

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

“POLITICAS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD”

CUADERNOS DE TRABAJO

Nº 2

**SIMPOSIO POLÍTICAS SOCIALES
Y SERVICIOS EN SALUD
DIVULGACION DE RESULTADOS DE
INVESTIGACIÓN**

2008-2009

MEDELLIN - COLOMBIA

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD	2
1.1. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.2. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.3. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.4. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.5. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.6. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.7. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.8. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.9. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.10. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.11. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.12. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.13. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.14. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.15. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.16. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.17. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.18. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.19. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2
1.20. Políticas Sociales y Servicios en Salud	2

**SIMPOSIO POLÍTICAS SOCIALES
Y SERVICIOS EN SALUD
DIVULGACION DE RESULTADOS DE
INVESTIGACIÓN
2008-2009**

CONTENIDO

PERSPECTIVAS EN POLÍTICAS Y ATENCIÓN EN SALUD	9
El derecho a la salud en Colombia Mónica Moreno	9
Actores sociales en la formulación de políticas públicas de salud en Colombia Luis Alirio López	16
Atención en salud en la Ciudad de Medellín: evidencias desde diferentes actores Maria Victoria López	22
Calidad de la atención una mirada desde los usuarios Hugo Múnera	33
El fenómeno del uso de agua de mar, la mirada de los usuarios Maria Mercedes Arias	39
ESCENARIOS DE VIOLENCIA	50
Escenarios de violencia, una construcción a partir de la perspectiva de los lesionados, Antioquia 2007 Maria del Pilar Pastor	50
Aquí estoy y sigo para adelante: el proceso de integración desde la percepción de sobrevivientes de minas antipersonal , Antioquia 2007 Margarita Correa Restrepo	63
SALUD Y EDUCACIÓN, UN ASUNTO DE DERECHO	69
Representaciones sociales sobre ejercicio ciudadano: niños y niñas habitantes de las comunas 7, 12 y 13 en la ciudad de Medellín Silvia Paulina Díaz	69
Monitoreo estratégico en salud sexual y reproductiva con los escolares adolescentes del Barrio El Cairo. Bello, 2006 – 2008 Luz Ever Díaz	75
Comportamiento reproductivo en mujeres indígenas U'wa (Tunebo). Boyacá, Colombia Maria Mercedes Arias	83

“...Del conocimiento quedan muchas incertidumbres, que no podemos conocer todo en un modo exhaustivo. Por eso, debemos avanzar en el conocimiento, pero teniendo en cuenta que éste es modesto y que también es complejo. Es un pensamiento que abraza los datos, pero que también permite abrazar a otros y es más fraterno”.

Edgar Morin

PRESENTACIÓN

El grupo de investigación **Políticas Sociales y Servicios de Salud** de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, busca aportar al conocimiento sobre problemas prioritarios de la salud-enfermedad-atención, en la formulación y desarrollo de propuestas que contribuyan a los tomadores de decisiones de las administraciones locales e institucionales y a la comunidad en general, en la construcción de un conjunto de saberes que responda a las necesidades de la población y ofrezca explicaciones para comprender mejor la problemática de la relación entre condiciones de vida, políticas sociales y determinantes de la salud.

Es así, como el grupo se propone como objetivo fundamental, articular el trabajo investigativo a la sociedad y en esta perspectiva presenta **Cuadernos de trabajo No 2**, a diferentes actores clave de las políticas de salud, a los responsables de la organización de los servicios de salud, a los investigadores y a las comunidades participantes. En éste, se exponen, a manera de síntesis ejecutiva, los hallazgos más relevantes en la discusión teórico-metodológica, de diferentes investigaciones realizadas por algunos de sus integrantes y por estudiantes asesorados por el grupo.

Retomando el epígrafe, diríamos que se trata de ofrecer el conocimiento obtenido, sus alcances y limitaciones; en este camino hacia la búsqueda de respuestas a los cuestionamientos de cada una de las investigaciones, se generan otras preguntas susceptibles a desarrollar en próximas oportunidades, en la evolución continua del saber.

El documento diferencia tres grandes ejes temáticos:

Una primera parte, designada **PERSPECTIVAS EN POLÍTICAS Y ATENCIÓN EN SALUD**, presenta inicialmente un acercamiento al estado del conocimiento sobre el derecho a la salud, en el cual se identifican discusiones sobre el rol del Estado y la organización social y se reconoce la salud como un proceso histórico relacionado con construcciones teóricas alrededor de ciudadanía, democracia y participación. Y en el marco del proyecto “Atención en salud en la ciudad de Medellín, evidencias desde diferentes actores”, se expone en dos trabajos diferentes, las percepciones acerca de la atención en salud de médicos(as), enfermeras(os) y usuarios(as) en instituciones prestadores de servicios de salud, públicas y privadas, mostrando algunas fortalezas y desafíos para la organización de los servicios, el quehacer profesional y para la formulación y evaluación de políticas públicas en salud.

También se expone aquí, como investigación independiente, el rol de diferentes actores sociales, como políticos, académicos y corporativos, en la formulación de políticas públicas en salud, relacionados con el diseño, la organización y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Terminando esta temática, se presentan los resultados del trabajo en una comunidad que busca alternativas a sus problemas de salud, siguiendo prácticas tradicionales que hablan de la idiosincrasia de los pueblos, pero a su vez son una respuesta a una crisis del sistema de atención en salud en diferentes niveles.

El segundo eje es **ESCENARIOS DE VIOLENCIA**. Presentamos dos trabajos de investigación que dan cuenta de este fenómeno según la percepción de ciudadanos inmersos en hechos violentos de diferente índole. En primer lugar se hace una aproximación a la complejidad y las dinámicas del tejido social en el que se presentan los actos violentos, cuyos resultados permiten la construcción de escenarios en diferentes regiones del departamento de Antioquia; en segundo lugar, se presenta un estudio en el cual los sobrevivientes de minas antipersonal describen su experiencia del proceso de reintegración social después del accidente. Ambos trabajos contribuyen a la comprensión de la complejidad de las problemáticas sociales que hoy afrontan las personas y las comunidades afectadas por la violencia, proporcionan elementos para promover la deliberación amplia de

la situación y de las opciones para afrontarla con la participación de los diversos actores y sectores involucrados.

Y por último, encontramos el eje **SALUD Y EDUCACIÓN, UN ASUNTO DE DERECHO**. Dentro del derecho a la salud, nos referimos necesariamente a la pregunta por la ciudadanía como reconocimiento y como acción; como expresión de dinámicas que se generan en lo singular, lo particular y lo general como resultado de accionar en lo público desde la perspectiva del bien común y marco en el cual es importante reconocer las actuaciones y valoraciones que hacen del derecho: el Estado, la sociedad civil y los individuos.

En este contexto, es importante tener presente las diferencias étnicas, culturales, políticas, etarias, entre otras. Uno de los trabajos explora las posibilidades del ejercicio ciudadano de niños y niñas en tres comunas de la ciudad de Medellín y reconoce cómo en el ejercicio ciudadano, en la actuación frente a otros, se forman las identidades, se construyen representaciones y se lucha por ser legítimo.

Por último, dos trabajos que ponen en reflexión la importancia de la salud sexual y reproductiva como derecho; el primero muestra los procesos y condiciones protectoras y deteriorantes de adolescentes escolarizados, la preocupación por la formación en sexualidad y la confianza para establecer diálogos sobre esta temática; el segundo presenta una caracterización del comportamiento reproductivo en mujeres indígenas U'wa en Tunebo-Boyacá y sus implicaciones en lo sociocultural y en la dinámica demográfica.

ACERCA DE LOS COLABORADORES

AUTORES

MÓNICA CECILIA MORENO

mocamorenomo@gmail.com

Socióloga, Universidad de Antioquia. Magister en Ciencia Política de La Universidad Federal de Rio Grande del Sur (Porto Alegre) Brasil. Docente de cátedra Universidad de Antioquia. Línea de trabajo: políticas públicas en salud.

LUIS ALIRIO LÓPEZ GIRALDO

lulopez@tone.udea.edu.co

Antropólogo y Magister en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Docente de la Facultad de Enfermería. Investigador - contratista con la Gerencia de Asuntos Indígenas de la Gobernación de Antioquia en el tema de Constitución de Resguardos Indígenas. Líneas de trabajo: políticas públicas y representaciones sociales en salud. Autor del Capítulo "Rol de actores decisores, corporativos y académicos en la formulación de Políticas Públicas de Salud en Colombia, del libro Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis"

MARIA VICTORIA LÓPEZ LÓPEZ

mvlopez@tone.udea.edu.co

Socióloga, Universidad Autónoma Latinoamericana, Colombia. Magister en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, México. Docente e investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; actualmente se desempeña como Jefa del Centro de Investigación de la Facultad de Enfermería de dicha universidad. Líneas de trabajo: violencia urbana, mortalidad y repuesta social, políticas públicas y ciencias sociales y salud.

HUGO ALBERTO MÚNERA GAVIRIA

hugomunera@yahoo.com

Enfermero, Universidad de Antioquia, candidato a Magister en Salud Colectiva de la misma universidad. Docente de la Facultad de Enfermería, actualmente se desempeña como coordinador encargado del Programa de Extensión de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Líneas de trabajo: cuidado a la salud en el área clínica y comunitaria, políticas públicas y servicios de salud

MARÍA MERCEDES ARIAS VALENCIA

mariamav@tone.udea.edu.co

Enfermera y Magister en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Doctora en Ciencias en Salud Pública, FIOCRUZ, Brasil. Docente e investigadora, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Actualmente se desempeña como Coordinadora del Grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud y Grupos Teóricos, en la Sede de Investigación Universitaria (SIU). Líneas de trabajo: epidemiología, demografía

antropológica, salud colectiva, salud materno-Infantil, investigación cualitativa, humanización de la salud.

WILMER SOLER TERRANOVA

wsoler@quimbaya.udea.edu.co

Químico, Universidad del Valle, Magister en Bioquímica. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Líneas de trabajo: bioquímica, nutrición y metabolismo.

MARIA DEL PILAR PASTOR DURANGO

ppastor@tone.udea.edu.co

Enfermera y Magister en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Doctora en Ciencias de la Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública, México. Docente e investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Actualmente se desempeña como Directora de la revista "Investigación y Educación en Enfermería" de la misma universidad. Líneas de trabajo: violencia urbana, determinantes de la salud y mortalidad por causas externas.

MARGARITA CORREA RESTREPO

mcorrea@une.net.co

Fisioterapeuta de la Fundación Universitaria María Cano, Especialista en Docencia Investigativa Universitaria de la Fundación Universitaria Luis Amigó, candidata a Magister en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. Docente de la Universidad de Antioquia. Líneas de trabajo: discapacidad e inclusión.

SILVIA PAULINA DIAZ MOSQUERA

sipauid@gmail.com

Odontóloga y Magister en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Líneas de Trabajo: Educación en Salud y Niñez

LUZ EVER DIAZ MONSALVE

luzever@tone.udea.edu.co

Enfermera, Magister en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Líneas de trabajo: epidemiología y salud sexual y reproductiva

COINVESTIGADORES

JULIÁN VARGAS

jvargas@guajiros.udea.edu.co

Médico, Universidad Pontificia Bolivariana, Especialista en Salud Pública de la Universidad CES, Especialista en Gerencia de la calidad de la Salud en la Universidad

Cooperativa de Colombia. Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Líneas de trabajo: gestión institucional de la prestación de servicios, auditoría y promoción de la salud.

MARTHA MONTOYA

felixo2906@yahoo.es

Enfermera de la Universidad de Antioquia

BERLY CATALINA HERNÁNDEZ

berly74@hotmail.com

Enfermera de la Universidad de Antioquia

CARLOS ALBERTO GIRALDO GIRALDO

cagiraldo@epm.net.co

Médico, Universidad de Caldas, Especialista en psiquiatría y psicoanálisis. Docente e investigador de la Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, actualmente es el Coordinador del Grupo de investigación Violencia Urbana de la misma universidad. Líneas de trabajo: violencia urbana y niñez.

HÉCTOR IVÁN GARCÍA GARCÍA

hgarcia@medicina.udea.edu.co

Médico Cirujano, Magíster en Salud Pública y en Epidemiología Clínica de la Universidad de Antioquia. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y la Universidad CES. Líneas de trabajo: escenarios de violencia y calidad de vida relacionada con la salud.

MARÍA CONSUELO TORRENTE POSADA

ctorrentep@geo.net.co

Enfermera, Magister en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.

ELIZABETH RAMÍREZ GÓMEZ

Enfermera Universidad de Antioquia

COMPILADORAS

SANDY SUAZA BLANDÓN

sandy.suaza@gmail.com

MARIA VICTORIA LÓPEZ LÓPEZ

mvlopez@tone.udea.edu.co

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a todas las comunidades, alcaldes, representantes de las administraciones locales, gerentes y trabajadores de las Empresas Sociales del Estado, que brindaron el apoyo continuo y la información para la consecución de las diferentes investigaciones.

Un reconocimiento en particular a:

Gobernación de Antioquia

Universidad de Antioquia

Hospital del Municipio de La Ceja

Hospital Municipio de Cubará, Boyacá

Hospital General de Medellín

Clínica CES

IPS Universitaria

Fundación Aquamaris

Facultad de Enfermería. Centro de investigación

Así mismo un agradecimiento especial a dos personas que han hecho contribuciones fundamentales en este proceso: A Gustavo Arango por el acompañamiento incondicional y la asesoría permanente a distintos proyectos que hacen parte de esta publicación. A Diana Tamayo por su calidad de trabajo y compromiso constante durante todo el proceso investigativo.

PERSPECTIVAS EN POLÍTICAS Y ATENCIÓN EN SALUD

DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

Investigadora

Mónica Cecilia Moreno Moreno

Asesoras

Mercedes María Loguercio Canepa
María Victoria López López

Esta ponencia es producto de la tesis de maestría “Derecho en el contexto de la reforma en salud en Colombia 1999-2007” para optar al título de magister en Ciencia política de la Universidad de Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Brasil.

LA SALUD COMO DERECHO, UN PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La elaboración de este trabajo parte de la convicción de que abordar el derecho a la salud, uno de los principales frutos políticos y discursivos del siglo XX, desde la Ciencia Política es necesario y pertinente. En primer lugar, porque esta disciplina permite analizar el derecho a la salud como proceso histórico relacionado con construcciones teóricas alrededor de ciudadanía, democracia y participación, asuntos que sin ser exclusivos de la ciencia política, tienen desde ésta aportes importantes para el análisis de la salud; en segundo lugar la ciencia política permite comprender discusiones desde el contexto del Estado y la organización social en el marco de

determinaciones nacionales e internacionales. Desde este abordaje disciplinar pueden formularse preguntas como: ¿cuál es el peso que dentro de las distintas generaciones de derechos tiene la salud? y ¿Cuál es el valor que la sociedad y el Estado otorgan a la salud como derecho?

Sabiendo que el reconocimiento de una situación problemática es fundamental para emprender cualquier tarea investigativa y para tratar de hacer un aporte académico y político, en este estudio se entiende que las condiciones sociales y específicamente de salud tanto en Colombia como en América Latina son críticas: sistemas de salud fragmentados (dando continuidad a una tradición política que se expresa en el terreno de la política de salud), retrocesos en salud pública (eliminación de avances en programas

de prevención y promoción de la salud) e inequidades en el acceso a la atención (siendo significativo el peso que para ello tienen las diferencias de ingreso), entre otras (1, 2).

REFERENTES CONCEPTUALES

La reforma al Estado. Los cambios que se han llevado a cabo dentro del sector salud desde las últimas décadas del siglo pasado expresan en forma clara los principales elementos de la reforma del Estado. Además, puesto que la salud es tanto un fin en sí misma como un medio para el desarrollo que implica la movilización de buena parte de los recursos, dentro de las políticas sociales, las de salud son un foco importante para comprender este proceso de transformación.

En el contexto latinoamericano el caso de la reforma a la salud en Colombia resulta ser particularmente importante para entender la situación del derecho a la salud, que tal como lo plantea Almeida (2), consiste junto a la experiencia chilena, en una implementación rigurosa del pluralismo estructurado, modelo planteado para la región. La implementación de esta reforma en Colombia es también significativa para comprender los problemas de otros países de Latinoamérica en tanto pese a las diferencias entre ellos, existen situaciones comunes como la necesidad de erradicación de la pobreza, y los desafíos en el proceso de participación y consolidación de la ciudadanía.

Desde finales del siglo anterior en América Latina se ha venido

redefiniendo el Estado y su papel, a partir de un cambio de orientación política y económica a nivel global y local. La reforma del Estado se materializa en una serie de medidas entre las que se destacan la apertura económica, el paso de la centralización a la descentralización política, fiscal y administrativa, la reducción de los gastos sociales y las reorientaciones en materia laboral que se traducen en una flexibilización con modificaciones en las formas de contratación, en el sistema salarial y en las condiciones de trabajo en general. Estos cambios transforman las políticas proteccionistas, de inversión estatal directa y de regulación económica en libre desarrollo de las fuerzas del mercado.

Se pasa a un contexto en que universalización, calidad, eficiencia, eficacia y equidad fueron establecidas como metas para el sector teniendo como ejes centrales la privatización, la descentralización y la mercantilización de los servicios de salud. Lo anterior estuvo acompañado por cambios constitucionales que incorporaban como eje articulador el discurso democrático y dentro de este el reconocimiento de la salud como un derecho ciudadano.

Marco político de la seguridad social en salud en Colombia.

La Ley 100 de 1993 trajo consigo nuevos actores en el escenario del sector salud. Lo anterior obedece a dos grandes condiciones. Por una parte, una división entre las funciones del sistema: administración financiera (administradoras de fondo, vendedores de planes de salud),

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Mónica Cecilia Moreno Moreno

regulación del sistema (representantes de aseguradores, prestadores, usuarios y el Estado) y prestación de los servicios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas y públicas); de otro lado se descentraliza el sistema público en el nivel local para la ejecución de Planes de Atención Básica y convertir los hospitales públicos en empresas autónomas que demuestren sostenibilidad financiera. Con esta base, se delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la tarea de gestionar y competir por el progresivo aumento de la población asegurada esperando llegar a través de esta vía a la meta de afiliación de un número cada vez mayor de personas.

Dos regímenes fueron establecidos bajo esta ley: el contributivo y el subsidiado, haciendo parte del primero de ellos los cotizantes y del segundo aquella población que demostrara ser incapaz de pagar. Dependiendo del régimen en que las personas estuvieran inscritas se accedería a cierto paquete de servicios de salud. Contando con avances en las condiciones socioeconómicas se tenía como meta a siete años la progresiva ampliación del aseguramiento. Para ello se emplearían mecanismos de solidaridad con los cuales se financiara el incremento en la cobertura de servicios de salud para las personas más pobres y se incrementaría la participación de instituciones privadas mediante la desmonopolización de las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se pasó de la atención a partir de los recursos con que se contara en los hospitales, a una que incorpora riesgos, ofrece protección integral y es financiada a través de unidades de pago per cápita. Con la ley 100 fue establecido el Plan Obligatorio de Salud (POS) que se presta de forma diferente para los cotizantes y los más pobres. Este consiste en un paquete de servicios que reemplaza la atención básica prestada a través del ya liquidado, Instituto de Seguros Sociales.

OBJETIVOS

En este contexto se inscribe este trabajo que tuvo como objetivo principal realizar un balance crítico de documentación académica reciente sobre la salud como derecho en Colombia, a partir de la producción de la última década teniendo como marco la reforma al sistema de salud en el país.

Los objetivos específicos de esta disertación fueron:

- a) Describir y analizar las temáticas y los actores que están presentes en los documentos analizados.
- b) Examinar los propósitos y los enfoques teóricos y metodológicos de los trabajos e indagar alrededor de las tendencias y los aportes que se pueden reconocer.
- c) Plantear algunas líneas de investigación que pueden identificarse a partir del análisis de los textos.

EJES DEL DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de un estado del arte, modalidad investigativa de corte esencialmente documental que también se conoce como estado del conocimiento, estado de la cuestión y estado de la discusión. Los instrumentos de recolección que se emplearon en este estudio se definieron a partir de los componentes principales que sugieren abordar las técnicas de análisis del discurso y análisis de contenido y de estudios previos que han empleado la misma modalidad investigativa.

Se analizaron trabajos que cumplieran con tres criterios fundamentales: estar relacionados con la salud como derecho en el país o alguna de sus regiones y ciudades, tener un carácter académico y haber sido publicados a partir de 1990.

PRINCIPALES RESULTADOS

Temas y debates frente a la situación hospitalaria. Son varios los hallazgos que se encuentran frente a esta temática en los documentos analizados, entre ellos cabe resaltar las nuevas responsabilidades que las entidades públicas de atención en salud han debido asumir buscando responder con criterios de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud, sin condiciones suficientes para hacerlo (3). Pensar este problema implica analizar sus efectos, es decir, estudiar los resultados en términos de acceso a la atención de la población, así como su efecto en la superación de las inequidades territoriales y

poblacionales y la diferencia de condiciones con que cuentan en infraestructura, tecnología médica y a nivel financiero las entidades públicas de salud (4, 5).

En este hecho ha jugado un papel determinante el Estado, organismo que conminó a las instituciones públicas a funcionar como entidades privadas, diseñando políticas orientadas por la necesidad de "reestructuración, disminución y privatización de lo público" (4, 5).

Entre las críticas frente al rol estatal, en esta situación hace parte aquella que encuentra en el Estado un actor que no hace presupuestos eficientes ni los entrega en forma oportuna de tal forma que se permita a los hospitales contar con recursos suficientes y obtenerlos a tiempo. Estos hechos generan como consecuencia: primero, la imposibilidad de que las instituciones públicas de salud cuenten con los insumos necesarios para prestar una atención de calidad (4, 6, 7); segundo, exige a los hospitales funcionar como entidades privadas, esto es, demanda eficiencia y calidad por parte de instituciones que no tienen la capacidad de cumplir simultáneamente con la tarea de sobrevivir y de atender las necesidades de salud de la población (8) y por último, actúa como una institución que juega un papel a favor de las entidades privadas en el proceso de competitividad (3, 4)

El problema laboral ligado a la salud y su reforma. Una perspectiva intersectorial permite analizar de una forma menos parcial el derecho a la salud en Colombia.

Esto es así por la lógica del sistema de salud, es decir, el hecho de que los recursos de éste provienen esencialmente de los aportes de la población trabajadora (8, 9). A partir entonces de un estudio intersectorial que da cuenta de una noción de salud basada en la integralidad, la prospección que los autores vienen identificando desde pocos años después de la implementación de la reforma acerca de la ampliación del acceso de la población a la atención en salud, revela con claridad que de darse continuidad a los procesos de flexibilización laboral, desempleo e informalidad, podrán esperarse resultados favorables en términos de cobertura del aseguramiento pero no en cuanto a utilización efectiva de los servicios de salud (10, 11, 12, 13,).

Acceso a la atención en salud. Es claro que el problema de los ingresos, ligado directamente a las posibilidades de empleo por la forma en que fue diseñado el sistema de salud, condiciona en buena medida las oportunidades de atención. El aumento del gasto de bolsillo que realizan los colombianos, expresado en el incremento de los recursos adicionales destinados por las familias a pago de medicamentos, hospitalización, copagos y cuotas moderadoras (8), se identifica como una muestra del proceso acelerado de privatización de la salud. La población no tiene en muchas ocasiones la posibilidad de cubrir este tipo de gastos (3).

Estancamiento y retroceso en la Salud Pública. Como determinante directo que explica el descuido que se

tiene actualmente de enfermedades como el dengue, la malaria, el cólera y la tuberculosis, se identifica el conjunto de acuerdos económicos que partiendo de una idea mercantil de la salud, promueven la libertad de escogencia y la competitividad entre instituciones de salud. La concepción mercantil de la salud lleva a considerar que no es importante intervenir frente a la situación de este tipo de enfermedades por el hecho de no ser rentables.

CONSIDERACIONES FINALES

Evaluar la situación de la salud como derecho en el contexto de la reforma al sistema de salud teniendo como referentes las características y los principios del derecho a la salud, brinda lineamientos teóricos y políticos que permiten orientar las actuaciones del Estado y de los ciudadanos. Estos parámetros develan obligaciones que el Estado debe cumplir e indican el margen de exigibilidad y resistencia que tiene la población frente a las problemáticas que cotidianamente enfrenta.

Un modelo de salud distinto al actual cuya aplicación permitiría transformar las actuales condiciones de salud de la población, implica a partir del reconocimiento de las posibilidades de articulación entre universalidad y equidad, (asuntos que desde el pluralismo estructurado se consideran irreconciliables), así como de la generación y recuperación de oportunidades, programas y recursos económicos, humanos y tecnológicos que permitan mejorar las condiciones de salud de toda la población.

Emerge como espacio de investigación que amerita seguir explorando el terreno jurídico, en tanto permite aproximarse a discusiones frente a los límites y alcances de la atención en salud, así como a debates sobre mecanismos de exigencia del derecho a la salud, normatividades e instituciones.

Bibliografía

1. Fleury-Teixeira SM. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa. Buenos Aires: Centro de documentación en políticas sociales; 1999, 26 p.
2. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y noventa. *Cad Saúde Pública*; 2002, 18(4):905- 925
3. Céspedes-Londoño JE, Jaramillo Pérez, I. y Castaño-Yepes RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 2002 jul/ago, 18(4):2-24
4. De Currea, V. El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones. Bogotá: ILSA; 2003, 311 p.
5. Torres M y Paredes N, editores. Derecho a la salud. Situación en países de América Latina: Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES, Plataforma Interamericana de derechos humanos, democracia y desarrollo; 2007, p 169-185
6. Rodríguez A y Ramírez C. La garantía de la salud como Derecho integral. En: Garay L, Rodríguez A. Colombia: diálogo pendiente. Bogotá D.C.: Antropos; 2005, p 97-160
7. De la Torre C. Álvaro Uribe o el neopopulismo en Colombia. Medellín: La Carreta; 2005, p 129-180
8. Paredes N. La salud pública: Entierro definitivo. En: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Reección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Bogotá D.C.: Ediciones Antropos Ltda; 2004, p 99-108
9. Paredes N. Derecho a la salud. Su situación en Colombia. Bogotá D.C: Centro de investigación y educación popular, Deutsche Gessellschaft für Tenhnische Zusammenarbeit; 2003, 134 p.
10. Carmona LD. Ley 100: balance y perspectivas. Bogotá D.C.: Movimiento nacional por la salud y la seguridad social, Corporación para la salud popular Guillermo Fergusson; 2006, 293 p.
11. Cardona Á, Nieto E, Arbeláez MP, Agudelo HB, Chávez BM, Montoya A, et al. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia,

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Mónica Cecilia Moreno Moreno

- Facultad Nacional de Salud Pública; 1999, 297 p.
12. Cardona JF, Hernández A, Yepes FJ. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿avances reales? Bogotá D.C.: Rev Gerenc Polít Salud; 2005, 4(9):81-99.
13. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Bogotá: Antropos; 2001.

**ACTORES SOCIALES Y FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SALUD EN COLOMBIA**

Investigador

Luis Alirio López Giraldo

Institución participante

Universidad de Antioquia

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

El diseño de políticas públicas en salud implica un ejercicio de elección y en tal sentido, contribuye a conferir legitimidad al Estado, que debe estar objetivado por la expresión de las posibilidades de elección de los ciudadanos en igualdad de condiciones, no sólo en el ámbito electoral, sino en la participación en la toma de decisiones trascendentales. En Colombia, las políticas públicas en salud están relacionadas con el diseño, la organización y el funcionamiento del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así, cuanto mayores sean esas posibilidades de elección y participación en la toma de decisiones trascendentales, mayor libertad habrá para los miembros de la sociedad y a mayor libertad, más acertadas serán las decisiones que los ciudadanos tomen en asuntos políticos. Lo cual, a su vez, es uno de los requisitos más importantes para alcanzar el bienestar social.

El hecho de que exista desigualdad social evidencia el valor de las

políticas públicas en salud, las cuales se han convertido en centro de debates electorales en donde se expresan abiertamente las necesidades de los actores sociales, dada la trascendencia que tienen para el bienestar de los ciudadanos. Sin embargo, en el ejercicio político, estas se configuran a través de posturas hegemónicas sustentadas por grupos de poder económico y político, con los cuales se hace complejo conciliar el interés del bienestar particular con el interés por el bienestar colectivo de los diferentes actores sociales.

REFERENTES CONCEPTUALES

La aclaración del término actor social alude fundamentalmente a precisar la conceptualización amplia, aunque acertada, de que todo sujeto es un actor social. Se lo entenderá aquí, pues, a la manera de Alain Touraine (1) quien plantea que: "un actor social puede ser definido, en todas circunstancias, por su posición dentro de un sistema social". Bajo esta idea, se requieren tres componentes para configurar un actor social: objetivos personales, capacidad de comunicar y conciencia ciudadana.

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Luis Alirio López Giraldo

La interpretación acerca del significado de actor social deviene de la posibilidad de tener referentes comunes de intereses e identidad. Cada actor social construye su propia percepción de los problemas que lo rodean, de acuerdo con las estructuras normativas, las prácticas sociales y las instituciones en las que ejerce su ciudadanía y vive su cotidianidad. De esta manera, emergen de la realidad social diversos tipos de actores sociales. Unos con alto poder de decisión, otros, desprovistos incluso de la capacidad de elaborar juicios acertados sobre las decisiones que afectan su bienestar.

Del proceder de los actores sociales conviene diferenciar sus intereses y sus prácticas de las de los actores decisores, los actores corporativos y los actores académicos; estos últimos con visiones más cercanas a las de los actores sociales, dándose frecuentemente una articulación de interpretaciones entre ellos. Así mismo, del proceder del Estado conviene diferenciar entre las políticas estatales del legislativo y las políticas públicas del ejecutivo. Dichas diferenciaciones resultan útiles para estudiar el rol de los actores sociales en el diseño de políticas públicas en salud, ya que, en el escenario de la salubridad, todos estos actores compiten por diferentes productos sociales.

OBJETIVO

Comprender el rol de los actores sociales en el diseño de políticas públicas en salud en Colombia, a

partir de su interrelación con actores políticos, académicos y corporativos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se utilizó como estrategia de estudio los análisis de las opiniones de cuarenta expertos, pertenecientes al sector académico y sector político-decisor, en el tema de políticas públicas en salud en Colombia, quienes fueron entrevistados por el profesor Álvaro Franco Giraldo de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, como parte del proyecto de investigación, denominado Modelos de Análisis de Políticas Públicas y Salud en Colombia, desarrollado por el Grupo de Investigación de Gestión y Políticas de Salud de la misma Universidad.

Se eligió “entrevista especializada a elites”, como técnica de recolección de información, utilizando el liderazgo como principal criterio de selección de los expertos entrevistados. En este tipo de entrevistas, de acuerdo con Dexter, citado por Valles (2), se enfatiza la definición de la situación por el entrevistado, animándolo a estructurar el relato de la situación y permitiendo que introduzca sus opiniones sobre lo que considera relevante, en lugar de depender de los dictámenes del investigador.

El análisis cualitativo de la información contenida en las entrevistas se realizó utilizando el programa computacional Atlas-ti. El cual facilitó el manejo y la organización del gran volumen de los datos textuales obtenidos. El proceso

de trabajo con este programa puede resumirse de la siguiente manera: preparación de documentos primarios que corresponden a las transcripciones de las entrevistas, creación de la unidad hermenéutica que contiene los documentos primarios, codificación de los textos, extracción de citas relevantes para el análisis, elaboración de relación entre citas y producción del análisis final.

RESULTADOS

El SGSSS ha mantenido una segmentación estructural entre sus actores sociales beneficiarios, dada la existencia de regímenes diferenciadores de afiliación y beneficios. En el contexto del sistema se presentan tensiones entre actores, quienes defienden intereses específicos y que difícilmente intentarán buscar una interacción coherente entre sus intereses y los de los demás actores. Cada uno de ellos, posee una visión del sistema desde la que interpreta la realidad, configurando conceptualizaciones e ideas diferentes acerca de conceptos como el aseguramiento, la salud, la equidad, la calidad, la cobertura, etcétera.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló, en 2000, que para proteger el interés público en los sistemas de salud en el mundo los ministerios de salud deben superar su miopía con respecto a sólo reconocer “los actores más cercanos que se mueven en el campo de la salud, los cuales no siempre son los más importantes; estos pueden estar

alejados del corto campo visual del ministerio.” (...) “si se tienen en cuenta su tamaño y efecto potencial en la consecución de metas en salud, estas personas y organizaciones poco reconocidas por el ministerio pueden resultar más importantes que los recursos públicos canalizados por éste” (3). De este modo, el Estado no presta la atención requerida a “actores de salud” que se desempeñan en sectores diferentes del sector salud.

Los diversos tipos de actores sociales deben tener incidencia en las políticas públicas. El poder de los actores decisores debe estar mediado por el poder del resto de los actores sociales. De la misma forma que, el interés de un grupo de poder, representado en un actor social, debe estar equilibrado por el interés y el poder de otros grupos. Desde el ámbito micro al ámbito macro, se expuso por parte de los expertos entrevistados que, la información debe estar disponible para todos los actores del sistema.

En el ejercicio democrático de diseñar políticas públicas con enfoque social, se pone en riesgo los intereses de algunos actores sociales; sin embargo, de acuerdo con Amartya Sen (4) “no hay razón para que ganen los intereses creados si se permiten y fomentan debates abiertos (...) la solución consiste en celebrar debates públicos para participar en la decisiones políticas.” En el sistema actual las propuestas referentes al desmonte del modelo de aseguramiento, son vistas como una amenaza por las EPS y las IPS. Así, la postura política de los actores

corporativos, operadores del sistema, puede presionar actitudes defensivas y comportamientos de rechazo por parte de otros actores sociales al interior del sistema.

Por su parte, el investigador es un actor académico que, en su propósito de comprender la realidad, analiza en la praxis la articulación de los intereses de actores sociales. Concibe a las políticas públicas saludables como agente fundamental del desarrollo. Sabe que la comprensión de la realidad se construye por medio del conocimiento que cada actor social, desde su vivencia, tiene de ella. Es consciente de que la participación en la formulación de políticas públicas no sólo revela la existencia de un Estado democrático, sino que legitima su aplicación y facilita su evaluación.

La concertación real entre actores sociales sólo se da por medio del reconocimiento del otro como interlocutor válido. En su opinión, una vez realizada la concertación sobre sus necesidades, resulta relativamente fácil desarrollar procesos con las comunidades. Éstas, como actores sociales del sistema, en ocasiones se presentan ávidas de participación. Asimismo, la concertación entre los diversos actores que componen el sistema sanitario se dificulta por la heterogeneidad de intereses. Por tal motivo, debe ser el interés común, reflejado en acciones estatales, el que guíe el diseño de políticas públicas en salud.

Con la redefinición del rol estatal en el diseño de políticas públicas en salud, sobrevino una redefinición en la participación de actores sociales en el diseño de políticas públicas en salud. El grado de participación se hizo más fuerte para algunos, al tiempo que otros perdieron poder. La posición crítica de los sectores académicos los ha venido marginando de la toma de decisiones, mientras que la reducción de las funciones estatales, ahora en manos del sector privado, ha otorgado poder a los aseguradores. Son precisamente las entidades en donde se forma el recurso humano en salud las que más han perdido participación en la toma de decisiones.

Los actores sociales proveen información importante para determinar necesidades en salud, desarrollar políticas públicas, elaborar programas y proyectos de intervención y evaluar el funcionamiento del sistema en todos sus componentes. Bajo esta óptica, cobra importancia el debate sobre el capital social en el tema de los actores sociales que intervienen en el diseño de políticas públicas en salud. El enfoque de la propuesta del capital social resulta relevante en el objetivo de generar confianza, capacidad de asociación y acuerdos entre actores.

La posición que ocupa un actor social dentro del sistema lo define frente a los demás. El escenario donde éste se mueve y las estrategias que emplea, le otorgan posibilidades de hegemonía con respecto a otros actores, confiriéndole la capacidad de intervenir la realidad a su favor. En tal

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Luis Alirio López Giraldo

contexto, la escasa diferenciación entre actores políticos y actores económicos le ha permitido al interés privado intervenir mayoritariamente en el diseño y organización del sistema.

CONSIDERACIONES FINALES

El modelo en salud debe reorientarse a la construcción de respuestas sociales con autonomía a las exigencias del sector privado. Las reformas deben darse sobre un modelo democrático pluralista de toma de decisiones, en donde se encuentren presentes todos los actores sociales. En este sentido, se plantea que los vacíos de definiciones conceptuales en el SGSSS, son una oportunidad para que la participación de los actores sociales se exprese: en la tarea de elaborar dichas definiciones.

La gobernabilidad legítima sólo se logra en la medida en que las decisiones se tomen con la participación de todos los actores sociales involucrados en las problemáticas tratadas. Las tensiones entre los actores tienen su expresión concreta en la cotidianeidad. Lo cual se traduce en la injerencia en el diseño de políticas públicas.

Las tensiones surgidas entre los actores que interactúan en el SGSSS, revelan que en Colombia el diseño de políticas públicas en salud expresa fragilidades estatales para adoptar decisiones con impacto positivo en el bienestar social. Del estudio de dichas tensiones se evidencia una gran dificultad: la política pública debe

apropiarse de la solución de la totalidad de los problemas de salud de la población contando con la participación de todos los actores sociales. Su construcción debe integrar lo administrativo, lo científico y lo social sin dejarse reducir por lo económico, respondiendo a problemas sanitarios variados y a la vez específicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Touraine, A. Actores sociales y sistemas políticos en América Latina. Ed. OIT-PREALC, Santiago de Chile; 1987
2. Dexter, L.A. Elite and Specialized Interviewing, Evanston. Northwestern University Press, 1970. Citado por: Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. 3 ed. Madrid: Síntesis sociológica.; 2003, 188 p.
3. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Panorama general. Ginebra; 2000, p 138- 139
4. Sen, A. Desarrollo y libertad. Ed. Planeta. Bogotá, 2000.

Otra Bibliografía

Echeverri, E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Rev Geren. Polít. Salud; 2002 Dic, 1(3): 76-94

Franco, A. Seguridad social y salud en Colombia: estado de la reforma. Rev

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Luis Alirio López Giraldo

Salud Pública; 2000, Medellín, Mar.
2(1): 1-16.

Hernández, M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003; 29(3): 228-235

OPS/OMS. Equidad, Salud y Desarrollo Humano; 2001 Abr. 23-24; La Habana, Cuba. Washington D.C., E.U.A. Biblioteca Virtual en Salud- Equidad y Desarrollo Humano BVS, 2001.

**ATENCIÓN EN SALUD EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN: EVIDENCIAS
DESDE DIFERENTES ACTORES**

Investigadora

María Victoria López López

Coinvestigadores:

Hugo Múnera, Julián Vargas, Martha Montoya, Gustavo A. Arango, Berly Catalina Hernández

Instituciones participantes

Universidad de Antioquia: ejecutora y cofinanciadora del proyecto

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

Esta investigación busca generar conocimiento acerca de las propuestas institucionales de salud centrándose en las percepciones de médicos (as) y enfermeros (as) acerca de la atención en salud que prestan y de las percepciones que tienen usuarios(as) de la atención que reciben en instituciones, públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud en Medellín¹.

¹ Los autores expresan un agradecimiento sincero a las instituciones de salud por permitirnos acercarnos a conocer la realidad. A Monica Cecilia Moreno por acompañarnos en la revisión documental, en las discusiones del equipo investigador y porque su trabajo sobre “el derecho a la salud” iluminó la búsqueda e interpretación de resultados de este trabajo. De manera especial un reconocimiento al sociólogo Gustavo Arango Tamayo por su compromiso permanente y por su calidad como asesor. Así mismo, nuestra gratitud a los(as) participantes médicos(as), enfermeras(os) usuarios(as) de servicios de salud en Medellín, por su disposición para compartir sus vivencias y a la Facultad de Enfermería por ser el nicho propicio

En el marco de las ciencias sociales las percepciones se entienden como la interpretación que los actores construyen sobre el mundo, las preguntas que se formulan y las respuestas que obtienen, todo lo cual, está enmarcado por los conceptos que emplean. “La manera de clasificar lo percibido es moldeado por circunstancias sociales. La cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales. Por consiguiente, la percepción pone de manifiesto el orden y la significación que la sociedad asigna al ambiente [concebida en sentido amplio] tanto físico como social, tanto interno como externo al sujeto y la sociedad” (1). La atención en los servicios de salud, siguiendo a los teóricos del constructivismo social

para este trabajo y el CODI-U de A por el apoyo financiero.

(2), se entiende como parte de la realidad socialmente construida en la medida en que, como parte de la vida cotidiana, condensa la manera como se interpreta la salud la cual está basada en relaciones comunicativas entre diferentes sujetos - administradores, usuarios, profesionales de la medicina y de enfermería entre muchos otros-. Dicha interpretación es lo que orienta la toma de decisiones en los servicios de salud y lo que explica, según los involucrados, la manera como operan aspectos objetivos de la realidad social tales como los valores, las normas y la orientación de las instituciones. Este es el sentido que tiene interpretar las percepciones de actores clave de la atención en salud como los usuarios(as), médicos(as) y enfermeros(as). De esta manera se busca, a través del proyecto brindar la posibilidad de sistematizar conocimiento de sentido común el cual aunque comúnmente circula mediante rumores o prensa local, no es recuperado como fuente de conocimiento válido.

Este trabajo fue realizado en el marco de la actividad investigativa impulsada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia institución que apoyó financieramente su realización. Se busca complementar el conocimiento disponible sobre la atención en las instituciones de salud de la ciudad de Medellín, el cual ha privilegiado la mirada de los servicios desde los gestores de los mismos, poniendo el énfasis en la eficiencia y la eficacia de los servicios, en una perspectiva claramente racional. Se trata de

generar conocimiento acerca de las propuestas institucionales de atención en salud centrándose, como se señaló en las percepciones de diferentes actores sociales y recogiendo sus experiencias en instituciones, públicas y privadas prestadoras de servicios de salud. Lo que se busca con esta investigación, es iluminar la toma de decisiones por parte de comunidades organizadas y entidades de salud para hacer efectivo el reconocimiento de información fundamental para el mejoramiento de los servicios y aportar en la perspectiva de la calidad de la atención en salud.

Objetivo General: Describir y analizar las percepciones acerca de la atención en salud por parte de usuarios, médicos (as) y enfermeros (as) en instituciones, públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud en Medellín.

METODOLOGÍA

La metodología implementada es descriptiva y exploratoria mediante una estrategia de investigación etnográfica que permite el acercamiento a los profesionales de la salud, como interpretes válidos de lo que sucede en torno a la atención en los servicios de salud, partiendo para ello, de la descripción de las creencias, conocimientos, valores, normas y situaciones relevantes para los profesionales en torno a su quehacer y a las respuestas institucionales frente a la situación de salud y sus condiciones de trabajo² (3, 4) en la

²Siguiendo a Martínez la etnografía “se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Victoria López López

cual se utilizaron como técnicas de investigación, la observación focalizada, la entrevista semiestructurada y la revisión documental. Se recurrió a la triangulación: de informantes, de técnicas y con pares académicos de diferentes disciplinas propiciando una mirada desde la pluralidad de enfoques.

Se seleccionaron instituciones de servicios de salud que permitieran cierta representatividad de las entidades con que cuenta la ciudad. Los criterios para su selección fueron: aceptación para participar en el proyecto, instituciones públicas y privadas que brinden atención a población de diferentes regímenes. Se realizaron 50 entrevistas a 14 médicos(as), 18 enfermeras(os) y 18 usuarios(as). Las entrevistas se realizaron en los lugares y fechas que los profesionales de salud en acuerdo con los administradores de las instituciones definieron; éstas se grabaron, transcribieron y simultáneamente se categorizaron en un proceso continuo de manera que las categorías emergentes orientaran la búsqueda de información documental complementaria y permitieran definir el momento de la saturación, esto es, cuando la información recolectada con los

y normas del ambiente en que se vive, se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y de grupo en forma adecuada. En efecto los miembros de un grupo étnico, cultural o situacional comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de la vida”.

participantes, se torna reiterativa y las entrevistas dejaron de aportar algo nuevo en las percepciones expresadas.

Siguiendo lo sugerido por Eumelia Galeano (5) el trabajo se desarrolló en tres fases así: **exploración**, Lo que permitió el acercamiento institucional y complementación del diseño mediante la revisión y análisis documental, así como observación acerca de la organización de las entidades seleccionadas; **focalización**, que posibilitó la adecuación del diseño metodológico, elaboración y prueba de instrumentos, el procesamiento de información y sistematización; **profundización**, fase en la cual se logró el acercamiento a las percepciones de usuarios, Médicos(as) y Enfermeras(os), la transcripción y categorización simultánea de la información recolectada y la complementación de la información documental, acorde con las categorías emergentes de la información obtenida.

En el desarrollo del proyecto se tuvieron en cuenta consideraciones éticas indicadas para la investigación social tales como: consentimiento informado, compromiso voluntario y consciente de los participantes. La transferencia de conocimientos de la Universidad a las poblaciones para la interpretación de sus condiciones de vida y salud. El manejo confidencial de la información y utilización de la misma para los fines exclusivos de la investigación, la devolución de los resultados a los participantes y

beneficiarios del estudio y el respeto por las fuentes y derechos de autor.

RESULTADOS

En este documento sólo se destacan los resultados obtenidos a partir de la recolección de la información de los profesionales de medicina y enfermería por cuanto el análisis de usuarios está presentado en la síntesis realizada por el investigador Hugo A Múniera³.

En las percepciones de los profesionales acerca de la atención emergen tres grandes categorías: una referida a la lógica de la atención en salud, otra a la incidencia en la atención en salud que configura el nuevo contexto de la reforma del Sistema de Seguridad Social (Ley 100 de 1993) y finalmente, una categoría relacionada con el contexto de la atención en salud como escenario de relaciones. A continuación se destacan algunos hallazgos en las categorías señaladas.

La lógica de la atención en salud

Para los participantes el acceso y la calidad de la atención se constituyen en referentes centrales del sistema actual. Independientemente del tipo de institución (pública o privada) o del rol profesional (medicina o enfermería) se expresan dos posturas opuestas. Mientras para algunos participantes el actual sistema significa un avance por cuanto se dispone de conocimiento, capacidades institucionales y recursos para

³ Véase Múniera H. "Calidad de la atención una mirada desde los usuarios".

asegurar atención con calidad sin exclusiones; para otros los mayores cuestionamientos se identifican en relación con el acceso, la tecnología y el cuidado humanizado.

En función de la calidad, los participantes identifican tres referentes básicos:

La oportunidad. La atención oportuna depende del tipo de servicio que se requiera, del convenio que tenga la institución con las Empresas Prestadoras de Salud y del estado de salud del paciente. Al respecto una enfermera que labora en institución pública señala:

"Obviamente la atención como tal es la misma, o sea los estudios que se necesiten y eso pues me gusta en el área que me desempeño porque no se ve la diferencia; osea, si es del indigente que recogieron los bomberos, un abdomen agudo o inconsciente va a tener la misma oportunidad [...] entonces esa oportunidad está ligada a eso, al espacio físico pues que disponga la ciudad en el momento, a los contratos porque eso es realidad; muchas veces toca: ah no es que con esa, con esa ARS o con esa EPS no hay contrato. E27EHI3PUBUCID⁴

Del testimonio anterior aparte de lo administrativo, surge la pregunta por la manera como se hace referencia al paciente ¿dejará de ser un ser humano para convertirse en un proceso mórbido?

Las actividades de administración, seguimiento,

⁴ Estos códigos corresponden a entrevista número, Profesional –enfermera o médico, entidad, tipo de servicio, antes o después del nuevo sistema de salud.

control y planes de mejoramiento. En cumplimiento de la garantía de la calidad se reconocen como algo positivo por cuanto responde a las exigencias modernas de la acreditación y viabilidad institucional. Una enfermera de entidad privada así lo expresa:

*"...se ha hecho un trabajo por parte del grupo de gestión de la calidad muy bueno y se ha estado a la mano continuamente a través de los mismos protocolos y a través los cambios que se van realizando, todo el mundo esta informado y mensualmente, se evalúa continuamente en planillas cuales son las deficiencias que existen en el proceso y se están corrigiendo constantemente pues, ya ha habido dos evaluaciones y en las dos se ha logrado satisfactoriamente pues obtener el certificado de la calidad, todos los consultorios están bien dotados, todos cuentan con sus cartillas respectivas, para estar evaluando frecuentemente pues los procesos, se cuenta con los protocolos.
E15MHIPS01PRIVCED*

El desarrollo tecnológico. Para los profesionales disponer de tecnología tiene incidencia en mejorar el estatus de la organización de salud, en la realización de un diagnostico más exacto, en sistematización de la información (como las historias clínicas) y en la tranquilidad del paciente.

El primer caso orienta a un reconocimiento tecnológico por parte de las entidades reguladoras de los servicios de salud y la tecnología permite su aval mediante la acreditación de las instituciones. Esto legitima la competencia entre las instituciones prestadoras de salud lo cual orienta a una mayor demanda cautiva.

En el segundo caso la tecnología se torna en un recurso con el cual el profesional de la medicina complementa sus conocimientos, permitiendo un diagnostico que se reconoce desde la subjetividad como más preciso. En el tercer caso, permite una incidencia en los procesos administrativos al disponer de historias clínicas individuales que permiten a los distintos profesionales acceder ágilmente a una información desde distintas miradas.

En el caso de los usuarios, según los profesionales de la medicina, la tecnología tranquiliza al paciente y también a ellos mismos, incidiendo en la responsabilidad de los profesionales, porque se comparten los aciertos y los errores con la confianza en los instrumentos, los que finalmente son una ayuda para diagnostico más exhaustivo, sin embargo estos profesionales reconocen la importancia de mantener un cierto reconocimiento de la disminución de la humanización de la atención. Los profesionales refieren como efectos adversos una relación de eficiencia en la utilización tecnológica lo cual representa una racional utilización de tiempo incrementando los volúmenes de atención e incidiendo en lo que ellos denominan las estadísticas, lo que se concreta en coberturas y de esta manera la inversión en tecnología redundante en costos económicos.

De igual manera relacionan la deshumanización de la relación médico-paciente dado que este se torna en un objeto que es auscultado

por la mediación tecnológica y se expresa una cierta pérdida de confianza en el conocimiento acumulado y en la experticia, en la medida en que se delegan grandes márgenes de confianza en la evidencia que aflora desde el instrumento. Los efectos impredecibles de la disponibilidad tecnológica tienen que ver con la obsolescencia o actualidad de la misma, así como su volumen lo cual orienta a adecuaciones locativas y a la capacitación del personal para su utilización, circunstancias que redundan en un diagnóstico adecuado y oportuno.

El nuevo contexto de la reforma del Sistema de Seguridad Social

Los profesionales de la salud que hacen una contrastación entre el actual sistema (SGSSS) y el anterior (Sistema Nacional de Salud) identifican cambios en cuanto al rol del Estado por la financiación y en el papel de los profesionales. Al respecto se plantea:

“...si tomamos el modelo antiguo donde el Estado era el que se encargaba de todo y de generar unos dineros a cada una de las Instituciones Prestadoras de Salud. A todos los hospitales les llegaba mensualmente su dinero y con eso los médicos hacían presupuesto y definían las alternativas terapéuticas [...] ahora hay mucho más problema en la accesibilidad y oportunidad frente al tratamiento que pueda recibir un paciente sobre todo en enfermedades de alto costo”. E34MH3PUBUCIA

La intención de la Ley 100 de 1993 se entiende como una alternativa válida en la medida que responde a una necesidad de gran parte de la

población. Algunos participantes expresan que esta ley ha significado una transformación importante en los servicios de salud; ellos reconocen que uno de los aspectos fundamentales ha sido el aumento de la cobertura de los servicios, lo que en la práctica se traduce en aumento del número de personas afiliadas al sistema, se cree que el crecimiento en aseguramiento es aumento en cobertura de servicios, pero no es así ya que aseguramiento no significa acceso efectivo y mucho menos a servicios de calidad, ni transformación de los servicios.

Un aspecto importante en esta parte del análisis es que la meta de ampliación de cobertura planteada desde la reforma del sistema indicaba también la posibilidad de tener acceso real a los servicios; sin embargo, pese a los incrementos de cobertura los participantes identifican que existen deficiencias institucionales que afectan la prestación de los servicios. Esto trae consigo consecuencias negativas en la salud de los usuarios por causa de la demora ocasionada por la cantidad de trámites, las trabas para tener autorizaciones a tiempo y la exigencia jurídica para lograr la atención. En el siguiente testimonio se resalta también la posición propia y correspondiente a su profesión médica que juzga una problemática específica que incide en la atención en salud.

“...si se ha aumentado el número de personas afiliadas al sistema de salud; sin embargo vienen deficiencias de oportunidad porque los trámites, las autorizaciones, la cantidad de tutelas que

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Victoria López López

tienen que colocarse para que los pacientes tengan acceso a algún determinado tratamiento especializado, generan que todo este servicio en un momento determinado no sea lo que uno busque, que [es] resolver el problema inmediato del paciente porque muchas veces son los jueces los que legislan sobre aspectos fundamentales de salud. A la Empresa Promotora de Salud o al Régimen Subsidiado no le importa muchas veces sino cobertura a costa de oportunidad. [En] conclusión... se aumenta la cobertura pero también se aumentan las dificultades para tener un acceso pronto a un tratamiento.”
E34MH3PUUCIA

El proceso de contrareferencia de los pacientes entre una institución y otra, es según los participantes uno de los asuntos más complejos y problemáticos en el funcionamiento del sistema. Se señalan cambios de actores y de intencionalidades, lo que significa en algunas ocasiones complicaciones en la salud de los usuarios. Se habla de un proceso que antes era decidido por los médicos y que ahora es el ente administrativo el que lo determina. Así, hay quienes plantean:

“La contrarreferencia perversa porque sea que nosotros tratemos de regresar al paciente a su municipio porque no tenía la indicación o porque dentro de nuestra institución no tenemos alguna especialidad importante que esté relacionada con el motivo de consulta, es catastrófico”.
E34MH3PUBUCIA

“...me parece macabra pues, uno llega y atiende un paciente y hace un diagnóstico y considera que el paciente debe ser remitido a otro nivel y de carácter inmediato, por no decir que urgente y empieza uno a llamar por teléfono a las otras instituciones de segundo y tercer nivel y es como mendigando un cupito para un paciente que se está muriendo, lo que

los periodistas llaman el paseo de la muerte...” E23MH1PRIVCEA

En definitiva, las limitaciones para el acceso se describen por: aspectos administrativos relacionados con las regulaciones en las relaciones inter e intra-institucionales formalizadas a través de los contratos; por limitaciones propias de la afiliación de los usuarios que se refieren al tipo y tiempo de cotización al sistema. En el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos coinciden en señalar que con respecto a la aplicación de procesos y procedimientos terapéuticos que se prestan en la unidad, hay acceso de distintos sectores sociales, sin embargo, disponer de recursos económicos favorece el acceso a determinados medicamentos, procedimientos y tratamientos.

Atención en salud: un escenario de relaciones

Los resultados llevan a reconocer que las instituciones de salud son un espacio de relaciones entre profesionales de la salud, administradores, Empresas Prestadoras de salud, usuarios y otra serie de actores internos y externos. Relaciones que se tejen con armonía o que constituyen tensiones. De un lado, se reconoce que las relaciones interpersonales entre los médicos y las enfermeras y entre los mismos profesionales afectan o favorecen el trabajo en equipo. En la relación entre profesionales de la salud y los pacientes se reconoce su importancia dado que influye en el

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Victoria López López

desarrollo del proceso de atención. Se señala que las limitaciones del tiempo de consulta en ocasiones obstaculizan una atención con calidad. Es así como un médico de entidad privada señala:

“...la calidad de atención es deteriorada primero, por la relación médico-paciente que es una relación de clientes, ya no es relación médico-paciente. Si uno hizo la consulta externa tiene un tiempo muy limitado si te dan 15 minutos para atender a un paciente en el cual tienes que hacer historia clínica, valorarlo, mandarle medicamentos con toda la cantidad de papeles que hay que llenar para poder hacer cualquier tipo de solicitud entonces estamos tardando 5 a 10 minutos en eso y solo le estamos dedicando 5 minutos al paciente y esto en la atención ya es otra cosa, pienso que eso si es muy diferente, porque es el tiempo que necesite el paciente”. E14MH2PRIVUCIA

Otro tipo de relación es el que se establece entre los profesionales y las instituciones por las condiciones de trabajo y la estrategia de contratación. Se plantea que afecta la visión de gremio y que hay una sensación de pérdida especialmente por parte de las enfermeras en el cumplimiento de los roles. Las exigencias en el cumplimiento de tareas de igual o mayor complejidad no corresponden a las necesidades de recursos humanos especializados y contratados en número suficiente, además la lógica de la privatización de los servicios de salud se traduce en sobrecarga laboral, en la medida que se busca atender más población con menos personal de salud. Una enfermera de una institución pública así lo expresa:

“cada vez el recurso especializado se disminuye y se va a seguir disminuyendo

porque la gente tiene menos posibilidades de acceder a un postgrado o en fin la carga laboral se aumenta también en vez de ser más médicos, para más poquita población es más población para más poquitos médicos; igual con las enfermeras, con los auxiliares con todo y si la salud se sigue privatizando, yo el futuro lo veo muy negativo” E28EM3PUBUCID

Esta exigencia se traduce en mayor adaptabilidad a las labores que se realizan, para ello, se requieren trabajadores de la salud con capacidad de adaptación a los cambios y que se encuentren disponibles a las condiciones fluctuantes del mercado laboral - adaptabilidad a nuevas tareas, duración de la jornada laboral, condiciones ambientales cambiantes, tipos de contrato flexible, bajos niveles de remuneración. El actual sistema de salud ha incentivado la polivalencia en función de mayor rentabilidad y disminución de los costos laborales lo cual, genera inconformidades en los profesionales que aspiran a hacer las cosas de otra manera. La polifuncionalidad es una de las principales características que se identifican en las nuevas propuestas de organización del trabajo; los siguientes testimonios ilustran la experiencia de una enfermera de entidad pública y otra de una privada las cuales coinciden en ilustrar las presiones de sobre trabajo a las que están sometidas:

“... se ha perdido mucho la calidad humana, no tanto las personas pierden eso, sino que el sistema hace que se pierda porque hay que trabajar más rápido, atender más gente en menos tiempo entonces eso lo hace ir en contra pues de la voluntad que si, se puede decir porque aunque yo quiera, el

**GRUPO DE INVESTIGACION
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Victoria López López

sistema me está presionando en cierta medida, que hay que hacerlo más rápido, más rápido, entonces es un poquito contradictorio pero así es..."
E02EM1PRIVCED

"...somos dos enfermeras por turno en la noche, pero dos enfermeras para la Unidad de Cuidados Intensivos y para la Unidad de Cuidados Especiales o sea que queda más recargadito el trabajo en las horas de la noche." E31EMPUBL3UCID

Para el profesional de enfermería la polifuncionalidad desvirtúa el sentido original de su rol. La combinación de funciones administrativas y del cuidado, la adaptación a dichos cambios a través de nuevas formas de contratación, variación en los horarios y tareas asignadas, lo que ha generado una serie de confusiones e insatisfacciones con respecto al quehacer profesional y al trabajo de los profesionales de enfermería. Una de ellas plantea:

"... a mí me toca la parte administrativa y la parte asistencial, nosotros somos el todo allá, desde que se dañe una llave del baño hasta la camilla mala, es la enfermera paso, pues yo allá en urgencias estoy para solucionar problemas, yo llego a las 11 no hay esto, no hay lo otra, entonces yo llego porque no hay, porque no hay pedido, el paciente de allá que lo trataron mal, bueno quien lo trato mal, uno trata de ser como todo allá, (risas) todo allá..."
E12EM2PRIVURD

Una situación que ha transformado la relación del profesional de enfermería con el paciente son los trámites administrativos, así mismo, para los profesionales de medicina la relación ha cambiado, el uso de tecnologías ha disminuido el contacto directo con el paciente, esto lleva a los profesionales

a asumir roles operativos y a minimizar el componente humano de la atención.

El valor por la organización colectiva se da en función de la capacidad de reconocerse parte de un colectivo en la institución y de las posibilidades de movilización y organización, como gremio, para lograr reivindicaciones que beneficien al colectivo. Lo que se observa es que con un predominio de individualismo hay un desconocimiento del valor de la organización profesional y una desconfianza en cualquier forma organizativa como gremio. Así lo expresa una enfermera:

".. incluso hay asociaciones de enfermería de todas las enfermeras, pero no todas estamos en esas asociaciones, nos aislamos mucho como gremio, incluso el mismo gremio [dentro] de la institución. Yo conozco mi unidad afuera cuando entrego a mi paciente, pero uno se aísla, como no sale tanto no se queda con las enfermeras de [...] pero allá afuera para mí es como un mundo muy, muy distinto..." E16EM2PRIVUCID

La tendencia a reducir la participación en organizaciones sindicales, además, apunta a desmejorar las conquistas históricas del sindicalismo, basadas en un trabajo estable, bien remunerado y con beneficios para las familias de los trabajadores. El tipo de contratación y la falta de conciencia colectiva que permea a los trabajadores disminuye las posibilidades de acción grupal dentro del espacio de trabajo.

"... como agremiación de profesionales por ahí hay una cosa donde dice que perteneces pero nosotras no vamos a esas cosas, aquí no hay reuniones..." E4EM2PRIVUCID

Lo que se aprecia es un arraigamiento en tendencias de comportamiento individualizado, cuyas únicas opciones de acción colectiva se dan en el espacio familiar y el trabajo flexible, situación que viven las profesionales de enfermería con contratos a término fijo, cooperativas, con contrato civil, estas situaciones a su vez, se convierten en amenaza para las profesionales con contrato a término indefinido, lo que transforma sus relaciones interpersonales, basándolas en la competencia y rivalidad.

"... ha habido dificultades con el personal de planta y el personal de cooperativa pienso yo que puede ser temor!!! a que unas desplacen a las otras en el puesto, es una apreciación mía . Entonces eso ha generado roces pero igual el trabajo se hace..."
E28EM3PUBUCID

Finalmente los profesionales insisten en la importancia de no perder la perspectiva ética es así como un médico de institución privada expresa:

"...al paciente se le debe dar todo lo que requiera, independiente de que este en el plan o no este en el plan porque el paciente va a su consultorio como paciente y no como un elemento de un sistema o de un plan de aseguramiento, sabiendo que la medicina ha evolucionado mucho, ha avanzado mucho más rápido de lo que ha avanzado administrativamente el sistema de seguridad social en salud, eso hay que recalárselo a los médicos todos los días..." E15MH1PRIVCED

CONSIDERACIONES FINALES

El trabajo deja ver la pertinencia que tiene el conocimiento y la percepción de profesionales de medicina y enfermería sobre el quehacer en las

instituciones de salud, como espacios en los que se concretan saberes y prácticas profesionales así como, anhelos y expectativas personales. Siguiendo lo planteado por Merhy (6) es importante partir del presupuesto que el trabajo en salud es siempre relacional, porque depende de trabajo vivo que se configura en el acto mismo de atención en la interrelación entre sujetos trabajadores y usuarios, individuales y colectivos. De esta manera se complementa el uso del instrumental en exámenes y medicamentos, con el reconocimiento de que los usuarios además de presentarse con un problema de salud, traen consigo determinado origen social, relaciones sociales y familiares, una subjetividad que se expresa también a través de la enfermedad y que es importante reconocer.

Para los profesionales el sentido de la universalidad, calidad y cuidado humanizado es un referente del deber ser de la atención en salud, sin embargo existen trabas de orden estructural y organizativo que es necesario intervenir para enfrentar desde lo general y lo particular en los servicios de salud.

En la base, la investigación ayuda a entender la atención en salud como un servicio que requiere verse en el contexto del derecho; siguiendo el derrotero constitucional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su anclaje con el título primero de la Constitución, cuando se preocupa por la vida como derecho fundamental (7). La consideración de

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Victoria López López

la salud como derecho, apoya la superación de su tratamiento tradicional de necesidad básica y orienta a brindar posibilidades a las personas y las comunidades para generar organizaciones que propendan por su reconocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas-Melgarejo ML. Sobre el concepto de percepción. México: Alteridades 1994, 4 (8), P. 49
2. Berger P. y Luckmann T. La construcción social de la realidad. Argentina: Amorrortu. 2003. 34-63.
3. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa. Colección Contus. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Junio 2003. P. 188
4. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-práctico 3ª ed. México: Trillas. 1998 (reimpresión 2007). P. 30
5. Galeano, E. Diseños de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial EAFIT. 2004.
6. Merhy -Emerson E y Franco, T. Por una Composición Técnica del Trabajo en Salud centrada en el campo relacional y en las tecnologías leves. Señalando cambios para los modelos tecno-asistenciales. Saúde debate, v.1, p1-17, 1976.
7. Corte Constitucional. Sentencia 116 de 1993, 076 de 1994, 192 de 1994, 10 de 1999 y 304 de 1998

**CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD: UNA MIRADA DESDE LOS
USUARIOS EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

Investigador

Hugo Alberto Múnera Gaviria

Asesora

María Victoria López López

Instituciones participantes

Universidad de Antioquia: ejecutora y cofinanciadora del proyecto

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

El estudio de la calidad de la atención en salud es importante, porque es una preocupación vigente a nivel mundial, de hecho entidades internacionales en salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la consideran un tema primordial en sus agendas de trabajo al plantear que la calidad es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (1)

En América Latina en la década del 60 uno de los principales aportes al estudio de la calidad de la atención en salud es el de Avedis Donabedian, considerado el padre de la atención en salud y cuyo pensamiento a pesar de los cambios y transformaciones en salud aun continua vigente. Existen múltiples autores e instituciones que trabajan bajo sus lineamientos, es el caso de Enrique Ruelas y Beatriz

Zurita en México¹, la Fundación Avedis Donabedian en España y Argentina, las bibliotecas Donabedian en Italia e Israel. Recientemente se ha creado además la Cátedra de Investigación Avedis Donabedian en la Universidad Autónoma de Barcelona y en la Escuela de Salud Pública de Michigan (EE.UU.). En el caso de Colombia la normatividad sobre el sistema obligatorio de la garantía de la calidad y las cátedras universitarias sobre calidad de la atención en salud están sustentadas desde su pensamiento.

De acuerdo con los autores: Saldarriaga, Castrillón y Pulido, la calidad es una propiedad de la atención en salud y a la vez, es un juicio frente a ella (2), lo que constituye las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: análisis

¹ Una revisión de la producción de estos autores está disponible en la Revista Salud Pública de Mexico.

**GRUPO DE INVESTIGACION
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Hugo Alberto Múnera Gaviria

de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

En Colombia, a partir de la década del 90, se comienza a hablar con más fuerza de la atención en salud con calidad, hechos como el surgimiento de la nueva Constitución Política en 1991, donde se plasma a Colombia como un Estado Social de Derecho, la Ley 100 de 1993 la cual reforma el sistema de salud en Colombia y donde se expresa una preocupación real por la calidad de la atención la cual queda consignada en el decreto 2566 de 1996 o "Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad en la atención en salud" al cual, se le han hecho varios cambios y que actualmente está reglamentada en el decreto 1011 del 2006. Estas normas están fundamentadas en el pensamiento de Donabedian y le dan un papel protagónico a las instituciones de salud, cuyo objetivo principal es cumplir con estándares de calidad, ser rentables económicamente y autofinanciarse.

De acuerdo con Castro (3) este enfoque es netamente gerencial y organizacional, porque concibe al usuario de los servicios como cliente que exige y opta por el tipo de servicio de atención a su salud. Es decir, la calidad de la atención en salud se ha traducido en objetivos que han buscado supervisar y tener un mayor control de los recursos, acciones y resultados; dicho enfoque prevalece actualmente. De esta manera el concepto de calidad aparece relacionado con el concepto de eficiencia: el máximo beneficio para el paciente dado unos recursos.

Si la calidad se define en términos de la relación medios-fines, su evaluación se centrará en las instituciones más que en los usuarios.

Recientemente surgen otros autores preocupados por la calidad de la atención en salud como Otero y Otero (4), Menéndez (5), Granda (6) y Matamala (7), quienes conciben que una atención de calidad, en el marco de salud integral, resuelve el motivo de consulta, tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de las y los usuarias(os). Y a la vez, potencia su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos.

Salta a la vista que incorporar estos enfoques en la atención a la salud permite otorgar un servicio de mayor calidad, ya que se contextualiza a las usuarias y usuarios más allá de los límites biológicos que, de manera frecuente, circunscriben la atención médica. Su integración da elementos para comprender en forma más completa el proceso salud-enfermedad y otorgar un servicio integral en el que al mismo tiempo que se potencie efectivamente la adhesión terapéutica y el cuidado de la salud, se contribuye a reconocer los derechos y superar las inequidades. Del mismo modo, impiden que al atender a hombres y mujeres se cometan "disparidades de género. Por consiguiente, éste será el punto de vista que guiará este estudio.

Uno de los problemas detectados en la atención en salud en Colombia, es la preocupación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), por responder con esfuerzos económicos y administrativos a la normatividad vigente en relación con los procesos de habilitación y acreditación plasmados en el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en Colombia (SOGC), como forma de certificar frente a la sociedad la calidad de la atención. Uno de los objetivos principales de las IPS, es lograr la acreditación en salud lo cual, representa frente a la sociedad disponer de los más altos estándares de calidad en relación con la atención. En el país hay 13 IPS acreditadas, cinco están en Antioquia y de estas cinco, tres se encuentran en el municipio de Medellín, las demás IPS están habilitadas o en proceso de acreditación. Este escenario, contrasta con el número de tutelas interpuestas por los usuarios, las cuales han venido aumentando anualmente: Según datos del último informe de la Defensoría del Pueblo en Colombia (8) en el año 1999, se dieron 86.313, y en el año 2005, 224.270 tutelas, con un aumento de más del 200% en un período de 6 años; Antioquia fue el departamento con más tutelas, presentó en el 2005 un total de 27.133 tutelas, que corresponde al 33.5% del total general del país en el año, y quien sigue en orden descendente es Bogotá con el 15.5%.

Lo anterior muestra una tensión expresada en los datos, lo que sugiere preguntas acerca de los logros institucionales en función de la normatividad y las demandas de los

usuarios por la atención en salud. Por lo anterior y con el propósito de aportar a la situación de salud en Medellín, enriquecer la discusión en salud sobre la calidad de la atención y con el fin de aportar a la realización de políticas de salud construidas desde la mirada de todos los actores, se ve la necesidad de alcanzar una interpretación comprensiva que sobre la calidad de la atención en salud tienen los usuarios de las IPS.

Este trabajo entonces busca responder a la siguiente pregunta: ¿Qué percepciones tienen los usuarios acerca de la calidad de la atención en tres instituciones prestadoras de servicios de salud pública o privada en la ciudad de Medellín?²

OBJETIVO GENERAL

Comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud, recibida en tres instituciones públicas o privadas prestadoras de servicios de salud en la ciudad de Medellín, en los años 2007-2008.

Objetivos específicos

- a) Describir las experiencias de los usuarios acerca de la calidad de la atención en salud.
- b) Indagar cual es el papel que juegan los usuarios en el proceso de atención en salud.
- c) Interpretar cual es la concepción que tienen los usuarios acerca de la calidad de atención en salud.

² Investigación que hace parte del Macroproyecto “Atención en salud en la ciudad de Medellín, evidencias desde diferentes actores”, a cargo de María Victoria López López.

DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología empleada fue con el enfoque cualitativo, desde la perspectiva de la etnografía focalizada. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, observación no participante, diario de campo y revisión documental. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes y la autorización de las instituciones hospitalarias. Los participantes fueron 18 usuarios de los servicios de salud, quienes se entrevistaron en los servicios de Consulta Externa y Urgencias, lugares donde también se desarrollaron las entrevistas en el año 2007.

PRINCIPALES RESULTADOS

El estudio presenta las categorías centrales emergentes producto del análisis. Las cuales son:

El camino hacia la atención en salud. En la cual se muestra a partir de los testimonios de los usuarios, la importancia de acceder a los servicios de salud sin barreras.

El encuentro con el otro. Donde se evidencia la importancia de la relación agente de salud-usuario, y se sitúa como elemento central de la atención en salud para los usuarios.

Diferencias en la atención. Análisis que permite mostrar los contrastes que se dan en el proceso de atención, la cual termina dependiendo de las condiciones económicas de los usuarios y que pone en cuestión el concepto de equidad dentro de este proceso.

Como resolver la queja. Último capítulo, donde recopilando las quejas que se dan en el transcurso del análisis y las cuales son transversales en éste, se revelan las diferentes formas que tienen los usuarios para resolver las dificultades que se presentan para acceder a los servicios de salud.

Estas categorías finalmente dan respuesta a los objetivos del estudio, en el sentido de dar cuenta, a partir del significado de calidad en la atención en salud para los usuarios y desde sus experiencias con la atención, de la percepción que tienen sobre la calidad de la atención en salud recibida.

CONSIDERACIONES FINALES

Tal y como lo muestran los resultados de esta investigación, desde la mirada de los usuarios se tienen serias deficiencias en la atención. Sin embargo la responsabilidad no es solamente de médicos (as), enfermeras (os), gerentes u oficinas de atención al usuario; la principal dificultad está en el modelo de salud, porque en un modelo de salud eficientista y tecnicista, hay una gran preocupación por los recursos y la rentabilidad, pero el usuario, como sujeto y persona, es cada vez más invisible. La fuerte presencia de la intermediación o el clientelismo, no solo en las entidades aseguradoras, sino también la presencia de esos nuevos actores que surgen en el escenario de la atención en salud y que permea todos los espacios institucionales, confirma lo anterior.

Otro aspecto importante en esta exploración tiene relación con la perspectiva singular que supone hablar de calidad desde los usuarios. Para ellos la calidad significa una atención donde no hayan barreras para el acceso, donde se de una relación usuario-agentes de salud cordial y cálida, donde haya equidad en la atención misma y con unos gastos acordes con la posibilidad de pago. Contrasta esta mirada con la normatividad, donde hay una preocupación por la afiliación, la acreditación, la tecnología y la rentabilidad, aspectos que poco interesan y hasta desconocen algunos de los usuarios del estudio. Difícilmente se puede hablar de calidad desde los usuarios en este contexto, cuando ellos plantean la calidad como la salud desde el derecho, lo cual riñe no tanto con la atención sino con el modelo de salud, porque en la salud como derecho el usuario es el fin, es el centro de la atención.

Además de lo anterior, se encontró que la atención en salud con calidad, planteada como la salud desde el derecho, no admite que el acceso a los servicios dependa de innumerables trámites, dinero y voluntades o que este acceso esté condicionado por la capacidad de pago de los usuarios o que, finalmente, la atención humanizada sea solamente un eslogan.

Los usuarios desde la investigación hacen un llamado a una atención en salud desde el derecho, humanizada, con equidad y que permita la participación no solo en el proceso de

atención, también en la toma de decisiones. Este llamado se encuentra plasmado en las políticas, pero no se percibe por los usuarios en la práctica, lo que muestra un desencuentro entre la intencionalidad y los resultados, entre los usuarios y las entidades prestadoras de servicios de salud. Lo que lleva a una insatisfacción general e incertidumbre que cuestiona permanentemente la atención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Memorias de la 27^o Conferencia Sanitaria Panamericana, 59^o Sesión del Comité Regional; 2007 oct. 1-5. Washington D.C: OPS; 2007.
2. Saldarriaga IE, Castrillón MC, Pulido de Lalinde S. Calidad de la atención en Enfermería en las salas de trabajo de parto. Rev Invest. y Educ en Enferm. Vol X (2) Sept; 1992.
3. Castro MC. Cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica. Región y Sociedad; 2004, 16(30):43-83
4. Otero J, Otero JI. ¿Qué es Calidad en salud? [Internet] [Acceso en Agosto 23 de 2008]. Disponible en: http://www.adepra.org.ar/nuevaweb/gestion/calidad/CALIDAD_CalidadenSalud.pdf

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD

Hugo Alberto Múnera Gaviria

5. Menéndez AL. Saber e ideología medica. México: Alianza editorial consejo para las culturas y las artes; 1990
6. Granda E. ¿A qué cosa llamamos salud colectiva hoy? En: VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva.: Memorias del 8vo Congreso Brasileño de Salud Colectiva; 2003 jul. 29- ago. 2; 2003
7. Matamala MI, Berlagosky F, Salazar G y Núñez L. Calidad de la Atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres?, Reproducciones América, Santiago de Chile; 1995
8. Defensoría del pueblo. [Internet] [Acceso. Octubre 23 de 2008]. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf

**EL FENÓMENO DEL USO DEL AGUA DE MAR. LA CEJA, COLOMBIA.
EL PUNTO DE VISTA DE LOS USUARIOS**

Investigadores

María Mercedes Arias Valencia
Wilmer Soler Terranova

En colaboración con

Gustavo Arango Tamayo

Instituciones participantes

Universidad de Antioquia

Apoyo financiero:

Regionalización, Comité de Desarrollo de la Investigación CODI
Universidad de Antioquia
Fundación Aquamaris, España

**INTRODUCCIÓN:
FORMULACIÓN DEL
PROBLEMA**

Históricamente los pueblos han explorado nuevas soluciones a sus viejos problemas de salud. Así, las terapias emergen y reemergen, en busca de soluciones menos agresivas o invasivas, menos tóxicas o más baratas. Es el caso de prácticas denominadas alternativas y tradicionales. En esa búsqueda, las comunidades mantienen y recuperan plantas medicinales, para tratar sus dolencias, antes de buscar atención médica o como complemento de ella. Dicha búsqueda puede interpretarse como respuesta a una crisis en el sistema de atención, que tiene como características el no dirigir los esfuerzos hacia la resolución y enfoque integral de los problemas de

salud de las personas, poca cobertura en algunas regiones y efectos tóxicos y poco eficaces de los medicamentos.

Frente al nacimiento y ocaso de prácticas alternativas, el de la terapia marina estuvo directamente relacionado con la "Teoría de la etiología específica", que afirma que un organismo específico causa la enfermedad o infección y por extensión, que toda enfermedad, así sea crónica no transmisible, tiene una causa simple identificable (1). Respecto al auge de dicha lógica desde el siglo XIX, afirma Luz: *ya nada será invisible en el cuerpo humano, todas las enfermedades serán explicadas por su causa próxima, solamente la esencia íntima de la vida será dejada de lado, junto con el individuo enfermo* (2). Sin duda, el poco desarrollo de las prácticas alternativas

también está relacionado directamente con el inmenso poder que alcanzó la industria farmacéutica (3).

Por otra parte, desde el punto de vista individual, la enfermedad no es sólo un proceso biológico, sino también una experiencia que, según Sigerist, puede afectar significativamente la vida entera(4) y desde el punto de vista colectivo, también interesa saber en qué contexto se desarrollan tanto la enfermedad, como las prácticas encaminadas a preservarse, defenderse y combatirla.

Los promotores e impulsores presentan el agua de mar (AM) como una solución complementaria para una variedad de problemas de salud. El énfasis está en su contenido de minerales y micronutrientes, con un enfoque dirigido al fortalecimiento del medio interno o terreno que rodea las células. Dichos promotores proclaman los usos terapéuticos y nutricionales del AM, especialmente basados en las investigaciones del fisiólogo francés Rene Quinton (5) al inicio del siglo XX. En Japón, Europa y Centroamérica su uso ha reemergido recientemente. En dichos países, los estudios han enfatizado en el tratamiento de algunas patologías, así como en la búsqueda de toxicidad (6, 7, 8). Además, el agua de mar se ha comercializado en los países desarrollados, como complemento nutricional para humanos y animales, en distintas presentaciones como ampollas, botellas y spray (9, 10, 11).

El AM contiene 96.5% de peso en agua y 3.5% de sales, además de pequeñas cantidades de material

orgánico y microorganismos. Se puede considerar una agua mineromedicinal por el contenido de iones minerales como el Na^+ , Cl^- , Mg^{++} y Ca^{++} presentes en forma de sales y unidos a moléculas orgánicas, los cuales, sumados a oligoelementos o elementos traza como I, Fe, Cu y Zn, completan un total de 95 elementos medidos con la tecnología disponible (12). Por lo menos, la tercera parte de estos elementos se han detectado en el organismo humano y sin tener en cuenta las cantidades, gran parte son esenciales.

En Iberoamérica, especialmente en España, Colombia y Nicaragua, la fundación Aquamaris ha iniciado el uso del AM natural proclamando fines medicinales y nutricionales. La Fundación Aquamaris (13) registrada legalmente en España, ha sido definitiva para la implementación de lugares de distribución, que denomina dispensarios marinos. Este fenómeno reemergente pero aún incipiente en la región, motiva la realización de investigaciones científicas, de carácter biomédico en la Universidad de Antioquia (14, 15, 16) pero falta abordar esta práctica desde una perspectiva, que incluya el punto de vista del usuario.

Referente a la emergencia del fenómeno en La Ceja, al comienzo del trabajo, no se conocía cómo surgió el uso del AM en este municipio, ni el sentido que los pobladores le atribuyen. Tampoco se conocían los beneficios atribuidos por los usuarios ni las razones que tuvieron aquellos que suspendieron su uso; tampoco se conocía en qué se basa la búsqueda, la

aceptación ni la continuidad del uso, los efectos adversos o benéficos que las personas le atribuyen, ni su postura frente a las prescripciones respecto de cantidades, tiempo, etc., ni qué apropiaciones, adecuaciones y modificaciones realizan. En resumen, el problema se sitúa en el desconocimiento del fenómeno del uso en cuanto a las necesidades del usuario y los posibles efectos, tanto benéficos como no deseables que se derivan de esta práctica. En ese sentido, este trabajo es pionero y constituye un intento de documentar, dentro del campo de la antropología médica, la experiencia del uso del AM, su concepción y representaciones; para tal propósito indagamos sobre los aspectos significativos que acompañan el fenómeno, las representaciones que los usuarios tienen de ella y los efectos que le atribuyen. Desde el punto de vista de la salud pública se propone este estudio del AM como parte de aquellas prácticas alternativas con las cuales las personas cuentan para proteger su salud, para mitigar sus padecimientos o coadyuvar en la lucha contra la enfermedad.

OBJETIVOS

Objetivo general: Describir el fenómeno del uso del agua de mar, las concepciones y las representaciones, así como los efectos benéficos y adversos atribuidos a su uso por parte del usuario.

Objetivos específicos:

- a) Identificar las características del microcontexto local en el que tiene lugar el consumo del agua de mar.

- b) Documentar en qué se basa la búsqueda, la aceptación, la continuidad del uso, los efectos adversos o benéficos que las personas le atribuyen, su postura respecto de cantidades y tiempos y las apropiaciones, adecuaciones y modificaciones que se realizan.
- c) Definir el significado que tiene al agua de mar para el usuario.
- d) Investigar sobre la concepción y las representaciones desde el punto de vista *emic*, internalista o significativo culturalmente.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Por considerar que este fenómeno es de naturaleza social, se aplicaron herramientas propias de tradiciones de la investigación cualitativa, a saber, la etnografía, la teoría fundada y el método sociológico. De la etnografía se practicaron los cánones del trabajo de campo y la observación no participante (17), definida como aquella en que el investigador no tiene un rol activo en el fenómeno a estudiar. De la teoría fundada se usaron las técnicas para el análisis de la información cualitativa, combinada con el método sociológico. Se consideraron los siguientes procedimientos de análisis: el análisis microscópico, los códigos y categorías y la codificación abierta, axial y selectiva (18). De las ciencias sociales, la elaboración de la estructura categorial y la indización para estudiar el peso de las categorías emergentes. Desde dichas perspectivas se levantaron los mapas de relaciones.

Los entrevistadores nos *acercamos con interés genuino por las personas*

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Mercedes Arias Valencia

y por el estudio del fenómeno (19). Para cumplir el planteamiento anterior se debe resaltar que, uno de los investigadores ha realizado y concluido varios estudios desde el punto de vista bioquímico y en una de las entidades nosológicas que más beneficios se le atribuyen como es la gastritis.

En total, se lograron realizar a los usuarios, 50 entrevistas formales, 18 informales y tres colectivas; cinco entrevistas a terapeutas y tres a casos negativos. Se visitaron la totalidad de los 30 dispensarios, se cubrieron todas las áreas de la cabecera municipal y se repartió el trabajo de campo en el tiempo para cubrir todas las épocas del año. El trabajo de campo se realizó en el municipio de La Ceja en forma intermitente, desde abril de 2007 hasta mayo de 2008.

El escenario. La escogencia del municipio obedeció al criterio de representatividad del fenómeno, por cuanto allí se encuentra la sede de la Fundación Aquamaris en Colombia y es donde el fenómeno tiene una emergencia paradigmática, a juzgar por los 10.000 litros de AM que se transportan cada tres meses y aunque comparte en alguna medida con los municipios vecinos, allí se da la mayor cantidad de consumo, a través de una estrategia de dispensarios que se localizan en diferentes locales públicos municipales, los más comunes son, panaderías, estaderos, cafeterías y tiendas.

Participantes. La selección también cumplió a cabalidad el criterio de representatividad del fenómeno, además de la variación en sus

características. Ellos fueron hombres y mujeres de todas las edades, de diversa conyugalidad y ocupación; 50% cada sexo; en cuanto al estado civil, fueron solteros y solteras, casados y casadas, una separada, viudo y viuda; en cuanto a las ocupaciones, deportistas, amas de casa, comerciantes, dueños de negocio. En cuanto a las edades, la mayor proporción fue la de 50 a 59 años, con representación de las demás edades, a saber, menores de 20, de 20 a 29, de 30 a 39, de 40 a 49, de 50 a 59 y de 60 y más años. A pesar de la búsqueda deliberada de los menores de 20 años, fue imposible llegar a ellos en la forma deseada; la mayoría eran deportistas a los cuales, les habían suministrado agua de mar para hidratarse; para llenar este vacío se tuvo acceso a los dirigentes de instituciones que tuvieron que ver con estos jóvenes y en el caso del deporte con los técnicos. Las entrevistas colectivas se hicieron en instituciones dedicadas al cuidado de gerontes, una de religiosas mayores. Para el análisis, los participantes se clasificaron en consumidores, exconsumidores, casos negativos y terapeutas, los cuales se identifican como C, E, CN y T respectivamente. Sus testimonios serán resaltados con letra itálica o entre comillas, así como los códigos y categorías emergentes de los participantes o de los autores citados.

Saturación. Para dar por terminado la fase de campo se utilizaron el muestreo teórico y el criterio de saturación teórica (20), cuando se obtuvo la saturación de los temas, categorías y subcategorías significativas; y antes de la última fase

de campo las categorías se observaron y clasificaron en saturadas en forma razonable, medianamente saturadas y con menor desarrollo, con el fin de focalizar y seleccionar aquellas con menor desarrollo, lo cual se cumplió. Entre los criterios de rigor, además de la saturación en varios niveles, se buscaron en forma sistemática casos negativos, cuyos testimonios se incorporaron al análisis.

Asuntos éticos. Las entrevistas se realizaron después de obtener el consentimiento informado y voluntario de los participantes, de igual manera se tomó en cuenta la negativa a la grabación, ya fuera explícita o tácita. Se aplicaron los principios de beneficencia y no maleficencia, por cuanto existían en el momento de la formulación del presente proyecto estudios *in vitro* y de intervención en humanos y animales, en los que se muestra la inocuidad en términos de ausencia de citotoxicidad y genotoxicidad (6, 7, 8, 14, 15, 16)

Todos los participantes tenían acceso a la atención médica occidental en el Hospital de La Ceja, lo cual aseguró que los participantes continuaran sus tratamientos de la morbilidad. No hubo necesidad de estudiar casos clínicos ni de consultar las historias clínicas. La confidencialidad consistió en el sigilo frente a los datos, el resguardo de la información en los computadores de uso de los investigadores destinados para tal fin, en la omisión de los nombres en el informe y de las bases de datos desde el momento del cierre del trabajo de campo.

RESULTADOS

Del contexto local, resaltamos lo siguiente: el Municipio de La Ceja se localiza en el territorio del Oriente Antioqueño, distante 41 Km. de la Ciudad de Medellín, presenta una temperatura promedio de 18 grados centígrados y su característica geográfica es la de Valle. En lo referente a su población, cuenta con 46.366 habitantes según los datos más recientes del DANE. En las bases de datos del SISBEN¹, figuran 39.162 personas a las que se les ha aplicado la encuesta (22).

En referencia a la obtención, transporte y acopio del AM, esta se obtiene en el Mar Caribe, del cual se extrae por medio de motobombas y se transporta en recipientes dentro de un camión hasta la Ceja, un municipio que dista cientos de kilómetros del mar y se encuentra a una altura de 2.200 msnm. En cuanto a la cantidad de agua, supimos que se transportan y por tanto se consumen 10.000 lts cada tres meses, esta información se obtuvo a través del promotor y lo pudimos comprobar con las demás personas que participan en la distribución.

Cuando llega el agua, se almacena en un sitio amplio, por ejemplo *un garaje* de vehículo particular con dimensiones aproximadas de 10 por 7 m y una altura de 4 m aproximadamente. En dicho lugar caben 6 tanques con capacidad de 1000 lts, cada uno; también se

¹Sistema de Información de Beneficiarios a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Colombia

**GRUPO DE INVESTIGACION
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Mercedes Arias Valencia

encuentran 8 canecas plásticas cilíndricas con capacidad entre 200 y 300 lts cada una, todos estos recipientes debidamente cubiertos (DCo30607). En el sitio de acopio tiene lugar el proceso de *decantación*, mediante el cual, las partículas en suspensión van hacia el fondo, por lo tanto, al sacar el AM se toma de la parte superior con mangueras destinadas para tal fin y se distribuye en garrafones para los dispensarios y en botellas y *vasitos* para los usuarios. Hay recipientes de varios tamaños, pequeños, con capacidad de 1 a 5 lts para entrega personal. Hay otros de 20 lts para transportar a los dispensarios y por último, de 1.000 lts para almacenar el AM. Ahora bien, para los integrantes del trabajo, el hecho de estudiar la composición del AM fue importante desde el punto de vista ético pues, sabíamos por estudios anteriores, de la inocuidad del AM, tanto desde el punto de vista de su composición como de ausencia de genotoxicidad.

LOS USUARIOS

El perfil del usuario se compone de los siguientes elementos: la edad y los grupos especiales, los problemas de salud-enfermedad, el tiempo de uso del AM, la forma y la vía de uso del AM. En lo referente a la edad y los grupos especiales, se reconocen como, las personas mayores, los jóvenes, los adultos y la familia completa, los niños se encuentran como excepción. También se encontraron grupos de personas, a saber, deportistas, jugadores, personas de la calle, religiosos y médicos y personas de otros municipios. En cuanto a los

problemas de salud-enfermedad, se encontraron personas con problemas crónicos -gastritis, estreñimiento, depresión, epilepsia, hipertensión, enfermedades de la piel-, problemas febriles y pólipos nasales. Hay unos usuarios especiales por su condición de padecer una situación límite, es el caso de pacientes ya *desahuciados* por la medicina occidental, ya sea por padecer un problema crónico o porque, tanto la familia como los especialistas han agotado muchos recursos disponibles sin obtener mayores resultados.

Los detalles del uso incluyen, la frecuencia y la cantidad (dosis) diaria, así como los detalles, otros usos y la preparación de los alimentos. Además del uso en humanos, el AM se ha usado en agricultura y en veterinaria. En referencia a su ingestión, puede ser en forma natural o en los alimentos (para cocinar).

LOS EFECTOS

Los efectos que los pobladores le atribuyen al AM, los problemas que ellos pretenden resolver con su ingestión, los que, según ellos les resuelve el AM y otros beneficios atribuidos. Los efectos que le atribuyen los usuarios al AM van desde ninguno, efecto negativo o duda de eficacia hasta la prevención radical. Referente al efecto inicial, a muchos usuarios les sorprendió su poder laxante, inclusive algunos se asustaron.

En cuanto a los problemas que pretende resolver, se encontraron tres formas de resolución, a saber, los problemas que, según los pobladores,

claramente resuelve, los que resuelve pero en paradoja con la concepción occidental y con lo que se sabe acerca de sus propiedades fisicoquímicas y en utopía que son aquellas pretensiones que tenemos las personas pero que, generalmente están fuera de nuestro alcance.

Los usuarios le atribuyen beneficios, claramente, en problemas gastrointestinales, migraña, enfermedades de la piel, úlceras varicosas y problemas respiratorios, especialmente los crónicos. En forma paradójica se usa en hipertensión, en forma problemática por la sobrecarga renal, frente a lo cual, hubo un caso negativo. En utopía, se pretende que sirva para crecer en estatura y finalmente, como elixir de la eterna juventud. Otro beneficio que se le atribuyen es como pasante y para el guayabo, pues, en los municipios del oriente antioqueño hay bastante consumo de licor.

Las representaciones están relacionadas con las creencias, es decir, con el convencimiento que tienen las personas frente a un fenómeno, en este caso el uso del AM; y a su vez, tienen relación con las prácticas, en el empeño que tenemos los sujetos sociales de dar coherencia a nuestra vida, en los ámbitos tanto individual, como social (23). En ese sentido el fenómeno del uso de AM se encuentra unido a representaciones del origen, de la memoria, del mar, del agua, de la sal y del agua con sal. También emergieron representaciones del AM como panacea y como milagro.

Desde el comienzo del estudio, llamó la atención la siguiente paradoja: por qué, en La Ceja, un municipio situado en la Cordillera Occidental de Los Andes colombianos con más de 2.200 msnm y distante 800 km aprox. del mar, se consumen 10.000 litros de AM cada tres meses. Esta paradoja significa **traer el Mar a las Montañas**; esto, porque nada más ajeno a las montañas que la inmensidad del mar, el paisaje marino, los símbolos marinos, los términos marinos y las características geográficas de los litorales marinos con su vegetación, su fauna y su altitud, a nivel del mar, además de su geografía de extensiones planas y su clima cálido.

Nada más ajeno a un municipio de la cordillera occidental, estos símbolos que se fueron encontrando en el tiempo del estudio. Se encontraron los colores marinos en la sede de la fundación Aquamaris, cuya arquitectura (tres pisos) y combinación de colores blanco y azul (del mar) rompen con la arquitectura típica de un pueblo antioqueño descrita en el capítulo sobre el contexto y con los colores cafés en diferentes tonos que se observan especialmente en la madera y en las tejas de barro y el verde de la naturaleza y la geografía de las montañas.

CONSIDERACIONES FINALES

En cuanto a las relaciones con la medicina occidental, los usuarios se relacionan con los servicios de asistencia y con los terapeutas de varias maneras. Usan el agua de mar como complemento, con autonomía,

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Mercedes Arias Valencia

como contraparte y como alternativa. Esta forma de uso trasluce una concepción frente a los servicios de asistencia.

Algunos terapeutas la prescriben y muchos otros no la proscriben. Los que no la proscriben, dejan un espacio en la creencia como en una especie de placebo, o consideran que hay pocos estudios para recomendarla. Pero, en realidad, no encuentran argumentos para proscribirla.

Podemos resaltar los aspectos más emergentes respecto de la lógica del fenómeno del uso del agua del mar en un municipio de Antioquia, Colombia. Dichos aspectos consisten en lo siguiente: un motor que es la necesidad, unas condiciones que son, la religiosidad y la fe en alguien, en este caso en el promotor o en un terapeuta. Estudiamos el proceso de obtención, transporte y acopio, el perfil de los usuarios, los efectos que le atribuyen a su uso y las relaciones con la medicina y los terapeutas occidentales.

En cuanto a la utilidad de este tipo de trabajos, hay varios aspectos, en primer lugar, el fenómeno en sí; en segundo lugar, las relaciones con los terapeutas; en tercer lugar, la relación con los servicios de atención; en cuarto lugar, los productos intermedios de este tipo de estudios locales que centran el punto de vista en los usuarios, a saber, el acercamiento de los investigadores a los pobladores, la presencia de la Universidad en el ámbito local, en este caso, el municipio, la sede seccional de la Universidad de Antioquia, el Hospital, las

instituciones tales como la Sociedad de Mejoras Públicas, a todas les parece bien que la Universidad de Antioquia se acerque a las entidades operativas municipales y de salud.

Lo más importante del impacto fue un resultado sorprendente derivado de la metodología del trabajo etnográfico; este hace énfasis en el contexto, el cual se levantó con aspectos que denominamos la "vida de pueblo", las instituciones, los pobladores y los principales problemas municipales; eso fue según el Director de Salud Pública Municipal un insumo muy importante para la planificación local.

Es necesario advertir sobre los posibles efectos adversos en el sentido de la intención de la Universidad de velar por la calidad de lo que hace. Nos referimos, concretamente a un conflicto entre el promotor del AM en La Ceja y la Secretaría de Salud Pública Municipal cuyas causas y consecuencias fueron atribuidas injustamente a la Universidad.

Por otra parte los efectos tienen implicaciones en las relaciones de mediación en las relaciones entre los pobladores y la medicina occidental, entre los usuarios, los servicios de asistencia y los terapeutas. Finalmente, lo más gratificante es la relación directa de los investigadores con los pobladores, el apoyo en sus dolencias y sufrimientos, interesarse por sus vidas y por sus relaciones con las instituciones de salud. También es importante observar las relaciones entre las instituciones de salud y demás instituciones municipales y compartir en varios aspectos de la vida municipal.

RECOMENDACIONES

Para el promotor: entrar en forma sistemática en el control de calidad del AM, hacer los controles y aunque la ley no lo obligue, continuar con las normas de seguridad. Por otra parte, admirar su altruismo en la gratuidad del suministro.

Para la Secretaria de Salud Pública, el hospital y demás instituciones dar un parte de tranquilidad en cuanto a su inocuidad y también propender por el reconocimiento que los pobladores hacen del AM como una ayuda, pues, como muchos usuarios expresaron, le atribuyen efectos benéficos y eficacia en varios padecimientos.

Para los usuarios, hacer saber a los terapeutas su uso, seguir los controles con la medicina occidental, no hacer experimentos radicales, no ir más allá de su uso tópico e ingestión; recomendaciones en cuanto a usar menores cantidades, advertencia frente a su hipertonidad, disminuir la sal en las comidas cuando se ingiere AM

Como profesionales responsables por la salud de las personas y de las comunidades, estudiamos el AM como una de las formas como las personas combinan los recursos para cuidar y recuperar la salud de sí mismos y de los seres por los cuales responden, en la búsqueda de bienestar. Referente a la pertinencia se sitúa en las necesidades de los pobladores frente a sus perfiles epidemiológicos, como fenómenos pertinentes de estudiar en el campo de la salud colectiva, con recursos adecuados social y culturalmente. Por

lo tanto, llama al diálogo con profesionales, con las disciplinas en las que fueron formados y con los servicios de salud del Estado.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Institute of Noetic Science with William Poole. The heart of healing. 1ª ed. Atlanta: Turner Publishing Inc. 1993, 192 p.
2. Luz MT. Natural, Racional, Social. Razón médica y racionalidad científica moderna. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997, 143 p.
3. Mahé A. El plasma de Quinton. El agua de mar nuestro medio interno. 1ª Ed Barcelona: Icaria editorial, SA; 1999, 190 p.
4. Quevedo, E Henry E. Sigerist: un pionero de la historia de la medicina y de la salud pública contemporáneas. En: Sigerist, H. E. Historia y sociología de la medicina: Selecciones. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007
5. Quinton RL' eau mer milieu organique. Constance du milieu marin originel comme milieu vital des cellules, à travers la série animale. 39ª ed. Paris: Editions Encre; 1995, 503 p.
6. Slapak I, Skoupá J, Strnad P, Horník P. Efficacy of isotonic nasal wash (seawater) in the treatment and prevention of rhinitis in children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 2008, 134:67-74

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María Mercedes Arias Valencia

7. Miyamura M, Yoshioka S, Hamada A, Takuma D, Yokota J, Kusunose M, et al. Difference between deep seawater and surface seawater in the preventive effect of atherosclerosis. *Biol Pharm Bull*; 2004, 27: 1784-1787
8. Hataguchi Y, Tai H, Kimata H. Drinking deep-sea water restores mineral imbalance in topic eczema/dermatitis syndrome. *Eur J Clin Nutr*; 2005, 59: 1093-1096
9. Laboratorios Quinton International S.L. Almoradí (CE). [Internet] [Acceso en Abril 6 de 2009] Disponible en: www.quinton.es
10. Koyo USA Corp. Hawaii. [Internet] [Acceso en Abril 6 de 2009] Disponible en: www.hawaiiideepseawater.com/
11. Ako Kasei Co. Japón. [Internet] [Acceso en Abril 6 de 2009] Disponible en: <http://web.akokasei.co.jp/english/contentso1.html>
12. Nozaki Y. A fresh look at element distribution in the North Pacific. [Internet] [Acceso en Mayo 6 de 2009] Disponible en: http://www.agu.org/eos_elec/97025e.html
13. Fundaciones Aquamaris [Internet] [Acceso en Abril 6 de 2009] Disponible en: www.aquamaris.org
14. Soler-Terranova W, Velásquez-Echavarría NDC, Soler-Arango JP. Baja genotoxicidad de extracto orgánico de agua de mar de Coveñas (Sucre, Colombia). *Vitae*; 2008, 15 (1): 96-102
15. Soler-Terranova W, Pérez-Giraldo JA, Penagos-Garcés LE, Osorio-Sandoval G, Velásquez-Echavarría NC et al. Ausencia de toxicidad por ingesta de agua de mar natural. *Rev Asoc Col Cienc Biol*; 2008, 20:208-222
16. Soler W, Velásquez N del C, Miranda LF, Zuluaga DC. Ausencia de genotoxicidad de agua de mar de Coveñas: estudio in vitro en eritrocitos y leucocitos humanos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; 2005, 23(2):25-30
17. Ander Egg, E. Técnicas de investigación social. 24^o Edición. Colección Política, servicios y trabajo social. Buenos Aires: Lumen; 1995, 424 p.
18. Strauss A; Corbin J. Basics of Qualitative Research. Grounded Theory procedures and techniques. Newbury Park, California: Sage; 1990, 270 p.
19. Denzin N. El punto de vista interpretado. En Denman C y Haro JA (comps). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Hermosillo, Sonora: El colegio de sonora; 364 p.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD

María Mercedes Arias Valencia

20. Bertaux D. De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica. En: Marinas JM y Santa María C. La historia oral: métodos y experiencias. Madrid: Debate; 1993: 19-34
21. Slapak I, Skoupá J, Strnad P, Horník P. Efficacy of isotonic nasal wash (seawater) in the treatment and prevention of rhinitis in children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 2008, 134:67-74
22. Lineamientos Para La Gestión Del Plan Local De Salud Municipal 2008-2011. Dirección de Salud Pública Municipal; 2008, p 13
23. Araya-Umaña SL. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuadernos de Ciencias sociales 127. Costa Rica: FLASCO; 2002:11-12

ESCENARIOS DE VIOLENCIA

ESCENARIOS DE VIOLENCIA, UNA CONSTRUCCIÓN A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE LOS LESIONADOS EN ANTIOQUIA, COLOMBIA, 2007

Investigadora

María del Pilar Pastor Durango

Co investigadores

María Victoria López López ; Carlos Alberto Giraldo Giraldo y
Héctor Iván García García.

Estudiantes en formación

Laura Marcela Montoya, Claudia Elena Ceballos, Diana Carolina Corcho, Vanessa
Gómez, Liseth Amell Salcedo, Claudia Yaneth Vera, Yenny Alejandra Gallego,
Liced Andrea Ardila y Carlos Hernán Posada.

Asesor metodológico

Gustavo Alberto Arango T.

Instituciones participantes

Universidad de Antioquia: ejecutora y cofinanciadora del proyecto
Gobernación de Antioquia: cofinanciadora e interventora del proyecto

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las posibilidades de transformación de la realidad, están en directa relación con su reconocimiento; es el caso de la violencia que requiere ser identificada como problema que impacta negativamente la vida nacional, regional y local, que afecta física, mental y socialmente a las personas y que requiere ser intervenida con acciones que comprometan tanto al Estado y sus

instituciones como a los grupos y a la ciudadanía en general (1).

Con este estudio se busca contribuir a la ejecución del Plan de Desarrollo del Departamento 2008-2011 (2), al inscribirse en una de sus líneas estratégicas de acción denominada Desarrollo Político. En esta línea, la preocupación por la "seguridad, el orden público, convivencia y paz" se entiende como una respuesta a necesidades de orden educativo, cultural, en salud pública y vivienda,

entre otros problemas que afectan a grupos específicos de pobladores.

En la actualidad, Antioquia y en particular Medellín, aportan una alta cuota dentro de las diferentes manifestaciones de violencia en el escenario nacional (3). Dentro de ellas, las lesiones no fatales por violencia común, es decir, aquellos actos en los cuales dos o más personas entran en conflicto y una o más de ellas sufren daños que no resultan en la muerte, han adquirido un carácter alarmante, pero que ocupa poco espacio en la preocupación colectiva dada la presencia abrumadora del homicidio, que si bien es la presentación más visible y denigrante del fenómeno, no logra explicar la totalidad del mismo (4, 5).

No obstante, la magnitud del problema carece de políticas marco que busquen reducir su impacto, a lo que contribuye el hecho de que el problema es subregistrado, incluso en las instituciones de salud donde los diferentes casos se atienden sin dejar constancia escrita de las circunstancias y características de los hechos que lo producen (4, 6). A partir de las consideraciones anteriores, diversos autores han reconocido la necesidad de prestar mayor atención al estudio, prevención y control del problema, tanto por su magnitud como por sus múltiples efectos (7). Sin embargo, esta posibilidad de intervención se dificulta en cuanto que el conocimiento que hay sobre el fenómeno violento es escaso, fragmentado y discontinuo; hay pocas evidencias empíricas y registros

institucionales que muestren cuáles son las dinámicas, los determinantes, los condicionantes y los factores subyacentes que la perpetúan o posibilitan (8).

Los escenarios de violencia se entienden como espacios en los que se concreta la acción violenta y las dimensiones estructurales de la sociedad. En este estudio su identificación supone recurrir a un método analítico sintético, consistente en la interpretación del acto violento tanto por sus rasgos particulares como de aquellos que pueden explicarse por la existencia de ciertas lógicas de acción social. Se trata, más que de identificar los móviles de los actos violentos que generan lesiones, de acercarse a su complejidad, a partir de reconocer sus distintas modalidades y enmarcarlas en contextos más generales.

Las preguntas de investigación que orientan este trabajo son: ¿Cuáles son los escenarios de violencia por lesiones no fatales que se presentan en el departamento de Antioquia, según los casos que se registran en entidades hospitalarias? ¿Cuáles son las interrelaciones de los escenarios por lesiones no fatales (EL) con los escenarios de homicidio (EH) identificados en Medellín?

Este trabajo investigativo acerca de la violencia por lesiones no fatales en el Departamento de Antioquia, se inscribe en la búsqueda de explicaciones orientadas a generar políticas y estrategias de intervención para mejorar las condiciones de vida que tengan como soporte valores de cohesión y construcción del tejido

social, anclados en la solidaridad y el reconocimiento del otro.

PRINCIPALES REFERENTES CONCEPTUALES

Percepción y subjetividad. Las percepciones están construidas a partir de la subjetividad, entendida como el proceso en el cual los individuos interiorizan normas y valores que el entorno social reconoce como orientadores de la acción. Éstas se construyen en el proceso de socialización y orientan la acción de los sujetos, sea porque siguen los derroteros guía, o porque protestando contra ellos, siguen otros patrones no siempre coincidentes (9). Para comprender las relaciones entre el discurso y la realidad, es necesario reconocer que "la percepción y lo percibido tienen necesariamente la misma modalidad existencial, pues no puede separarse de la percepción la conciencia que ésta tiene. La percepción penetra en el mundo y lo reabsorbe en la subjetividad" (10). Entendiendo por lo anterior que, a partir de la lectura y el contacto con el mundo o con el contexto en el cual se establecen relaciones, las percepciones exteriorizan la subjetividad, pero a la vez modifican la individualidad y la manera de relacionarse con el entorno próximo (10, 11).

La Violencia. Se plantea como una relación social aprendida respecto a la resolución de conflictos y ejercicio asimétrico de poder. Se caracteriza por la intervención de por lo menos dos oponentes, individuales o colectivos, en condición pasiva o activa y en la que intencional y

direccionadamente se recurre al abuso de la fuerza, en sustitución de la palabra, para lesionar o dañar la integridad personal (física, mental o moral) y/o material del opositor para conseguir un determinado interés o fin, con las consecuencias que de ello se derivan. En el marco de la violencia, el conflicto es resuelto por fuera de las reglas que se han definido para regular las relaciones sociales, es decir, se utilizan medios por fuera del Derecho y de la Ley (8, 12, 13).

La violencia en Colombia se caracteriza, desde inicios de la década de los noventa, porque sus víctimas y victimarios ya no son sólo los del conflicto armado o de grupos sociales específicos. Ahora, el conflicto violento introduce nuevos actores que pueden ser cualesquiera sujetos de la vida cotidiana (14), en las expresiones de la violencia, en su origen y manifestaciones, hay intereses, formas de organización y objetivos altamente diferenciados (15, 16, 17). La expresión de la violencia se da diferencialmente en las regiones y localidades, de acuerdo con el devenir cultural (18).

Escenarios de Violencia como proceso metodológico para su estudio

Teniendo en cuenta que la violencia es un proceso multifacético, es polimórfica, multidireccional, puede ser instrumental o impulsiva, que se ubica en contextos geográficos, políticos, sociales e históricos e involucra diversos actores y recursos, uno de los desafíos que enfrentan los investigadores es metodológico, para dar cuenta de su complejidad pero

también de las diferencias en sus contextos explicativos, marco en el que se inscriben los escenarios como una aproximación para su estudio.

Esta metodología pretende que, a través del acto singular o aislado de violencia, sea posible encontrar características que conduzcan a construir la lógica y autonomía explicativa de dicha práctica; así se abandona el reduccionismo del fenómeno a causas primarias. El concepto de escenarios de violencia se encuentra en constante construcción, con aportes tanto desde posturas teórico reflexivas, como de aproximaciones metodológicas (18, 19).

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar escenarios de violencia por lesiones intencionales no fatales en el departamento de Antioquia-Colombia a partir de casos atendidos en 12 hospitales de diferentes niveles atención en 2007.

EJES DEL DISEÑO METODOLÓGICO

Investigación cualitativa; se retoman técnicas etnográficas, recolección y análisis documental. Entrevistamos 87 participantes en hechos violentos, manteniendo la confidencialidad para cuidar su integridad y como imperativo ético. Fueron personas de 12 años y más de edad, residentes en el departamento de Antioquia, víctimas de una lesión de causa externa no autoinfligida, con

desenlace no fatal¹, ocurrida en alguno de los municipios del Departamento en 2007 - 2008.

En este estudio se complementan métodos cualitativos y cuantitativos con el propósito de recuperar tanto la subjetividad de los lesionados como los elementos empíricos de los hechos violentos.

Fuentes y Recolección de datos

Revisión de registros e historias clínicas. Se diseñó una guía para su revisión con el objetivo de hacer una caracterización previa de los participantes y confirmar la selección del caso.

Entrevista semiestructurada. Realizada a la persona lesionada o a su acompañante en caso que el participante lo delegara. Se desarrolló a partir de una guía de preguntas abiertas en la que se exploraron aspectos relacionados con el hecho y la percepción de los participantes acerca de la intencionalidad, móvil, el objeto en disputa, la vecindad, el nivel de organización de los agresores, su condición de víctima y aspectos coyunturales del hecho.

Diario de campo. Las notas individuales de los investigadores durante la recolección de datos, contribuyeron a la interpretación de la información obtenida de los participantes.

¹ Se entiende por lesión, cualquier daño en el cuerpo producto de la acción o intervención de otra persona con carácter intencional, diagnosticada por el médico de urgencias.

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María del Pilar Pastor Durango

La recolección de los datos la realizaron los investigadores, auxiliares de investigación y estudiantes en formación del área de la salud previamente entrenados con el fin de reducir al máximo los sesgos y posibilitar una adecuada relación con la persona entrevistada. El control de calidad de la información se hizo con base en la coherencia interna y consistencia de forma continua durante el período de recolección de información por los investigadores.

Análisis de la información. Se realizó una descripción de los actores y los hechos a partir de la información disponible en la historia clínica o en su defecto, obtenida de las entrevistas. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas como criterios de comparación y ordenación para las variables categóricas y de tendencia central y dispersión para las numéricas.

Además, se combinan elementos de distintos enfoques cualitativos, que nos permiten describir el contexto (etnografía), hacer una doble interpretación de los hechos –desde el actor y el investigador– (hermenéutica) y construir los escenarios de violencia. El diálogo o la comunicación con los lesionados, así como el procesamiento de las entrevistas, permitieron una inmersión que favorece la comprensión del medio cultural en el cual se tejen las estrategias de sobrevivencia, así como el sentido del accionar de los participantes. La interpretación es un proceso que acompaña el trabajo de principio a

fin, con el propósito de comprender el significado que para el participante tiene la acción violenta, se complementa con el análisis de documentos sobre los contextos.

Una vez obtenida la información, se construyó una matriz como un punto analítico intermedio entre los datos meramente descriptivos obtenidos con el instrumento y la construcción y caracterización de escenarios. Con ello se redujo al mínimo posible, el ejercicio especulativo sobre los hechos.

PRINCIPALES RESULTADOS

La mayoría de las agresiones ocurrieron en hombres, entre 20 y 49 años, residentes en áreas urbanas, trabajadores informales; sucedieron entre viernes y domingo, en medio de una riña en la vía pública o en un establecimiento público; fueron ocasionadas por armas cortopunzantes, cortantes o contundentes y por un conocido, amigo o familiar del lesionado.

Los escenarios construidos ayudan a comprender el fenómeno de la violencia en el Departamento y las diferencias entre regiones. Estos fueron: apropiación de bienes, reivindicación económica y/o moral, lesión por azar, conflictos personales, control social, fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia, agresión a símbolo identitario, sobrevivencia y coexistencia de prácticas o normas y actores armados.

El 27,6% de las lesiones ocurrieron en la subregión del Valle de Aburrá

donde el municipio que más agresiones registró fue Medellín con 15 (62,5%); debe tenerse en cuenta que de esta región participaron cuatro instituciones. Llama la atención la frecuencia de personas agredidas en el Suroeste (12) y el Nordeste (10).

Configuración de escenarios de violencia por lesiones no fatales

La aproximación a la construcción de escenarios de violencia en las regiones es un intento en el proceso de definir hipótesis inductivas, que podrán ser afirmadas, no para verificar la representatividad numérica de dichos escenarios y su posible generalización al total de Antioquia, sino para buscar comprensión del fenómeno en el Departamento y sus regiones.

Se considera que la historia personal y las opciones de inclusión social en cada subregión, tanto del lesionado como del resto de actores comprometidos con el hecho, enmarcada en su construcción cultural, se tornan en insumos válidos para la construcción de los escenarios.

Fracaso en la tramitación de los conflictos en el interior de la familia. En la violencia que ocurre en torno a la familia es importante identificar la violencia conyugal o de pareja y diferenciarla de otras expresiones al interior de la familia como el maltrato a los menores de edad y la violencia sexual. Algunos estudios como los realizados por Franco (20) indican que en este tipo de violencia la mujer es la principal víctima, al igual que en los casos de violencia sexual.

En este escenario se identifican dos tipologías: conflictos entre dos personas que conviven bajo el mismo techo y con frecuencia tienen una relación de consanguinidad o de afinidad. Estos conflictos pueden suscitarse entre la pareja, entre hermanos o entre padres e hijos. La que ocurre entre personas que viven en sitios diferentes pero tienen relaciones familiares, habitualmente son miembros de la familia política, se encontraron casos entre nuera y suegra o entre cuñados.

Hay un componente simbólico a destacar en las lesiones que ocurren bajo este escenario, que de manera independiente de la gravedad de la misma, los participantes las interpretan como agresiones con la intención de matar, de dejar huella, o de marcar lo propio. En Caucasia se encontró el mayor número de casos, todos de diferente tipología.

Para la construcción de este escenario, consideramos las siguientes categorías emergentes: tipo de familia, relación y lugar de residencia de las personas en conflicto. En la valoración de familia se resalta la identificación de la persona que ejerce el liderazgo o es el eje de la familia, la respuesta a quién es el referente para su familia consanguínea y su familia política, generalmente la madre es el centro (familia matriarcal, es la madre la que une y "madre no hay sino una").

Agresión a símbolo identitario. La lesión ocurre como una respuesta aparentemente exagerada a una agresión contra un objeto que tiene valor simbólico para el lesionado pero

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María del Pilar Pastor Durango

no para el agresor, expresa su identidad, se relaciona con su intimidad o le proporciona estatus; esta agresión genera rabia en el ofendido y una respuesta no premeditada pero si exagerada. Una vez suceden los hechos, el agresor expresa arrepentimiento, vergüenza, temor por pérdida de la amistad. Es consecuencia de los efectos del consumo de una sustancia psicoactiva. Este escenario se identificó en Valle de Aburrá, Nordeste y Suroeste.

Conflictos personales. En este escenario hay un conflicto entre dos o más personas que origina un enfrentamiento verbal y luego físico, sin que la palabra sea el instrumento de comunicación, sino otra forma de agresión. Se caracteriza porque hay una situación desencadenante de la agresión física de manera inmediata. Los participantes siempre están directamente involucrados en el conflicto y con frecuencia son lesionados. La respuesta agresiva es irreflexiva, no se planifica, es producto de la euforia (al calor de los hechos), se utilizan los medios disponibles en el momento del hecho y el lugar donde se genere el conflicto es fortuito. El ejercicio del poder es en la inmediatez y está relacionado con la fuerza física de los participantes. Todos los eventos se presentan en espacios públicos (establecimientos o en la calle), durante la tarde o noche y con frecuencia, bajo efectos del alcohol. Las armas utilizadas son corto-punzantes, o corto-contundentes. En este escenario los móviles son diferentes: celos, riñas en establecimientos públicos o una

forma de enfrentamiento entre población civil y autoridades policiales. Este escenario predomina en la región del suroeste. En las riñas por celos el supuesto que subyace es la disputa por los sentimientos de un tercero que sólo participa como testigo; el enfrentamiento se justifica para mantener al otro como "algo" propio.

Reivindicación económica y/o moral. Este escenario se configura a partir de la ruptura de acuerdos establecidos entre personas o grupos, hay pérdida de confianza y temor a perder la propia vida, la agresión busca la eliminación física o el sometimiento. Se caracteriza porque ocurre entre personas conocidas, el lesionado sabe quien es el autor del hecho y el motivo que tuvo para ello; el móvil es el ajuste de cuentas o la retaliación; el nivel de organización se relaciona con el tipo de arma utilizada y su magnitud depende del tipo de pacto que se rompió. La agresión ocurre en un lugar predeterminado por el agresor y su elección depende del mensaje que quiera dejarse al lesionado o a las personas que compartan sus valores morales o materiales. Es un escenario predominante en la región del Valle de Aburrá.

Apropiación de bienes. Uno de los actores se quiere apoderar de algo que no le pertenece, para lo cual amenaza al dueño. La lesión se produce cuando el dueño no entrega los bienes o reacciona de manera inesperada, interpretada como una contra-amenaza. En estos casos, el escenario está marcado por el miedo, por el

ejercicio del poder mediante la posesión del arma y la amenaza. Hay una situación de indefensión del lesionado o ésta es generada por el agresor. El evento es inesperado para el lesionado (efecto sorpresa). Las características del arma y la organización del hecho dependen del número de personas que actúan como agresoras o agredidos; y del valor del bien, del imaginario que tengan ambos sobre el otro y sobre sus reacciones. Generalmente, los hechos ocurren en lugares solitarios, oscuros y con baja circulación o movimiento de personas o vehículos, o en aquellos sitios donde se presume la ausencia de autoridad o la baja probabilidad de ser detenido. Se identificó este escenario en la región del Valle de Aburrá.

Control social. En el caso de la denominada “limpieza social”, está presente un “ideal de sociedad”, el cual puede tener como objetivo una direccionalidad en función de condiciones de “mejor estar” entre personas que se consideran diferentes y que estigmatizan a los interlocutores. Algunos residentes de ciudades de mayor urbanización, caso de Medellín, consideran que los recicladores y otros trabajadores informales “afean los espacios” y ven en esta estrategia una opción para incrementar el costo de la tierra y de los espacios de su residencia. En este escenario, los hechos ocurren entre desconocidos.

En el caso de enfrentamientos con la policía, ésta actúa de manera colectiva, busca “mantener el orden” pero utiliza armas que no hacen parte

de su dotación personal, en cierta medida generan sus propias normas, al margen de la institución que representan, no actúan como agentes del “orden establecido” sino del propio o del que logran concertar con instancias diferentes a la institucionalidad.

Lesión por azar. La persona herida no hace parte del conflicto, estaba en el lugar, el momento o con la persona equivocada. Es indistinto el tipo de arma, no se logra identificar el grado de organización, el número de agresores, sus características, ni la planificación de los hechos. Este escenario se identificó en las regiones de Valle de Aburrá y Nordeste.

Coexistencia de prácticas o normas y actores armados. Este escenario es efecto del conflicto armado y la presencia de grupos al margen de la ley en las comunidades. Se caracteriza por la puesta en práctica de aprendizajes de los actores del conflicto con la intención de conservar los privilegios económicos y el poder; se utilizan armas que dificultan la identificación de los agresores como integrantes de algún grupo armado y favorezca que los delitos se atribuyan a delincuencia común. Los espacios geográficos son indistintos, sin embargo, es un escenario predominante en la región de Urabá. En algunas regiones este escenario no es evidente, sin embargo, en todas se menciona la presencia de grupos armados encargados de aplicar la justicia por su propia mano e incluso algunos participantes consideran que son necesarios para

restaurar el orden y garantizar la seguridad (Suroeste, Occidente).

Sobrevivencia. En este escenario, las lesiones se generan en espacios que evidencian algunas de las características de la vida en la exclusión, tales como el nomadismo, la escasez de todo, los comportamientos sociales fuera de la norma dominante (delincuencia, consumo y comercio de drogas e indigencia) y la convivencia según la ley del más fuerte. La sobrevivencia depende de encontrar opciones para satisfacer necesidades básicas como comer y dormir; las relaciones se construyen en la lucha permanente por vivir, mediada por conflictos y expresiones de violencia que pueden explicar la ocurrencia de la lesión; sin embargo ésta generalmente no es producida por sus pares, sino por personas ajenas que los asumen como sospechosos, presuntos agresores y por lo tanto, el arma utilizada depende de la disponibilidad y el nivel de organización de quien ocasiona la lesión.

Los participantes manifiestan sentirse solos, vivir en condiciones de aislamiento familiar y social; sus círculos de amigos son cercanos a su vida cotidiana y ello hace que se sientan sin apoyo y sin una visión de futuro. Se identificó en la Región del Bajo Cauca, sin embargo, es un escenario marco que subyace en otras regiones.

CONSIDERACIONES FINALES

A través de esta investigación hemos pretendido aproximarnos a la comprensión de escenarios de

violencia por lesiones no fatales, definidos como los espacios de relación entre los hechos violentos y las dimensiones estructurales de la sociedad. No es posible plantear un concepto de *escenario de lesiones no fatales* desprevénidamente sin advertir que hay superposiciones entre ellos, incluso se da el caso en el que un mismo actor armado sirve a intereses contrapuestos.

Se evidencia complejidad de la violencia en el Departamento, con variaciones según el contexto geográfico y las condiciones de coyuntura en la recolección de los datos, posiblemente explicada por la concentración poblacional y la complejidad social, económica, cultural, política e ideológica de sus pobladores. Un aspecto que llama la atención es el peso diferencial de los distintos escenarios por región lo que tiene que ver con la cultura, la historia, los códigos de relacionamiento y las opciones que brinda el Estado a la sociedad para resolver sus diferencias. Es factible que la diversidad de escenarios en el Valle de Aburrá obedezca a la concentración y diversidad poblacional; así como a la variedad de espacios geográficos con características disímiles. Estos resultados coinciden con la definición de Camacho y Guzmán (13) sobre violencia urbana como aquella que existe en las ciudades y responde a características tales como la heterogeneidad social, económica y cultural; el predominio del comercio, la industria y organizaciones sociales secundarias; la fragmentación de imaginarios; la proliferación de

intereses y el anonimato. Por su parte, Uribe (21) plantea que “la violencia no siempre se expresa de la misma manera o con iguales intensidades; cambia, se transforma, se intensifica, se multiplica, se encausa o se desborda; asume manifestaciones múltiples y diversas como múltiples y diversas son las realidades socioculturales y políticas”.

La presencia de un mismo escenario en varias regiones sugiere la necesidad de profundizar en la descripción y análisis de escenarios en cada una de ellas para identificar las diferencias o similitudes entre las mismas, ya que los contextos sociales determinan las percepciones de los participantes. Para Uribe (21), los matices de la violencia varían de acuerdo con “la percepción que los sujetos y los pueblos tienen de ella; es decir, pasa por el tamiz de la cultura, de los referentes de identidad, de los sistemas simbólicos, de los mecanismos de cohesión y de consenso. Varía según la posición de los sujetos o del grupo social en los eventos violentos; si se es víctima o victimario o simplemente observador o testigo”.

La identidad de los escenarios para el Departamento y por región da pistas para entender el desarrollo de las relaciones entre lo público y lo privado, sus fronteras y sus áreas de intersección; en este trabajo se observó que los conflictos que ocurren entre familiares o entre cónyuges, son situaciones privadas que algunas veces no se resuelven por la vía del diálogo sino a través de agresiones físicas en espacios públicos. La

lesiones son producto de condiciones límite que superan los márgenes de tolerancia que se tendrían con otras personas ajenas a la familia.

En resumen, los escenarios de violencia como contextos explicativos y campos de conflicto permiten avanzar en una mirada comprensiva de la violencia que supere las relaciones causales entre parejas de variables, tales como “Violencia y pobreza” “Violencia e impunidad” y “víctima y victimario”, “violencia urbana y rural” y otras asociadas al fenómeno.

Así mismo, se constituyen en un punto de partida para la generación de políticas públicas, tanto locales como regionales y departamentales, que trasciendan el hecho violento, se dirijan a la intervención de condiciones estructurales, favorezcan las relaciones microespaciales y la valoración del sujeto.

**ESCENARIOS DE VIOLENCIA POR REGIONES, ANTIOQUIA, COLOMBIA 2007
REGIONES DE ANTIOQUIA**

	VALLE DE ABURRA	URABA	BAJO CAUCA	NORTE	SUROESTE	OCCIDENTE	NORDESTE	MAGDALENA MEDIO	ORIENTE
1 Apropiación de bienes	1 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados	1 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	1 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales
2 Reivindicación económica y/o moral	2 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	2 Apropiación de bienes	2 Apropiación de bienes	2 Reivindicación económica y/o moral	2 Apropiación de bienes	1 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	1 Reivindicación económica y/o moral	2 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados	2 Apropiación de bienes
2 Lesión por azar	2 Conflictos personales	2 Conflictos personales	2 Conflictos personales	2 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados	2 Reivindicación económica y/o moral	2 Reivindicación económica y/o moral	2 Lesión por azar	2 Agresión a símbolo identitario	2 Agresión a símbolo identitario
2 Conflictos personales		3 Supervivencia			3 Agresión a símbolo identitario		2 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	3 Apropiación de bienes	2 Lesión por azar
3 Control social							2 Apropiación de bienes		2 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados
4 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia									
4 Agresión a símbolo identitario									
4 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados									

Fuente: entrevistas semiestructuradas a 87 participantes

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María del Pilar Pastor Durango

BIBLIOGRAFÍA

1. Franco, S. y Forero L.J. Salud y paz en un país en guerra: Colombia, año 2002. En: FRANCO S. La salud pública hoy. Enfoques y Dilemas contemporáneos en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003: 555-583
2. Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación. Plan de Desarrollo 2008-2011 "Antioquia para todos: manos a la obra". Medellín; 2008
3. Forero LJ. Caracterización del homicidio en Colombia. En: Forensis 2002: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2003: 16-47
4. Concha A, Espinosa R. Lesiones violentas no fatales registradas en instituciones de salud. In: Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Social (CISALVA). Memorias Reunión Consultiva de la Red Andina de Prevención de la Violencia 2001. Cali: Universidad del Valle; 2001: 16-26
5. De la Hoz G. Lesiones personales En: Forensis 2007: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2007: 59-96
6. Hernández, W. Lesiones interpersonales. En: Forensis 2001: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2001: 63-81
7. Soriano MI, Cardona JI. Lesiones interpersonales. En: Forensis 2002: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2002: 48-63
8. Gómez JA, Agudelo LM, Álvarez T, Cardona M, De Los Ríos A, García HI et al. Estado del conocimiento sobre la violencia urbana en Antioquia en la década de los noventa. En: Grupo Interdisciplinario de Investigación sobre Violencia, Instituto de Estudios Regionales, INER; Universidad de Antioquia. Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia, 1 ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001: 163-184
9. Szasz I y Amuchastegui A. Un encuentro con la investigación cualitativa en México. En: Szasz, I y Lerner, S. Para comprender la subjetividad. México: El Colegio de México; Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano; 1999: 18
10. Pérez La Rotta G. Génesis y sentido de la ilusión fílmica. Siglo del Hombre. Bogotá: Universidad del Cauca; 2003:31-32
11. Berger P y Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu. 2003: 164
12. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. La violencia como un

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María del Pilar Pastor Durango

- problema mundial de salud pública. En: OMS/OPS. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington; 2003: 3-23
13. Camacho A. y Guzmán A. La violencia urbana en Colombia: teorías, modalidades, perspectivas. En: Camacho A, Guzmán A, Ramírez MC, Gaitán F. Nuevas visiones sobre la violencia en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo; 1997: 13-55
14. Medina G. Herramientas metodológicas para abordar el conflicto urbano. En: Alcaldía de Medellín, Programa de convivencia ciudadana. Memorias del Seminario "Experiencias de intervención en conflicto urbano" Medellín; 1998: 359-368
15. Useche O. Coordinadas para trazar un mapa de la violencia urbana en Colombia. Bogotá: Nova y Vetera; 1999, 36: 4-17
16. Llorente, MV, Echandía-Castilla C, Escobedo R y Rubio M. Violencia homicida y estructuras criminales en Bogotá. Bogotá: Análisis Político; No. 044, sep.-dic 2001: 17-38
17. De Los Ríos H, Ruíz J. La violencia urbana en el Medellín de los años ochenta. Medellín: Revista Universidad de Antioquia; 221, 1990: 59.24-59.42
18. Daza A, Hurtado F. Jóvenes, tipos de conflicto, tipos de actores. En: Alcaldía de Medellín, Programa de convivencia ciudadana. Memorias del Seminario "Experiencias de intervención en conflicto urbano" 1998. Medellín, 2001: 143-154
19. Camacho A y Guzmán A. Colombia, ciudad y violencia. Bogotá: Foro nacional por Colombia; 1990; 238 p.
20. Franco-Agudelo S y Forero-Martínez LJ. Salud y paz en un país en guerra: Colombia año 2002. En: La salud pública hoy. Enfoque y desafíos contemporáneos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002:555-583
21. Uribe MT. Nación, ciudadano y soberano. Medellín: Corporación Región; 2001:20

**AQUÍ ESTOY Y SIGO PARA ADELANTE: EL PROCESO DE
INTEGRACIÓN DESDE LA PERCEPCIÓN DE SOBREVIVIENTES DE
MINAS ANTIPERSONAL, ANTIOQUIA 2007**

Investigadora

Margarita Lucía Correa Restrepo.

Asesora

María Del Pilar Pastor Durango.

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

La Ley 759 de 2002 (1) define mina antipersonal como toda mina que tiene la potencialidad de incapacitar, herir y/o matar a una o más personas por la presencia, la proximidad o el contacto. La problemática de las minas antipersonal es de orden mundial. Según el Informe Monitor de Minas Terrestres en el año 2006, 8 áreas y 79 países del mundo presentaban problemas con minas antipersonal; 7 áreas y 58 países registraron nuevas víctimas, dentro de los cuales se encuentra Colombia, quien en el mismo periodo registró el mayor número con 1.106 (2).

Según datos del Observatorio de Minas de la Vicepresidencia de la República del año 2007 (3), Colombia tiene problemas por minas antipersonal y munición sin explotar (MUSE)¹ en 31 de 32 departamentos (96.8%) y en 584 de los 1076 municipios (50.2%). Entre los años

¹ Artefacto explosivo que no ha sido usado durante un conflicto armado, que ha sido abandonado o descartado por una parte del mismo y que ya no está bajo su control.

1990 y 2007 se han presentado 10.817 eventos y 6.117 víctimas. De los 125 municipios de Antioquia, 97 (77.6%) están afectados por minas antipersonal y munición sin explotar, entre 1990 y 2007 ocurrieron 2.256 eventos que generaron 1.429 víctimas.

En respuesta a los tratados internacionales y la legislación nacional, surgen en el contexto colombiano la Campaña Colombiana Contra Minas y el Observatorio de Minas Antipersonal, la asistencia que prestan estos está conformada por un amplio rango de actividades que hacen parte de un sistema de atención integral a los sobrevivientes en el cual se beneficia una estructura tripartita que incluye directamente a los individuos afectados, sus familias y sus comunidades.

La problemática de las minas antipersonal (MAP) en Colombia es grande si se tiene en cuenta que la cifra de nuevas víctimas² es sólo un indicador del problema, pues el

² Incluye los nuevos casos de personas afectadas por accidentes de minas antipersonal.

**GRUPO DE INVESTIGACION
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Margarita Lucía Correa Restrepo

número de sobrevivientes³ que necesitan y tienen derecho a la asistencia es más importante. Por lo tanto, las políticas deben adecuarse a las realidades de un país en conflicto, donde el número de víctimas y sobrevivientes crece de manera alarmante (2).

Por otro lado, aunque muchas personas y comunidades afectadas por las minas antipersonal se benefician del incremento de la atención en Colombia, otras aún no tienen acceso a las facilidades para su completa rehabilitación e integración y aunque hay una comprensión mayor sobre la dimensión del problema, los programas existentes están lejos de atender sus demandas.

Lo anterior, porque se privilegian las acciones relacionadas con la atención inicial y la rehabilitación física, limitando el apoyo financiero para los procesos de rehabilitación psicológica y más aún para la integración educativa, laboral, social y económica; además de falta de sensibilización, capacitación y compromiso de los diferentes sectores e instituciones encargadas de apoyar estos procesos. Adicionalmente, se proporciona un mínimo apoyo para que se pueda dar continuidad a los proyectos y procesos de rehabilitación e integración, con base en las necesidades, las expectativas, las posibilidades y las limitantes de los sobrevivientes y sus contextos, en el momento que las ayudas gubernamentales y no gubernamentales sean retiradas.

³ Incluye los nuevos y antiguos casos de personas afectadas por accidentes de minas antipersonal.

La asistencia es más que temas de rehabilitación, es un asunto de derechos humanos que debe considerarse en un contexto más amplio que incluya estrategias en salud, educación y trabajo para el mejoramiento de las condiciones de vida y el incremento de la calidad de vida y la formulación de políticas y planes de desarrollo a largo plazo que aseguren la sostenibilidad y eviten la segregación (2).

OBJETIVO GENERAL

Interpretar la dinámica del proceso de integración, a partir de los relatos de experiencias vividas por sobrevivientes de accidentes de minas antipersonal.

REFERENTES CONCEPTUALES

La integración. La discapacidad no es sólo una condición de la persona, sino un complejo conjunto de componentes, que se relacionan con la presencia de diversos factores, muchos de los cuales son establecidos y consolidados por el ambiente social, que limitan la participación y la interacción del individuo en todas las esferas de la cotidianidad. La integración es el grado de participación en la vida corriente de la comunidad, entendida ésta como la ejecución de diversas actividades y el cumplimiento de diferentes roles que las personas con discapacidad, individual o colectivamente tengan la capacidad o el deseo de alcanzar a lo largo de su existencia (4).

DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio se realizó con una perspectiva cualitativa que como modo de encarar el mundo de los sujetos sociales y de las relaciones que establecen con otros contextos e individuos, tuvo sentido para el presente trabajo pues asistió el abordaje de las realidades subjetivas e intersubjetivas de los sobrevivientes de accidentes de minas antipersonal, buscando comprender las lógicas que subyacen en la percepción que tienen del proceso de integración, haciendo especial valoración de su propia experiencia (5).

Las técnicas de recolección utilizadas fueron la entrevista individual semiestructurada (audio grabada) y la observación durante la entrevista. La primera, permitió develar a través del discurso las percepciones que los sobrevivientes de accidentes de minas antipersonal atribuyeron a su experiencia en el proceso de integración; la segunda, como técnica complementaria y simultánea a la entrevista, sirvió como un universo de referencia del conjunto de códigos no verbales que se producen en la interacción y que dan cuenta de las vivencias individuales y de las marcas sociales que origina el ser víctimas de este tipo de accidentes (5).

Se seleccionó una muestra basada en criterios de oportunidad y disponibilidad, no se tuvo como criterio la saturación de categorías por la dificultad para contactar nuevamente a algunas personas y por su poca disponibilidad para otros encuentros. Su selección se hizo a través de contactos personales e

institucionales y el uso de la técnica bola de nieve. Se concretaron 4 participantes adultos de sexo masculino, 2 civiles y 2 militares, 3 oriundos del Departamento de Antioquia y 1 del Departamento del Chocó. Es importante anotar que el tiempo transcurrido desde el instante del accidente hasta la realización de la entrevista estaba entre los 4 y los 14 años y además que todos los sobrevivientes recibieron atención en el Departamento de Antioquia. Finalmente, es preciso señalar que sólo fue posible realizar una entrevista semiestructurada a cada participante.

Como criterios para asegurar el rigor metodológico en este estudio además del registro y el análisis, se utilizó la revisión rigurosa y permanente de la coherencia interna por parte del investigador y de los evaluadores internos y externos. En otro sentido y en relación con el rigor ético, el presente estudio se enmarcó dentro de la categoría de estudios con riesgo mínimo según la resolución 008430 de 1993 (6). Se garantizó la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información a través de la utilización de seudónimos en las transcripciones y los testimonios. Además, se garantizó el respeto a la autonomía de los participantes en la investigación a través de la elaboración y obtención del consentimiento informado escrito o verbal.

PRINCIPALES RESULTADOS

Recuperar la funcionalidad. El proceso de rehabilitación física y la preparación del miembro residual es asumido por los sobrevivientes como

una experiencia compleja llena de obstáculos y retos.

Transformar la visión de sí mismo. La experiencia de los sobrevivientes en el proceso de entrenamiento y adaptación protésica y la sensación de pérdida que persiste, va más allá de la amputación. También es evidente la importancia que le otorgan a la prótesis como componente fundamental en el proceso de integración, ya que les permite borrar parcialmente la huella de la pérdida del miembro, que aunque no podrá recuperarlo, sí podrá restablecer la independencia funcional, la dignidad humana y el proyecto de vida.

Compensar la pérdida. La percepción de los sobrevivientes sobre la educación antes y después del accidente por minas antipersonal muestra el valor que le atribuyen.

Volver a ser productivo. Se refiere a la percepción de los sobrevivientes sobre la situación laboral y económica y su productividad previa al accidente y al proceso de integración posterior a éste, lleno de obstáculos y oportunidades simultáneamente.

Asegurar el sustento. La experiencia de los sobrevivientes en el proceso de asignación de la pensión y su importancia, muestra que ésta representa la única posibilidad de sustento económico para sí mismos y para su núcleo familiar, bajo la nueva condición de discapacidad.

Restablecer las relaciones. Describe las relaciones sociales con los padres, la pareja, los hijos y los

amigos que se dieron antes del accidente y los cambios que éste último introdujo a los sobrevivientes en su interacción familiar y social.

Cambiando de vida. El accidente generó un cambio de vida para los sobrevivientes, no sólo por las huellas físicas, funcionales y psicológicas que permanecen aún, sino por las oportunidades y el reconocimiento que trajo consigo.

CONSIDERACIONES FINALES

Las percepciones de los sobrevivientes acerca del proceso de integración son contradictorias, simultáneamente se presentan en ellos actitudes negativas y optimistas, posibilidades y barreras constantes, pérdidas y desafíos por asumir. Este suceso genera sufrimiento e incertidumbre pues ellos deben adaptarse a una nueva manera de existir y traspasar barreras para dirigirse a las posibilidades reales de sí mismos y del entorno, que requiere de la aceptación de la situación presente, de la realización de ajustes necesarios y de la visualización para redimensionar las perspectivas a futuro.

Independientemente de la causa de la amputación, su impacto depende de muchos factores como la naturaleza del suceso, el tipo de lesiones, el nivel de pérdida y aceptación y el nivel de amenaza al proyecto de vida. La rehabilitación es la primera acción responsable por emprender con quienes deben perder una o varias partes de su cuerpo y por ende, su independencia y tranquilidad a causa de la guerra. Sin embargo, es imperativo recordar que los procesos

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD

Margarita Lucía Correa Restrepo

de integración van más allá de la rehabilitación, por esta razón y considerando las consecuencias que la discapacidad originada por minas antipersonal implica, se hace necesario trabajar para todos y con todos los afectados, es decir con los sobrevivientes, sus familias y comunidades, con el fin de ayudarlos a lograr una mejor adaptación al cambio y asumir y desempeñar nuevos roles participativos en las diferentes esferas de la vida social de acuerdo a las nuevas limitaciones y capacidades.

Por todo lo anterior, se hace evidente la importancia de un desarrollo armónico en el proceso de asistencia, pues rehabilitar a un sobreviviente de minas antipersonal no sólo significa integrarlo a la sociedad como una persona independiente. La rehabilitación debe ser capaz de llevarlo hacia perspectivas de un quehacer cotidiano modificado pero bajo condiciones favorables y con expectativas reales que le permitan mantener una mayor amplitud hacia el mundo y la vida. Los sobrevivientes narraron lo doloroso y desafiante que es vivir una amputación, pero a pesar de todos los tropiezos revelaron tener la fortaleza suficiente para no dejarse vencer y seguir adelante, así la expectativa de una vida nueva es un motivo para continuar aún en medio de la adversidad y la discapacidad es incorporada a la vida y como parte de ella se acepta.

La integración es percibida como un momento complejo de transición en la vida de los sobrevivientes de minas antipersonal, que empieza en el

momento del accidente pero nunca termina, pues es la redimensión constante de su cuerpo y la reconstrucción permanente de su proyecto de vida. En este sentido, coexisten múltiples percepciones involucradas en la transformación del cuerpo y la existencia debido a la amputación. El cuerpo tiene vital importancia como medio de integración y de relación con el mundo y perder una parte de él es doloroso, pues impone un nuevo modo de vivir y de relacionarse consigo mismo y con los demás y de igual forma, diferentes retos en la nueva situación de discapacidad.

Este proceso de integración requiere de la convocatoria y del trabajo de muchos sectores y actores comprometidos con el trabajo conjunto y responsable, pero sobre todo con la construcción de una política pública que garantice el cumplimiento de derechos y deberes y con la creación de espacios de deliberación colectiva en los que las visiones y las voces de todos los implicados tengan las mismas oportunidades de ser válidas.

Las políticas para el desarrollo parten pues de la identificación y la comprensión de la complejidad de los problemas sociales que hoy afrontan las personas y las comunidades afectadas por la problemática de las minas antipersonal, de allí surge la importancia de realizar este estudio en el que se proporcionan elementos para garantizar la participación y la deliberación amplia de diversos actores y sectores involucrados, para que se pueda enriquecer con

diferentes visiones la definición del problema y se puedan generar diferentes opciones para afrontarlo.

BIBIOGRAFÍA CITADA

1. Congreso De La República De Colombia. Ley 759 de 2002. LEGIS: Legislación: Número 1197, Agosto 2002. Bogotá; 2002:335
2. International campaign to Ban Landmines: Landmine Monitor. Informe monitor de minas terrestres 2006: Hacia un mundo libre de minas. Mines Action Canada, Handicap International, Human Rights Watch y Ayuda Popular Noruega. Ottawa, Canadá; 2006:152
3. Vicepresidencia de La República De Colombia: Programa de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario: Observatorio De Minas Antipersonal. Frecuencia de eventos y víctimas por departamento 1990-2007. [Internet] [Acceso en Agosto de 2007] Disponible en: www.presidencia.gov.co
4. Cano-Restrepo, BC. Política pública en discapacidad: Fortalecimiento y movilización social: La habilitación y rehabilitación de personas con discapacidad. Red de Solidaridad, Ministerio de Protección Social y Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia. Medellín; 2005: 101-115
5. Galeano-Marín, ME. Diseños de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial, Universidad EAFIT; 2004:84
6. República de Colombia: Ministerio de Salud. Resolución número 008430 del 4 de Octubre de 1993. Bogotá; 1993:12

SALUD Y EDUCACIÓN, UN ASUNTO DE DERECHO

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EJERCICIO CIUDADANO DE NIÑAS Y NIÑOS HABITANTES DE LAS COMUNAS 7,12 Y 13 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Investigadora

Silvia Paulina Díaz Mosquera

Asesor

Gustavo Arango Tamayo

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de la identificación de una brecha entre la legislación sancionada por Colombia (1) y la situación de vulneración de derechos que se evidencia en diferentes informes de país (2, 3, 4). La construcción del problema se dirigió a revisar desde la perspectiva de la salud colectiva y desde niños y niñas la lectura que hacen de sus procesos de vida a través del ejercicio ciudadano.

PRINCIPALES REFERENTES CONCEPTUALES

La **niñez** es un referente fundamental para el presente trabajo y para su abordaje se privilegia la **sociología de la infancia** como campo de conocimiento que permite un acercamiento donde se supera la edad cronológica, para resaltar la relación de niñas/niños con la cultura y el acontecer histórico de cada sociedad, siempre en relación con los demás

miembros de ésta. La sociología de la infancia surge en los últimos 20 años del siglo XX como respuesta a una insatisfacción con la consideración que se ha tenido de niños/niñas en la sociedad, los métodos utilizados para su estudio (5) y como posibilidad de asumir la niñez como objeto de estudio en sí misma, mirando a niños/niñas como seres sociales, conectando su análisis con el de la estructura social y los procesos que acontecen en ella (6). Su reflexión teórica e investigativa se dirige a tratar de develar la realidad que envuelve la vida de los niños y las niñas, incorporando su visión al desarrollo sociológico, para aportar explicaciones desde lo interdisciplinar sobre la niñez y visibilizar a los niños y niñas como actores sociales.

Las **representaciones sociales** como una aproximación que privilegia los procesos sociales a partir del sentido común, posibilita el análisis de la manera como niñas/niños construyen su ciudadanía en la

interacción social, teniendo como base el enfoque etnográfico propuesto por Banch (7), donde se centra el análisis de las representaciones sociales en los patrones de pensamiento social y comportamiento propios de la rutina cotidiana en el contexto concreto, asociados a la manera como apprehenden, en este caso niños/niñas, los acontecimientos de la vida diaria y a los demás, en un conocimiento que es socialmente elaborado y compartido (8). Las representaciones sociales que se tienen sobre el ejercicio ciudadano, constituyen así, principios orientadores de las prácticas de niñas/niños en sus comunidades.

La **salud colectiva** como campo de conocimiento que pretende navegar en lo inter y transdisciplinario desde un objeto de estudio constituido por "los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción de la vida social"(9), permite trascender la medicalización de la vida, para acercarnos a ella como ámbito de prácticas que se centra en las necesidades sociales de salud y que nos remite a aceptarla como realidad histórica y cambiante, a partir de la relación con otros. La salud colectiva, privilegia el carácter histórico, social y cultural en el que crecemos como seres humanos y como sociedades complejas y contradictorias y por lo tanto nos permite en el presente trabajo investigativo, caminar entre saberes, realidades y acciones que ocurren en el contexto de los niños y niñas que participan en él, evidenciando el carácter autopoietico (10) de

poblaciones humanas que como la niñez significan sus vidas y relaciones a través de las representaciones que comparten y según las cuales actúan en lo social, construyendo sus posibilidades de acción e interacción en relación con sus procesos vitales y al mismo tiempo permite aportar a la salud de los colectivos desde la visibilización de niñas y niños como grupo social con posibilidades de participación en las prácticas sociales.

En relación con el **ejercicio ciudadano**, se parte de la ciudadanía como concepto que ha estado en permanente redefinición, enmarcando la situación política, económica, social y cultural experimentada por la sociedad a través de la historia y el actuar de sus miembros dentro de ésta. En este sentido, la ciudadanía en relación con la niñez, está enmarcada por la construcción social y cultural que cada país tenga de este grupo poblacional y cómo se integra a su comunidad política, con los derechos como mediadores y marco para el ejercicio ciudadano, que implica, según Durston (11), que el individuo se ocupe de los temas de preocupación de la colectividad, que haga escuchar su voz en la discusión pública de esos temas, que pase de ser consumidor de mensajes y valores a productor de sus propios mensajes, en la medida en que imagina y comunica sus propuestas de solución en el espacio colectivo. El ejercicio ciudadano representa así, un accionar en lo público entendido como el mundo de lo común (12), un mundo que como plantea Uribe (13), se construye desde la diferencia, donde

se actúa en presencia de otros, se forman las identidades y se construyen las representaciones, como una construcción dinámica e histórica que reconoce al otro como un par “capaz de argumentar, como capaz de expresar su palabra, como capaz de discurso.”

OBJETIVOS

Se plantea como objetivo general, analizar las representaciones sociales que sobre ejercicio ciudadano, comparten niños y niñas escolarizados, habitantes de las comunas 7, 12 y 13 de la ciudad de Medellín y para esto se consideran como objetivos específicos caracterizar los barrios que habitan niños y niñas participantes en el estudio, identificar las dinámicas escolares de la Institución Educativa La Piedad como punto de encuentro y relación de niños/niñas y describir la lógica que subyace en las relaciones y acciones de niños y niñas en relación con el ejercicio ciudadano en su vida diaria.

EJES FUNDAMENTALES DEL DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se realizó desde un enfoque cualitativo a través de la etnografía. Se utilizaron entrevistas grupales y observación como métodos de recolección de información que fueron implementados a través de talleres que se realizaron con 15 niñas y 15 niños en edades comprendidas entre los 9 y 12 años de edad, escolarizados en una institución educativa pública de la ciudad y habitantes de las comunas 7,12 y 13 de la ciudad de Medellín.

PRINCIPALES RESULTADOS

En la observación y construcción de contextos por parte de niños y niñas se destacan aspectos del entorno físico cultural y social de vivencia donde se presentan con diferentes matices según el barrio o sector, la violencia, la privatización de lo público y las construcciones comunitarias, como aspectos que niños y niñas reconocen como parte de sus entornos:

“... allá casi nada es seguro porque matan, roban, acuchillan, violan etc. Y me gusta porque ayudan, regalan cosas que los pobres necesitan, por rifas, hacen fiestas, hacen actividades, hay minitecas para niños donde no hay alcohol, porque hay parques” Marta, 10 años

En el análisis de la información, se destacan tres aspectos que emergen y en los cuales niñas y niños expresan su lectura de la manera como pueden ejercer la ciudadanía en sus contextos. Estos son la participación, la palabra y el ejercicio ciudadano como tal.

En relación con la **participación**, reconocen tres escenarios que son importantes para ellos: el espacio de la *relación con los adultos* como una búsqueda de interacción y comunicación en la diversidad de lógicas que posibilite una expresión real de la interpretación del mundo social desde la niñez y que sea tenido en cuenta para las decisiones que se tomen en los diferentes colectivos a que pertenecen, es así como expresa Paula que:

“por mi casa dicen [los adultos] que los niños qué piensan [...] y vamos nosotros a decirles a los de la junta, [sus opiniones y deseos

Silvia Paulina Díaz Mosquera

frente a lo que ocurre en la urbanización] eso sí, la mayor parte dicen que no o dicen que sí pero no lo hacen..." Paula, 9 años

La participación con sus compañeros(as) y amigos (as) se expresa como posibilidad de inclusión, validación de su lectura de las realidades, como participes en lo público desde la posibilidad de buscar la igualdad de oportunidades que en algunos casos replica la relación con los adultos y en otros se exploran propuestas diferentes al adultocentrismo. Y lo tecnológico, emerge en la participación como una manera diferente de relacionarse con otros.

La palabra se presenta para niñas y niños como mediadora de las relaciones y en este aspecto sobresalen las dificultades para expresarse en lo público en un espacio que para niños y niñas aun tiene dificultades para creer que sus palabras tienen propuestas y sentidos:

"No nos dejan expresar [los adultos] las ideas para mejorar la ciudad o el barrio [...], hay que escuchar, tienen que escuchar a las demás personas, si aportan buenas ideas, o no, cosas así." Héctor, 11 años

En relación con el **ejercicio ciudadano** como tal, se plantea una construcción que tiene como ejes la relación con los otros expresada en las personas, el medio ambiente y la ciudad, su consideración clara como sujetos de derechos y sus propuestas para ejercer una ciudadanía donde valores como la solidaridad y el respeto son fundamentales:

"Ser ciudadano es cumplir con nuestros derechos y deberes, respetar a los demás, ayudar a los demás cuando lo necesitan" Liliana, 10 años

CONSIDERACIONES FINALES

Desde la manera como niñas y niños se representan el ejercicio ciudadano, podemos analizar, la evolución que ha tenido, el cambio que en los últimos años ha tenido su inclusión en el discurso de los adultos en una visión que los integra como sujetos de derecho, en lo que respecta a lo normativo, en una lectura que a 20 años de la promulgación de los derechos de niños y niñas en la Convención, se hace pertinente y necesaria.

La presente investigación aporta a esta perspectiva, desde la salud colectiva, como la significación de los procesos de vida en la niñez, con un avance hacia el reconocimiento por parte de niñas y niños en relación con su visibilización en el mundo social, aunque aún no existe la misma situación hacia la escucha en la importancia que le dan a la palabra como posibilidad de inclusión y a los otros en su diversidad, en dos categorías transversales a las representaciones que construyen alrededor de ejercicio ciudadano, que están constituidas por lo público y la intersubjetividad. El primero entendido como espacio para la expresión y también como la posibilidad de reconocimiento e inclusión y el segundo como única posibilidad de tejer lo social en los colectivos de los que hacen parte.

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Silvia Paulina Díaz Mosquera

Por lo anterior es importante trabajar desde diferentes instituciones hacia la inclusión de las voces de niñas y niños en la investigación, la promoción de trabajos investigativos donde ellas y ellos sean investigadores de sus realidades y principalmente la inclusión de este tipo de investigaciones en los diagnósticos que como parte de los compromisos generados por la Ley de infancia y adolescencia en Colombia, son exigencia para las administraciones municipales, departamentales y nacionales con miras a “establecer las problemáticas prioritarias que deberán atender en su Plan de Desarrollo, así como determinar las estrategias a corto, mediano y largo plazo que se implementaran para ellos”(14) . Para el presente periodo en la ciudad de Medellín, si bien el diagnostico (15) incluyó ampliamente resultados investigativos principalmente de enfoque cuantitativo, para las áreas de derechos establecidas por la Convención: vida y salud, educación y protección, no se hizo lo mismo para el área de participación, haciendo que este aspecto de gran relevancia para la demanda de reconocimiento expresada por niños y niñas en la presente investigación, no se haga visible y que las voces de los protagonistas de estas políticas no hayan estado presentes, para estas definiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Diario Oficial 46446. Noviembre 8 de 2006
2. Defensoría del Pueblo. Diagnostico de la Infancia en Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2006. [Internet] [acceso septiembre 2007] Disponible en: http://www.defensoria.org/?_s=e6&c=1150
3. Comité sobre los derechos del niño. Implementación de la convención sobre los derechos del niño, periodo de sesiones 42. Bogotá; 2006:1-83
4. Secretaria de Bienestar Social. Infancia y Adolescencia en Medellín: Diagnostico Situacional. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2008.
5. Gaitán L. La nueva sociología de la infancia. Aportaciones de una mirada distinta. Polít Soc; 2006, 43(1): 9-26
6. Rodríguez I. Condicionantes teóricos en el surgimiento de la sociología de la infancia: El caso de la sociología española. México: Red por los derechos de la infancia; 2003:2
7. Banch M. Las representaciones sociales como perspectiva teórica para el estudio etnográfico de comunidades. En: Valencia S. Representaciones Sociales. Alteridad, epistemología y movimientos sociales. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2006:201-228
8. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S.

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Silvia Paulina Díaz Mosquera

- Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1988:469-494
9. Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción Social, Subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004:106
10. Maturana H, Varela F. El Árbol del Conocimiento. Novena Edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993
11. Durston J. Limitantes de la Ciudadanía entre la juventud latinoamericana. Revista Iberoamericana de Juventud; 1996, jul 1:84-89
12. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Ediciones Paidós; 1993: 7, 64, 66, 202, 202
13. Uribe MT. Notas coloquiales sobre la ética y la política. En: Calderón C. Ética para tiempos mejores. Medellín: Corporación Región; 1996:34
14. Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Diario Oficial 46446. Noviembre 8 de 2006
15. Secretaria de Bienestar Social. Infancia y Adolescencia en Medellín: Diagnostico Situacional. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2008

**MONITOREO ESTRATÉGICO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
CON LOS ESCOLARES ADOLESCENTES DEL BARRIO EL CAIRO.
BELLO, 2006-2007**

Investigadora

Luz Ever Díaz Monsalve

Coinvestigadores

María Consuelo Torrente Posada

Elizabeth Ramírez Gómez

Andrés Soto Sánchez

Instituciones participantes y apoyo financiero

Comité de Desarrollo de la Investigación CODI, Universidad de Antioquia
Institución Educativa la Milagrosa

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y las condiciones para el ejercicio de los derechos relativos a ella, reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país. La modernidad y la globalización con su gran complejidad, incrementan la necesidad de los adolescentes de encontrar, en las nuevas circunstancias que les rodean, los elementos para asumir los cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimentan en la construcción de un rol social que armonice con su identidad, organizar su comportamiento desde un hacer en el mundo que los oriente positivamente y sustente un proyecto de vida que dé sentido a su relación presente con el entorno.

Algunos de los efectos negativos de la sexualidad vivida en condiciones poco

beneficiosas para el bienestar y la protección de la vida, lo constituyen los eventos de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual, y el embarazo en condición de no planeado y no deseado y el impacto que este evento tiene en la salud de la embarazada, su familia y la sociedad en general.

A noviembre de 2007 Colombia contaba con 57.489 casos de VIH/Sida, de los cuales 7.977 casos pertenecen a Antioquia, departamento que ocupa el tercer lugar en el país después de Bogotá y Valle (1). Para el mismo año se diagnosticaron en Antioquia 739 casos nuevos de esta enfermedad, para una tasa de incidencia de 12.7 por cada 100.000 habitantes. Por su parte en Bello se diagnosticaron 43 casos para una tasa de 11.1 casos nuevos de VIH por cada 100.000 habitantes del municipio en el 2007 (2).

Respecto al embarazo en adolescentes, en Antioquia se reportaron 1.167 nacidos de madre en edad entre 10 y 14 años, para una tasa de fecundidad 4.2 nacidos por cada mil mujeres, y en las de 15 a 19 años nacieron 23.318 para una tasa de 84,1 nacidos por cada mil mujeres del departamento. Para Bello la tasa fue de 2.6 nacidos en menores de 14 años y 69.4 nacidos de adolescentes entre 15 y 19 años por cada mil mujeres del departamento (2).

Con este estudio se pretendió realizar, con la comunidad académica de la institución educativa, el análisis de los determinantes protectores y deteriorantes de la SSR de los adolescentes escolares del barrio el Cairo, ubicado en el Municipio de Bello, mediante la metodología del monitoreo estratégico en salud.

PRINCIPALES REFERENTES CONCEPTUALES

La pandemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el aumento en las tasas de enfermedades de transmisión sexual, llevó a que los organismos gubernamentales y organizaciones mundiales repensaran los conceptos relacionados con la sexualidad y la salud sexual separándolo de la reproducción humana (3).

Hoy se habla de la salud sexual como “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (3). La salud, o bienestar sexual requiere de condiciones que permitan el disfrute de experiencias

sexuales libres de coerción, discriminación y violencia en circunstancias seguras para la conservación de la vida. La salud reproductiva se entiende, como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, e implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria segura, con capacidad para reproducirse y libertad para decidir si hacerlo, cuándo y cómo (3, 4).

Algunos autores definen el desarrollo humano como un proceso continuo a través del cual los sujetos satisfacen sus necesidades y desarrollan competencias, habilidades y redes sociales⁴ durante su existencia, este proceso implica transformaciones en las dimensiones social, biológica, psicológica y espiritual entre otras.

La adolescencia es una etapa del desarrollo caracterizada por la sucesión de cambios en forma simultánea y abrupta en las distintas dimensiones del ser humano tales como la forma de relacionarse con los demás, derivado de roles y normas familiares y sociales contradictorios en la medida en que se exige comportamiento de adulto y cumplimiento de normas para menores de edad; nuevas formas de mirarse a sí mismo, a las personas del mismo sexo y del otro sexo. Esta serie de cambios pueden causar alteraciones en el bienestar del individuo si no se cuentan con ciertas condiciones como una red de apoyo

social que oriente al individuo, a sus familias y a las comunidades en la forma de afrontar dichos cambios, estos se constituyen en los determinantes de la SSR, entre los que cuenta el acceso servicios educativos y de salud, el respeto por los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, acceso a la participación social (4).

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar los procesos y condiciones protectoras y deteriorantes de la salud sexual y reproductiva de los escolares adolescentes del barrio El Cairo de Bello para implementar con ellos/as estrategias de intervención que promuevan el cuidado de su salud.

Objetivos específicos:

- a) Reconocer el contexto económico, político y social, de los servicios educativos y de salud en el cual se desarrolla la vida de los integrantes de los grupos de SSR
- b) Caracterizar los/as escolares adolescentes de acuerdo a algunas variables demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas singulares que determinan el proceso salud enfermedad y vida de los escolares.
- c) Analizar con la comunidad académica los procesos protectores y deteriorantes de la SSR.
- d) Priorizar con la comunidad académica las necesidades y problemas de la SSR, y las alternativas de solución que contribuyan a la implementación

del monitoreo estratégico en salud.

- e) Gestionar con la comunidad académica programas y proyectos que impacten la calidad de vida y condiciones de la SSR de los escolares.

EJES FUNDAMENTALES DEL DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio de los procesos protectores y deteriorantes de la SSR de los/las adolescentes se logró mediante una investigación cuantitativa, descriptiva de tipo transversal. Para el estudio además se tomaron los lineamientos del monitoreo crítico propuesto por Jaime Breilh, el cual propone el “intercambio entre la colectividad, sus percepciones, sus necesidades, y cultura popular con las del grupo” (5) investigador, lo que implica la participación activa de la comunidad académica en la identificación, análisis y priorización de las necesidades, así como de estrategias para mejorar las condiciones que afectan la SSR de los escolares adolescentes.

En vista de que la Institución Educativa La Milagrosa es la única de este tipo en el barrio el Cairo, se eligió como único escenario para el estudio. La muestra (244 estudiantes de una población escolar adolescente de 353 matriculados) se calculó un nivel de confiabilidad del 95% y un nivel de significación alfa del 5%; el error máximo permisible del 4% ($e=4\%$) y un poder del 96% y una probabilidad (p) de ocurrencia del evento de 0.5 (6), la muestra fue estratificada por jornada de estudio (diurna y nocturna) y por sexo. El muestreo fue

aleatorio simple, para la selección de los/las participantes se empleó el Software estadístico Statistical Package Social Science (SPSS) versión 12.0.

Básicamente se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, una encuesta aplicada a las personas seleccionadas en el muestreo, y grupos de discusión con la comunidad académica distribuidos por grupos homogéneos por etapa de adolescencia (7), sexo, padres de familia y líderes y otro grupo conformado por docentes de la Institución.

El análisis estadístico de los datos cuantitativos se realizó mediante en el programa SPSS versión 8.0. La información recolectada en los grupos de discusión fue grabada en cinta magnética, se hizo lectura y relectura que permitió identificar las unidades significativas de acuerdo al sentido de las expresiones de los y las participantes.

PRINCIPALES RESULTADOS

Los/as adolescentes encuestados fueron 233, de los cuales el 80% estudia en la jornada de la tarde, y el resto en la noche; el 56% fueron hombres y el 44% mujeres. Las edades se agruparon de acuerdo a la clasificación que la normatividad colombiana define para la adolescencia, en la población encuestada se encontró que el 36% de los escolares está en la adolescencia temprana, el 54% en adolescencia media y el 10% en la tardía. En el estrato socioeconómico el 62% pertenecen al estrato socioeconómico

dos y tres, sólo el 8% expresó estar en el estrato 1, y un estudiante dijo pertenecer al estrato cuatro, es de tener en cuenta que un gran porcentaje (29%) no respondió o no sabía al estrato que pertenecía. Referente a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el mayor porcentaje se encuentra afiliado en el régimen contributivo (39%), seguido del subsidiado (34%), no afiliado el 1% y no respondieron a la pregunta el 27%.

En el análisis de los procesos protectores y deteriorantes se realizó desde los determinantes generales, particulares e individuales, a continuación se analiza cada uno:

En los procesos generales, se encontraron procesos protectores como la existencia de los derechos humanos que protegen la vida y el desarrollo de la libre personalidad; los derechos sexuales y reproductivos y la Ley General de Educación que contempla el proyecto transversal de en sexualidad para los estudiantes de formación básica. Como procesos deteriorantes se encontró desconocimiento de los derechos tanto por adolescentes como por la comunidad académica. Entre los derechos más violentados están el derecho a la información en sexualidad; si bien la proporción de maltrato encontrada en la información cuantitativa es relativamente baja (1.3%), en los grupos de discusión, esta fue una situación a la cual hicieron referencia varios participantes, el maltrato va desde el contacto físico hasta el acceso carnal violento; otros derechos que se

encontraron vulnerados fue la libre expresión de sexualidad, el acceso a métodos anticonceptivos y la libertad en la toma de decisiones referentes a la maternidad.

Los procesos particulares se analizaron desde las instituciones sociales y los grupos de pares.

En la institución educativa, se encontraron docentes preocupados por la conducta sexual y la formación en sexualidad de los escolares, y la conciencia de la falta de formación en estos temas para replicarlos con los estudiantes, además desconocen el proyecto de sexualidad de la institución. Al interrogar a los escolares el 84% afirma que en la institución le dieron información sobre sexualidad en clases de ética y biología, sin embargo, en los grupos de discusión reconocen que la información es incompleta, y que no existen espacios de discusión para aclarar las dudas con los/las docentes. En cuanto al docente como fuente de consulta, se encontró que solamente el 18% de los/as encuestados responde que confía en los docentes para ello.

En el acceso a programas de salud se encontró desconocimiento de los programas de anticoncepción, y de atención al joven, además la imagen social de la Institución de salud más cercana no es positiva, solamente reconocen a Profamilia como una institución que aporta a la SSR representado en la atención individualizada en un consultorio y por un proyecto educativo ejecutado en el colegio el año anterior a la investigación, pero en la actualidad

Profamilia ya no tiene oficinas de atención en Bello, por lo que ya no se cuenta con este recurso.

En la composición familiar se encontró que el 47% de los escolares encuestados viven con ambos padres, el resto vive con uno solo de ellos. La convivencia en una familia compuesta, es un determinante favorecer de la SSR en tanto que ambos padres están pendientes de la formación sus hijos/as, además cuando el padre y otros miembros de la familia trabajan hay mayor posibilidad de que la madre permanezca en el hogar y así los/las adolescentes se sienten más limitados/as para tener relaciones coitales. Además la convivencia constante con la madre aumenta la confianza para establecer conversaciones sobre temas relativos a la sexualidad.

En la encuesta se encontró el 56% del total de los encuestados consultan sus dudas a la madre, los adolescentes en etapa temprana son los que más le consultan, los hermanos mayores constituyen otra fuente de consulta, y el grupo que más los utiliza son los de la Adolescencia tardía, al parecer a medida que se aumenta la edad, se confía menos en los padres y más en los hermanos. En cuanto al sexo se encuentra que la mujer consulta más a la madre y hermanos/as mayores y en menor proporción al padre, los hombres confían más en la madre y en el padre para aclarar sus dudas respecto a la sexualidad.

En los grupos de discusión, la comunidad académica reconocen dificultades para establecer diálogo

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María del Pilar Pastor Durango

no para el agresor, expresa su identidad, se relaciona con su intimidad o le proporciona estatus; esta agresión genera rabia en el ofendido y una respuesta no premeditada pero si exagerada. Una vez suceden los hechos, el agresor expresa arrepentimiento, vergüenza, temor por pérdida de la amistad. Es consecuencia de los efectos del consumo de una sustancia psicoactiva. Este escenario se identificó en Valle de Aburrá, Nordeste y Suroeste.

Conflictos personales. En este escenario hay un conflicto entre dos o más personas que origina un enfrentamiento verbal y luego físico, sin que la palabra sea el instrumento de comunicación, sino otra forma de agresión. Se caracteriza porque hay una situación desencadenante de la agresión física de manera inmediata. Los participantes siempre están directamente involucrados en el conflicto y con frecuencia son lesionados. La respuesta agresiva es irreflexiva, no se planifica, es producto de la euforia (al calor de los hechos), se utilizan los medios disponibles en el momento del hecho y el lugar donde se genere el conflicto es fortuito. El ejercicio del poder es en la inmediatez y está relacionado con la fuerza física de los participantes. Todos los eventos se presentan en espacios públicos (establecimientos o en la calle), durante la tarde o noche y con frecuencia, bajo efectos del alcohol. Las armas utilizadas son corto-punzantes, o corto-contundentes. En este escenario los móviles son diferentes: celos, riñas en establecimientos públicos o una

forma de enfrentamiento entre población civil y autoridades policiales. Este escenario predomina en la región del suroeste. En las riñas por celos el supuesto que subyace es la disputa por los sentimientos de un tercero que sólo participa como testigo; el enfrentamiento se justifica para mantener al otro como "algo" propio.

Reivindicación económica y/o moral. Este escenario se configura a partir de la ruptura de acuerdos establecidos entre personas o grupos, hay pérdida de confianza y temor a perder la propia vida, la agresión busca la eliminación física o el sometimiento. Se caracteriza porque ocurre entre personas conocidas, el lesionado sabe quien es el autor del hecho y el motivo que tuvo para ello; el móvil es el ajuste de cuentas o la retaliación; el nivel de organización se relaciona con el tipo de arma utilizada y su magnitud depende del tipo de pacto que se rompió. La agresión ocurre en un lugar predeterminado por el agresor y su elección depende del mensaje que quiera dejarse al lesionado o a las personas que compartan sus valores morales o materiales. Es un escenario predominante en la región del Valle de Aburrá.

Apropiación de bienes. Uno de los actores se quiere apoderar de algo que no le pertenece, para lo cual amenaza al dueño. La lesión se produce cuando el dueño no entrega los bienes o reacciona de manera inesperada, interpretada como una contra-amenaza. En estos casos, el escenario está marcado por el miedo, por el

ejercicio del poder mediante la posesión del arma y la amenaza. Hay una situación de indefensión del lesionado o ésta es generada por el agresor. El evento es inesperado para el lesionado (efecto sorpresa). Las características del arma y la organización del hecho dependen del número de personas que actúan como agresoras o agredidos; y del valor del bien, del imaginario que tengan ambos sobre el otro y sobre sus reacciones. Generalmente, los hechos ocurren en lugares solitarios, oscuros y con baja circulación o movimiento de personas o vehículos, o en aquellos sitios donde se presume la ausencia de autoridad o la baja probabilidad de ser detenido. Se identificó este escenario en la región del Valle de Aburrá.

Control social. En el caso de la denominada “limpieza social”, está presente un “ideal de sociedad”, el cual puede tener como objetivo una direccionalidad en función de condiciones de “mejor estar” entre personas que se consideran diferentes y que estigmatizan a los interlocutores. Algunos residentes de ciudades de mayor urbanización, caso de Medellín, consideran que los recicladores y otros trabajadores informales “afean los espacios” y ven en esta estrategia una opción para incrementar el costo de la tierra y de los espacios de su residencia. En este escenario, los hechos ocurren entre desconocidos.

En el caso de enfrentamientos con la policía, ésta actúa de manera colectiva, busca “mantener el orden” pero utiliza armas que no hacen parte

de su dotación personal, en cierta medida generan sus propias normas, al margen de la institución que representan, no actúan como agentes del “orden establecido” sino del propio o del que logran concertar con instancias diferentes a la institucionalidad.

Lesión por azar. La persona herida no hace parte del conflicto, estaba en el lugar, el momento o con la persona equivocada. Es indistinto el tipo de arma, no se logra identificar el grado de organización, el número de agresores, sus características, ni la planificación de los hechos. Este escenario se identificó en las regiones de Valle de Aburrá y Nordeste.

Coexistencia de prácticas o normas y actores armados. Este escenario es efecto del conflicto armado y la presencia de grupos al margen de la ley en las comunidades. Se caracteriza por la puesta en práctica de aprendizajes de los actores del conflicto con la intención de conservar los privilegios económicos y el poder; se utilizan armas que dificultan la identificación de los agresores como integrantes de algún grupo armado y favorezca que los delitos se atribuyan a delincuencia común. Los espacios geográficos son indistintos, sin embargo, es un escenario predominante en la región de Urabá. En algunas regiones este escenario no es evidente, sin embargo, en todas se menciona la presencia de grupos armados encargados de aplicar la justicia por su propia mano e incluso algunos participantes consideran que son necesarios para

restaurar el orden y garantizar la seguridad (Suroeste, Occidente).

Sobrevivencia. En este escenario, las lesiones se generan en espacios que evidencian algunas de las características de la vida en la exclusión, tales como el nomadismo, la escasez de todo, los comportamientos sociales fuera de la norma dominante (delincuencia, consumo y comercio de drogas e indigencia) y la convivencia según la ley del más fuerte. La sobrevivencia depende de encontrar opciones para satisfacer necesidades básicas como comer y dormir; las relaciones se construyen en la lucha permanente por vivir, mediada por conflictos y expresiones de violencia que pueden explicar la ocurrencia de la lesión; sin embargo ésta generalmente no es producida por sus pares, sino por personas ajenas que los asumen como sospechosos, presuntos agresores y por lo tanto, el arma utilizada depende de la disponibilidad y el nivel de organización de quien ocasiona la lesión.

Los participantes manifiestan sentirse solos, vivir en condiciones de aislamiento familiar y social; sus círculos de amigos son cercanos a su vida cotidiana y ello hace que se sientan sin apoyo y sin una visión de futuro. Se identificó en la Región del Bajo Cauca, sin embargo, es un escenario marco que subyace en otras regiones.

CONSIDERACIONES FINALES

A través de esta investigación hemos pretendido aproximarnos a la comprensión de escenarios de

violencia por lesiones no fatales, definidos como los espacios de relación entre los hechos violentos y las dimensiones estructurales de la sociedad. No es posible plantear un concepto de *escenario de lesiones no fatales* desprevénidamente sin advertir que hay superposiciones entre ellos, incluso se da el caso en el que un mismo actor armado sirve a intereses contrapuestos.

Se evidencia complejidad de la violencia en el Departamento, con variaciones según el contexto geográfico y las condiciones de coyuntura en la recolección de los datos, posiblemente explicada por la concentración poblacional y la complejidad social, económica, cultural, política e ideológica de sus pobladores. Un aspecto que llama la atención es el peso diferencial de los distintos escenarios por región lo que tiene que ver con la cultura, la historia, los códigos de relacionamiento y las opciones que brinda el Estado a la sociedad para resolver sus diferencias. Es factible que la diversidad de escenarios en el Valle de Aburrá obedezca a la concentración y diversidad poblacional; así como a la variedad de espacios geográficos con características disímiles. Estos resultados coinciden con la definición de Camacho y Guzmán (13) sobre violencia urbana como aquella que existe en las ciudades y responde a características tales como la heterogeneidad social, económica y cultural; el predominio del comercio, la industria y organizaciones sociales secundarias; la fragmentación de imaginarios; la proliferación de

intereses y el anonimato. Por su parte, Uribe (21) plantea que “la violencia no siempre se expresa de la misma manera o con iguales intensidades; cambia, se transforma, se intensifica, se multiplica, se encausa o se desborda; asume manifestaciones múltiples y diversas como múltiples y diversas son las realidades socioculturales y políticas”.

La presencia de un mismo escenario en varias regiones sugiere la necesidad de profundizar en la descripción y análisis de escenarios en cada una de ellas para identificar las diferencias o similitudes entre las mismas, ya que los contextos sociales determinan las percepciones de los participantes. Para Uribe (21), los matices de la violencia varían de acuerdo con “la percepción que los sujetos y los pueblos tienen de ella; es decir, pasa por el tamiz de la cultura, de los referentes de identidad, de los sistemas simbólicos, de los mecanismos de cohesión y de consenso. Varía según la posición de los sujetos o del grupo social en los eventos violentos; si se es víctima o victimario o simplemente observador o testigo”.

La identidad de los escenarios para el Departamento y por región da pistas para entender el desarrollo de las relaciones entre lo público y lo privado, sus fronteras y sus áreas de intersección; en este trabajo se observó que los conflictos que ocurren entre familiares o entre cónyuges, son situaciones privadas que algunas veces no se resuelven por la vía del diálogo sino a través de agresiones físicas en espacios públicos. La

lesiones son producto de condiciones límite que superan los márgenes de tolerancia que se tendrían con otras personas ajenas a la familia.

En resumen, los escenarios de violencia como contextos explicativos y campos de conflicto permiten avanzar en una mirada comprensiva de la violencia que supere las relaciones causales entre parejas de variables, tales como “Violencia y pobreza” “Violencia e impunidad” y “víctima y victimario”, “violencia urbana y rural” y otras asociadas al fenómeno.

Así mismo, se constituyen en un punto de partida para la generación de políticas públicas, tanto locales como regionales y departamentales, que trasciendan el hecho violento, se dirijan a la intervención de condiciones estructurales, favorezcan las relaciones microespaciales y la valoración del sujeto.

**ESCENARIOS DE VIOLENCIA POR REGIONES, ANTIOQUIA, COLOMBIA 2007
REGIONES DE ANTIOQUIA**

	VALLE DE ABURRA	URABA	BAJO CAUCA	NORTE	SUROESTE	OCCIDENTE	NORDESTE	MAGDALENA MEDIO	ORIENTE
1 Apropiación de bienes	1 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados	1 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	1 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales	1 Conflictos personales
2 Reivindicación económica y/o moral	2 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	2 Apropiación de bienes	2 Apropiación de bienes	2 Reivindicación económica y/o moral	2 Apropiación de bienes	1 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	1 Reivindicación económica y/o moral	2 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados	2 Apropiación de bienes
2 Lesión por azar	2 Conflictos personales	2 Conflictos personales	2 Conflictos personales	2 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados	2 Reivindicación económica y/o moral	2 Reivindicación económica y/o moral	2 Lesión por azar	2 Agresión a símbolo identitario	2 Agresión a símbolo identitario
2 Conflictos personales		3 Supervivencia			3 Agresión a símbolo identitario		2 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia	3 Apropiación de bienes	2 Lesión por azar
3 Control social							2 Apropiación de bienes		2 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados
4 Fracaso en la tramitación de los conflictos al interior de la familia									
4 Agresión a símbolo identitario									
4 Coexistencia de prácticas o normas y actores armados									

Fuente: entrevistas semiestructuradas a 87 participantes

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María del Pilar Pastor Durango

BIBLIOGRAFÍA

1. Franco, S. y Forero L.J. Salud y paz en un país en guerra: Colombia, año 2002. En: FRANCO S. La salud pública hoy. Enfoques y Dilemas contemporáneos en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003: 555-583
2. Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación. Plan de Desarrollo 2008-2011 "Antioquia para todos: manos a la obra". Medellín; 2008
3. Forero LJ. Caracterización del homicidio en Colombia. En: Forensis 2002: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2003: 16-47
4. Concha A, Espinosa R. Lesiones violentas no fatales registradas en instituciones de salud. In: Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Social (CISALVA). Memorias Reunión Consultiva de la Red Andina de Prevención de la Violencia 2001. Cali: Universidad del Valle; 2001: 16-26
5. De la Hoz G. Lesiones personales En: Forensis 2007: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2007: 59-96
6. Hernández, W. Lesiones interpersonales. En: Forensis 2001: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2001: 63-81
7. Soriano MI, Cardona JI. Lesiones interpersonales. En: Forensis 2002: datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2002: 48-63
8. Gómez JA, Agudelo LM, Álvarez T, Cardona M, De Los Ríos A, García HI et al. Estado del conocimiento sobre la violencia urbana en Antioquia en la década de los noventa. En: Grupo Interdisciplinario de Investigación sobre Violencia, Instituto de Estudios Regionales, INER; Universidad de Antioquia. Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia, 1 ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001: 163-184
9. Szasz I y Amuchastegui A. Un encuentro con la investigación cualitativa en México. En: Szasz, I y Lerner, S. Para comprender la subjetividad. México: El Colegio de México; Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano; 1999: 18
10. Pérez La Rotta G. Génesis y sentido de la ilusión fílmica. Siglo del Hombre. Bogotá: Universidad del Cauca; 2003:31-32
11. Berger P y Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu. 2003: 164
12. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. La violencia como un

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

María del Pilar Pastor Durango

- problema mundial de salud pública. En: OMS/OPS. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington; 2003: 3-23
13. Camacho A. y Guzmán A. La violencia urbana en Colombia: teorías, modalidades, perspectivas. En: Camacho A, Guzmán A, Ramírez MC, Gaitán F. Nuevas visiones sobre la violencia en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo; 1997: 13-55
14. Medina G. Herramientas metodológicas para abordar el conflicto urbano. En: Alcaldía de Medellín, Programa de convivencia ciudadana. Memorias del Seminario "Experiencias de intervención en conflicto urbano" Medellín; 1998: 359-368
15. Useche O. Coordinadas para trazar un mapa de la violencia urbana en Colombia. Bogotá: Nova y Vetera; 1999, 36: 4-17
16. Llorente, MV, Echandía-Castilla C, Escobedo R y Rubio M. Violencia homicida y estructuras criminales en Bogotá. Bogotá: Análisis Político; No. 044, sep.-dic 2001: 17-38
17. De Los Ríos H, Ruíz J. La violencia urbana en el Medellín de los años ochenta. Medellín: Revista Universidad de Antioquia; 221, 1990: 59.24-59.42
18. Daza A, Hurtado F. Jóvenes, tipos de conflicto, tipos de actores. En: Alcaldía de Medellín, Programa de convivencia ciudadana. Memorias del Seminario "Experiencias de intervención en conflicto urbano" 1998. Medellín, 2001: 143-154
19. Camacho A y Guzmán A. Colombia, ciudad y violencia. Bogotá: Foro nacional por Colombia; 1990; 238 p.
20. Franco-Agudelo S y Forero-Martínez LJ. Salud y paz en un país en guerra: Colombia año 2002. En: La salud pública hoy. Enfoque y desafíos contemporáneos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002:555-583
21. Uribe MT. Nación, ciudadano y soberano. Medellín: Corporación Región; 2001:20

**AQUÍ ESTOY Y SIGO PARA ADELANTE: EL PROCESO DE
INTEGRACIÓN DESDE LA PERCEPCIÓN DE SOBREVIVIENTES DE
MINAS ANTIPERSONAL, ANTIOQUIA 2007**

Investigadora

Margarita Lucía Correa Restrepo.

Asesora

María Del Pilar Pastor Durango.

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

La Ley 759 de 2002 (1) define mina antipersonal como toda mina que tiene la potencialidad de incapacitar, herir y/o matar a una o más personas por la presencia, la proximidad o el contacto. La problemática de las minas antipersonal es de orden mundial. Según el Informe Monitor de Minas Terrestres en el año 2006, 8 áreas y 79 países del mundo presentaban problemas con minas antipersonal; 7 áreas y 58 países registraron nuevas víctimas, dentro de los cuales se encuentra Colombia, quien en el mismo periodo registró el mayor número con 1.106 (2).

Según datos del Observatorio de Minas de la Vicepresidencia de la República del año 2007 (3), Colombia tiene problemas por minas antipersonal y munición sin explotar (MUSE)¹ en 31 de 32 departamentos (96.8%) y en 584 de los 1076 municipios (50.2%). Entre los años

¹ Artefacto explosivo que no ha sido usado durante un conflicto armado, que ha sido abandonado o descartado por una parte del mismo y que ya no está bajo su control.

1990 y 2007 se han presentado 10.817 eventos y 6.117 víctimas. De los 125 municipios de Antioquia, 97 (77.6%) están afectados por minas antipersonal y munición sin explotar, entre 1990 y 2007 ocurrieron 2.256 eventos que generaron 1.429 víctimas.

En respuesta a los tratados internacionales y la legislación nacional, surgen en el contexto colombiano la Campaña Colombiana Contra Minas y el Observatorio de Minas Antipersonal, la asistencia que prestan estos está conformada por un amplio rango de actividades que hacen parte de un sistema de atención integral a los sobrevivientes en el cual se beneficia una estructura tripartita que incluye directamente a los individuos afectados, sus familias y sus comunidades.

La problemática de las minas antipersonal (MAP) en Colombia es grande si se tiene en cuenta que la cifra de nuevas víctimas² es sólo un indicador del problema, pues el

² Incluye los nuevos casos de personas afectadas por accidentes de minas antipersonal.

**GRUPO DE INVESTIGACION
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Margarita Lucía Correa Restrepo

número de sobrevivientes³ que necesitan y tienen derecho a la asistencia es más importante. Por lo tanto, las políticas deben adecuarse a las realidades de un país en conflicto, donde el número de víctimas y sobrevivientes crece de manera alarmante (2).

Por otro lado, aunque muchas personas y comunidades afectadas por las minas antipersonal se benefician del incremento de la atención en Colombia, otras aún no tienen acceso a las facilidades para su completa rehabilitación e integración y aunque hay una comprensión mayor sobre la dimensión del problema, los programas existentes están lejos de atender sus demandas.

Lo anterior, porque se privilegian las acciones relacionadas con la atención inicial y la rehabilitación física, limitando el apoyo financiero para los procesos de rehabilitación psicológica y más aún para la integración educativa, laboral, social y económica; además de falta de sensibilización, capacitación y compromiso de los diferentes sectores e instituciones encargadas de apoyar estos procesos. Adicionalmente, se proporciona un mínimo apoyo para que se pueda dar continuidad a los proyectos y procesos de rehabilitación e integración, con base en las necesidades, las expectativas, las posibilidades y las limitantes de los sobrevivientes y sus contextos, en el momento que las ayudas gubernamentales y no gubernamentales sean retiradas.

³ Incluye los nuevos y antiguos casos de personas afectadas por accidentes de minas antipersonal.

La asistencia es más que temas de rehabilitación, es un asunto de derechos humanos que debe considerarse en un contexto más amplio que incluya estrategias en salud, educación y trabajo para el mejoramiento de las condiciones de vida y el incremento de la calidad de vida y la formulación de políticas y planes de desarrollo a largo plazo que aseguren la sostenibilidad y eviten la segregación (2).

OBJETIVO GENERAL

Interpretar la dinámica del proceso de integración, a partir de los relatos de experiencias vividas por sobrevivientes de accidentes de minas antipersonal.

REFERENTES CONCEPTUALES

La integración. La discapacidad no es sólo una condición de la persona, sino un complejo conjunto de componentes, que se relacionan con la presencia de diversos factores, muchos de los cuales son establecidos y consolidados por el ambiente social, que limitan la participación y la interacción del individuo en todas las esferas de la cotidianidad. La integración es el grado de participación en la vida corriente de la comunidad, entendida ésta como la ejecución de diversas actividades y el cumplimiento de diferentes roles que las personas con discapacidad, individual o colectivamente tengan la capacidad o el deseo de alcanzar a lo largo de su existencia (4).

DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio se realizó con una perspectiva cualitativa que como modo de encarar el mundo de los sujetos sociales y de las relaciones que establecen con otros contextos e individuos, tuvo sentido para el presente trabajo pues asistió el abordaje de las realidades subjetivas e intersubjetivas de los sobrevivientes de accidentes de minas antipersonal, buscando comprender las lógicas que subyacen en la percepción que tienen del proceso de integración, haciendo especial valoración de su propia experiencia (5).

Las técnicas de recolección utilizadas fueron la entrevista individual semiestructurada (audio grabada) y la observación durante la entrevista. La primera, permitió develar a través del discurso las percepciones que los sobrevivientes de accidentes de minas antipersonal atribuyeron a su experiencia en el proceso de integración; la segunda, como técnica complementaria y simultánea a la entrevista, sirvió como un universo de referencia del conjunto de códigos no verbales que se producen en la interacción y que dan cuenta de las vivencias individuales y de las marcas sociales que origina el ser víctimas de este tipo de accidentes (5).

Se seleccionó una muestra basada en criterios de oportunidad y disponibilidad, no se tuvo como criterio la saturación de categorías por la dificultad para contactar nuevamente a algunas personas y por su poca disponibilidad para otros encuentros. Su selección se hizo a través de contactos personales e

institucionales y el uso de la técnica bola de nieve. Se concretaron 4 participantes adultos de sexo masculino, 2 civiles y 2 militares, 3 oriundos del Departamento de Antioquia y 1 del Departamento del Chocó. Es importante anotar que el tiempo transcurrido desde el instante del accidente hasta la realización de la entrevista estaba entre los 4 y los 14 años y además que todos los sobrevivientes recibieron atención en el Departamento de Antioquia. Finalmente, es preciso señalar que sólo fue posible realizar una entrevista semiestructurada a cada participante.

Como criterios para asegurar el rigor metodológico en este estudio además del registro y el análisis, se utilizó la revisión rigurosa y permanente de la coherencia interna por parte del investigador y de los evaluadores internos y externos. En otro sentido y en relación con el rigor ético, el presente estudio se enmarcó dentro de la categoría de estudios con riesgo mínimo según la resolución 008430 de 1993 (6). Se garantizó la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información a través de la utilización de seudónimos en las transcripciones y los testimonios. Además, se garantizó el respeto a la autonomía de los participantes en la investigación a través de la elaboración y obtención del consentimiento informado escrito o verbal.

PRINCIPALES RESULTADOS

Recuperar la funcionalidad. El proceso de rehabilitación física y la preparación del miembro residual es asumido por los sobrevivientes como

una experiencia compleja llena de obstáculos y retos.

Transformar la visión de sí mismo. La experiencia de los sobrevivientes en el proceso de entrenamiento y adaptación protésica y la sensación de pérdida que persiste, va más allá de la amputación. También es evidente la importancia que le otorgan a la prótesis como componente fundamental en el proceso de integración, ya que les permite borrar parcialmente la huella de la pérdida del miembro, que aunque no podrá recuperarlo, sí podrá restablecer la independencia funcional, la dignidad humana y el proyecto de vida.

Compensar la pérdida. La percepción de los sobrevivientes sobre la educación antes y después del accidente por minas antipersonal muestra el valor que le atribuyen.

Volver a ser productivo. Se refiere a la percepción de los sobrevivientes sobre la situación laboral y económica y su productividad previa al accidente y al proceso de integración posterior a éste, lleno de obstáculos y oportunidades simultáneamente.

Asegurar el sustento. La experiencia de los sobrevivientes en el proceso de asignación de la pensión y su importancia, muestra que ésta representa la única posibilidad de sustento económico para sí mismos y para su núcleo familiar, bajo la nueva condición de discapacidad.

Restablecer las relaciones. Describe las relaciones sociales con los padres, la pareja, los hijos y los

amigos que se dieron antes del accidente y los cambios que éste último introdujo a los sobrevivientes en su interacción familiar y social.

Cambiando de vida. El accidente generó un cambio de vida para los sobrevivientes, no sólo por las huellas físicas, funcionales y psicológicas que permanecen aún, sino por las oportunidades y el reconocimiento que trajo consigo.

CONSIDERACIONES FINALES

Las percepciones de los sobrevivientes acerca del proceso de integración son contradictorias, simultáneamente se presentan en ellos actitudes negativas y optimistas, posibilidades y barreras constantes, pérdidas y desafíos por asumir. Este suceso genera sufrimiento e incertidumbre pues ellos deben adaptarse a una nueva manera de existir y traspasar barreras para dirigirse a las posibilidades reales de sí mismos y del entorno, que requiere de la aceptación de la situación presente, de la realización de ajustes necesarios y de la visualización para redimensionar las perspectivas a futuro.

Independientemente de la causa de la amputación, su impacto depende de muchos factores como la naturaleza del suceso, el tipo de lesiones, el nivel de pérdida y aceptación y el nivel de amenaza al proyecto de vida. La rehabilitación es la primera acción responsable por emprender con quienes deben perder una o varias partes de su cuerpo y por ende, su independencia y tranquilidad a causa de la guerra. Sin embargo, es imperativo recordar que los procesos

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Margarita Lucía Correa Restrepo

de integración van más allá de la rehabilitación, por esta razón y considerando las consecuencias que la discapacidad originada por minas antipersonal implica, se hace necesario trabajar para todos y con todos los afectados, es decir con los sobrevivientes, sus familias y comunidades, con el fin de ayudarlos a lograr una mejor adaptación al cambio y asumir y desempeñar nuevos roles participativos en las diferentes esferas de la vida social de acuerdo a las nuevas limitaciones y capacidades.

Por todo lo anterior, se hace evidente la importancia de un desarrollo armónico en el proceso de asistencia, pues rehabilitar a un sobreviviente de minas antipersonal no sólo significa integrarlo a la sociedad como una persona independiente. La rehabilitación debe ser capaz de llevarlo hacia perspectivas de un quehacer cotidiano modificado pero bajo condiciones favorables y con expectativas reales que le permitan mantener una mayor amplitud hacia el mundo y la vida. Los sobrevivientes narraron lo doloroso y desafiante que es vivir una amputación, pero a pesar de todos los tropiezos revelaron tener la fortaleza suficiente para no dejarse vencer y seguir adelante, así la expectativa de una vida nueva es un motivo para continuar aún en medio de la adversidad y la discapacidad es incorporada a la vida y como parte de ella se acepta.

La integración es percibida como un momento complejo de transición en la vida de los sobrevivientes de minas antipersonal, que empieza en el

momento del accidente pero nunca termina, pues es la redimensión constante de su cuerpo y la reconstrucción permanente de su proyecto de vida. En este sentido, coexisten múltiples percepciones involucradas en la transformación del cuerpo y la existencia debido a la amputación. El cuerpo tiene vital importancia como medio de integración y de relación con el mundo y perder una parte de él es doloroso, pues impone un nuevo modo de vivir y de relacionarse consigo mismo y con los demás y de igual forma, diferentes retos en la nueva situación de discapacidad.

Este proceso de integración requiere de la convocatoria y del trabajo de muchos sectores y actores comprometidos con el trabajo conjunto y responsable, pero sobre todo con la construcción de una política pública que garantice el cumplimiento de derechos y deberes y con la creación de espacios de deliberación colectiva en los que las visiones y las voces de todos los implicados tengan las mismas oportunidades de ser válidas.

Las políticas para el desarrollo parten pues de la identificación y la comprensión de la complejidad de los problemas sociales que hoy afrontan las personas y las comunidades afectadas por la problemática de las minas antipersonal, de allí surge la importancia de realizar este estudio en el que se proporcionan elementos para garantizar la participación y la deliberación amplia de diversos actores y sectores involucrados, para que se pueda enriquecer con

diferentes visiones la definición del problema y se puedan generar diferentes opciones para afrontarlo.

BIBIOGRAFÍA CITADA

1. Congreso De La República De Colombia. Ley 759 de 2002. LEGIS: Legislación: Número 1197, Agosto 2002. Bogotá; 2002:335
2. International campaign to Ban Landmines: Landmine Monitor. Informe monitor de minas terrestres 2006: Hacia un mundo libre de minas. Mines Action Canada, Handicap International, Human Rights Watch y Ayuda Popular Noruega. Ottawa, Canadá; 2006:152
3. Vicepresidencia de La República De Colombia: Programa de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario: Observatorio De Minas Antipersonal. Frecuencia de eventos y víctimas por departamento 1990-2007. [Internet] [Acceso en Agosto de 2007] Disponible en: www.presidencia.gov.co
4. Cano-Restrepo, BC. Política pública en discapacidad: Fortalecimiento y movilización social: La habilitación y rehabilitación de personas con discapacidad. Red de Solidaridad, Ministerio de Protección Social y Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia. Medellín; 2005: 101-115
5. Galeano-Marín, ME. Diseños de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial, Universidad EAFIT; 2004:84
6. República de Colombia: Ministerio de Salud. Resolución número 008430 del 4 de Octubre de 1993. Bogotá; 1993:12

SALUD Y EDUCACIÓN, UN ASUNTO DE DERECHO

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EJERCICIO CIUDADANO DE NIÑAS Y NIÑOS HABITANTES DE LAS COMUNAS 7,12 Y 13 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Investigadora

Silvia Paulina Díaz Mosquera

Asesor

Gustavo Arango Tamayo

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de la identificación de una brecha entre la legislación sancionada por Colombia (1) y la situación de vulneración de derechos que se evidencia en diferentes informes de país (2, 3, 4). La construcción del problema se dirigió a revisar desde la perspectiva de la salud colectiva y desde niños y niñas la lectura que hacen de sus procesos de vida a través del ejercicio ciudadano.

PRINCIPALES REFERENTES CONCEPTUALES

La **niñez** es un referente fundamental para el presente trabajo y para su abordaje se privilegia la **sociología de la infancia** como campo de conocimiento que permite un acercamiento donde se supera la edad cronológica, para resaltar la relación de niñas/niños con la cultura y el acontecer histórico de cada sociedad, siempre en relación con los demás

miembros de ésta. La sociología de la infancia surge en los últimos 20 años del siglo XX como respuesta a una insatisfacción con la consideración que se ha tenido de niños/niñas en la sociedad, los métodos utilizados para su estudio (5) y como posibilidad de asumir la niñez como objeto de estudio en sí misma, mirando a niños/niñas como seres sociales, conectando su análisis con el de la estructura social y los procesos que acontecen en ella (6). Su reflexión teórica e investigativa se dirige a tratar de develar la realidad que envuelve la vida de los niños y las niñas, incorporando su visión al desarrollo sociológico, para aportar explicaciones desde lo interdisciplinar sobre la niñez y visibilizar a los niños y niñas como actores sociales.

Las **representaciones sociales** como una aproximación que privilegia los procesos sociales a partir del sentido común, posibilita el análisis de la manera como niñas/niños construyen su ciudadanía en la

interacción social, teniendo como base el enfoque etnográfico propuesto por Banch (7), donde se centra el análisis de las representaciones sociales en los patrones de pensamiento social y comportamiento propios de la rutina cotidiana en el contexto concreto, asociados a la manera como apprehenden, en este caso niños/niñas, los acontecimientos de la vida diaria y a los demás, en un conocimiento que es socialmente elaborado y compartido (8). Las representaciones sociales que se tienen sobre el ejercicio ciudadano, constituyen así, principios orientadores de las prácticas de niñas/niños en sus comunidades.

La **salud colectiva** como campo de conocimiento que pretende navegar en lo inter y transdisciplinario desde un objeto de estudio constituido por "los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción de la vida social"(9), permite trascender la medicalización de la vida, para acercarnos a ella como ámbito de prácticas que se centra en las necesidades sociales de salud y que nos remite a aceptarla como realidad histórica y cambiante, a partir de la relación con otros. La salud colectiva, privilegia el carácter histórico, social y cultural en el que crecemos como seres humanos y como sociedades complejas y contradictorias y por lo tanto nos permite en el presente trabajo investigativo, caminar entre saberes, realidades y acciones que ocurren en el contexto de los niños y niñas que participan en él, evidenciando el carácter autopoietico (10) de

poblaciones humanas que como la niñez significan sus vidas y relaciones a través de las representaciones que comparten y según las cuales actúan en lo social, construyendo sus posibilidades de acción e interacción en relación con sus procesos vitales y al mismo tiempo permite aportar a la salud de los colectivos desde la visibilización de niñas y niños como grupo social con posibilidades de participación en las prácticas sociales.

En relación con el **ejercicio ciudadano**, se parte de la ciudadanía como concepto que ha estado en permanente redefinición, enmarcando la situación política, económica, social y cultural experimentada por la sociedad a través de la historia y el actuar de sus miembros dentro de ésta. En este sentido, la ciudadanía en relación con la niñez, está enmarcada por la construcción social y cultural que cada país tenga de este grupo poblacional y cómo se integra a su comunidad política, con los derechos como mediadores y marco para el ejercicio ciudadano, que implica, según Durston (11), que el individuo se ocupe de los temas de preocupación de la colectividad, que haga escuchar su voz en la discusión pública de esos temas, que pase de ser consumidor de mensajes y valores a productor de sus propios mensajes, en la medida en que imagina y comunica sus propuestas de solución en el espacio colectivo. El ejercicio ciudadano representa así, un accionar en lo público entendido como el mundo de lo común (12), un mundo que como plantea Uribe (13), se construye desde la diferencia, donde

se actúa en presencia de otros, se forman las identidades y se construyen las representaciones, como una construcción dinámica e histórica que reconoce al otro como un par “capaz de argumentar, como capaz de expresar su palabra, como capaz de discurso.”

OBJETIVOS

Se plantea como objetivo general, analizar las representaciones sociales que sobre ejercicio ciudadano, comparten niños y niñas escolarizados, habitantes de las comunas 7, 12 y 13 de la ciudad de Medellín y para esto se consideran como objetivos específicos caracterizar los barrios que habitan niños y niñas participantes en el estudio, identificar las dinámicas escolares de la Institución Educativa La Piedad como punto de encuentro y relación de niños/niñas y describir la lógica que subyace en las relaciones y acciones de niños y niñas en relación con el ejercicio ciudadano en su vida diaria.

EJES FUNDAMENTALES DEL DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se realizó desde un enfoque cualitativo a través de la etnografía. Se utilizaron entrevistas grupales y observación como métodos de recolección de información que fueron implementados a través de talleres que se realizaron con 15 niñas y 15 niños en edades comprendidas entre los 9 y 12 años de edad, escolarizados en una institución educativa pública de la ciudad y habitantes de las comunas 7,12 y 13 de la ciudad de Medellín.

PRINCIPALES RESULTADOS

En la observación y construcción de contextos por parte de niños y niñas se destacan aspectos del entorno físico cultural y social de vivencia donde se presentan con diferentes matices según el barrio o sector, la violencia, la privatización de lo público y las construcciones comunitarias, como aspectos que niños y niñas reconocen como parte de sus entornos:

“... allá casi nada es seguro porque matan, roban, acuchillan, violan etc. Y me gusta porque ayudan, regalan cosas que los pobres necesitan, por rifas, hacen fiestas, hacen actividades, hay minitecas para niños donde no hay alcohol, porque hay parques” Marta, 10 años

En el análisis de la información, se destacan tres aspectos que emergen y en los cuales niñas y niños expresan su lectura de la manera como pueden ejercer la ciudadanía en sus contextos. Estos son la participación, la palabra y el ejercicio ciudadano como tal.

En relación con la **participación**, reconocen tres escenarios que son importantes para ellos: el espacio de la *relación con los adultos* como una búsqueda de interacción y comunicación en la diversidad de lógicas que posibilite una expresión real de la interpretación del mundo social desde la niñez y que sea tenido en cuenta para las decisiones que se tomen en los diferentes colectivos a que pertenecen, es así como expresa Paula que:

“por mi casa dicen [los adultos] que los niños qué piensan [...] y vamos nosotros a decirles a los de la junta, [sus opiniones y deseos

Silvia Paulina Díaz Mosquera

frente a lo que ocurre en la urbanización] eso sí, la mayor parte dicen que no o dicen que sí pero no lo hacen..." Paula, 9 años

La participación con sus compañeros(as) y amigos (as) se expresa como posibilidad de inclusión, validación de su lectura de las realidades, como partícipes en lo público desde la posibilidad de buscar la igualdad de oportunidades que en algunos casos replica la relación con los adultos y en otros se exploran propuestas diferentes al adultocentrismo. Y lo tecnológico, emerge en la participación como una manera diferente de relacionarse con otros.

La palabra se presenta para niñas y niños como mediadora de las relaciones y en este aspecto sobresalen las dificultades para expresarse en lo público en un espacio que para niños y niñas aun tiene dificultades para creer que sus palabras tienen propuestas y sentidos:

"No nos dejan expresar [los adultos] las ideas para mejorar la ciudad o el barrio [...], hay que escuchar, tienen que escuchar a las demás personas, si aportan buenas ideas, o no, cosas así." Héctor, 11 años

En relación con el **ejercicio ciudadano** como tal, se plantea una construcción que tiene como ejes la relación con los otros expresada en las personas, el medio ambiente y la ciudad, su consideración clara como sujetos de derechos y sus propuestas para ejercer una ciudadanía donde valores como la solidaridad y el respeto son fundamentales:

"Ser ciudadano es cumplir con nuestros derechos y deberes, respetar a los demás, ayudar a los demás cuando lo necesitan" Liliana, 10 años

CONSIDERACIONES FINALES

Desde la manera como niñas y niños se representan el ejercicio ciudadano, podemos analizar, la evolución que ha tenido, el cambio que en los últimos años ha tenido su inclusión en el discurso de los adultos en una visión que los integra como sujetos de derecho, en lo que respecta a lo normativo, en una lectura que a 20 años de la promulgación de los derechos de niños y niñas en la Convención, se hace pertinente y necesaria.

La presente investigación aporta a esta perspectiva, desde la salud colectiva, como la significación de los procesos de vida en la niñez, con un avance hacia el reconocimiento por parte de niñas y niños en relación con su visibilización en el mundo social, aunque aún no existe la misma situación hacia la escucha en la importancia que le dan a la palabra como posibilidad de inclusión y a los otros en su diversidad, en dos categorías transversales a las representaciones que construyen alrededor de ejercicio ciudadano, que están constituidas por lo público y la intersubjetividad. El primero entendido como espacio para la expresión y también como la posibilidad de reconocimiento e inclusión y el segundo como única posibilidad de tejer lo social en los colectivos de los que hacen parte.

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Silvia Paulina Díaz Mosquera

Por lo anterior es importante trabajar desde diferentes instituciones hacia la inclusión de las voces de niñas y niños en la investigación, la promoción de trabajos investigativos donde ellas y ellos sean investigadores de sus realidades y principalmente la inclusión de este tipo de investigaciones en los diagnósticos que como parte de los compromisos generados por la Ley de infancia y adolescencia en Colombia, son exigencia para las administraciones municipales, departamentales y nacionales con miras a “establecer las problemáticas prioritarias que deberán atender en su Plan de Desarrollo, así como determinar las estrategias a corto, mediano y largo plazo que se implementaran para ellos”(14) . Para el presente periodo en la ciudad de Medellín, si bien el diagnostico (15) incluyó ampliamente resultados investigativos principalmente de enfoque cuantitativo, para las áreas de derechos establecidas por la Convención: vida y salud, educación y protección, no se hizo lo mismo para el área de participación, haciendo que este aspecto de gran relevancia para la demanda de reconocimiento expresada por niños y niñas en la presente investigación, no se haga visible y que las voces de los protagonistas de estas políticas no hayan estado presentes, para estas definiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Diario Oficial 46446. Noviembre 8 de 2006
2. Defensoría del Pueblo. Diagnostico de la Infancia en Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2006. [Internet] [acceso septiembre 2007] Disponible en: http://www.defensoria.org/?_s=e6&c=1150
3. Comité sobre los derechos del niño. Implementación de la convención sobre los derechos del niño, periodo de sesiones 42. Bogotá; 2006:1-83
4. Secretaria de Bienestar Social. Infancia y Adolescencia en Medellín: Diagnostico Situacional. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2008.
5. Gaitán L. La nueva sociología de la infancia. Aportaciones de una mirada distinta. Polít Soc; 2006, 43(1): 9-26
6. Rodríguez I. Condicionantes teóricos en el surgimiento de la sociología de la infancia: El caso de la sociología española. México: Red por los derechos de la infancia; 2003:2
7. Banch M. Las representaciones sociales como perspectiva teórica para el estudio etnográfico de comunidades. En: Valencia S. Representaciones Sociales. Alteridad, epistemología y movimientos sociales. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2006:201-228
8. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S.

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Silvia Paulina Díaz Mosquera

- Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1988:469-494
9. Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción Social, Subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004:106
10. Maturana H, Varela F. El Árbol del Conocimiento. Novena Edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993
11. Durston J. Limitantes de la Ciudadanía entre la juventud latinoamericana. Revista Iberoamericana de Juventud; 1996, jul 1:84-89
12. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Ediciones Paidós; 1993: 7, 64, 66, 202, 202
13. Uribe MT. Notas coloquiales sobre la ética y la política. En: Calderón C. Ética para tiempos mejores. Medellín: Corporación Región; 1996:34
14. Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Diario Oficial 46446. Noviembre 8 de 2006
15. Secretaria de Bienestar Social. Infancia y Adolescencia en Medellín: Diagnostico Situacional. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2008

**MONITOREO ESTRATÉGICO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
CON LOS ESCOLARES ADOLESCENTES DEL BARRIO EL CAIRO.
BELLO, 2006-2007**

Investigadora

Luz Ever Díaz Monsalve

Coinvestigadores

María Consuelo Torrente Posada

Elizabeth Ramírez Gómez

Andrés Soto Sánchez

Instituciones participantes y apoyo financiero

Comité de Desarrollo de la Investigación CODI, Universidad de Antioquia
Institución Educativa la Milagrosa

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y las condiciones para el ejercicio de los derechos relativos a ella, reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país. La modernidad y la globalización con su gran complejidad, incrementan la necesidad de los adolescentes de encontrar, en las nuevas circunstancias que les rodean, los elementos para asumir los cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimentan en la construcción de un rol social que armonice con su identidad, organizar su comportamiento desde un hacer en el mundo que los oriente positivamente y sustente un proyecto de vida que dé sentido a su relación presente con el entorno.

Algunos de los efectos negativos de la sexualidad vivida en condiciones poco

beneficiosas para el bienestar y la protección de la vida, lo constituyen los eventos de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual, y el embarazo en condición de no planeado y no deseado y el impacto que este evento tiene en la salud de la embarazada, su familia y la sociedad en general.

A noviembre de 2007 Colombia contaba con 57.489 casos de VIH/Sida, de los cuales 7.977 casos pertenecen a Antioquia, departamento que ocupa el tercer lugar en el país después de Bogotá y Valle (1). Para el mismo año se diagnosticaron en Antioquia 739 casos nuevos de esta enfermedad, para una tasa de incidencia de 12.7 por cada 100.000 habitantes. Por su parte en Bello se diagnosticaron 43 casos para una tasa de 11.1 casos nuevos de VIH por cada 100.000 habitantes del municipio en el 2007 (2).

Respecto al embarazo en adolescentes, en Antioquia se reportaron 1.167 nacidos de madre en edad entre 10 y 14 años, para una tasa de fecundidad 4.2 nacidos por cada mil mujeres, y en las de 15 a 19 años nacieron 23.318 para una tasa de 84,1 nacidos por cada mil mujeres del departamento. Para Bello la tasa fue de 2.6 nacidos en menores de 14 años y 69.4 nacidos de adolescentes entre 15 y 19 años por cada mil mujeres del departamento (2).

Con este estudio se pretendió realizar, con la comunidad académica de la institución educativa, el análisis de los determinantes protectores y deteriorantes de la SSR de los adolescentes escolares del barrio el Cairo, ubicado en el Municipio de Bello, mediante la metodología del monitoreo estratégico en salud.

PRINCIPALES REFERENTES CONCEPTUALES

La pandemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el aumento en las tasas de enfermedades de transmisión sexual, llevó a que los organismos gubernamentales y organizaciones mundiales repensaran los conceptos relacionados con la sexualidad y la salud sexual separándolo de la reproducción humana (3).

Hoy se habla de la salud sexual como “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (3). La salud, o bienestar sexual requiere de condiciones que permitan el disfrute de experiencias

sexuales libres de coerción, discriminación y violencia en circunstancias seguras para la conservación de la vida. La salud reproductiva se entiende, como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, e implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria segura, con capacidad para reproducirse y libertad para decidir si hacerlo, cuándo y cómo (3, 4).

Algunos autores definen el desarrollo humano como un proceso continuo a través del cual los sujetos satisfacen sus necesidades y desarrollan competencias, habilidades y redes sociales⁴ durante su existencia, este proceso implica transformaciones en las dimensiones social, biológica, psicológica y espiritual entre otras.

La adolescencia es una etapa del desarrollo caracterizada por la sucesión de cambios en forma simultánea y abrupta en las distintas dimensiones del ser humano tales como la forma de relacionarse con los demás, derivado de roles y normas familiares y sociales contradictorios en la medida en que se exige comportamiento de adulto y cumplimiento de normas para menores de edad; nuevas formas de mirarse a sí mismo, a las personas del mismo sexo y del otro sexo. Esta serie de cambios pueden causar alteraciones en el bienestar del individuo si no se cuentan con ciertas condiciones como una red de apoyo

social que oriente al individuo, a sus familias y a las comunidades en la forma de afrontar dichos cambios, estos se constituyen en los determinantes de la SSR, entre los que cuenta el acceso servicios educativos y de salud, el respeto por los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, acceso a la participación social (4).

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar los procesos y condiciones protectoras y deteriorantes de la salud sexual y reproductiva de los escolares adolescentes del barrio El Cairo de Bello para implementar con ellos/as estrategias de intervención que promuevan el cuidado de su salud.

Objetivos específicos:

- a) Reconocer el contexto económico, político y social, de los servicios educativos y de salud en el cual se desarrolla la vida de los integrantes de los grupos de SSR
- b) Caracterizar los/as escolares adolescentes de acuerdo a algunas variables demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas singulares que determinan el proceso salud enfermedad y vida de los escolares.
- c) Analizar con la comunidad académica los procesos protectores y deteriorantes de la SSR.
- d) Priorizar con la comunidad académica las necesidades y problemas de la SSR, y las alternativas de solución que contribuyan a la implementación

del monitoreo estratégico en salud.

- e) Gestionar con la comunidad académica programas y proyectos que impacten la calidad de vida y condiciones de la SSR de los escolares.

EJES FUNDAMENTALES DEL DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio de los procesos protectores y deteriorantes de la SSR de los/las adolescentes se logró mediante una investigación cuantitativa, descriptiva de tipo transversal. Para el estudio además se tomaron los lineamientos del monitoreo crítico propuesto por Jaime Breilh, el cual propone el “intercambio entre la colectividad, sus percepciones, sus necesidades, y cultura popular con las del grupo” (5) investigador, lo que implica la participación activa de la comunidad académica en la identificación, análisis y priorización de las necesidades, así como de estrategias para mejorar las condiciones que afectan la SSR de los escolares adolescentes.

En vista de que la Institución Educativa La Milagrosa es la única de este tipo en el barrio el Cairo, se eligió como único escenario para el estudio. La muestra (244 estudiantes de una población escolar adolescente de 353 matriculados) se calculó un nivel de confiabilidad del 95% y un nivel de significación alfa del 5%; el error máximo permisible del 4% ($e=4\%$) y un poder del 96% y una probabilidad (p) de ocurrencia del evento de 0.5 (6), la muestra fue estratificada por jornada de estudio (diurna y nocturna) y por sexo. El muestreo fue

aleatorio simple, para la selección de los/las participantes se empleó el Software estadístico Statistical Package Social Science (SPSS) versión 12.0.

Básicamente se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, una encuesta aplicada a las personas seleccionadas en el muestreo, y grupos de discusión con la comunidad académica distribuidos por grupos homogéneos por etapa de adolescencia (7), sexo, padres de familia y líderes y otro grupo conformado por docentes de la Institución.

El análisis estadístico de los datos cuantitativos se realizó mediante en el programa SPSS versión 8.0. La información recolectada en los grupos de discusión fue grabada en cinta magnética, se hizo lectura y relectura que permitió identificar las unidades significativas de acuerdo al sentido de las expresiones de los y las participantes.

PRINCIPALES RESULTADOS

Los/as adolescentes encuestados fueron 233, de los cuales el 80% estudia en la jornada de la tarde, y el resto en la noche; el 56% fueron hombres y el 44% mujeres. Las edades se agruparon de acuerdo a la clasificación que la normatividad colombiana define para la adolescencia, en la población encuestada se encontró que el 36% de los escolares está en la adolescencia temprana, el 54% en adolescencia media y el 10% en la tardía. En el estrato socioeconómico el 62% pertenecen al estrato socioeconómico

dos y tres, sólo el 8% expresó estar en el estrato 1, y un estudiante dijo pertenecer al estrato cuatro, es de tener en cuenta que un gran porcentaje (29%) no respondió o no sabía al estrato que pertenecía. Referente a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el mayor porcentaje se encuentra afiliado en el régimen contributivo (39%), seguido del subsidiado (34%), no afiliado el 1% y no respondieron a la pregunta el 27%.

En el análisis de los procesos protectores y deteriorantes se realizó desde los determinantes generales, particulares e individuales, a continuación se analiza cada uno:

En los procesos generales, se encontraron procesos protectores como la existencia de los derechos humanos que protegen la vida y el desarrollo de la libre personalidad; los derechos sexuales y reproductivos y la Ley General de Educación que contempla el proyecto transversal de en sexualidad para los estudiantes de formación básica. Como procesos deteriorantes se encontró desconocimiento de los derechos tanto por adolescentes como por la comunidad académica. Entre los derechos más violentados están el derecho a la información en sexualidad; si bien la proporción de maltrato encontrada en la información cuantitativa es relativamente baja (1.3%), en los grupos de discusión, esta fue una situación a la cual hicieron referencia varios participantes, el maltrato va desde el contacto físico hasta el acceso carnal violento; otros derechos que se

encontraron vulnerados fue la libre expresión de sexualidad, el acceso a métodos anticonceptivos y la libertad en la toma de decisiones referentes a la maternidad.

Los procesos particulares se analizaron desde las instituciones sociales y los grupos de pares.

En la institución educativa, se encontraron docentes preocupados por la conducta sexual y la formación en sexualidad de los escolares, y la conciencia de la falta de formación en estos temas para replicarlos con los estudiantes, además desconocen el proyecto de sexualidad de la institución. Al interrogar a los escolares el 84% afirma que en la institución le dieron información sobre sexualidad en clases de ética y biología, sin embargo, en los grupos de discusión reconocen que la información es incompleta, y que no existen espacios de discusión para aclarar las dudas con los/las docentes. En cuanto al docente como fuente de consulta, se encontró que solamente el 18% de los/as encuestados responde que confía en los docentes para ello.

En el acceso a programas de salud se encontró desconocimiento de los programas de anticoncepción, y de atención al joven, además la imagen social de la Institución de salud más cercana no es positiva, solamente reconocen a Profamilia como una institución que aporta a la SSR representado en la atención individualizada en un consultorio y por un proyecto educativo ejecutado en el colegio el año anterior a la investigación, pero en la actualidad

Profamilia ya no tiene oficinas de atención en Bello, por lo que ya no se cuenta con este recurso.

En la composición familiar se encontró que el 47% de los escolares encuestados viven con ambos padres, el resto vive con uno solo de ellos. La convivencia en una familia compuesta, es un determinante favorecer de la SSR en tanto que ambos padres están pendientes de la formación sus hijos/as, además cuando el padre y otros miembros de la familia trabajan hay mayor posibilidad de que la madre permanezca en el hogar y así los/las adolescentes se sienten más limitados/as para tener relaciones coitales. Además la convivencia constante con la madre aumenta la confianza para establecer conversaciones sobre temas relativos a la sexualidad.

En la encuesta se encontró el 56% del total de los encuestados consultan sus dudas a la madre, los adolescentes en etapa temprana son los que más le consultan, los hermanos mayores constituyen otra fuente de consulta, y el grupo que más los utiliza son los de la Adolescencia tardía, al parecer a medida que se aumenta la edad, se confía menos en los padres y más en los hermanos. En cuanto al sexo se encuentra que la mujer consulta más a la madre y hermanos/as mayores y en menor proporción al padre, los hombres confían más en la madre y en el padre para aclarar sus dudas respecto a la sexualidad.

En los grupos de discusión, la comunidad académica reconocen dificultades para establecer diálogo

familiar en temas de sexualidad, algunas razones que mencionan para ello son barreras culturales, falta de confianza, prejuicios de los padres y desconocimiento de los padres para tratar estos temas con sus hijos/as.

En el análisis realizado a la forma como los pares perciben y viven la sexualidad se encontró que las fiestas se constituyen en espacios para promover encuentros sexuales, en tanto que se sienten desinhibidos/as por falta de supervisión de adultos, esta condición aumenta cuando se consume licor u otras sustancias psicoactivas, donde las mujeres tienen mayor riesgo ya que pueden tener contacto genital con personas que en estado de sobriedad no los tendrían, sea porque se sienten atraídas o porque no tienen las suficientes fuerzas para rechazar las pretensiones de un hombre, sin que esto se considere violación en el medio.

En el medio las relaciones íntimas están motivadas por la necesidad de conseguir dinero, sea para suplir necesidades básicas o para comprar accesorios; para fortalecer los lazos sentimentales con una pareja; por experimentar roles en una relación íntima, o para conocer varias parejas; relaciones por presión de la pareja, los pares, el padre o los hermanos; las relaciones para tener más estatus social, principalmente en los hombres.

En los grupos de discusión se encontró que el condón es el método de planificación que más han oído escuchar, pero no se sienten seguros/as al utilizarlo, les da

vergüenza comprarlos, y sienten que la satisfacción disminuye cuando los usan. La mujer se siente limitada para utilizar un método anticonceptivo, en ocasiones porque el novio piensa que le va a ser infiel, en otras no tiene dinero para comprar el anticonceptivo y en otras porque teme que la descubran vecinos, familiares o la pareja planificando.

El embarazo en las adolescentes ocurre por desconocimiento de un método anticonceptivo; para retener la pareja; 'embarazos por moda' siguiendo estereotipos de modelos, programas de televisión o porque alguien conocida se 'veía muy bonita en embarazo'; el deseo por conformar un hogar. El grupo adolescente reconoce las limitaciones que acarrea un hijo, principalmente cuando no se recibe el apoyo de la familia, aunque el padre adolescente descarga su responsabilidad a la familia de la joven.

En los procesos particulares de la SSR de los adolescentes se analizó la conducta sexual de las y los adolescentes representada en la actividad sexual y las precauciones que tiene en cuenta para evitar embarazo e infecciones.

En la muestra estudiada se encontró que el 67% no habían tenido relaciones sexuales en su vida, de éstos el 62% eran hombres y el 72% mujeres.

Del 33% que habían iniciado la vida sexual coital al momento de la encuesta, se encontró que la edad mínima de inicio fue de 9 años. En el número de compañeros sexuales al

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS EN SALUD**

Luz Ever Díaz Monsalve

año anterior de la encuesta oscila entre 1 y 10 parejas, distribuidas así: tres o más compañeros fueron el 15%, dos compañeros el 6% y un compañero el 11%, los hombres en adolescencia tardía los que más parejas diferentes tuvieron el año anterior a la encuesta. En la motivación para tener relaciones íntimas se encontró que es el amor en el 41%, el amor y el placer en el 46%, el placer en el 12% y el placer y dinero en el 1%, el mayor porcentaje obtenido en las motivaciones relacionadas con el amor se encontró en el sexo femenino. Solamente el 3% de los/as encuestados/as refiere que consumo de licor siempre que tiene relaciones íntimas, el 23% lo hace ocasionalmente, el 18% solamente una vez consumió licor al momento de una relación coital y el 46% afirma que nunca ha tenido relaciones sexuales bajo efectos del licor. El método anticonceptivo más utilizado por los encuestados son los métodos de barrera diferente al condón (37%), el condón (23%) y anticonceptivos orales (22%), los escolares en adolescencia media son los que más utilizan métodos anticonceptivos.

La tasa de natalidad fue de 47¹ por cada mil adolescentes encuestados. El 6.3% de los escolares tenían antecedentes de aborto. Totalizando los eventos reproductivos (antecedentes de maternidad o paternidad) que culminaron con recién nacido vivo más los abortos se encontraría una proporción aproximada de 112 escolares con

¹ Se encontraron 11 eventos reproductivos (11/233).

antecedente obstétrico por cada mil escolares encuestados.

Referente a las infecciones de transmisión sexual se encontró una proporción de 2.1 escolares con antecedente por cada 100; entre ellos se informaron tres casos de infección gonocócica, y dos casos de infección no especificada. De las personas con antecedentes de infección dos consultaron al médico, una a los padres y dos no respondieron.

CONSIDERACIONES FINALES

Entre los procesos protectores encontrados se resaltan la existencia de políticas para la protección de la SSR en la población general y de los adolescentes en particular; la preocupación de la comunidad académica por la formación de los escolares en sexualidad y la disposición para el aprendizaje; el reconocimiento de los padres, en especial la madre, como fuente de información confiable; la confianza que se tienen los pares para establecer diálogo en temas relativos a la sexualidad; la mayoría de los y las adolescentes encuestados no han iniciado su vida sexual, tienen algún conocimiento de los métodos anticonceptivos, no se encontró uso frecuente del alcohol y sustancias psicoactivas al momento de tener relaciones coitales y reconocen las implicaciones –sociales y económicas– del embarazo en la adolescencia y juventud.

El proceso deteriorante priorizado por la comunidad académica fue el desconocimiento de padres de familia y docentes en temas relativos a la

sexualidad, salud sexual, salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, y la forma de dialogar estos temas con los hijos/as y estudiantes en las diferentes etapas del desarrollo humano, esta situación que se refleja en la alta tasa de natalidad encontrada en la muestra estudiada, además en algunos comportamientos de riesgo para embarazo e infecciones.

En concordancia con lo anterior, la comunidad académica decidió concretar el proyecto pedagógico en sexualidad dirigido a padres de familia, docentes y estudiantes. En el momento ya se tiene realizado el proyecto, el cual se encuentra en la fase de ajustes que se le realizan en la medida en que se va desarrollando, también se cuenta con la asesoría de estudiantes y docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia para la formación de toda la comunidad académica en los temas de sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Oficina Asesora de Comunicaciones. Boletín de Prensa No 061 de 2008. [Internet] [Acceso en Abril 1 de 2009] Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co.
2. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Indicadores básicos de Antioquia 2007. [Internet] [Acceso en Abril 2 de 2009] Disponible en: www.dssa.gov.co.
3. OMS-OPS. Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Acta de reunión 19 -22 de mayo de 2000. Antigua Guatemala: OPS/OMS; 2000 [Internet] [Acceso en mayo 23 de 2007] Disponible en: <http://www.google.com.co/search?>
4. Maddaleno M, Morello P, Infante F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública de México/vol. 45, suplemento 1 de 2003 [Internet] [Acceso en Abril 15 de 2009] Disponible en: www.nacer.udesa.edu.ar/pdf/adolescentes/dsaludsexuaydes.pdf.
5. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: gráfica Arco Iris; 1997:203-221.
6. Mazuera ME. Curso Modular de Epidemiología Básica. Elementos de inferencia estadística, muestreo, distribuciones y pruebas. Medellín: Universidad de Antioquia; 1998: 217
7. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. [Internet]. [acceso 16 de marzo de 2005];.Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documentos/DocNewsNo16062DocumentN04221.PDF>

**CALENDARIO REPRODUCTIVO EN MUJERES INDÍGENAS U'WA
(TUNEBO) DE BOYACÁ, COLOMBIA**

Investigadora

María Mercedes Arias Valencia

Instituciones participantes

Universidad de Antioquia

Apoyo financiero

Universidades de Antioquia
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

**PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA**

La expansión de la frontera económica y demográfica está históricamente asociada con drásticas transformaciones para las sociedades indígenas. El proceso de cambios culturales, sociales y económicos vivido por los pueblos indígenas trae repercusiones directas sobre la demografía. Respecto de la dinámica reproductiva, los sistemas socioculturales indígenas presentan elaboradas ordenaciones relativas al inicio de la actividad sexual, edad para el casamiento, nacimiento del primer hijo, intervalos intergenésicos, finalización del período reproductivo, y así sucesivamente.

El presente proyecto se sitúa en el campo de la *antropología demográfica*, que se ha consolidado en las últimas décadas como campo científico bien delimitado desde el punto de vista teórico-metodológico (1, 2, 3, 4, 5). Para tal efecto, asumimos la definición de Howell (2),

que la considera como el "*campo de investigación que utiliza medidas poblacionales que pretenden levantar informaciones e implicaciones en las sociedades de pequeña escala, también denominadas sociedades antropológicas*", dado que han sido estudiadas históricamente por antropólogos.

OBJETIVOS

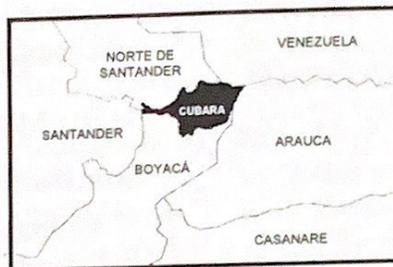
El objetivo de este estudio es presentar los resultados de un trabajo realizado en comunidades U'wa (Tunebo), en Boyacá, Colombia. Específicamente, se buscó caracterizar aspectos de la fecundidad de las mujeres U'wa en lo tocante con el calendario reproductivo (*timing*), cuáles son las edades de la menarquía, de la entrada a la unión conyugal, de la primera gestación, del primer parto, así como acerca de los intervalos intergenésicos (de *ingravidez*) y los períodos de lactancia.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Los U'wa son descendientes de los Chibchas, otra de las culturas que habitaban en Centroamérica y Suramérica a la llegada de los Españoles, a saber, Maya, Azteca, Inca y Chibcha (6). En cuanto a la lengua, considera que "los indios tunebos" hablan una mezcla del "dialecto paleo-tegría (...)" y "los dialectos modernos Tegría y Unkasía" (6).

Están localizados en la parte nororiental de Colombia en una encrucijada entre cuatro estados, y el país vecino, Venezuela (Figura 1). El municipio se encuentra en el extremo norte de Boyacá y tiene relación estrecha por el oriente con Arauca, por el norte con Norte de Santander y Venezuela, por el occidente con Santander y por el sur con Guicán (no aparece en el mapa) otro municipio de Boyacá. Según datos de programación del Servicio de Salud de Boyacá (7), la población de Cubará asciende a 6.064 habitantes, 3.155 de los cuales son indígenas U'wa, (52%). La representatividad se basa en las características demográficas referidas, pues, aunque hay indígenas U'wa en los municipios vecinos, Cubará tiene la mayor proporción. Para los U'wa es el municipio de referencia en toda la región. Allí tiene asiento la asociación que representa los U'wa de todos los estados, Asociación de Resguardos Unidos de los pueblos U'wa -Asou'wa.

Municipio de Cubará. Mapa de localización



METODOLOGÍA DE CAMPO

La metodología incluyó el levantamiento y la sistematización de 115 historias reproductivas y de nacimientos, obtenidas a través de visitas a las viviendas en aldeas representativas de los pueblos indígenas U'wa, en diciembre de los años 2003, 2004, 2005 y 2006, 50 días de trabajo de campo, en total. Dicho tiempo incluye la prueba piloto y el reconocimiento de la zona que se realizó en diciembre de 2003.

La investigación realizó encuestas con mujeres de 10 y más años de edad, basadas en una guía que contempló preguntas específicas y sistemáticas sobre: (a) edad de la primera unión conyugal; (b) edad de la madre a inicio de la primera gestación y al nacimiento del primer hijo y de los subsecuentes; (c) si el parto fue en la aldea o si fue hospitalario; (d) caracterización de las prácticas de amamantación; (e) ocurrencia de separaciones (o viudez) y nuevas uniones conyugales; (f) experiencia reproductiva cuando ocurrieron nuevas uniones; (g) en el caso de muerte de niños, edad de la madre y del niño en el caso y por

ocasión del evento; (h) número deseado de hijos, la preferencia por el sexo de ellos (i) uso de contraceptivos.

La realización de las encuestas estuvo a cargo de la investigadora Arias, en el lugar designado por las mujeres de la aldea, con el fin de garantizar la máxima privacidad, conforme experiencias anteriores de investigación sobre el tema (3, 8, 9, 10).

Se asumen las mismas convenciones demográficas para asegurar la consistencia externa. Las bases de datos fueron digitadas y depuradas con ayuda del programa Excel y los procedimientos automáticos para los cálculos y el análisis estadístico de resultados fueron realizados con ayuda del programa SPSS.

ASPECTOS ÉTICOS

Las preguntas sobre aspectos reproductivos causan incomodidad femenina en relación con el pudor, incluso se considera que hablar sobre menstruación es hablar "groserías". La pregunta por el deseo de hijos puede evocar la pregunta por el deseo de relacionarse sexualmente y causar incomodidad, igual que, el hecho de hacer este tipo de preguntas en presencia de otras personas, así sean de la misma casa.

En todo momento cuidamos la confidencialidad de la información, custodiamos y guardamos las historias, cuidando el anonimato de las personas y omitiendo cualquier dato que pudiese identificar los participantes. En las visitas, después de presentarnos y explicar en qué

consistía el trabajo, levantamos historias reproductivas de mujeres U'wa mayores de 10 años.

RESULTADOS

A continuación, se caracteriza el calendario reproductivo -*timing*- en las mujeres indígenas Uwa, las edades de entrada a la unión, de inicio de la primera gestación y del primer parto que es la edad al nacimiento del primer hijo y los intervalos intergenésicos.

Respecto de la dinámica reproductiva, como ya se dijo, los sistemas socioculturales indígenas presentan elaboradas ordenaciones, una de ellas es el rito para la pubertad que, en los U'wa consiste en la "imposición de la Kókora", un gorro de hojas que cubre hasta la cara. De este rito y sus implicaciones demográficas, se tratará en un próximo escrito sobre los hallazgos en lo tocante a los aspectos culturales de la reproducción. La edad promedio de la menarquia fue 13 años.

La edad promedio de entrada a la primera unión fue 16,4 años, con la moda se situó en 14 años. Entre los 12 y los 15 años entra a la unión 46.6% de las mujeres. Entre los 16 y los 18 años entra una proporción no despreciable del 35%, para un total del 81.6% antes de los 19 años. La edad de entrada a la unión se prolonga hasta los 24 años principalmente y con ínfimos porcentajes hasta los 29 años.

Entre los 12 y los 13 años, el 12.7% de las mujeres, inicia su primera gestación. El inicio masivo se da entre

los 14 y los 15 años (27.4%), en los cuales se sitúa la moda y de 16 a 17 años (21.6%), para alcanzar casi la mitad (49%) entre 14 y 17 años. La edad de inicio de la primera gestación se prolonga hasta los 23 años principalmente y hasta los 29 años como edad última de inicia la primera gestación.

La edad de inicio de la primera gestación –entre 14 y 15 años se sitúa la moda– está íntimamente ligada a la entrada a la unión –moda 14 años. Lo anterior, debido a la norma cultural que cumplen rigurosamente las mujeres. En otras palabras, el inicio de las relaciones sexuales está unido a la procreación.

La edad promedio de edad del nacimiento del primer hijo (primer parto) fue 18,1 años. Entre los 12 y los 14 años tiene su primer hijo, el 15.7% de las mujeres. Casi el 30% (28.4%) lo tiene entre los 15 y los 16 años. Entre los 17 y 20 años tiene su primer hijo otro 32.34%, para un total de 76.4% hasta 20 años. Si aplicáramos el criterio occidental de madre adolescente, 71.5% de las mujeres U'wa lo fueron, puesto que tuvieron su primer hijo antes de 20 años de edad. La edad al primer hijo se prolonga hasta los 25 años principalmente y casi 5% (4.8%) de 26 a 30 años. Este comportamiento es diferente de otros pueblos indígenas.

La indagación por el uso de métodos anticonceptivos fue sistemática. Se encontró que la mitad de las mujeres U'wa (50.9%) no usa ningún método anticonceptivo y 14.8% usa alguno, en su orden, 6.1%, ligadura de trompas, 2.6%, anovulatorios inyectables, 2.6%,

anovulatorios orales, 1.8% ritmo y abstinencia, 1.8% otros métodos occidentales; 1.8% (2) expresaron no tener marido y llevar 10 años soltera respectivamente. Ninguna expresó algo así como haber tomado “*remedio del monte*” para *parar* de tener hijos.

El promedio de lactancia materna fue 24,3 meses, 78.1% de las mujeres amamantó a los hijos de 12 a 35 meses. Podemos hablar de un comportamiento bimodal entre 12 y 35 meses, lo cual significa que la norma cultural es dar el pecho, como mínimo durante 24 meses, aspecto que favorece la salud del niño; ninguna madre dio pecho al niño por un tiempo menor de 6 meses. Desde varios puntos de vista, esta es una costumbre digna de preservarse puesto que está relacionada directamente con la sobrevivencia de los niños.

Esta costumbre contribuye en el espaciamiento de las gestaciones. Este hallazgo es consistente con los intervalos intergenésicos –IIG. Las mujeres U'wa presentan un intervalo inter-genésico medio de 20,6 meses. Aunque el promedio es adecuado, no se acerca al ideal de 24 meses; al agrupar las proporciones de los promedios, observamos que 56.1% de las mujeres con más de una gestación tenían promedios de IIG entre 12 y 23 meses, los cuales no son ideales para la protección de la madre y el niño. Sería deseable insistir en la protección de las condiciones que propician dichos intervalos así como disminuir los intervalos menores de 6 meses que representaron el 14.63% de los promedios por mujer.

CONSIDERACIONES FINALES

En cuanto a los resultados, la edad promedio de la menarquia fue 13 años. La pubertad está marcada por el rito de "imposición de la Kókora". La Kókora, con implicaciones sociodemográficas importantes puesto que es el símbolo de la soltería y en ese sentido puede explicar las variaciones en la entrada a la unión, una de las variables del comportamiento reproductivo más importantes en estas sociedades.

Con el hospital de Cubará se reflexionó ampliamente sobre las implicaciones de este hallazgo, en el sentido de preservarlo y fomentarlo. Esto tiene implicaciones por cuanto la misión desvalorizaba este tipo de rituales por alejarse de sus pretensiones de imposición de otras creencias religiosas divergentes.

Los indígenas presentan condiciones ideales respecto de la lactancia materna, el promedio fue 24,3 meses y 78.1% de las mujeres amamantó a los hijos de 12 a 35 meses, aspecto que favorece en forma importante la sobrevivencia y la salud del niño. Estos indicadores de lactancia materna constituyen ejemplo para nuestra sociedad.

Los IIG están directamente relacionados con la mortalidad infantil y en la infancia tanto en forma individual como colectiva; por lo tanto, el hecho de que el promedio y la moda sean superiores a 18 meses es altamente significativo tanto para la sobrevivencia –ayuda en el control de

la mortalidad– y la calidad de los cuidados que se prodigan a los niños, como también para favorecer la recuperación de la madre entre una y otra gestación.

Estos aspectos son coherentes con la pretensión de protección de la madre y el niño según planteamientos de organismos internacionales en salud como son la UNICEF, OMS/OPS.

La mayoría de las mujeres (71.2%) no han tenido acceso a la escolaridad formal. El nivel de escolaridad formal es especialmente bajo, sólo 30% (28.8%) han alcanzado algún grado de escolaridad, dos de ellas alcanzaron los primeros niveles de la educación secundaria y ninguna ha terminado su bachillerato. Como posibles explicaciones, además del acceso diferencial de los indígenas a la escolaridad formal, los U'wa (Tunebo) han restringido su acceso a las mujeres, en formal también diferencial frente a los varones. Este aspecto se discutió con la Asociación de indígenas U'wa ASOUWA y con sus caciques y dirigentes, además con las mujeres lideresas. La iglesia católica, al menos teóricamente, ha impulsado la escolaridad occidental en los pueblos indígenas.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Pedagógica y Tecnológica –UPTC, Colombia, por su apoyo económico y con recursos humanos en la primera fase de trabajo de campo. Al Hospital de Cubará que atiende a los U'wa, por los datos suministrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Early J. & Peters J. The Population Dynamics of the Mucajai Yanomami. San Diego: Academic Press; 1990
2. Howell N. Demographic anthropology. *Annual Review of Anthropology*; 1986, 15:219-246
3. Flowers NM. Crise e recuperação demográfica: Os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. In: *Saúde e Povos Indígenas* (R. V. Santos & C. E. A. Coimbra Jr. (orgs.)). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994:213-242
4. Kertzer D. & Fricke T. Anthropological demography. *Toward a new synthesis*. Chicago: The University of Chicago Press; 1997:294
5. Pagliaro H; Azevedo MM; Santos RV (orgs). *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2005
6. Márquez Me. Trascendencia ideológica de los Tunebo. Medellín: Copymundo; 1983:99
7. Seccional de Salud de Boyacá. Plan de atención básica para la comunidad indígena de Cubará. Vigencia 2004-2007. 26 p.
8. Coimbra Jr CEA, Flowers NM, Santos RV, Salzano FM. The Xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil. *Ann Arbor: University of Michigan Press; 2002:120*
9. Souza LG, Santos RV. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil (1993-1997). *Cad Saúde Pública*; 2001, 17:355-365
10. Arias MM. Reproducción y Cultura: Pervivencia y Perspectiva de Futuro de las Etnias de Antioquia - Colombia. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002:332