Instituto Departamental de Salud en donde el gobierno nacional nos gira a través de estas entidades para que nos presten los servicios a las personas que somos de estratos bajos y no solamente a ellos, sino a las personas que no tienen siquiera un régimen subsidiado para poder tener acceso a lo tramites que se dan a través de las diferentes empresas”.

Aquí también se observa que este usuario tiene un mayor conocimiento de la norma, pero él desconoce que por falta de recursos, el Instituto ha priorizado cada caso según la urgencia. Otro testimonio, en cuanto a las expectativas, es de un padre de familia que acude para que se garanticen los medicamentos de su hijo discapacitado, nos muestra la necesidad vital no solo de ello, sino de un conjunto de herramientas para su recuperación:

“En primer lugar una respuesta que sea a mi favor, no a mi favor ni siquiera, sino a favor del niño, pues yo no estoy aquí por mi, sino por la situación del niño que es discapacitado, pero en este momento, por ejemplo, me dicen que no, tanto EMSSANAR, como el instituto, en el caso de una silla de ruedas que la solicita el medico fisiatra por que la deformidad que está presentando mi hijo en la columna. Aparte de los medicamentos que de control que se le ordenan al niño y se los suministra el instituto por medio de una tutela, ahora el medico solicitó la silla de ruedas y nadie le quiere colaborar con eso”.

Aquí en este testimonio se observa de manera tangible el gran desconocimiento sobre las competencias de cada instancia en salud, los usuarios son dirigidos de una y otra institución, sin que nadie les ofrezca una solución y ni siquiera una información veraz. Estos casos en los que los usuarios se encuentran de un lado a otro, sin respuesta alguna, es un factor constante, por eso, siempre llegan desmotivados, enojados y cansados que nadie sea claro y suministre información y de solución quien corresponda a una petición determinada.

Con el fin de poder establecer las debilidades de la Oficina, se indagó sobre las falencias que los usuarios consideran que se tiene, encontrando que están identificadas las limitaciones de recursos, como lo evidencia el siguiente testimonio:

“Lo que siempre nos dicen, que les faltan dinero, yo creo que voluntad les sobra tanto al instituto como a las personas que laboran aquí, siempre hemos pensado y se ha escuchado en las noticias, las informaciones que nos han dado que los recursos eran poquitos antes cuando estaban girando más a nuestro departamento, ahora que recortaron más esos pocos recursos, es más imposible poder atender a toda la población de nuestro departamento de Nariño”.

Otros argumentos se inclinan a la falta de personal para la atención, mayor amabilidad de los funcionarios; incluso un usuario consideran cambios de personal o rotaciones de ellos así:

“Los horarios están bien, pero debe haber más personal para que atiendan mas rápido y uno desocuparse mas rápido”.

“Yo pienso que el cambio de la señorita que recibe la documentación, porque no solo conmigo ha tenido problemas, parece que su carácter y también por su trabajo, y también tiene sus razones porque atender público no es fácil, pero sin embargo se debería dar una rotación con el personal que atiende por lo menos en esta oficina por que ellos también se cansan y también se cansan con uno, como es en el caso mío que tengo que estar viniendo a esto, y es el favor que yo solicito, y se lo solicite al auditor, pero dice que no es la competencia de él, que hable con la doctora para ver si de pronto cuando yo venga me lo pudieran recibir, por que yo siempre estoy con mi hijo, si yo tuviera el tiempo, yo hago la fila por que eso es respetable”.

Hay casos en los cuales es necesario dar prioridad al trámite, y aunque se manejan turnos para ello, los funcionarios de la Oficina tienen y deben priorizar, pero se nota entre la misma población la falta de solidaridad entre ellos, no permiten este tipo de concesiones y por esa razón se presentan pequeños conflictos.

Otro punto necesario indagar para determinar las representaciones sociales y adentrarnos en esas cosmovisiones particulares de la población, fue lo referente a las experiencias en diferentes instituciones de salud, ya que las representaciones y el imaginario se constituyen muchas veces a través de la misma experiencia. Se pregunto sobre este punto a los entrevistados donde manifiestan que su experiencia es: *“que debo tener paciencia”, “siempre he sido bien atendido”,* pero el auxiliar de trabajo social, del municipio de San José de Alban, que ha trabajado en el trámite hace muchos años, comenta:

“Las experiencias al principio eran difíciles, primero porque como a uno no lo conocían, se preguntaban que por qué era que uno venia tantas veces aquí al Instituto a buscar beneficios, no son beneficios personales, sino beneficios que sirven a la comunidad misma, porque uno esta trabajando

en beneficio de un municipio y son municipios que siempre viven retirados a la ciudad de Pasto y son municipios de estratos muy bajos, por ejemplo nuestro municipio, la mayoría están carnetizados, pero los estratos son uno y cero, no tenemos estratos más altos en nuestro municipio, quienes ya tienen un estrato tres o cuatro son quienes están ligados por un contrato o están vinculados a otras entidades donde tienen que afiliarlos a régimen contributivo”.

Un padre de familia que acudió a la tutela, para el restablecimiento de los derechos de su pequeño niño discapacitado, tiene una visión esperanzadora al respecto:

“Mis experiencias han sido muy buenas por que he aprendido que algo se puede solucionar, que no todo es negativo, las cosas que me han podido ofrecer me las han dado y de hecho me las siguen dando”.

Entre las instituciones de salud que conocen los solicitantes donde puedan acudir aparte del Instituto, se encuentran los centros de salud de su localidad, las EPS de régimen subsidiado y hospitales de dentro y fuera del departamento, cuando ha sido necesario las remisiones. Por lo tanto, para ellos, es claro donde deben acudir en cuestiones de salud:

“Los usuarios de nuestro municipio y todos en general, acudimos a los hospitales públicos. Yo tengo muchas referencias del hospital San Pedro donde he trabajado más de cinco años, colaborándole ahí a la gente también ha sido bien aceptado, el hospital en sí tiene una forma parecida para atender a esta institución, es uno de los hospitales donde las personas son bien capacitadas para atender a esta población, ellos siempre atienden con amabilidad y calidad, eso es conocido a nivel de todo el departamento”.

Esta ama de casa, solicitante regular de servicios de salud para la atención de su esposo da la siguiente opinión:

“Conozco la empresa de Emssanar, pero me ha ido mal, nosotros teníamos estrato uno, fueron otra vez y nos subieron a estrato dos, yo digo por qué nos suben a estrato dos, si miran como vivimos nosotros, fuera que yo viviera con artos lujos todavía, pero yo subsidio de colegio para mis hijos no recibo nada, y unos vecinos que viven en el barrio que tienen casa y tanta cosa, ellos si reciben”.

En contravía de la anterior opinión, asegura un padre de familia lo siguiente:

“En Emssanar es muy buena la atención y además son considerados, por ejemplo como ya conocen el caso de mi hijo le dan prioridad, no a mi sino

a él. En el hospital San Pedro es igual, en la única institución que me va mal es aquí con la señorita”.

Aquí se demuestra cómo cada una de las opiniones no son homogéneas, puesto que cada individuo constituye un mundo de sentidos, con experiencias propias, y cada cual opina según su propia experiencia, pero en general se podría afirmar que la población tiene una buena apreciación sobre las instituciones de salud, donde lo que busca es una atención o un servicio subsidiado económicamente, y según se garantice o no, se hace una idea de cada institución, es decir si le dan su solicitud, opinan favorablemente, de lo contrario, no:

“Lo que a mí más me interesa es que me ayuden cuando yo necesite, cuando tenga un enfermo y me ayuden a lo necesario para poder tener una cita. Como a mí si me han ayudado en la cirugía, le van a ayudar ahora, yo creo que si por que a uno no le alcanza a pagar. Lo importante es que me ayuden”.

La población considera que las fortalezas de la Oficina, es la ayuda que ofrece, la atención y orientación, el subsidio de una solicitud y la colaboración en general; las debilidades se relacionan fundamentalmente a lo que respecta al trámite, las largas esperas y la falta de recursos. Lo considera así este padre de familia:

“Lo bueno es que a uno le ayudan, lo malo que le podía decir, la espera, por que yo vivo en una vereda muy lejos de acá, queda a cuatro horas de aquí me toca llegar hasta donde va un bus urbano y de ahí tres horas a pie”.

El auxiliar de la Oficina de trabajo social del municipio de San José de Alban, opina:

“Lo positivo es la atención y orientación que les brindan a la población que viene de cualquier parte del departamento de Nariño, yo he mirado que cuando una persona esta hospitalizada se le da prioridad y eso es beneficioso para el usuario, y salvar vidas, lo negativo, es que, yo se que de pronto la disciplina de los usuarios o tramitadores es venir a cualquier hora y queremos que nos atiendan, yo se que para ustedes que son los que están trabajando es muy incomodo, pero hay veces que nosotros mismos no podemos remediar esa situación por que nosotros también cumplimos un horario, y en donde las personas vienen, por ejemplo en mi caso, desde San José de Alban, para ser atendidas a las siete y media de la mañana, son las ocho y media o nueve de la mañana y no han podido cancelar el día de la cita, entonces uno no puede hacerles perder la venida desde el municipio y pagar veinte mil pesos de pasaje más alimentación y se devuelvan sin ser atendidos en la cita que ellos tienen, ahí es que hacemos el desorden aquí en esta institución y siempre somos los más conocidos por eso. Más sin embargo yo creo que nunca hemos

tenido una respuesta negativa, siempre que nos han podido colaborar nos colaboran, aunque ahora dicen que están escasos de recursos que no ha habido un poquito más de ayuda para la gente, pero no quiere decir que no haya sido atendido, la atención es para decirle si o no, pero va con la atención. Lo negativo es que no hay recursos para poder atender todas las necesidades de nuestro departamento”.

Dentro de la misma coordinación de la Oficina, se identifican unas debilidades y fortalezas:

“Una debilidad muy grande es que los recursos son y serán insuficientes, por esa concepción de lo anteriormente dicho, la salud es integral, siempre existirán enfermedades, una debilidad es en el sentido de que el Instituto pudiese tener todos los recursos suficientes para toda la demanda de prestación de servicios que requiera la comunidad, y que por constitución es un derecho a la salud, a la vida y se debe garantizar absolutamente todo. Lo otro es que no es de la oficina, pero si le toca el efecto es que todo el sistema de salud, sobre todo la prestación de los servicios en el primer nivel, hay que ajustarla. Hasta tanto no se ajuste y se garantice una atención integral en el primer nivel, al Instituto le toca garantizar prestaciones que se deben garantizar en ese el primer nivel, pero que por problemas del sistema que ese primer nivel que no los tiene, le toca garantizar al instituto, es necesariamente desde el punto de vista de financiamiento y de estructura del sistema, en la medida en que se vayan ajustando los niveles de atención, seguramente las prestaciones llegaran al nivel que corresponden en el momento en que sea, a medida en que se tenga una buena estructuración se podrá remitir a los niveles superiores de los pacientes que requieren ese nivel superior, pero que no demos el salto del municipio directamente a un tercer nivel, por que el municipio no lo puede garantizar y son servicios de ese municipio. En cuanto a las fortalezas, pienso que contamos con unas personas capacitadas, que se aplica la normatividad vigente, que han generado buen sistema de auto educación de atención al ser humano, a la población. Otro aspecto relacionado es que aunque se tilda de una atención deshumanizada, es al contrario, una atención más humanizada en los casos que de verdad ameritan ser atendidos. La población ha acogido el sistema de tutela, pero eso hace que vuelva más débil económicamente al estado, en este caso al instituto, por que si inicialmente solo solicitaba un servicio, ahora se trata de una atención integral y eso genera más inversión, al mismo tiempo que es una posibilidad del ciudadano de reclamar un derecho, se convierte en una debilidad para el estado, que debe contar con mas recursos para poder solventar. La oficina cuenta con el recurso que hace que se pueda aplicar la normatividad en cada caso correspondiente y se pueda generar las prestaciones para el usuario de acuerdo a la red de prestadores”.

Los casos de tutelas que se presentan dentro de la Oficina, son las que interpusieron los usuarios con el objetivo de satisfacer las necesidades, que no han sido satisfechas por la entidad a quien corresponda. Con el recorte en los recursos destinados para la atención a la población pobre y vulnerable, se hizo necesario priorizar los casos, esta decisión llevó a un incremento de las tutelas, muchas de ellas con fallos donde se garantizan servicios de una manera integral, o sea, con transporte, hospedaje, hasta viáticos; procedimientos que hacen mermar aún más los recursos. En este sentido, así opina un usuario que interpuso una acción de tutela:

“Cuando yo no tenía tutela, no me dieron nada, por que no estaba contemplado en el pos, entonces emssanar mando una carta diciendo que le tocaba garantizar al instituto”.

Un padre de familia, cuyo fallo de tutela garantiza de manera integral los servicios de su hijo que padece insuficiencia renal, determina que el Instituto garantice todo lo relacionado con la enfermedad, y a Cóndor le corresponde el transporte y los viáticos para el paciente y el acompañante, ante eso el señor comenta:

“Como nosotros somos de bajos recursos, no tenemos para el transporte, por que cóndor ahora no nos ha colaborado, y yo gane una tutela y dice que al paciente y al acompañante tienen que colaborarle con viáticos, con estadía, por que yo no tengo donde quedarme, y resulta que a mi solo me han colaborado con pasajes, nada más, y a mi me ha tocado pedir limosna y aguantar hambre. La vez que fuimos a Cali nos toco pedir prestado una plata y yo trabajo en un cochecito de caballo y tengo ocho hijos y no es que uno sale a ganar arta plata, hay veces que se consigue, hay veces que no hay ni para un tinto, y ahora me hice una deuda y no he podido pagar, y ese día en Cali no me lo atendieron y sin comida y allá todo es caro y yo pedí esa plata para irme de aquí en carro y de lo que puse la tutela al niño me lo operaron el 21 de octubre y de lo que he ido nos han dado solo como tres veces y eso de comida nada, cuando el esta hospitalizado a él le dan la comida en la clínica, pero a mi no me dan, si tengo como, si no aguanto”.

Aquí se evidencia un problema en cuanto a la normatividad, por cuanto hay incongruencia entre las funciones y servicios que el Instituto debe garantizar, y los recursos que se destinan para ellos, ya que si se presenta una disminución de recursos, ello debe ir acompañado por una disminución igual de funciones, que en este caso se traducen en restricciones en la autorización de servicios.

En cuanto al interrogante de cómo optimizar la atención brindada, hay muchos caminos que se pueden tomar, sobre todo en lo referente al sistema, que es lo que más demanda la comunidad. Frente a los volúmenes tan grandes de la población que solicita servicios, la fluctuación de la misma y dadas las condiciones sociales de exclusión y marginalización, la coordinadora de la oficina considera:

“Se ha venido optimizando. Frente a una disminución de recursos, obligando a que el ente departamental no cuente con todos los recursos suficientes para garantizar todas las prestaciones, necesariamente hay que optimizar los recursos con prioridades y por necesidades. Cuando se prioriza por necesidades y por urgencia, esta población se siente satisfecha frente a la prestación de servicio. Pero cuando es un servicio que se lo puede programar o aplazar por que de él no depende la muerte inminente, en el momento en que se programa o se aplaza es ese grupo de la población que demuestra inconformidades frente a la prestación. Pero igual, pienso que la oficina y las directrices dadas a través del Comité de atención a Población pobre y vulnerable, que es quien da las directrices de priorizar y tomar nuevas estrategias para que en algún momento los recursos que llegan se los pueda optimizar y garantizar a la gente que de verdad lo necesite”.

Las representaciones sociales de la población pobre y vulnerable son diversas ya que influyen múltiples factores de tipo económico, social y cultural, donde la población es víctima de todo ese conjunto de problemas sociales de nuestro país, que necesita una acción conjunta de todos los entes comprometidos desde el nivel nacional, donde se optimicen los recursos y se hagan las modificaciones pertinentes, desde la normatividad, desde los recursos y desde el Sistema General de participaciones. Así lo solicita un usuario del servicio:

“Abrir más espacios con el gobierno nacional, para que mire que estas poblaciones son pobres, que nuestras zonas son uno de los sitios que la mayoría de gente no tiene ni siquiera régimen subsidiado y se necesita más apoyo y buscar nuevos recursos para poder hacer más cobertura y poderlos invertir bien”

En lo que se pudo indagar mediante los instrumentos aplicados es que el imaginario de la población pobre es la satisfacción de una necesidad que se presenta por la insuficiencia de recursos económicos para dar solución a padecimientos, con esa idea, acuden a la oficina para que cumpliendo con lo estipulado en las normas, se les colabore de una manera ágil y eficaz, en ese imaginario, la expectativa es que se satisfaga esa necesidad y esas representaciones se particularizan a través de la experiencia, en general la percepción que la población tiene, es que al solicitar un servicio, inmediatamente se encuentran con una cantidad de tramites que chocan con sus expectativas, se someten a largas esperas, sin conocer las razones de ello, aunque la atención la catalogan buena, consideran necesarios ajustes, basados en el buen trato, mucha más información y amabilidad, pero fundamentalmente en la satisfacción de la necesidad planteada.

Por lo tanto, las Instituciones de salud existentes, que son cimentadas en una función social de ayuda y colaboración a los más necesitados, deben proyectarse

como tal, estar próximas a la comunidad, hacer de un sistema lleno de tramites y negaciones, algo más cercano que agilice, dentro de panoramas que se complican en medio de enfermedades. Ya es conocido aquí, que para esta población no es nada fácil sobrevivir en condiciones precarias y de pobreza, por eso el Instituto Departamental debe reajustar su sistema, en beneficio de la población.

CONCLUSIONES

- Existe una clara inoperancia dentro del Sistema de Seguridad Social en salud a nivel regional y nacional.
- Las instituciones de salud existentes necesitan ser fortalecidas, sobre todo en lo que se refiere a la adjudicación de recursos económicos.
- Los usuarios del servicio de salud se someten a trámites engorrosos, desconocimiento de las normas, sus derechos y deberes, además de una absoluta falta de información sobre las competencias que corresponden a cada entidad y nivel de atención.
- Se necesitan canales fortalecidos de comunicación en los diferentes municipios que orienten sobre las competencias reales de las entidades que forman el sistema de salud.
- Se necesita urgentemente que la normatividad existente tenga un asiento claro en la realidad colombiana, sobre todo en lo que corresponde a los recursos, ya que la existencia de una norma sin el acompañamiento de recursos que la hagan operante, no se puede lograr.
- Existe una débil operatividad de la Ley 715 de 2001, sobre todo una gran desarticulación entre las entidades de los diferentes niveles de atención y de la red de prestadores de servicios.
- La ley 1122 de 2007 tiene un impacto negativo sobre la población pobre y vulnerable, puesto que recorta recursos al Instituto Departamental de Salud, para la ampliación de cobertura.
- El conocimiento normativo de la población pobre y vulnerable es nulo, dada la complejidad de las leyes y se encuentran muy alejadas del sentido social de la población.
- Una de las falencias principales del sistema que se observa notoriamente es la falta de voluntad y apoyo al sistema por parte de las EPS's del régimen subsidiado, deben tener claras sus obligaciones y así mismo orientar a sus usuarios.
- Se debe fortalecer los sistemas de información, a uno más incluyente que identifique a toda la población pobre y vulnerable.
- La población pobre y vulnerable acude a las diferentes instituciones para satisfacer una necesidad de salud, de acuerdo a la satisfacción de ella se construyen las representaciones sociales sobre las instituciones de salud.
- Aparte de la precariedad de recursos económicos de la población pobre, estos hogares están sometidos a verdaderos dramas humanos, donde la pobreza es causa y a la vez efecto de otros factores de riesgo.
- La población pobre y vulnerable necesita una atención más humana y que dé solución a sus peticiones de una manera resolutive, de acuerdo con su problemática social.
- La población pobre se siente vulnerada en sus derechos de salud por cuanto se somete a trámites engorrosos y esperas prolongadas por parte del Instituto

Departamental de Salud, y muchas veces para no ser garantizados los servicios.

- La población pobre que acude al Instituto Departamental de Salud se caracteriza por ser fluctuante, aunque la mayoría provienen de Pasto, tanto de la zona urbana como rural y manifiesta dificultades para adaptarse al trámite.
- La población estudiada posee vivienda propia o arrendada en algunos casos y cuenta con los servicios públicos básicos y sus hogares están constituidos por gran cantidad de miembros, quienes son mantenidos por el padre de familia, cuya actividad laboral es poco estable y con baja remuneración, presentándose dificultades económicas de múltiples factores .
- Existe una tendencia al aumento de la participación escolar de las nuevas generaciones.
- Para abordar la problemática estructural de la pobreza de una manera eficaz, es necesaria la acción conjunta de todos los actores del sistema.
- Se debe hablar con la verdad a los usuarios de los diferentes servicios, para no desgastarlos en trámites innecesarios.
- Se debe fortalecer el sistema interno de la autorización de servicios de la Oficina de Atención a población pobre y vulnerable, con oportunidad de ser ágil y eficiente de acuerdo a las condiciones que se exigen para la atención de urgencias de salud. Para ellos es necesario la voluntad de todas las instancias internas relacionadas con las autorizaciones de los servicios.
- Se debe iniciar acciones de toma de conciencia de la población pobre y vulnerable en lo referente a hábitos de vida saludables, calidad de vida y concepción de riesgo, para hacer internalizar entre esta población alternativas para mitigar efectos de la pobreza.
- El factor determinante para la población pobre en la construcción de imaginarios y representaciones sociales lo constituye su situación real de pobreza y vulnerabilidad, lo que Moscovici señala como determinación social central.
- Existe un buen posicionamiento del Instituto Departamental de Salud y credibilidad entre la población pobre y vulnerable.
- La atención que ofrece el Instituto Departamental de Salud es buena, pero se optimizaría en la medida en que sea más oportuna y ágil.

BIBLIOGRAFÍA

Banchs, María Auxiliadora. Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano. *Interamerican Journal of Psychology*. 1982.

Bolívar, Carlos – Ospina, Héctor. La trascendencia de las representaciones sociales infantiles sobre el maestro para la formación de ciudadanía. Hologramática-Facultad de Ciencias Sociales. UNLZ. Argentina.2006.

Castoriadis, Cornelius. Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto. Barcelona. Gedisa. 1988.

Castoriadis, Cornelius. La Institución imaginaria de la sociedad. El imaginario social y la institución. Barcelona.1989.

CONPES Social 102. Bogotá 25 de Septiembre de 2006.

CONPES Social 77 de 2004 y CONPES Social 79 de 2004.

Constitución Política de Colombia.

Evaluación de la situación de pobreza, conflicto, vulnerabilidad y oferta social en áreas de interés de los proyectos de Paz y Desarrollo. ACCI-DNP-Banco Mundial. Econometría S.A. 2004.

GOBERNACION DE NARIÑO. Departamento Administrativo de Planeación y Desarrollo. Plan de Desarrollo. La fuerza del cambio continúa. 2004-2007.Pasto.2004.

González, Manuel. Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa. Universidad de Guatemala.2000

Hernández, Roberto. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill interamericana. México. 2003.

Jodelet, Dense. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici (compilador). *Psicología social II*. Barcelona. Planeta. 1984.

Ley 715 de 2001. Capitulo II. Artículo 43: competencias de los Departamentos en salud.

Ley 100 de 1993. Artículo 214.modificado Ley 715 de 2001.

Ley 1122 de 2007. Capítulo III. Artículo 11. Modificación del artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

López, Natalie. "Las representaciones sociales de la población en situación de desplazamiento recepcionada en Pasto frente al conflicto armado interno y el desplazamiento forzado" Tesis de grado. Universidad de Nariño. 2006.

Martín Barbero, Jesús. Pretextos: conversaciones sobre la comunicación y sus contextos. Centro editorial Universidad del Valle. Cali. 1995.

Martín-Baró, Ignacio. Acción e ideología. San Salvador. Universidad Centroamericana. 1985.

Mora, Martín. La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara. Atenea Digital. 2002.

Moscovici, Serge. El fenómeno de las representaciones sociales. Cambridge University Press. Cambridge. 1984.

Moscovici, Serge. El Psicoanálisis: su imagen y su publico. Buenos aires. Huemul. 1979.

Núñez, Jairo y Espinosa Silvia. Pobreza y Protección Social en Colombia. Asdi-PNUD. Quebecor Word Bogotá S.A. 2005.

Pérez Ana María. La psicología social cognitiva: la cognición social y la teoría de las representaciones sociales. En Revista Comunicación y Sociedad. Universidad del Nordeste. Argentina. 2001.

Resolución 5261 de 1994. Artículo 18. De las exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud. . Artículo 93. Remisión.

Villota, Karol y Salas, Gabriel. "Caracterización socio-cultural de la población afiliada a EMSSANAR ESS, en el municipio de San Andrés de Tumaco, Departamento de Nariño". Tesis de grado. Universidad de Nariño. 2006.

ANEXOS

Anexo A.
Tutelas diligenciadas mes de Julio, Agosto y Septiembre 2007

Nombre del beneficiario	Mes	Solicitud
José Luís Erazo	Julio	Medicamentos
Patricia Pazmiño Rey	Julio-Agosto	Medicamentos
Milton Castro Benavides	Julio	Medicamentos
Rocío Cabrera Guancha	Julio	Transporte y alojamiento
Cristian Cisneros Madroñero	Julio	Examen diagnóstico
Jaidé López Cabrera	Julio-septiembre	Examen diagnóstico
Lucy Caicedo Caicedo	Julio	Examen diagnóstico
Sara Ortega Mejía	Julio-agosto	Examen diagnóstico
Álvaro Viteri Estupiñán	Julio-septiembre	Cirugía
Santiago Zamudio Jurado	Julio-agosto	Medicamentos
Marcelino Córdoba Martínez	Julio	Examen diagnóstico
José Benavides Cuarán	Julio	Medicamentos
Neira Madroñero Córdoba	Julio	Audífonos
María Díaz Guerrero	Julio	Medicamentos
Ana Lucía Rosero Martínez	Julio	Examen diagnóstico
Near Cuaspud Díaz	Julio	Examen diagnóstico
Aura Tobar Nates	Julio-agosto	Medicamentos
Guillermo Díaz Calvache	Julio-septiembre	Medicamentos
Andrés Guerrero Melo	Julio-agosto	Examen diagnóstico
William Prado Coral	Julio	Examen diagnóstico
Leonila Vargas de Valencia	Julio-septiembre	Medicamentos
Carmelina Bravo Gelpud	Julio	Consulta
Rosa Herlinda Moran	Julio	Consulta
Emma Chamorro Rodríguez	Julio	Medicamentos
Diana Jojoa Botina	Julio-septiembre	Medicamentos
Benjamín Herrera Valdéz	Julio-Julio	Consulta
Lizeth Guatusmal Patichoy	Julio	Medicamentos
Nombre del beneficiario	Mes	Solicitud
María Castillo Fernández	Julio	Medicamentos
Jennifer Pinchao Cruz	Julio- septiembre	Cirugía
Zharick Gómez Guevara	Julio	Examen diagnóstico
María Rudecinda Josa Jojoa	Julio	Consulta
Ronald Guerrero Erazo	Julio-agosto	Medicamentos
Claudio Ortiz Quiñones	Julio	Cirugía
María del Carmen Pastas	Julio	Medicamentos
Javier Caviedes Paredes	Julio	Medicamentos
Ider Ortiz Vásquez	Julio	Examen diagnóstico
Rosa Emérita Realpe	Julio-septiembre	Medicamentos
Martha Valencia Cabrera	Julio-septiembre	Medicamentos

Hermes Narváez Minda	Julio	Medicamentos
Idelfonso Vargas Jiménez	Julio	Medicamentos
Franco Burbano Díaz	Julio	Cirugía
Juan Carlos Noguera	Julio	Consulta
Elvia Castaño Huertas	Julio	Consulta
Luz Dary Balas Cabrera	Julio	Medicamentos
Eva Maria Martínez Jurado	Julio	Examen diagnóstico
Regina Ramos Lucena	Julio-agosto	Examen diagnóstico
Adrián Alirio Sánchez	Julio	Examen diagnóstico
Camilo Obando Cabrera	Julio	Medicamentos
Segundo Matituy	Julio-septiembre	Medicamentos
Jhon Alexander Portilla López	Julio	Medicamentos
Eliécer Desiderio Burbano	Julio	Audífonos
Milton Arseneth Benavides	Julio	Medicamentos
Aura Cerón Lasso	Julio-septiembre	Medicamentos
Gregorio José Meneses	Julio-septiembre	Consulta
Ruth Chamorro Jiménez	Julio	Examen diagnóstico
Nombre del beneficiario	Mes	Solicitud
Robert Muñoz Chana	Julio-septiembre	Medicamentos
Blas Olegario Acosta Coral	Julio	Medicamentos
Ana Lucia Rosero Martínez	Julio-Julio	Examen diagnóstico
Jaime Alirio Ortega Pinta	Julio-Julio	Medicamentos
Luz Marina Jiménez	Julio-septiembre	Medicamentos
Jesús Manuelito Díaz Jiménez	Julio-agosto-septiembre	Medicamentos
Nelcy Lizeth Pantoja Muñoz	Julio	Medicamentos
Maria Alicia Zambrano	Julio-agosto	Consulta
Maria Cecilia Rojas	Julio	Consulta
Olga Lucía Delgado Moncayo	Julio-agosto	Medicamentos
Diógenes Benavides Fajardo	Julio	Audífonos
Rita del Carmen Criollo	Julio	Medicamentos
Aura Cabrera Salas	Julio	Audífonos
Carmen Guzmán	Julio-agosto	Examen diagnóstico
Brayan Mayag Melo	Julio-agosto	Medicamentos
Víctor Regalado Flores	Julio	Audífonos
Maria Mabel Oliva Burgos	Agosto	Medicamentos
Leidy Suleni Benavides León	Agosto	Examen diagnóstico
José Peregrino Getial	Agosto	Medicamentos
Yesicca Martínez Armero	Agosto	Medicamentos
Miller Legarda Puchana	Agosto	Medicamentos
Juana Pantoja de Salazar	Agosto	Medicamentos
Vicente Hipólito Minayo	Agosto-septiembre	Medicamentos
Maria Gratulina Meneses	Agosto	Examen diagnóstico
Maria Carmela Ordóñez	Agosto-septiembre	Consulta

Libia del socorro Ramos	Agosto	Medicamentos
Henry Muñoz Yandar	Agosto	Examen diagnóstico
Paola Andrea Rosero	Agosto	Examen diagnóstico
Nombre del beneficiario	Mes	Solicitud
Erika Yaguapaz	Agosto-septiembre	Consulta especializada
Ricky Yarpaz Chacón	Agosto	Medicamentos
Carmen Ortiz Fierro	Agosto	Medicamentos
Carmen Arteaga Narváez	Agosto	Examen diagnóstico
Mauro Torres Enríquez	Agosto-septiembre	Examen diagnóstico
Alexandra Bravo Bolaños	Agosto	Medicamentos
Carmen Latorre Vallejo	Agosto-septiembre	Cirugía
Blanca Quenguan Paz	Agosto	Medicamentos
Juan Caicedo Otero	Agosto	Consulta especializada
Jorge Chamorro Solarte	Agosto	Medicamentos
septiembre Paz Estupiñán	Agosto	Examen diagnóstico
Mauricio España España	Agosto-septiembre	Examen diagnóstico
Edmundo Villota	Agosto	Examen diagnóstico
Diógenes Argote Mesías	Agosto-septiembre	Consulta especializada
Nelson Martínez	Agosto	Audífonos
Jhon Velazco Ojeda	Agosto	Medicamentos
Nancy Ortega Villota	Agosto	Medicamentos
Aura Quiroz Mafla	Agosto	Medicamentos
Martín Botina Delgado	Agosto	Medicamentos
Guillermo Gualguan Ruiz	Agosto	Examen diagnóstico
Leidy Benavides León	Agosto-agosto	Consulta especializada
Marco Rosero Ortega	Agosto	Medicamentos
Parmenides Caicedo	Agosto	Medicamentos
Lúis Ojeda Solarte	Agosto	Medicamentos
Nelly Figueroa Mena	Agosto	Examen diagnóstico
José Tabango Gelpud	Agosto-septiembre	Examen diagnóstico
Gonzalo Jaramillo Revelo	Agosto-septiembre	Medicamentos
Juan Chicaiza López	Agosto	Medicamentos
Nombre del beneficiario	Mes	Solicitud
Viviana Montanchez	Agosto-septiembre	Cirugía
Orfa Ordóñez Guerrero	Agosto	Examen diagnóstico
Enrique Gómez Benavides	Agosto-septiembre	Consulta especializada
Editar Solarte Muñoz	Agosto	Consulta especializada
Gloria Ortega Oviedo	Agosto	Examen diagnóstico
Edgar Alfaro Enríquez	Agosto-septiembre	Consulta especializada
Inés Legarda Basante	Agosto-septiembre	Medicamentos
Gonzalo Jaramillo Revelo	Agosto-septiembre	Medicamentos
Henry Díaz López	Agosto	Medicamentos
Servio Posos Rosero	Septiembre	Audífonos
Erodias Portillo Portillo	Septiembre	Terapia

Nicole Paz Gomajoa	Septiembre	Examen diagnóstico
Irma Narváez Tescual	Septiembre	Consulta especializada
María del Carmen Torres	Septiembre	Consulta
Segundo Tarapués Tarapués	Septiembre	Audífonos
Andrea Guerrero Tacan	Septiembre	Examen diagnóstico
Adelina Patiño Mora	Septiembre	Medicamentos
Martha Villareal Acosta	Septiembre	Medicamentos
Edgar Basante Guancha	Septiembre	Examen diagnóstico
Jhon Portillo López	Septiembre	Medicamentos
Luís Euclides Martínez	Septiembre	Audífonos
Luz Dary Rodríguez	Septiembre	Examen diagnóstico
José Abel López Rodríguez	Septiembre	Examen diagnóstico
Aura Rosa Delgado Ordóñez	Septiembre	Consulta
Luz Amparo Ibarra Erazo	Septiembre	Cirugía
Rebeca Muñoz de Benavides	Septiembre	Cirugía
María Jesús Bastidas Muñoz	Septiembre	Consulta
Martha Marlene Córdoba	Septiembre	Medicamentos
Nombre del beneficiario	Mes	Solicitud
Evelcy Ortega Rosero	Septiembre	Medicamentos
Carlos Estiven Zambrano	Septiembre	Examen diagnóstico
Duban Buesaquillo	Septiembre	Consulta
Carlos Hernando García	Septiembre	Examen diagnóstico
Arturo Tucanéz Putacuar	Septiembre	Consulta
Sandra Yaneth Chávez	Septiembre	Medicamentos
Eduardo Benavides Guerrero	Septiembre	Audífonos
Mercy Amanda Rosero	Septiembre	Medicamentos
María Fanny Cifuentes	Septiembre	Medicamentos
Yaneth Eugenia Yanala	Septiembre	Examen diagnóstico
Wilson Leandro Erazo Villota	Septiembre	Consulta
Jesús Gerardo Jaramillo	Septiembre	Consulta
Luís Harley Ramos Acosta	Septiembre	Cirugía
Jennifer Lorena Pinchao Cruz	Septiembre	Consulta
Edith Janeth Narváez	Septiembre	Examen diagnóstico
Diana Beatriz Patiño	Septiembre	Consulta
Jessica Fernanda López	Septiembre	Consulta
María Carmela Ordóñez	Septiembre	Examen diagnóstico
Parmenides Caicedo	Septiembre	Medicamentos
Yaneth Liliana Benavides	Septiembre	Examen diagnóstico
Cruz María Muñoz Cerón	Septiembre	Examen diagnóstico
Rosa Hermencia Ágreda	Septiembre	Examen diagnóstico
Ángela Catalina Muñoz	Septiembre	Medicamentos
José Eduardo Cruz	Septiembre	Cirugía
Blanca Ligia Jojoa	Septiembre	Examen diagnóstico
Servio Tulio Erazo	Septiembre	Consulta

Maria Diocelina López Nupan	Septiembre	Examen diagnóstico
Inés Aura Argote Cabrera	Septiembre	Examen diagnóstico

Nombre del beneficiario	Mes	Solicitud
Fanny Arteaga Ibarra	Septiembre	Hospedaje
Silvia Yuliana Gálvez	Septiembre	Consulta

**Anexo B.
ENCUESTA**

OBJETIVO: Describir las características socio culturales de la población pobre y vulnerable atendida desde el Instituto Departamental de Salud.

ENCUESTA N° _____

Fecha: _____

1. Nombre: _____

2. Género a) masculino _____ b) femenino _____

3. Edad: _____ años

4. Municipio de Procedencia: _____

Corregimiento _____ Vereda _____

1. Vivienda a) propia _____ b) arrendada _____ c) familiar _____
d) comercial _____

2. ¿Con qué servicios públicos cuenta? Agua _____ Energía eléctrica _____
Teléfono _____

3. ¿Cómo está conformada su familia? _____

8. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda? _____

Nº	Parentesco	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Seguridad social

9. Actividad económica del jefe del hogar

10. Ingresos mensuales: a) Menos de un salario mínimo ____
b) Hasta un salario mínimo ____
c) Hasta 4 salarios mínimos ____
d) Mayor de 4 salarios mínimos ____

11. ¿Cuáles son las mayores dificultades económicas que enfrenta?

12. ¿Por qué cree que se presentan?

13. ¿Por qué acude al Instituto Departamental de salud de Nariño?

14. ¿Conocía usted, la oficina de Atención a población pobre y vulnerable?
a) Si _____ b) No _____

15. ¿Cómo se enteró de la presencia de esta oficina?

16. ¿Qué servicio solicitó? _____

17. ¿Fue aprobada su petición? a. Si ____ b. No _____

18. Si su respuesta es negativa, ¿cuál fue la razón?

Sugerencias _____

Anexo C.
GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA

ENTREVISTA N° ____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad _____

Municipio de procedencia: _____

1. ¿Cómo le ha parecido la atención y orientación recibida por la Oficina de atención a población pobre y vulnerable? ¿Por qué?
2. ¿Cuáles eran sus expectativas?
3. ¿Cuáles han sido sus experiencias en esta oficina?
4. ¿Qué considera usted que le falta a la oficina para brindar una mejor atención a la población pobre y vulnerable?
5. ¿Qué otras instituciones de salud conoce, donde usted pueda acudir?
6. ¿Cómo ha sido las experiencias en esas instituciones?
7. ¿Cuáles considera que son los aspectos positivos y negativos de la atención que brinda el IDSN, a través de la Oficina de atención a población pobre y vulnerable
8. ¿Qué conoce sobre sus derechos en salud?
9. ¿Qué conoce sobre sus deberes en salud?
10. ¿Qué conoce sobre la normatividad en salud?
11. ¿Quién le informó sobre la Oficina de atención a población pobre y vulnerable?
12. ¿Cómo le ha parecido la atención y orientación recibida por los funcionarios de la oficina?
13. ¿Qué considera que debe realizar el IDSN para brindar una atención eficaz a la población pobre y vulnerable?
14. ¿A usted le parece que el IDSN cumple adecuadamente con la atención a esta población?
15. ¿Bajo que circunstancias el IDSN no cumple con la atención a la población?
16. ¿Qué considera que debería realizar el Instituto de Salud de Nariño, para brindar una buena atención a la población pobre y vulnerable?
17. ¿Usted considera que sus condiciones económicas influyen en la idea que usted tiene de esta oficina?

Anexo D.
TEMAS A TRATAR CON LOS FUNCIONARIOS DE LA OFICINA

1. Problemática social de la población pobre y vulnerable del departamento de Nariño.
2. Problemática de la prestación de los servicios de salud, en especial del IDSN.
3. Debilidades y fortalezas de la atención brindada por el IDSN, a través de la Oficina de Atención a población pobre y vulnerable.
4. Normatividad vigente.
5. Cómo optimizar la atención brindada.
6. Según su criterio, ¿cómo influyen las condiciones socioculturales y económicas en la construcción de imaginarios sociales de la población pobre y vulnerable?