

Artículo Original

Análisis desde la determinación social, de la salud de los usuarios con osteoartrosis, en una institución de salud con régimen especial

Analysing the social determinants of health regarding users suffering from osteoarthritis in a health care institution of special regimen

Diana Alexandra Camargo Rojas

FT. Mgs en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia

Recibido 04 Julio 2011/Revisado 07 Octubre 2012/Aceptado 18 octubre 2012

RESUMEN

Objetivo: El propósito del presente estudio es analizar la condición de salud de los usuarios de en una institución de salud con régimen especial (Unisalud) con Osteoartrosis, desde el modelo de la Determinación Social, de la Epidemiología Crítica. **Método:** estudio descriptivo exploratorio en 104 sujetos. Se tuvieron en cuenta los dominios planteados por la Epidemiología Crítica, el Particular y el General, con los siguientes instrumentos: revisión documental, documentos de Unisalud y entrevistas semiestructuradas. Se hizo análisis de datos cuantitativos y cualitativos respectivamente. Se diseñaron perfiles de riesgo y la matriz propuesta por la Epidemiología Crítica. **Resultados:** Se encontró que las redes de apoyo, como el sistema de salud, en este caso Unisalud , influyen en la funcionalidad de las personas, que presentan osteoartrosis, Sin embargo, el modelo de atención y las estrategias de educación en salud desarrolladas por Unisalud, no plantean un enfoque familiar y de promoción de la salud, con afectación de procesos destructivos y protectores en el Dominio General y particular; lo cual no impacta las políticas institucionales y no logra el desarrollo de la autonomía y empoderamiento de los sujetos. **Conclusión:** Se observa como las políticas de salud de Unisalud, conllevan a la priorización de la gestión del riesgo, las acciones preventivas y el asistencialismo, generando relaciones de dependencia entre los usuarios y las usuarias con Unisalud, que disminuye la acción política, el empoderamiento y abogacía de los sujetos y su participación activa en el proceso de salud- enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Determinantes de la Salud, Determinación Social, Epidemiología Crítica, Osteoartrosis, Enfermedades Crónicas no Transmisibles

ABSTRACT

Objective: The present study was aimed at analysing healthcare conditions for people using Unisalud (a healthcare-providing entity) suffering from osteoarthritis, using a model of social determination of health involving critical epidemiology. **Methods:** Exploratory descriptive study in 104 subjects. The methodology took the domains proposed by critical epidemiology, the particular and the general; the following instruments were used: a documentary review, Unisalud documents and semi-structured interviews (including formal and non-formal questions). The quantitative and qualitative data so collected was then analysed, risk profiles were designed as was the matrix proposed by critical epidemiology. **Results:** Analysis following triangulation led to finding out how functionality of people with osteoarthritis became influenced by healthcare system support networks (Unisalud in this case). However, Unisalud's healthcare attention model and health education strategies did not promote a family-based and/or healthcare-promoting approach, involving destructive and protection-inducing process in the general and particular domain; they did not have an impact on institutional policy and thus did not lead to subjects developing autonomy or managing to become empowered. **Conclusions:** The data analysed led to observing how the healthcare policy adopted by Unisalud led to prioritising risk management, preventative action and welfarism, based on achieving an efficient and sustainable system generating relationships involving dependency between users and Unisalud itself, thereby reducing political action by it

subjects, their empowerment and advocacy and their active participation in health-disease related matters.

KEYWORDS: Determinants of health, social determination, critical epidemiology, osteoarthritis, non-transmissible chronic disease.

CONTEXTO

En nuestro país se llevó a cabo, por el Ministerio de Salud, el estudio de la carga de la enfermedad en Colombia utilizando un indicador epidemiológico denominado AVISA que significa Años de Vida Saludables perdidos en forma prematura por discapacidad y muerte, el cual mide el impacto de la enfermedad no solo a nivel de mortalidad sino de morbilidad, encontrando que los AVISA perdidos por enfermedades músculo esqueléticas incluídas la Osteoartritis (OA) y la Artritis Reumatoide eran similares o mayores a los AVISA perdidos por cáncer de próstata, cáncer de cérvix y leucemia. La OA es una entidad que se origina por el deterioro del cartílago de las articulaciones sinoviales, es la enfermedad más frecuente, en USA a comienzos de la década de los noventa se estimó que 37,9 millones de personas padecían algunas de las diversas enfermedades músculo esqueléticas existentes, lo que constituía el 15% de la población, la OA se presentaba en 21 millones de individuos, siendo la población afectada 10 veces mayor que la que padecía artritis reumatoide (AR) (1).

Para el año 2002, según Cardona y colaboradores, las enfermedades padecidas por la población colombiana mayor de 65 años, encuestadas y organizadas por sistemas, fueron en primer lugar el sistema cardiovascular, donde la afección más prevalente fue la hipertensión arterial en el 38%, en segundo lugar el sistema osteomuscular y conectivo, siendo la artritis (7%), la osteoporosis (5%) y los problemas de columna (1%) los más frecuentes (2).

La prevalencia de la OA (osteoartritis) se incrementa con la edad constituyendo la principal causa de enfermedad reumática en la población anciana; ocupando, además, el segundo lugar como causa de discapacidad en personas mayores de 50 años. Con el envejecimiento poblacional proyectado

para los próximos años se espera un mayor incremento de la prevalencia de esta enfermedad. El género también es un factor determinante de la epidemiología de la OA: antes de los 50 años los hombres tienen una mayor prevalencia que las mujeres y después de esta edad ellas la presentan con mayor frecuencia en las articulaciones de las manos, los pies y las rodillas; además tienen una mayor tendencia a desarrollar OA generalizada (2).

En relación al comportamiento en la distribución de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de Unisalud encontramos que "El tipo de enfermedades y su naturaleza, y la carga de enfermedad, hace de la población de UNISALUD un tanto particular en el contexto latinoamericano promedio, guardando similitudes con países de ALTOS ingresos o latinoamericanos con baja mortalidad; Combinando los factores de riesgo líderes en los reportes de la literatura y los reportes de UNISALUD, se estima en teoría que entre el 22% y el 58% de la carga de la enfermedad en DALYs, podría ser atribuida entre otros factores de riesgo específico a Hipertensión arterial, consumo de sustancias, tabaquismo, sobrepeso, colesterol elevado, escasa ingesta de frutas y verduras e inactividad física", factores involucrados en la aparición de enfermedades crónicas.

Un estudio realizado a 1.234 pacientes de Unisalud, durante aproximadamente seis semanas mostró que casi el 90 % de los quebrantos de salud que aquejan a los usuarios en general, son las **enfermedades crónicas no transmisibles** tales como las cardio-cerebro-vasculares, neuropsiquiátricas (incluido el abuso de alcohol y sustancias) y del **sistema músculo-esquelético**, lo que orienta las acciones preventivas de la Entidad (3).

Por otro lado en diferentes estudios se ha encontrado que un factor importante en el manejo de los pacientes con OA es que la mayoría de los pacientes diagnosticados no reciben un tratamiento adecuado para controlar la enfermedad, ya sea por mala elección de fármacos, dosis insuficientes, administración inadecuada, falta de apego al tratamiento y diagnósticos erróneos

basados, en su mayoría, en la psicopatología de la enfermedad y no en los determinantes que influyen en la condición de salud y calidad de vida de las personas con OA (4, 5).

Así mismo la mayoría de los estudios describen únicamente factores de riesgo de la osteoartritis, los cuales consideran la condición biológica, la genética y los estilos de vida de los individuos. Desconocen las interacciones que se generan alrededor del individuo, como las relaciones personales, la familia, la ocupación, el entorno, las redes de apoyo, la cultura y los sistemas de salud, educación y producción, las cuales influyen en su salud y calidad de vida. Las investigaciones se han fundamentado a partir de la epidemiología clínica, desde un paradigma positivista y biológico, que niegan el ser humano como un ser social, y lo comprenden cómo ser biológico.

Por lo tanto se evidencia que los estudios realizados hasta ahora son insuficientes para elaborar estrategias integrales de intervención, que disminuyan la afectación de la calidad de vida de los sujetos que presentan esta patología, siendo fundamental indagar sobre algunos los elementos particulares y generales que influyen en la aparición de la OA y en el bienestar de las personas que la presentan, con el fin de contribuir en la generación de intervenciones efectivas y eficaces, promocionales y preventivas, que involucren factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y políticos, que afectan directa o indirectamente la salud y calidad de vida los pacientes con OA. Es por esto que es fundamental la investigación desde el proceso de la determinación social de la salud en la OA, considerada como una de las enfermedades crónicas no transmisibles de gran magnitud dentro de nuestro país, que disminuye los años de vida saludable y el bienestar de las personas que la presentan.

Con este estudio se pretende aportar a la comprensión del proceso salud-enfermedad en la OA, mediante un acercamiento integral de la realidad vivida por los usuarios; Es un propósito que va a trascender las explicaciones tradicionales que sobre la OA se ha tejido con base en los modelos positivistas. Por otro lado es importante mencionar que la contribución

de este estudio no se limita únicamente a superar la visión parcializada de la realidad desde perspectivas cuantitativas, sino que proporciona además un campo de análisis mucho más amplio, que abarca perspectivas subjetivas e intersubjetivas con el fin de identificar otras interacciones y planos de análisis. Este nivel de análisis se plantea desde la determinación social, modelo que pretende ir mas allá de la generación de relaciones lineales y causales, hacia la comprensión de procesos que afectan la salud de los sujetos y colectivos, desde el nivel singular (individual), particular (entorno cercano) y general (políticas y Estado).

El modelo de atención y el SGSSS: algo de lo real en la OA

Las condiciones crónicas se han manejado en los sistemas de salud de acuerdo a la comprensión del concepto de salud y a la lógica de intervención que presente el sistema, bien sea desde corrientes preventivistas y curativas o corrientes promocionales y preventivas. De esta manera se presenta dentro de los modelos de atención, el propuesto por UNISALUD , EPS de los trabajadores de la Universidad Nacional de Colombia y su familia, población intervenida en la presente investigación.

La Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD -, es una organización aseguradora y prestadora de servicios de salud, de la Universidad Nacional de Colombia, adscrita a la Rectoría, con organización propia y administración de recursos independiente, habilitada para ser delegataria de funciones del Consejo Superior Universitario y del Rector (6).

Para iniciar es importante reconocer los antecedentes y dinámicas, de UNISALUD dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual también ha estado influenciada por sucesos históricos sociales, que cambian las formas de actuar de actores involucrados en el Sistema de Salud Colombiano.

Se plantea un primer período, antes de la Ley 100 de 1993, en el cual los trabajadores de la Universidad Nacional recibían los servicios

de salud de la Caja de previsión Social de la Universidad Nacional de Colombia creada en 1946 de la mano con la Caja Nacional de Previsión en 1945, que ofrecía los servicios de salud a los empleados públicos y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales en 1946, que atendía a empleados del sector privado formal (2,7).

En este tiempo, considerado por algunos autores el primer periodo, se evidenciaron cambios en la prestación de servicios de salud (1886-1950), prevaleció a nivel Nacional el “modelo higienista”. Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad (2).

El segundo periodo planteado por Orozco, va desde 1970 hasta 1989, se caracterizó por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias, en la dinámica de integración propuesta por la OPS en la reunión de Washington en 1962 [2, 8]. En este periodo, el servicio de salud se convirtió en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se creó un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal; Sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos (2).

En este periodo el Consejo Superior Universitario de la Universidad Nacional expidió el Acuerdo No 44 del 28 de junio del 1989 – expedido por el Consejo Superior Universitario, Universidad Nacional-, en el cual se estableció la estructura orgánica de la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional de Colombia. Esta estructura y el funcionamiento de la Caja presentan reformas hasta 1990 con el acuerdo 21, el cual establece el Reglamento General de los servicios de salud ofrecidos por la Caja de Previsión Social de la Universidad

Nacional de Colombia. De esta manera establece quienes son considerados afiliados y beneficiarios, los servicios que presta como: Medicina preventiva, Consulta externa y especializada, hospitalización, Obstetricia, Cirugía, Medicamentos, Medios Diagnósticos, enfermería, Rehabilitación ocupación y social entre otros (7).

El tercer periodo inicia desde 1990, con la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86, que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (9). La segunda fuerza es el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990 y que siguió los lineamientos del Consenso de Washington. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993 (2).

De esta manera a partir de la ley 100 de 1993 se plantea que además del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) existen otros regímenes de carácter especial, cuyos afiliados se encuentran excluidos de la aplicación de las normas generales que rigen el sistema general en salud (Senado, sentencia 1052, 2006). Entre estos se encuentran los regímenes especiales de las Universidades e Instituciones de Educación Superior estatales u oficiales. No obstante en 1995 la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional de Colombia establece por medio del Acuerdo 103 – expedido por Consejo Superior Universitario- el reglamento de prestación de servicios dentro del proceso de adaptación al Sistema de Seguridad Social en Salud, considerando que debe ser adecuado teniendo en cuenta los parámetros generales de la ley 100

de 1993. De esta manera considera la prestación de servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud como lo establece el Decreto 1938 de 1994 y resolución 5261 de 1995 del Ministerio de Salud, Cobertura Familiar, subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad y en caso de incapacidad temporal, para los afiliados al 23 de Diciembre de 1993 (6).

Frente a las modificaciones dadas por la ley 100, en 1997 en el Acuerdo 069 el Consejo Superior Universitario creó la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia UNISALUD, con organización propia y administración de recursos independiente, cuyo objeto es garantizar la prestación de servicios relacionados con la seguridad social en salud a personal académico, empleados públicos no docentes, trabajadores oficiales y pensionados (10).

A fin de consolidar su misión como organización de servicios de salud, UNISALUD ha concretado una estrategia integral denominada: **Modelo de Atención en Salud de UNISALUD**, que apunta al cumplimiento de su principal objetivo: el mejoramiento del desempeño de la organización como microsistema de salud. En este sentido se concentra en tres tareas básicas: talento humano, el sistema de información y el conocimiento organizacional, para alienar los procesos organizacionales con los recursos intangibles (11).

Modelos de Atención en salud - SDS

Desde el 2005 al CIE le preocupa que la formación tradicional en atención de salud se centre, sobre todo, en el modelo biomédico de diagnóstico y en el tratamiento de problemas de salud agudos y preste una atención menor al cuidado de la creciente población de enfermos crónicos. (12) Igualmente se observa que las intervenciones desde los servicios de salud, se han enfocado en objetivos de rehabilitación dirigidos a disminuir el proceso inflamatorio, disminuir el dolor, prevenir mayor daño articular, mantener y restaurar una función disminuida, educar a los pacientes y a la familia sobre la enfermedad y mantener las habilidades

funcionales [13]; Sin embargo el impacto percibido por las personas que la presentan continua siendo sustancial (15).

En Bogotá la Secretaria Distrital de Salud (SDS) considera que en el sistema de salud actual se reconoce la presencia de enfermedades crónicas particulares pero su manejo se basa en un modelo de atención apropiado para enfermedades agudas y urgentes, centrándose en el control de los aspectos biológicos de la condición y en la entrega de medicamentos. Las actividades ofertadas por el POS se realizan exclusivamente al interior de las instituciones de salud. El Reto es cambiar este modelo de tal manera que reconozca acciones con alta calidad, flexible ante cambios de contexto y comunitario (15).

Por otro lado se evidencia que el paciente es pasivo, dependiente y lo maneja en forma exclusiva el sector de salud sin considerar el momento del ciclo vital, el contexto familiar y social donde transcurre la vida cotidiana de la persona. La SDS desde la Estrategia Promocional de Calidad de vida y salud, propone promover la autonomía de las personas con condiciones crónicas y favorecer su participación activa en el proceso de acuerdo al momento del ciclo vital en el que se encuentre y a las posibilidades que permita el contexto. Se debe incluir a la familia en el manejo integral, entendiendo que el contexto de la vivienda y de los hábitos familiares debe favorecer el control de la condición en términos de soportarlo emocionalmente e instrumentalmente para su tratamiento y la modificación de prácticas cotidianas (15).

La propuesta de la SDS es ofrecer una mirada positiva, de una condición que puede manejarse, controlarse e incluso superarse. El manejo de las personas debe ser acorde a los imaginarios culturales y representaciones sociales, experiencia y conocimiento de las personas con las condiciones crónicas y sus familias (15). Por otro lado la SDS plantea que las acciones de la política pública distrital de prevención de enfermedades Crónicas se soporten en la integración de intervenciones multifactoriales para modificar los determinantes de los factores de riesgo, determinantes que se expresan

en las diferentes dimensiones de la reproducción social; las intervenciones por lo tanto deben abarcar estas dimensiones. "Es decir, debe partirse de que el *modo de vida de una sociedad* puede traer como resultado patrones que deterioran la vida de los ciudadanos, en la medida en que las relaciones de producción y el desarrollo de las fuerzas productivas no favorecen la participación equitativa de todos los integrantes de la sociedad en la producción de bienes y servicios, y que este es el caso de Bogotá" (15).

Por lo tanto las acciones deben facilitar la articulación de datos biológicos con datos biográficos, sociales y culturales, integrando al análisis las interacciones entre el contexto micro –domicilio, redes sociales de apoyo, valores– y el macro –sistema político, económico, organización social, normas–, lo que trasciende el ámbito tradicional de las intervenciones centradas en los servicios de salud y abarca la dimensión cultural, más allá de una perspectiva parcial conductual o comportamental, que se limita a la modificación de los hábitos, estilos de vida y factores de riesgo. (16).

METODOLOGIA

Tipo de Estudio y Técnicas de Investigación

Es un estudio descriptivo - exploratorio que indaga acerca de la lógica determinante de los procesos estructurales que hacen parte del Dominio Global, los modos de vida, las redes y grupos de apoyo dentro del Dominio Particular y los estilos de vida y proceso genotípicos y fenotípicos, del Dominio Singular, que buscan dar una explicación al continuum salud y enfermedad de los usuarios de Unisalud con osteoartrosis de rodilla, haciendo uso de instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos.

El proceso investigativo se sustenta en marcos epistemológicos y metodológicos diversos que ofrecen las ciencias sociales con el fin de desarrollarse en un espacio convergente, por lo cual se apoya en los aportes teóricos perfilados a través del Realismo Dialectico y el Modelo de Determinación, de la Epidemiología Crítica.

La contribución de este estudio no se limita únicamente a superar la visión parcializada de la realidad desde perspectivas cuantitativas, sino que proporciona además un campo de análisis más amplio, que abarca perspectivas subjetivas e intersubjetivas con el fin de identificar otras interacciones y planos de análisis.

Población Objeto

Usuarios de Unisalud , beneficiarios y cotizantes, con diagnóstico médico de GONARTROSIS según el CIE- 10.

Muestra y muestreo

Considerando se cuenta en Unisalud con una población de 1200 usuarios con Artrosis generalizada y de estos 600 tienen Diagnóstico de Gonartrosis, se determinó como población universo los 600 usuarios. Sin embargo por factibilidad del estudio se decide la selección de una muestra representativa estadísticamente, con un intervalo de confianza del 95% y un error admisible de 0,05. Como resultado se obtuvo un valor de tamaño de la muestra de 250 usuarios que fueron seleccionados aleatoriamente. El tamaño de muestra se ve afectada por la participación voluntaria de los sujetos, el sistema de información de Unisalud , que presenta datos desactualizados e incorrectos en cuanto a diagnóstico, y la posibilidad de realizar la revisión de Historia Clínica y la respectiva evaluación, con previa autorización de los usuarios.

RESULTADOS

UNISALUD TERRITORIO COMUN: Como elemento estructural de la Salud Real

Como uno de los elementos estructurales que afectan la salud del colectivo afiliado a Unisalud se encuentra la dinámica de la entidad como una EPS del régimen especial, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconociendo que sus particularidades favorecen la garantía de universalidad, integralidad y equidad en la prestación de los servicios de salud a sus usuarios y usuarias, sin embargo predomina una lógica de Mercado que exige cambios en el sistema, lo cual ha afectado

paulatinamente la prestación de servicios con calidad.

Comprendiendo que se pueden dar interacciones entre las políticas y programas que ofrece UNISALUD, con los modos, estilos de vida y las condiciones genotípicas y fenotípicas de sus afiliados y afiliadas, encontramos interacciones entre el modelo de atención de Unisalud, la organización en la prestación de los servicios de salud, los programas ofertados y las dinámicas de atención, con las prácticas y actitudes de los usuarios y las usuarias, y las manifestaciones de la salud observable. Cuadro 1.

Teniendo en cuenta la forma como a lo largo de los años se ha mantenido la conformación de Unisalud como unidad especializada en la Universidad, es posible comprender los alcances de su organización autónoma frente a la garantía del derecho a la salud y el bienestar de dos de los estamentos universitarios: el profesorado y el personal administrativo, a partir del Decreto 404 de 1996. Así mismo se ha logrado mantener los servicios ofrecidos a sus afiliados y beneficiarios, con las Convenciones de Trabajo llevadas a cabo entre la Universidad Nacional de Colombia y el Sindicato de Trabajadores (6).

Cuadro 1. Matriz de Proceso Críticos (26). Relaciones Estructurales Políticas Sociales: Salud: Modelo de Atención de UNISALUD

Relaciones estructurales dominantes	Lógica determinante de la oa	Modos de vida	Estilos de vida	Condiciones genotípicas y fenotípicas
Políticas Sociales: Salud	- Modelo de Atención centrado en el riesgo y la enfermedad. - Asistencialismo - Paternalismo - Asistencia médica individual - Promoción = Educación en Salud - Estratificación - Formas de Afiliación	- Rutinas preestablecidas, Resistentes al cambio - Relaciones de dependencia de los y las usuarias con Unisalud - “Tendencia a ir por las buenas”. - Escasa Participación - Diferencias entre hombre y mujeres	- Actitudes pasivas y de espera - Responsabilidad de los usuarios frente a la adopción de estilos de vida y de Unisalud en la provisión de servicios médicos, de diagnóstico y tratamiento. - Solicitud médica constante, disminución de autonomía y autocontrol.	- Percepción dolor y sentimientos de Tristeza - Percepción constante de síntomas - Presencia de enfermedades Crónicas

De esta manera observamos como la Universidad Pública ofrece posibilidades frente al desarrollo de la democracia y la participación de los actores involucrados, como actores políticos, lo cual ha permitido desarrollar la exigibilidad de derechos, considerando las necesidades de los sujetos. Esto favorece que las relaciones entre los usuarios y las usuarias con UNISALUD, sean satisfactorias, por la correspondencia de los servicios ofrecidos por Unisalud con los derechos y la satisfacción de los usuarios.

Además de la posibilidad de participación que ofrece la Universidad en diferentes niveles y a toda la comunidad universitaria, Unisalud – como su EPS- plantea modelos de Atención coherentes con la Salud y Calidad de Vida de los individuos y los colectivos, que

propenden por la exigibilidad de derechos y la equidad, como función innovadora y de responsabilidad Social de la Universidad. No obstante ha predominado el asistencialismo y los programas preventivos, dentro de una lógica de riesgo, lo que no ha permitido la aplicación de todos los lineamientos propuestos por el modelo, como veremos más adelante.

La participación y la comunicación: Fomenta autonomía o Dependencia?

Frente a la ideología paternalista y asistencialista que conserva el modelo de atención de Unisalud y las convenciones de trabajo que se han generado en la historia, se ha logrado el reconocimiento de los derechos y las necesidades de los usuarios

y de las usuarias. Esto ha permitido que los usuarios se sientan satisfechos con los servicios ofrecidos, estableciendo formas claras de relación con Unisalud, como su Entidad Promotora de Salud, definiendo modos de actuar e interactuar entre las políticas e ideologías de una entidad, marcada por una historia, y la salud real y observable de sujetos con características propias y definidas.

De esta forma encontramos estudios que evalúan la calidad percibida por los usuarios de Unisalud y las estrategias de los usuarios y las usuarias para relacionarse con los funcionarios de la entidad. Un estudio realizado en el 2006 afirma que: "al observar a los usuarios que interactúan con funcionarios de la empresa durante los procesos de prestación de servicios, se identificaron tres tendencias en la manera de relacionarse de los usuarios: tendencia al silencio, tendencia a "ir por las buenas", tendencia a expresarse abiertamente" (17).

En la tendencia a expresarse abiertamente, se identifica una comunicación abierta y directa del usuario ante los servicios y sus prestadores. Parece que el usuario busca "hacerse sentir" para que su solicitud sea resuelta; parece identificarse una creencia de fondo en estos usuarios: los procesos no son estándar sino que dependen del desempeño de los funcionarios; entonces se puede recurrir a estas estrategias de relación para intentar que los funcionarios varíen dichos procesos en beneficio del usuario. Por otro lado el estudio presenta las estrategias de los usuarios para lograr la atención. En relación a esto se observó que los usuarios se articulan de diferentes maneras a los procesos de atención de la empresa y se identificaron tres tendencias que permiten resumir estas estrategias de acercamiento para lograr su objetivo de atención: tendencia a la imitación, tendencia a la anticipación, tendencia a la notable tranquilidad (17).

En la tendencia a la imitación, con el fin de lograr la atención, la mayoría de usuarios y usuarias se acerca a los servicios con una actitud tranquila y se dejan llevar por las instrucciones verbales, por la señalización de cada área o por la imitación de lo que

hacen los otros usuarios, sin destacarse de los demás. Esta tendencia deja la sensación de estar ante una empresa que funciona como una máquina en la que cada usuario se articula a los procesos conociendo muy bien los pasos que debe dar, eso parece ser reflejo de una población de usuarios antiguos (expertos) en una empresa igualmente antigua y conocida, como es Unisalud (17).

En términos generales se observa una tendencia a "ir por las buenas" y actitudes de cordialidad, con el fin de lograr una atención eficiente, que no perjudique el logro de las expectativas del usuario o usuaria (17). Estas relaciones, establecidas a través de la historia, son confirmadas en la actualidad, por las respuestas dadas por los usuarios y las usuarias con diagnóstico de osteoartrosis, quienes reportan satisfacción con los servicios ofrecidos. Es así como observamos que el 74% de la población encuestada se encuentra satisfecha con los servicios ofrecidos, comentando que en comparación con otras EPS, son oportunos "yo prefiero los servicios de UNISALUD que los del Instituto de Seguros Sociales (ISS)"; Muy pocas veces comentan su inconformidad con la poca participación y la eficacia de algunos servicios, con el fin de no generar conflictos¹.

Es así como encontramos las siguientes afirmaciones en relación a la satisfacción: las usuarias comentan: —Estoy satisfecha porque lo reciben a tiempo, me siento bien atendida. No he tenido ninguna dificultad. Excelente atención."

"Si totalmente, satisfecha" "Con todo lo que ha pasado yo amo UNISALUD porque nunca me ha quitado el apoyo." "Unisalud es lo máximo en todo sentido, los médicos la atención, el laboratorio. Yo que estuve en el ISS no se puede comparar jamás".

Los usuarios al respecto dicen: "Si me siento muy contento porque nos salvan la vida" "Si claro que estoy satisfecho." "... es un gran servicio, es lo que desean muchos" "Muy satisfecho, el que diga lo contrario está loco, después de ver el seguro social es diferente,

¹ Extraídas grupo Focal OA (2009)

llegue aquí y llega como a su casa” “Por otro lado hay muchos horarios, los tratamientos son efectivos” “Solcito examen anual y el médico lo da” “Realmente no he presentado problemas con Unisalud ” “UNISALUD , es el mejor servicio que tiene Bogotá que tiene el país, la atención es rápida y efectiva”

No obstante la Dinámica del Mercado ha permeado el modelo de atención de Unisalud , llevando a la poca participación de los usuarios y las usuarias, y a la instauración de cambios en la prestación de servicios, afectando la calidad y la calidez en la atención. Frente a esto los usuarios y las usuarias consideran que muchas veces no se les toma en cuenta, cuando se generan cambios en la entidad que los afecta directamente, evidenciando los problemas de comunicación y las claves generadas por los usuarios para poder ser atendidos².

En cuanto a la participación los usuarios y las usuarias con osteoartritis, manifiestan: “No participamos activamente no tenemos un espacio para participar, para comentar como van las cosas, No nos tienen en cuenta. Solo llenamos una encuesta. Los cambios no los explican y no dan información” Esto permite confirmar la inercia en que se han mantenido las relaciones de los usuarios y las usuarias con Unisalud , como lo afirmaba el estudio de Ardila, por la cual los usuarios actúan por imitación, van por las buenas y no generan conflictos, evidenciando usuarios y usuarias pasivos, dependientes, manejados por el sector de salud sin considerar el momento del ciclo vital, el contexto familiar y social, donde transcurre la vida cotidiana de las personas.

Por otro lado frente a la eficacia de los servicios algunos usuarios presentaron dificultades relacionadas con la prestación del servicio por parte de los médicos y de los administrativos, con los medicamentos y en la parte administrativa con la oportunidad de las citas, principalmente. Las usuarias comentan frente a sus sentimientos de insatisfacción con Unisalud : —no estoy de acuerdo con cuestiones administrativas, el servicio médico es bueno, pero el administrativo no.” “No estoy satisfecha, porque si me siento mal me dan cita para 20 días, y cada vez es peor.” “En cuanto

a la oportunidad no es efectiva porque los médicos de la EPS son muy limitados, pero la limitación puede ser del gobierno o la empresa y no del profesional”.

En relación al servicio de la Droguería y la disposición de medicamentos: Las usuarias comentan: “Cierta día estuve donde el oftalmólogo me recetó vitaminas y gotas y no me lo cubrió.” “No me cubre los medicamentos para el tratamiento facial como la cremoquinona no las cubre a pesar de que ella piensa que las manchas en la piel son una enfermedad”; por otro lado los usuarios dicen: “Si me encontraba satisfecho, ahora no, por lo de la droguería, se demora en la entrega.” “el único problema era la droga porque no había y pasaban genéricos”. “los medicamentos están muy mal porque ahora están dando solo drogas genéricas” “tuve alguna vez un inconveniente por los medicamentos porque me daban los más baratos”

En conclusión encontramos que el 27,88% de la población presenta inconformidad con el servicio de la droguería, por la demora en la entrega y la disponibilidad de los medicamentos, así como por la lista de medicamentos que se encuentran en el POS los cuales en su mayoría son genéricos, encontrando que aquellos que no están dentro del POS no son ofrecidos por Unisalud . Por otro lado encontramos un 9,6% que presentó inconvenientes con la prestación del servicio de medicina, por la poca calidad y calidez de los profesionales de la salud, un 11,53% que no está satisfecho con la oportunidad de las citas y un 5,7% que no está de acuerdo con el aumento del costo de los bonos.

Modelo de Gestión del Riesgo: Integralidad ó Parcialidad?

El Modelo de Salud de Unisalud se inscribe en el marco del sistema de salud con el propósito de alcanzar los objetivos definidos por la OMS sin aumentar el volumen de recursos consumidos (mejorar el desempeño) (diagrama 1). En el micro-sistema el ente rector (Gerencia Nacional) formula un modelo para fijar las reglas que modulen el comportamiento de los diversos actores, definan la inversión y el entrenamiento, maximicen la distribución

de recursos y orienten la prestación de los servicios (18). El Modelo de salud propuesto establece las actividades que UNISALUD debe desarrollar y sobre las cuales es necesario reconceptualizar la organización y la provisión de servicios. De esta manera establece tres grandes perspectivas o líneas de acción: (1) la gestión del riesgo como fundamento principal del modelo; (2) la gestión clínica que generará los recursos para dar vida al modelo, y (3) la gestión de la salud como manifestación de la corresponsabilidad que tiene sobre los determinantes de la salud (diagrama 2).

A través de este Modelo de Salud, se busca tanto la permanencia como la sostenibilidad a largo plazo de este tipo de Sistemas de Salud, propugnando por el rendimiento eficiente de los recursos, la efectividad en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psicosomáticas agudas y crónicas y una respuesta progresiva frente a

las atenciones de alto costo y las necesidades en salud insatisfechas. La estrategia de *Gestión del Riesgo* consolida una proposición responsable ante la presencia de recursos disponibles del sistema limitados y las necesidades crecientes de los usuarios. Este tipo de Modelo de Salud propuesto y la metodología para desplegarlo permite observar la administración de los Sistemas de Salud desde otra perspectiva focalizada en la obtención de resultados o indicadores que incluyen la evaluación de los años de vida ajustados por discapacidad y la carga de enfermedad presente en la población (19).

"La gestión del riesgo en salud es el conjunto de acciones que se toman para minimizar la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad y apunta a proteger la salud mediante la disminución de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores. UNISALUD entiende gestión del riesgo como

Figura 1. Modelo de salud. Unisaludm(18)

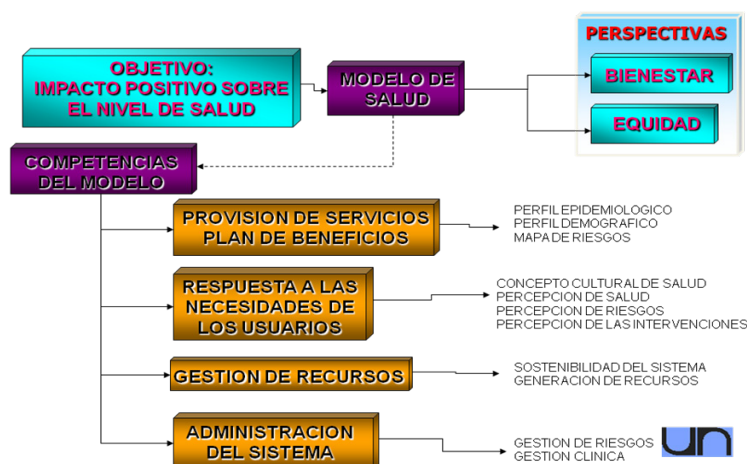
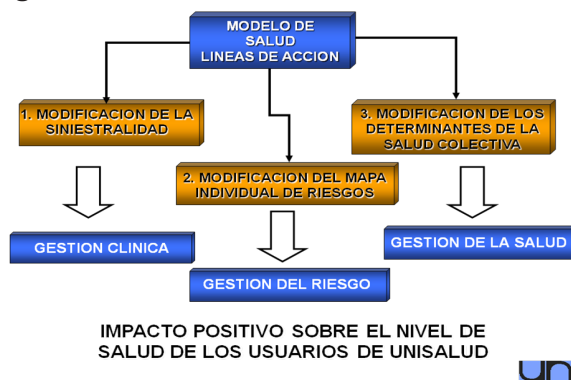


Figura 2. Modelo de salud. Líneas de Acción. Unisalud (19).



el proceso de identificar, evaluar y seleccionar según su magnitud y naturaleza factores de riesgo para enfermedades agudas y crónicas e implementar acciones costo – efectivas asignadas según el nivel de riesgo y las preferencias del usuario en el escenario más adecuado que disminuyan la probabilidad de enfermar para los usuarios de UNISALUD . La Gestión del Riesgo pretende contribuir a impactar positivamente el estado de salud de los usuarios de UNISALUD . Ese impacto debe reflejarse en una disminución en el uso de servicios asistenciales y en los costos de atención” (18).

Esta mirada del modelo de salud de Unisalud , sigue en el paradigma preventivo, el cual permite visualizar un proceso de transición, que parte del pensamiento asistencialista y curativo, enfocado en el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo la mirada desde el Modelo de la Determinación y la afectación positiva sobre la salud requiere de un enfoque promocional, que posibilita el empoderamiento de los sujetos y el autocontrol sobre su estado de salud, con la consideración de elementos del orden particular como la familia y las redes de apoyo que presentan o no los usuarios. Unisalud , considerando que no puede impactar positivamente muchos de los “determinantes”, desarrolla dentro del modelo de salud la línea de acción *Gestión de la salud*, estrategia formulada para superar esa limitante, abogando por que sean impactadas positivamente (o por lo menos no negativamente) las políticas de la Universidad (18).

No obstante las Políticas de la Universidad afectan principalmente las condiciones de trabajo y la prestación de los servicios de salud de trabajadores, trabajadoras, pensionados, pensionadas y familias, influyendo indirectamente en los modos y condiciones de vida de los sujetos, modos de vida que no son considerados en la prestación de los servicios de salud, la cual se enfoca principalmente en la asistencia individual, los estilos de vida y la intervención hacia la cura y el tratamiento.

La otra línea de acción es la *Gestión Clínica* definida como la gerencia sistemática de los procesos de atención; son las acciones

que incluyen una serie de herramientas y metodologías similares a las que se aplican a los procesos – no clínicos – cuyo propósito es mantener o mejorar los estándares de los procesos de atención. Esta línea propende por la atención con calidad, basada en estándares científicos, de calidad y con la evaluación continúa de los procesos, que busca igualmente la cualificación constante del talento humano.

8.1.3 Información y educación: una falacia de la promoción en salud?

A partir de la explicación del modelo, que involucra los enfoques prioritarios de la Salud Pública tales como la Promoción, Prevención y la prestación de servicios asistenciales, consideraríamos que UNISALUD se ha transformado desde enfoques asistencialistas con la Caja de Previsión Social hacia paradigmas del riesgo y de prevención, con el desarrollo paralelo de la Promoción de la salud. Sin embargo la posibilidad de posicionar políticamente las necesidades de sus afiliados y beneficiarios, en la línea “Gestión de la salud” sigue presentando limitantes y deficiencias, observándose un mayor desarrollo en la Gestión del Riesgo y en la Gestión Clínica, basados en el logro de sistemas eficientes y eficaces, que responda a las funciones de los sistemas de Salud.

Por otro lado al comprender la dinámica del Área de Salud Pública de Unisalud , nos encontramos con los programas de promoción y prevención ofertados, en los cuales se evidencia poca participación y divulgación; Ante esto los usuarios y las usuarias comentan: “*Unisalud promueve procesos de aprendizaje, pero le falta divulgación e información*”, lo que conlleva a la poca participación de los usuarios y usuarias a los programas. Otro usuario comenta “*Si los ofrece pero nosotros no aprovechamos. Quisiéramos aprovechar todo*”, lo cual evidencia una mayor receptividad de los usuarios frente a los servicios asistenciales, a diferencia de las actividades de educación y formación.

En relación a la divulgación de los programas los usuarios y usuarias afirman: “*Nos damos por enterados o por desatendidos, no*

escuchamos la emisora. La desinformación depende muchas veces de nosotros, pero en ocasiones de Unisalud por lo que proponemos es un centro de información, para aumentar la interacción." Una de las usuarias comenta: "Hay grupos de todo: Literatura, sistemas, ingles, ejercicios, charlas entre otros", estos principalmente ofrecidos para las personas mayores y no para jóvenes y adultos, población en la cual las acciones promocionales y preventivas son pocas y cuentan con participación baja frente a la totalidad de la población afiliada.

En cuanto a los medios de información utilizados por Unisalud , y que según los usuarios y las usuarias son insuficientes, se realizó una revisión de los mecanismos y estrategias que utiliza UNISALUD para dar a conocer sus programas. Se encontró que además de la remisión directa desde la consulta médica a los diversos programas de Fomento y protección, se encuentran acciones como la comunicación a través de medios radiales, virtuales (página web), el boletín trimestral denominado "Al día con su salud", las carteleras en las que se divulgan las diferentes actividades (el decálogo del paciente) y la difusión de los programas mediante UN radio. Sin embargo, como lo comentan las personas, principalmente los hombres, la información no ha llegado a toda la población o se genera desinterés de usuarios o usuarias por el tiempo con el que cuentan, debido principalmente a su ocupación.

Dentro de los Programas del Área de Fomento Unisalud cuentan con actividades de los grupos de actividad física y ejercicio físico que según los usuarios y las usuarias, *favorecen su calidad de vida*³. Estos grupos hacen un intento por organizar acciones en todo el ciclo vital, realiza actividades en el Jardín, en el Colegio – en donde la implementación del programa se encuentra con limitantes frente a la organización y los propósitos de la Institución Educativa-, grupos de ejercicio para personas Adultas y para Persona Mayor. En estos grupos se reconoce la participación promedio de 200 personas (entre 12.000 mujeres y hombres

afiliados), quienes han sido constantes durante más de 5 años, esto quiere decir que son las mismas personas participando en los últimos años. No obstante es una población que fluctúa durante todo el año recibiendo nuevos y nuevas participantes, pero que mantiene el número de usuarios y usuarias que históricamente se ha definido en cada grupo. Así mismo presentan una alta participación por parte de las mujeres debido principalmente a los gustos y preferencias hacia las prácticas grupales, en donde la expresión corporal y el cuerpo, cumplen un papel principal, actividades que no comparten los hombres quienes prefieren actividades individuales, repetitivas y de "fuerza", como expresión del poder, del hombre fuerte e independiente, que ha sido construido en la historia⁴.

Es importante aclarar que estas acciones enfocadas principalmente en el fomento de estilos de vida saludable y en la disminución del riesgo de presentar una enfermedad, disminuyendo los costos en acciones asistenciales, han implementado **acciones de Educación en Salud como charlas y tips informativos, que inician el proceso de Promoción de la salud, pero que no finaliza en estrategias de empoderamiento y abogacía de los sujetos**, que permiten la formación de sujetos activos, propositivos y críticos, lo que requiere de proceso de aprendizaje que van más allá de la información y la sensibilización.

Al realizar la revisión acerca de los programas en los documentos de UNISALUD , nos encontramos con: "En la educación se desarrollan talleres periódicos en temáticas relacionadas con el manejo de tiempo libre y del stress, desde el área de psicología; los programas de nutrición, tercera edad y red vida y comunidad en movimiento con sus dos componentes VIVA (Vive Interiorizando Valorando y actuando), relacionado con grupos de actividad física y GOCE (Gestión Organización Comunicación Educación) como estrategia de promoción y formación

3 Información producto de Grupo Focal OA, 2009.

4 Información obtenida del proyecto Red vida y comunidad en movimiento, realizado por el laboratorio del movimiento corporal humano de la facultad de Medicina.

de líderes y lideresas”, este último con poca participación por parte de los usuarios y las usuarias, principalmente de los usuarios, encontrando desinterés por la formación de habilidades y capacidades frente a la salud y la actividad física, con poco apoyo de Unisalud frente a la continuidad de estos procesos, los cuales generan efectos a largo plazo en la salud de los sujetos, traspasando la inmediatez del impacto de las acciones en los sistemas biológicos y en la disminución de factores de riesgo.

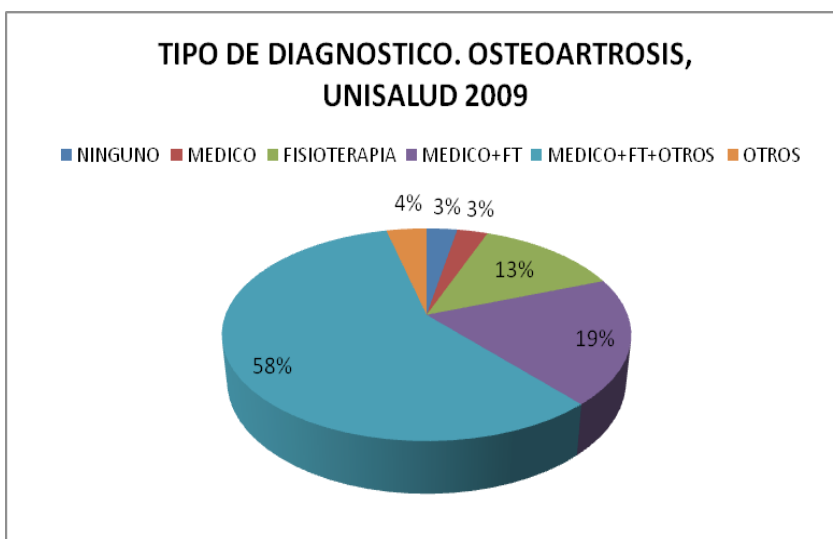
De esta manera se visualiza una acción preventiva que involucra el enfoque de prevención primaria con acciones de fomento de salud, estilos de vida saludables y disminución de factores de riesgo. No se afectan los determinantes del dominio particular que afectan la salud de las personas como son la familia y sus redes de apoyo, se afectan principalmente las conductas, prácticas y conocimientos de los individuos, ofreciendo sensibilización y manejo de las patologías, servicios que no son aprovechados por los usuarios en su mayoría, por falta de tiempo y de información. Ante la participación de la familia los usuarios comentan: *"las familias no son tenidas en cuenta en los tratamientos"*⁵.

Es así como los usuarios y las usuarias identifican principalmente como servicios ofrecidos por UNISALUD : exámenes, medicamentos, medicina, terapias y actividades de promoción y prevención, estas últimas entendidas como charlas, talleres, grupos de ejercicio, literatura, sistemas, entre otras. Sin embargo respecto al uso de estos servicios uno de los usuarios afirma *"Yo soy poco amigo de las terapias. Las terapias es mucho tiempo y plata."*, adicionalmente comenta que prefiere los grupos de ejercicio pero que los horarios no le permiten asistir. El reconocimiento de múltiples servicios se da principalmente por parte de las mujeres quienes participan en los diferentes programas, para resolver su problema de salud, mientras que los hombres identifican tratamiento médico o desde fisioterapia como los servicios ofrecidos y que ellos demandan principalmente.

Manejo de la Osteoartrosis, relaciones de poder "Institución, Sociedad Civil, Género"

En cuanto a los tratamientos recibidos para el manejo de la osteoartrosis en su mayoría (57,7%) afirman haber tenido acceso a 3 o más formas de tratamiento; entre estas se encuentran: tratamiento farmacológico, fisioterapéutico y otros relacionados con

Gráfico I. Tratamientos recibidos por las personas con diagnóstico de osteoartrosis, sin desagregar por sexo, 2009.



terapias alternativas e infiltraciones. Un 22,1% de la población tuvo acceso a tratamiento médico relacionado con antiinflamatorios y fisioterapia. Es así como observamos que las usuarias y los usuarios de Unisalud tienen acceso a una amplia gama de tratamientos que permiten dar resolución a las problemáticas de salud de los usuarios, lo cual a su vez es expresado por los usuarios y las usuarias, quienes comentan que Unisalud ofrece una gran variedad de programas y tratamiento “*Quisiéramos aprovechar todo*” (Ver Gráfico 1)

El uso de los servicios de tratamiento cambia entre hombres y mujeres, como fue mencionado, encontrando que las mujeres hacen un mayor uso de tratamiento médico acompañado de otras modalidades como fisioterapia, acupuntura y ejercicio físico, a diferencia de los hombres en los la mayoría hace uso de tratamiento médico y fisioterapia. (Tabla 1)

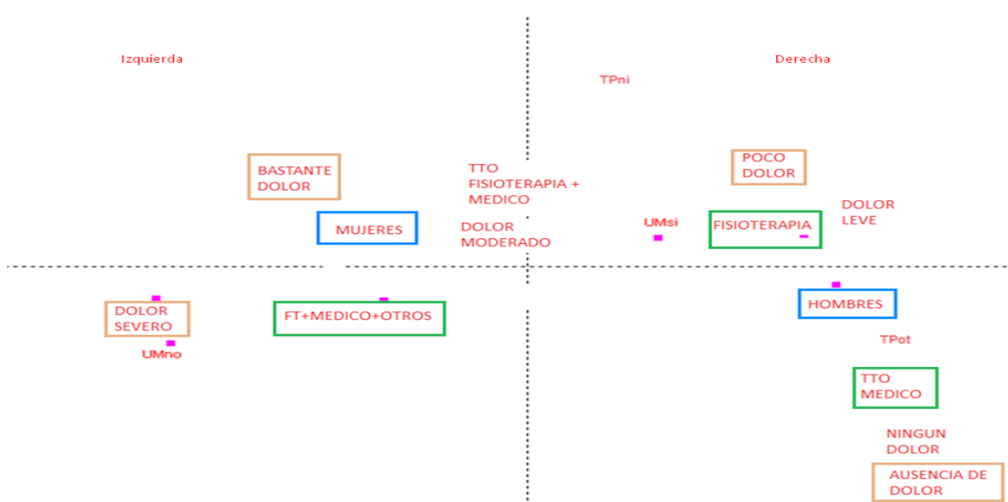
Las preferencias de las mujeres por múltiples tratamientos están relacionadas con la percepción del dolor y la necesidad de

Tabla 1. Distribución de Tratamientos Recibidos por los usuarios y las usuarias, según sexo, 2009.

TRATAMIENTO	MUJERES		HOMBRES	
	No.	%	No.	%
Fisioterapia	9	12	5	17,24
Medico	2	2,6	1	3,4
Medico + Ft	13	17,33	7	24,13
Medico Ft y otros	47	62,67	13	44,82
Otro	1	1,32	3	10,34
Ninguno	3	4	0	0
Total	75	100	29	100
No usa Medicamentos	25	33,33	3	10,3
Si usa Medicamentos	50	66,67	26	89,7
Total	75	100	29	100

Fuente: Autoras, 2009

Figura 3. Interacciones de Dolor, Tratamiento Recibidos y Género en el estado de salud en los usuarios y las usuarias de Unisalud con Osteoartritis. 2009. UMno: No uso de Medicamentos; UMsi: Uso de Medicamentos.



contrarrestarlo, mientras que los hombres recurren más al médico, a fisioterapia y hacen un mayor uso de los medicamentos, que a tratamientos múltiples, siendo su percepción del dolor menor, y encontrando frente a sus gustos, la participación en actividades individuales, como fue mencionado frente a su asistencia a grupos de ejercicio (Tabla 1). Estas relaciones se muestran en los diagramas arrojados por el programa SPAD, el cual presenta en los cuadrantes del lado izquierdo a las mujeres, quienes reciben fisioterapia, tratamiento médico y otros tratamientos relacionados con infiltraciones y terapias alternativas, y presentan mayor percepción del dolor, calificando el dolor en Bastante dentro de las actividades de la vida diaria y Severo en la escala Numérica. Mientras que en el lado derecho del diagrama, que corresponde a los Hombres, se observa la tendencia a recibir un solo tratamiento, fisioterapia o tratamiento médico y el uso de medicamentos (UMsi) a diferencia de las mujeres (UMno). Además perciben poco dolor en las actividades de la vida diaria y dolor Leve calificado en la escala numérica. (Diagrama 3; Tabla 2)

La percepción del dolor y la necesidad de un mayor número de tratamientos para el manejo del dolor por parte de las mujeres, puede estar relacionada con las representaciones culturales que se han desarrollado alrededor de la masculinidad y las manifestaciones de tristeza y dolor. La manifestación de dolor entre los hombres es signo de debilidad por lo cual desde edades muy tempranas, los hombres tienden a ocultarlo o disminuirlo. De igual forma se sustenta que el dolor en las mujeres está asociado con una combinación de factores físicos y psicosociales, tanto en el rol laboral como en el familiar (20).

Por otro lado es importante reconocer que el aprendizaje acerca del dolor ocurre con la primera experiencia dolorosa, influyendo sobre ésta: factores biológicos, cognoscitivos, psicológicos y socioculturales (21). Es por esto que diferentes autores "han propuesto la rehabilitación integral biopsicosocial e interdisciplinaria como una importante herramienta en el manejo efectivo del dolor, pues lo contemplan como un fenómeno multifactorial, en el cual

factores biofísicos, sensoriales, patológicos, sociales, comportamentales, cognitivos, afectivos, motivacionales y ambientales, intervienen en la experiencia dolorosa, condicionando el desempeño funcional en las AVD", limitando su participación social y afectando su calidad de vida en una forma crónica y significativa. (20)

Tabla 2. Distribución de Percepción del Dolor en Escala Numérica (EN) y en Escala WOMAC en personas con osteoartritis, según sexo, 2009.

DOLOR EN	MUJERES		HOMBRES	
	No	%	No	%
Ausencia de Dolor	2	2,66	4	13,79
Dolor Leve	13	17,33	7	24,13
Dolor Moderado	33	44	17	58,62
Dolor Severo	27	36	1	3,44
TOTAL	75	100	29	100
DOLOR WOMAC	No	%	No	%
Muchísimo	2	2,66	0	0
Mucho	7	9,33	0	0
Bastante	32	42,66	8	27,58
Poco	27	36	13	44,82
Ninguno	7	9,33	8	27,58
TOTAL	75	100	29	100

Las relaciones entre las expresiones de dolor y de la salud con procesos estructurales como las relaciones de poder, que se han dado en la historia con la presencia de brechas sociales entre géneros, se debe principalmente a la "construcción androcéntrica de la vida social que coloca a las mujeres en radical desventaja frente al control de las riendas del poder, tanto en el ámbito doméstico, como en el de la sociedad más amplia", y las convierten en personas débiles frente a las demandas del medio (22).

Estas relaciones también llevan a la reflexión, acerca de la alta percepción del dolor y la demanda de tratamientos, por parte de las usuarias principalmente, y la respuesta positiva de UNISALUD frente a esta demanda. Se podría pensar que estas relaciones afectan la autonomía de los sujetos frente al autocontrol y el empoderamiento en su estado salud, generando lazos de dependencia con la entidad, la cual ofrece a los usuarios lo que ellos demandan, siendo los servicios

asistenciales los de mayor receptividad por parte de ellos y ellas, a diferencia de las actividades de educación y formación, en las cuales se observa poca participación. Esta transición requiere de estrategias promocionales que utilicen medios de Educación eficaces, que trasciendan desde la información y la sensibilización hacia a los procesos complejos del aprendizaje y el empoderamiento, los cuales pueden modificar los entornos y ambientes, cambiar los modos de vida – involucrando a la familia- e impactar positivamente las políticas públicas, tanto del sector salud como aquellas que afectan las condiciones de vida y la salud de los sujetos y sus familias.

Estimación del Riesgo: Determinismo o Determinación?

Frente a la lógica de la Prevención, en la cual hace énfasis UNISALUD, es importante señalar que a partir de los perfiles epidemiológicos elaborados (Desde la línea de acción *Gestión del Riesgo*), se plantean las estrategias de intervención. A partir de estos análisis basados en la Epidemiología Clásica, encontramos que en UNISALUD casi el 90% de la carga de enfermedad está concentrada en enfermedades crónicas, en relación con tres condiciones fundamentales: Enfermedades neuropsiquiátricas (incluidos el abuso de alcohol y sustancias), Cardio-cerebro-vasculares y osteoarticulares. Por todo lo anterior desde el año 2002, nace el interés en Unisalud de crear un programa que permita estimar los *factores de riesgo* que afectan la salud de la gente afiliada para atenuar y mitigar su impacto, por lo que se suscribe un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Esta investigación denominada PERES Fase I (Proyecto para la Estimación de Riesgos en Salud), es un estudio que caracteriza la dinámica epidemiológica de un conjunto de problemas de salud relevantes para los diferentes grupos etáreos de la población de UNISALUD, permitiendo obtener: a) información sobre la carga de la enfermedad, b) información de potenciales desenlaces adversos, c) distribución de los factores de riesgo, d) intervenciones costo-efectivas y e) La construcción del Software "Conoce tu riesgo en Salud" (11).

Además Unisalud plantea dentro del área de Prevención los programas de Detección Temprana, protección específica y atención integral, desde diferentes disciplinas como medicina general y especializada, enfermería, nutrición, ejercicio físico, trabajo social, psicología y salud oral. Se ofrecen los programas por etapa del ciclo vital, considerando las características propias de cada una. Estos programas se apoyan de la elaboración anual de Perfiles de *Morbilidad y Mortalidad*, siguiendo la perspectiva del Riesgo y la Prevención (11).

En relación con las acciones de Promoción, consideradas para Unisalud como herramientas de Educación en salud, se han implementado programas dirigidos a Adulto Mayor, Ejercicio Físico -principalmente con un enfoque preventivo-, Nutrición y Festivales de salud [11]. Estas acciones desarrollan una parte de la Promoción de la salud, como lo son las estrategias de información, educación y comunicación, sin generar acciones en los otros ejes estratégicos de la promoción: Entornos saludables, políticas públicas, acción comunitaria y movilización social, y la reorientación de los servicios. Esto evidencia el poco desarrollo de la línea de acción *Gestión de la Salud* presente en el Modelo de atención de Unisalud, la cual busca la afectación de Políticas y el empoderamiento de los sujetos.

De esta forma observamos que el desarrollo de las habilidades y capacidades en los sujetos, como un eje estratégico de la Promoción de la salud, para lograr autonomía y autocontrol sobre la salud y la capacidad de abogacía de los sujetos, sigue siendo una tarea difícil dentro de un contexto paternalista que le ha brindado todo a los sujetos. Esto nos llevaría a pensar: ¿el paternalismo permitiría el desarrollo de la autonomía? ¿Será que no es necesario que las personas sean autónomas? ¿Es posible que nos estemos afrontando a una forma de Dominación? Estos interrogantes que han de ser analizados en investigaciones posteriores pueden ser el inicio de un proceso de comprensión sobre los procesos de implementación y ejecución de programas de Promoción que empoderen a las poblaciones para que inicien acciones emancipadoras frente a su salud, ejerciendo control sobre las mismas.

Continuando con el análisis de salud realizado por UNISALUD, llama la atención que un poco más de la mitad de la población, el 50.7%, está compuesta por individuos mayores de 45

años (adultos y adultos mayores). Las personas jóvenes y adultas jóvenes (15 a 44 años) suman un 31%. Esta distribución demográfica que se considera romboidal, es paradójica con respecto a la pirámide poblacional de Colombia en el mismo año [11].

“La distribución demográfica, el tipo de enfermedades y su naturaleza, y la carga de enfermedad, hace de la población de UNISALUD un tanto particular en el contexto latinoamericano promedio, guardando similitudes con países de ALTOS ingresos o latinoamericanos con baja mortalidad. Combinando los factores de riesgo líderes en los reportes de la literatura y los reportes de UNISALUD, se estima en teoría que entre el 22% y el 58% de la carga de la enfermedad en DALYs (Disability Adjusted Life Years), podría ser atribuida entre otros factores de riesgo específico a hipertensión arterial, consumo de sustancias, tabaquismo, sobrepeso, colesterol elevado, escasa ingesta de frutas y verduras e inactividad física”. Un estudio realizado con 1.234 personas que consultaron en Unisalud durante seis semanas mostró que casi el 90 % de los quebrantos de salud que las aquejan son *enfermedades crónicas no transmisibles* tales como las cardio-cerebro-vasculares, neuropsiquiátricas (incluido el abuso de alcohol y sustancias) y del sistema músculo-esquelético [11].

CONCLUSIONES

Las Enfermedades Crónicas no transmisibles se convierten en enfermedades prevalentes de la etapa de ciclo Persona Mayor, aumentando la incapacidad y limitación en las personas que la presentan, disminuyendo su capacidad funcional y los años de vida saludables. No obstante las personas Adultas, ante la demanda del medio y la exposición continua a determinantes proximales e intermedios, comienzan a presentar enfermedades crónicas a temprana edad, lo que genera la necesidad de dar respuesta a la promoción de modos de vida y estilos de vida saludables y a la prevención de estas enfermedades, en su mayoría ocasionadas por los modos de producción propios de esta época.

La reorientación de los servicios hacia la Promoción y la Prevención, haciendo énfasis en el empoderamiento de los sujetos,

requiere además el enfoque diferencial por etapa de ciclo vital, que considere no solamente los procesos biológicos que caracterizan cada etapa, sino los procesos psicológicos, sociales y políticos que se dan de acuerdo a contextos específicos. Esto en los usuarios y usuarias de Unisalud, requiere que la EPS, la cual ha hecho énfasis en programas para los niños y niñas, para la gestante y para el Adulto Mayor, direcciona los programas en los y las jóvenes, así como en los adultos y las mujeres adultas, con el fin de considerar los determinantes que aun no se han expresado en el dominio singular, pero que afectan la calidad de vida de las personas en la vejez.

Reconociendo las condiciones propias de los sujetos, sus diferencias por ciclo vital, género, clase social, nivel educativo, entre otros, se hace necesario identificar los modos de actuar de las instituciones, relacionadas con la salud de los sujetos, en este caso Unisalud como EPS de la Universidad Nacional. Unisalud como EPS del régimen Especial, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, presenta formas claras de atención, organización y de relación con los usuarios, afectando la salud evidente y observable, de los Dominios Particular y Singular, en los usuarios y usuarias con osteoartritis. Es así como observamos como la Historia y el origen de Unisalud se enmarca en acciones asistenciales, con la Caja de Previsión, con un enfoque biomédico propio de la época. Sin embargo frente a la transición epidemiológica presente en la población, (11) con un aumento en la tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, y con los cambios que debían darse en los sistemas de salud ante la necesidad de sistemas Eficientes, Unisalud impulsa el desarrollo de un Modelo de Atención, centrado principalmente en la Gestión del Riesgo, como un “Modelo que Administra los Planes de Beneficios desde esta Perspectiva” (19).

Posteriormente el Modelo plantea la existencia de tres líneas de acción: Gestión del Riesgo, Gestión Clínica y Gestión de la Salud. Las dos primeras ampliamente desarrolladas dentro de los servicios asistenciales y preventivos ofrecidos por Unisalud, para atender las enfermedades y

disminuir la carga de la enfermedad, como esta planteado desde el modelo de Unisalud . La última que tiene como propósito la afectación de los determinantes de la salud y de las políticas que afectan la salud de los afiliados y sus familias, ha desarrollado un eje de la Promoción de Salud, la Educación en salud, considerada un componente clave dentro de este proceso, que va más allá de un Estrategia (23).

Esta consideración de la Promoción como Educación requiere comprender la Promoción como un “proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; constituyendo un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer la habilidades y capacidades de los individuos, sino también a modificar las condiciones sociales, ambientales y económica, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (23).

La promoción de la salud combina la ciencia de la evidencia con estrategias que constituyen el arte, la abogacía, y que implica un trabajo comprometido de grupos e individuos. Según González: “en su esencia la promoción de la salud aplica tres estrategias fundamentales: a) la educación que busca la alfabetización sanitaria para incrementar la conciencia pública sobre la salud y la adopción de estilos de vida saludables; b) la movilización social para lograr la participación que brinde oportunidades y poder a la gente para el logro de espacios saludables y servicios de salud eficaces y eficientes, y c) la abogacía o defensa pública de la salud para el logro de políticas que creen ambientes saludables y seguros, y condiciones favorables para la salud y el bienestar”. “El arte de la promoción de la salud puede ser visto como el proceso de activación de las comunidades, dirigentes políticos, profesionales y población, a favor de políticas, sistemas y modos de vida saludables con el objeto de construir un sistema de soporte social que le permita a la gente vivir más sanamente” (23).

Teniendo en cuenta la Promoción con el concepto amplio que planteó la Carta de Ottawa de 1986, Thielman plantea “Se trata de una contradicción antagónica entre el desarrollo de los sistemas de salud: el

potencial económico y el crecimiento de la expectativa de vida, una contradicción que no se resolverá, salvo que la medicina adopte el concepto revolucionario de considerar la promoción de salud como prioridad estratégica. Hay que cambiar el pensamiento corriente reactivo por uno pro-activo con vista a la salud, tanto por razones humanitarias como económicas” [25]. Esto que plantea el autor, habla de la dinámica del sistema de salud de Unisalud , en la cual predomina la mirada patocéntrica y preventiva, con la promoción entendida como Educación en salud, sin la afectación de las condiciones que están a los sujetos, desde un modelo de la Determinación Social.

La falta de afectación sobre ciertas condiciones como los modos de vida y las redes apoyo, no se visualiza en los servicios ofrecidos por Unisalud , en donde los usuarios expresan que las familias no son consideradas en las intervenciones. Se afecta principalmente las conductas, prácticas y conocimientos de los individuos, ofreciendo sensibilización y manejo de las patologías, servicios que no son aprovechados por los usuarios en su mayoría. Al respecto los usuarios afirman: “las familias no son tenidas en cuenta en los tratamientos”⁶.

Algunos autores plantean dentro el Enfoque de Salud Familiar, las ventajas de que los profesionales de la salud reorienten las acciones hacia la afectación de los determinantes de salud, entre las que se pueden destacar: “1) nadie conoce mejor el ambiente de la gente que la gente misma, 2) los profesionales les acompañan durante muchos años hasta toda la vida, y pueden observar correlaciones entre el estado de salud y las condiciones de vida, 3) una vez sensibilizados para el pensamiento sanocéntrico, pueden desarrollar creatividad para analizar y ejercer influencia sobre los determinantes de salud, 4) Debido a su papel legitimado históricamente son lo que van a transmitir a la población la conciencia de responsabilidad para su propia salud, lo cual es otro factor decisivo para un envejecimiento saludable” (25). Estas estrategias pueden ser la clave para los cambios que en relación a la prestación de servicios de salud, puede llegar hacer

⁶ Información extraída grupo focal, 2009.

Unisalud , con el fin de lograr un real afectación del las condiciones presentes en los Dominios desarrollados, desde la Determinación Social.

Es precisamente esta ideología, paternalista y asistencialista es probable la que conlleva a formas claras de relación entre los usuarios y las usuarias, con Unisalud , definiendo modos de actuar e interactuar específicos. Es así como se generan relaciones de dependencia entre los sujetos y Unisalud , así como la "tendencia a ir por las buenas", sin conflictos, con el fin de lograr el nivel de atención esperado, con poca participación de los sujetos haciendo de los usuarios, usuarios pasivos. Esto permite confirmar la inercia que han mantenido los usuarios, como lo afirmaba el estudio de Ardila, por la cual los usuarios y las usuarias actúan por imitación, van por las buenas, no generan conflictos y comentan estar satisfechos, a pesar de evidenciar cambios en la calidad y calidez de la atención, la cual ha sido permeada por la lógica del Mercado de la Salud, que exige Sistemas eficientes.

De esta manera se observa como las políticas de salud, bajo las cuales actúa Unisalud , conllevan a la priorización de la gestión del riesgo, las acciones preventivas y el asistencialismo, basándose en el logro de un sistema Eficiente y sostenible generando relaciones de dependencia entre los usuarios y las usuarias con Unisalud , desde la lógica del Paternalismo, lo cual disminuye la acción política, empoderamiento y abogacía de los sujetos y su participación activa en el proceso de salud- enfermedad.

En conclusión se requiere en Unisalud decisiones que Impacten las Políticas, los modos de vida de los sujetos, sus condiciones ambientales y socioeconómicas, así como el desarrollo de las habilidades y capacidades, como parte del proceso de Promoción de la salud, favoreciendo el empoderamiento, la autonomía y la abogacía de los individuos y colectivos, frente al proceso (continuum) salud – enfermedad. Como afirma: El gran médico alemán Rudof Virchow (1821-1902) "la política es medicina en grande, lo contrario también es cierto -la medicina en grande es también política-; La verdadera medicina no sale sin meterse en asuntos

políticos, la mayoría de determinantes de salud dependen de condiciones y decisiones políticas".

Esto implica por lo tanto movilización social, trabajo intersectorial e intrainstitucional en UNISALUD , lo cual requiere de comunicación dialógica entre las áreas de Salud Pública, atención domiciliaria, crónicas, y los demás servicios ofrecidos por la entidad, así como de los demás sectores involucrados en la salud de los individuos, como: el departamento Salud Ocupacional de la Universidad, instancias decisorias de Políticas Institucionales y sectores Locales de entorno cercano de los individuos.

Por otro lado es importante resaltar que los avances de carácter investigativo desde la perspectiva de la determinación social son escasos y aún no han llegado a las EPS colombianas con la suficiente fuerza, menos a los espacios vividos por usuarios con un plan de beneficios relativamente equitativo, como el de UNISALUD . Esta necesidad en la investigación lleva a pensar la posibilidad de estudiar sociedades Homogéneas, que comienzan a ser afectadas por el neoliberalismo económico, pero que conservan políticas de bienestar para los individuos. Ante esto Thielman afirma que — faltan informaciones sobre determinantes de salud en sociedades económica y socialmente homogéneas, menos excluyentes, no afectadas por el neoliberalismo económico y sus consecuencias sociales".

Así mismo se reconoce que el modelo planteado por la epidemiología Crítica, como propuesta latinoamericana, plantea una nueva forma de ver la salud de los sujetos, una manera de ver a los sujetos como sujetos políticos capaces de participar en la toma de decisiones sobre su salud, y unos lineamientos y acciones específicas para la realización de análisis de situación de salud, que involucra metodologías cualitativas y cuantitativas para entender las realidades de las poblaciones. No obstante requiere de ser aplicado en diferentes contextos y poblacionales, para comprender la aplicabilidad del mismo y la operacionalización de los elementos que plantea y los nuevos conceptos que propone. *"Desde la perspectiva de los determinantes*

sociales, la presencia de condiciones crónicas se concibe como un proceso social que asume características distintas en los grupos humanos según la forma en que se concretan los modos de vida, las condiciones de clase social, las condiciones de trabajo y la manera como se expresan a través de las construcciones culturales y las prácticas sociales.”

REFERENCIAS

1. Díaz, M. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la osteoartritis de cadera, rodilla y mano. Revista Colombiana de Reumatología. Vol, 9 (1), 2002.
2. Orozco, J. Caracterización del Mercado de Aseguramiento en Salud para el régimen contributivo en Colombia. 2006. Editorial Universidad Cartagena, Colombia.
3. Unisalud Al Día con su salud. Boletín No 19. Proyecto para la Estimación del Riesgo en salud. PERES, 2008. Mayor información: <http://www.unal.edu.co/unis;alud/archivos/publicaciones/BOLETIN19.pdf>
4. Rosemann, T, Gensichen, J; Sauer, N; Laux, G; Szecsenyi. The impact of concomitant depression on quality of life and health service utilisation in patients with osteoarthritis. J RHEUMATOLOGY INTERNATIONAL. Volume 27, Number 9 2007, 859-863, DOI: 10.1007/s00296-007-0309-6
6. McAlindon T E, Cooper C, Kirwan J R, Dieppe P A. Determinants of disability in osteoarthritis of the knee. Annals of the Rheumatic Diseases; 1993 52:258-262.
7. Universidad Nacional de Colombia UN. Acuerdo 103 de 1993, Acuerdo 069 de 1997, Acuerdo 024 2008. Revisados 2009: <http://www.Unisalud.unal.edu.co/pages/publico/Marco.jsp>
8. Universidad Nacional de Colombia. Normas que regulan el funcionamiento de la Caja de Previsión Social. Acuerdos 44 de 1989, Acuerdo 20 de 1990, Acuerdo 21 de 1990. Revisado 2009: <http://www.Unisalud.unal.edu.co/pages/publico/Marco.jsp>
9. Hernández, M; Obregón, D. LA OPS Y EL ESTADO COLOMBIANO: Cien Años de Historia. 2002. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Mayor información: www.col.ops-oms.org
- 10 Constitución Política de Colombia, 1991
11. Universidad Nacional de Colombia. Convención Colectiva de Trabajo. 1997 Revisado 2009: http://www.unal.edu.co/Unisalud/archivos/otros/Convencion_Colectiva_Del_Trabajo_Del_1997.pdf
12. Unisalud . Al Día con su salud. Boletín No 21. Sección No 03 Información usuarios. Área Salud Pública. 2009. Comunicaciones Unisalud .
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. The world health report 2000. 1211 Ginebra, Suiza. E-mail: whr@who.int
14. Forero, J; Muñoz, Y. Manejo de fisioterapia y rehabilitación en el tratamiento de la osteoartritis de cadera, rodilla y mano. Revista Colombiana de reumatología. Vol 9 (1), 2002.
15. Dawson J. Impact of Persistent Hip or Knee Pain on Overall Health Status in Elderly People: A Longitudinal Population Study. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research). 2005 53 (3), pp 368–374. American College of Rheumatology
16. SDS. Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas 2008. Ámbito IPS. Programa De Prevención, Detección Precoz y Atención Integral a Personas con Condiciones Crónicas en el Ámbito de IPS. 2008. Bogotá.
17. Pinilla, J. Política Pública Distrital de Prevención de Enfermedades Crónicas. ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Secretaria Distrital de Salud. Referente de Crónicas 2002. SDS – Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Políticas%20de%20salud/Enfermedades%20crónicas/ecronicas.rtf
18. Ardila, A. Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según los usuarios de Unisalud . Investigación cualitativa con perspectiva etnográfica. Tesis de Maestría para optar a título de Magíster Scientiae en Salud Pública. 2006. Universidad nacional de Colombia. Facultad de medicina Instituto de salud pública Bogotá D.C.
19. Grosso, G. Modelo de salud. Revisado 2009: <http://www.Unisalud.unal.edu.co/pages/publico/Modelo.jsp>
20. Grosso G; Gomez A; Betancurt F. Modelos de salud: administración de planes de beneficios desde la perspectiva de la gestión del riesgo. 2006 Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina: Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) 176 p. Bogotá
20. Archila, E; Camargo D; Jiménez, J; Villamizar M. El Dolor: una perspectiva epidemiológica. Salud UIS 2004;36:2-13
21. Tovar, M. Dolor en niños. Revista Colombia Médica. ISSN 1657-9534 On line. 2005, 36 (4) (Supl 3). Corporación Editora Médica del Valle. Mayor Información: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No4Supl/html/cm36n4s1a10.pdf>
22. Breilh, J. Genero, Poder y Salud. Aportes Críticos a la Construcción (Intergenérica) de una Sociedad sin Subordinaciones. Primera Edición: Centro Estudios y Asesoría en Salud. 1993. Pag 13 – 83
23. Pérez, M; Pinzón, H; Alonso, L. Promoción de la Salud. Conceptos y aplicaciones. 2007. Ediciones Uninorte. Barranquilla Colombia.
24. González- Molina, J. Educación, Movilización Social y Abogacía para promover la salud. Revista Médica del Uruguay. 2002, 18 (3).
25. Thielmann, K. Determinantes de salud. Potencial investigativo y estratégico de la Medicina General Integral. Revista Cubana de Medicina General Integral 2005, 21 (5-6). Mayor información: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi215-605.htm
26. Breilh, J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e intercultural ISBN 950-892-147-1, 2007. Buenos Aires: Lugar Editorial. Colección Salud Colectiva.