

CAMBIOS EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD SOCIAL

EN SALUD COLOMBIANA

Y CONDICIONES DE VIDA DE CORTEROS DE CAÑA



Facultad De Humanidades
Trabajo Social



MONOGRAFÍA

**CAMBIOS EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
COLOMBIANA Y CONDICIONES DE VIDA DE CORTEROS DE CAÑA.**

PRESENTADO POR:

VALERIA CASTRO FERNÁNDEZ

ANGIE RIASCOS ROJAS

DIRECTORA:

ALBA NUBIA RODRÍGUEZ PIZARRO

PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:

TRABAJADOR SOCIAL

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Santiago de Cali, Febrero de 2016

Agradecimientos

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a los corteros de caña agrupados en el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Agropecuaria-SINTRAINAGRO, en especial a la Junta Directiva de la seccional Florida y los trabajadores del Ingenio del Cauca, por abrirnos el espacio para compartir la realización de nuestra monografía con ustedes.

Muchas gracias a Doña Aleyda Tróchez por todas las atenciones que recibimos de ella y su familia, al compartirnos su casa y alimentos.

A la profesora Alba Nubia Rodríguez le agradecemos por acompañarnos y orientarnos, por su paciencia y dedicación para que este proceso nos dejara enseñanzas que nos formaran y dieran luces para ser mejores profesionales.

A la profesora María Cénide Escobar agradecemos por sus consejos a lo largo de la carrera.

A la profesora Carolina Blanco agradecemos por acompañarnos en nuestras primeras experiencias como Trabajadoras Sociales.

A la profesora Olga Moreno por ser siempre tan alegre y darnos ánimos, y a las secretarias de la Escuela de Trabajo Social; Lucy Cardona, Nubia Murillo y Lida Álvarez por su colaboración y amabilidad.

En especial agradecemos a nuestras familias por el apoyo incondicional que nos han brindado en todo nuestro proceso formativo, por su paciencia y amor, que nos dieron la capacidad para seguir adelante superando las dificultades.

Muchas gracias a Julián Mora y Víctor Caicedo por acompañar las largas noches de transcripciones, por su paciencia y por sus ánimos, los amamos.

Por último gracias a Dios por iluminar nuestro camino

Poema de Jesús Antonio Congo

*La Universidad del Valle,
con mucha voluntad,
nos mandó dos señoritas,
con gran capacidad.*

*A las dos muchachas estudiantes,
se les agradece de corazón,
que hicieron un lindo trabajo,
teniendo la razón.*

*Hicieron muchos dibujos,
mostrando la verdad,
pero esta es una lucha,
para que se haga realidad.*

*Tienen argumentos claros,
y también capacidad,
pero esa clase de personas,
no las dejan superar.*

*El pobre cuando se supera,
el rico le pone la mira,
este no puede subir,
porque se nos acaba la garantía.*

*En los años anteriores,
hablamos de la salud,
y el pobre se mantenía,
con buena gratitud.*

*El pobre entra en la clínica,
por la puerta principal,
y si no tiene pa la consulta,
váyase a buscar.*

*En Colombia hay muchas clínicas,
tan bonita y presentada,
y se muere el ser humano,
a la hora de la llegada.*

*Cuando el pobre va llegando,
le piden los documentos,
y si no tiene los diez mil,
espérese hasta un momento.*

*Al sindicato de cortero,
se le agradece de corazón,
por el permiso que se dio,
para esta gran preparación.*

*Las señoritas de la universidad,
tienen paciencia y voluntad,
que se mantienen con nosotros,
y también con humildad.*

*A dios se le agradece,
con todo el corazón,
por muchas cosas que
compartimos,
con buena intención.*

*Aquí terminan mis versos,
porque el caso fue superior,
y si algo necesitan,
aquí está el compositor.*

*Cortero de Caña
Taller 3, septiembre 25 de 2014*

	Índice
Introducción	6
Capítulo 1	
Consideraciones Generales.....	9
Capítulo 2	
Del Sistema Mundo a la labor del corte de caña en el Valle del Cauca.....	29
Capítulo 3	
Histórica labor: El Corte de caña en el Valle del Cauca.....	41
Capítulo 4	
Salud Moderna en Colombia, apertura Económica en la Salud.....	52
Capítulo 5	
Política en Salud y Condiciones de Vida.....	64
Capítulo 6	
Reubicación: Efectos en las Condiciones de Vida.....	79
Conclusiones	86
Bibliografía	91

Índice de Tablas

Tabla 1	
Matriz Análisis Documental Sobre los Cambios de la Política en Seguridad Social en Salud Colombiana entre 1970 – 2010.....	17
Tabla 2	
Participación de los corteros de caña del Ingenio Cauca afiliados a SINTRAINAGRO en los talleres.....	25
Tabla 3	

Expansión de la tierra para el cultivo de caña de azúcar.....	43
---	----

Tabla 4.

Datos estimados para el tipo de contratación y participación de los corteros de cada uno de los ingenios en las movilizaciones.....	49
---	----

Tabla 5.

Población Total Afiliada al SGSSS.....	58
--	----

Índice de Imágenes

Imagen 1

Línea del tiempo 1990-1995.....	22
---------------------------------	----

Imagen 2

Línea del tiempo 1995-2000.....	22
---------------------------------	----

Imagen 3

Línea del tiempo 1996-2000.....	23
---------------------------------	----

Imagen 4

Línea del tiempo 2006-2010.....	23
---------------------------------	----

Imagen 5

Silüeta del cuerpo humano.....	25
--------------------------------	----

Imagen 6

Silüeta del cuerpo humano.....	25
--------------------------------	----

Imagen 7

Distribución de los ingenios azucareros en el departamento del Valle del Cauca.....	44
---	----

INTRODUCCIÓN

Históricamente las sociedades se han preocupado por preservar la vida de sus poblaciones, creando instituciones y estrategias que establezcan marcos epidemiológicos de las enfermedades, acciones de promoción, prevención y tratamientos para su atención. Constituyendo sistemas de salud con organismos de dirección internacional, nacional, regional y local, encargados de generar y controlar los lineamientos de las políticas de atención de la salud-enfermedad. Colombia ha desarrollado un Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, reglamentado en la Ley 100 de 1993, reformada parcialmente en varios periodos (Ley 1112 de 2007, Ley 1438 de 2011, sentencia T-760 de 2008).

La situación de los trabajadores Colombianos en materia de seguridad social en salud, evidencia un alto riesgo y llama la atención sobre la política en Seguridad Social en Salud vigente, ya que son estas normas y leyes las encargadas de minimizar los riesgos laborales; es por ello que es pertinente indagar desde una perspectiva histórica la Política en Seguridad Social en Salud, con el fin de contrastarlo con las condiciones laborales, de salud y en general de vida de los trabajadores. Para nuestro interés investigativo fueron los corteros de caña, quienes se ubican en el sector de la agricultura, el cuarto renglón de mayor accidentalidad laboral durante el 2011, con 40.904 accidentes registrados, de acuerdo con el Ministerio del Trabajo¹. Dichos trabajadores además hacen parte de la cadena productiva de la caña de azúcar en la agroindustria azucarera, sector industrial que ha jugado un papel determinante en la historia y configuración de los departamentos del Valle del Cauca y Cauca.

La investigación es de tipo descriptivo y se realizó por medio de estudios de casos, el presente informe se estructuró el escrito en seis capítulos. El primero realiza un recuento del proceso de formulación y ajustes del proyecto de investigación, enfatizando en los aspectos metodológicos que enriquecieron los análisis. El segundo capítulo presenta los

¹ Ministerio de Trabajo, (2011). Consultado en: <http://www.mintrabajo.gov.co/riesgos-laborales.html>.

referentes teóricos y conceptuales que guiaron la presente disertación, se realiza un recorrido por el concepto de sistema-mundo, las políticas en salud y las condiciones de vida. Seguido se encuentra el tercer capítulo el cual describe el contexto histórico y regional de la producción azucarera y la labor del corte de caña en el Valle del Cauca resaltando los cambios en las condiciones laborales de los corteros.

El cuarto capítulo se encuentra la caracterización de los cambios de la Política de Seguridad Social en Salud, los cuales metodológicamente se agruparon en los apartados: mecanismos de financiación, promoción y prevención, atención en salud y calificación de incapacidad e invalidez.

Por su parte el quinto capítulo presenta los cambios identificados por los corteros de caña sobre la Política en Seguridad Social en Salud entre 1990 a 2010, y la relación que establecieron con su capacidad financiera, condiciones laborales y tratamiento médico recibido. El sexto capítulo analiza las diferencias entre los cambios descritos por los corteros de caña activos en el corte y los reubicados por enfermedades o accidentes laborales, sobre la Política en Seguridad Social en Salud. Finalmente se plantean las conclusiones que se derivan del trabajo académico realizado y los aportes al Trabajo Social.

Consideraciones Generales

Durante nuestro proceso formativo como estudiantes de Trabajo Social tuvimos oportunidad de acercarnos a través de trabajos académicos a la población de corteros de caña, vinculados al Sindicato Nacional de Corteros de Caña (SINALCORTEROS); el cual se fusionó con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Agropecuaria² (SINTRAINAGRO). En este proceso realizamos acompañamientos mediante talleres, capacitaciones, conferencias sobre distintas problemáticas del agro y un trabajo etnográfico sobre percepciones y acciones colectivas de los corteros de caña.

En este recorrido fueron reiteradas las preocupaciones por parte de los corteros de caña y el sindicato en torno a la salud laboral, causadas por múltiples inconformidades en cuanto al funcionamiento y el servicio prestado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL); las quejas más recurrentes están relacionadas con la calidad en la atención en salud, la calificación de incapacidad e invalidez y los procesos de reubicación laboral.

Con estas inquietudes iniciamos un rastreo bibliográfico que brinde explicaciones a las causas de las preocupaciones de los corteros afiliados a SINTRAINAGRO, en este proceso encontramos que la mayoría de las investigaciones en salud laboral de esta población han sido realizadas desde las ciencias de la salud, las cuales se ocupan por describir, analizar y tratar las posibles causas de las enfermedades laborales, para establecer tratamientos, atención y políticas públicas en salud, desde un enfoque biológico. De manera general la Oficina Internacional del Trabajo -OIT- principal referente en materia laboral, ha realizado una serie de investigaciones, las cuales se preguntan por las condiciones de vida, (sin contar con una definición conceptual de éstas) los riesgos del trabajo en la agricultura a nivel mundial y recomendaciones para su abordaje. La primera investigación revisada, “Seguridad y Salud en la Agricultura” (2000), de tipo descriptiva, brinda un panorama sobre las condiciones de vida de los trabajadores de la agricultura, las enfermedades y los

² Proceso descrito en el capítulo 3.

accidentes más frecuentes, generalidades legislativas de este sector y cierra con una exposición sobre recomendaciones y programas de la OIT para hacerle frente a problemas de riesgos profesionales. Posterior a esta investigación se han publicado recopilaciones de recomendaciones y convenios sobre la salud en el sector de la agricultura, el más reciente se denomina “Repertorio de Recomendaciones Prácticas sobre Seguridad y Salud en la Agricultura” (2010), en esta investigación se hace un recuento de cifras, del papel de la agricultura en la economía mundial y se proponen varios modelos de detección de enfermedades laborales y su prevención.

Por otro lado se destaca la compilación de Informes sobre Salud Ocupacional de la Industria de la Caña de Azúcar realizado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social –OISS-(2011), que incluye a Costa Rica, Nicaragua y El Salvador, este trabajo contó con la participación de diferentes centros de estudios de sustancias tóxicas y universidades. El informe hace referencia a las condiciones sociales de los corteros de caña, como un determinante para su ubicación en esta labor, como por ejemplo las pocas oportunidades laborales, la subcontratación, su condición de migrantes, el transporte y distancia entre los campamentos “baches” y el lugar del corte.

Para Nicaragua, el informe señala que en el corte de la caña y siembra de semilla, hay participación igualitaria de hombres y mujeres; en El Salvador el 23% de las mujeres de comunidades aledañas a cultivos de caña de azúcar, en edades entre 20 y 60 años reportaron haber trabajado en la caña. También se identificó la participación de niños y adolescentes hombres, ayudado a sus padres, lo que genera asistencia tardía o abandono escolar.

Entre los riesgos ocupacionales para los tres países, los más relevantes son; la exposición a altas temperaturas, especialmente en el período de la zafra (quema de la caña), la labor propia del corte de la caña, la siembra de semilla (plantación de caña joven) y la irrigación. Plantea el informe que la situación se intensifica con el pago al destajo. Por otro lado la exposición al bagazo (material fibroso que resulta de la molienda de la caña) genera afecciones respiratorias, generando respiración sibilante y “falta de aire”, registrando un aumento de rinitis y problemas oculares “Los investigadores interpretaron que los síntomas

se debían a un efecto irritante de las fibras del bagazo en el tracto respiratorio”. (OISS, 2011: 12) De igual manera se observó un aumento de enfermedades renales crónicas “Las estadísticas de mortalidad del 2005 del Ministerio de Salud de Nicaragua mostraron que la tasa de mortalidad por insuficiencia renal fue 13 veces mayor en las zonas cañeras que la tasa nacional.” (Ibíd.)

Como se observa en la compilación investigativa de la OISS, hay un énfasis investigativo en las enfermedades respiratorias y las lesiones osteomusculares. Por su parte en Latinoamérica desde la década pasada se ha iniciado el estudio de las enfermedades asociadas al trabajo con la caña de azúcar, con el estudio “Efecto de la Quema de la Caña de Azúcar sobre la Incidencia de Enfermedades Respiratorias en dos Localidades del Estado Aragua, Venezuela” (Hernández: 1995), el cual estudia la relación de la aparición de enfermedades respiratorias en la época de la zafra, aunque el estudio no es concluyente frente a si la quema de la caña de azúcar es lesiva o no para el sistema respiratorio, hace una recopilación de la evolución del proceso productivo de la caña de azúcar.

A nivel local el estudio “¿La Caña de Azúcar: ¿una Amarga Externalidad?” (Dávalos: 2007), analiza el impacto de la quema de la caña de azúcar en la ciudad de Palmira, Valle del Cauca, y propone un método para la medición de partículas contaminantes y su relación directa con las enfermedades respiratorias, siendo el primer estudio que data sobre la quema de la caña de azúcar en la salud pública de Colombia. En el estudio se realiza un recorrido por los diferentes tipos de metodología que se pueden realizar para medir el impacto de la contaminación: la individual y la ecológica. Dentro de los hallazgos mas significativos de la investigación se encuentra la relación directa en los aumentos de los casos de IRA- Infección Respiratoria Aguda con los tiempos en los que se practica la quema de la caña, en Palmira se sobrepasa diez veces más los límites de contaminación permitidos por la EPA- Agencia de Protección Ambiental a causa de la quema de caña.

Por otro lado la tesis de Maestría en Salud Ocupacional, “Herramienta de Corte, Morbilidad Sentida Osteomuscular y Productividad en Corteros de Caña de un Ingenio Azucarero del Valle del Cauca” (Jiménez: 2010), es un estudio descriptivo centrado en el análisis de las

dolencias producidas por la herramienta utilizada para el corte de la caña y establece relación con la productividad de cada cortero. En esta investigación se toman variables importantes para reconocer las causas de las afecciones según la herramienta, en las cuales se toman como referentes el peso, la velocidad y los movimientos, la población con la cual se realizó el estudio fueron 1100 corteros, tomando como muestra 169. En las conclusiones los autores resaltan que el corte de la caña por ser una labor biomecánica tiene una alta incidencia en las enfermedades músculo-esqueléticas, lo que genera repercusiones en la continuidad en la labor del corte de la caña. Como se puede observar las investigaciones referentes a la salud y trabajo en la agroindustria azucarera se han desarrollado desde el enfoque clínico-biológico, por profesionales de la salud, es decir, análisis referenciados a enfermedades de grupos de trabajadores, en triangulación con la labor desempeñada y el ambiente, entendiendo este como el contexto laboral.

Algunas de las investigaciones realizadas en Colombia y en el Valle del Cauca sobre la salud laboral de los corteros de caña, se limitan a describir y analizar las afecciones propias del oficio del corte de la caña, pero no son relacionadas con la Política de Seguridad Social en Salud, ni logran describir los impactos y su relación en lo social, cultural, político y económico de la vida de estos trabajadores. Consideramos a raíz de la revisión bibliográfica y de nuestro interés investigativo pertinente y necesario relacionar las Políticas en Seguridad Social en Salud con las condiciones de vida de los trabajadores corteros de caña; lo que se resume en un proceso de interacción entre estructuras macro (política) y micro (las condiciones de vida), lo que se ha llamado en el campo de la salud, el enfoque social.

En este contexto consideramos pertinente indagar sobre la Política en Seguridad Social en Salud del país, su estructura, funcionamiento y transformaciones, con el fin de dar a conocer esta información a los corteros de caña y a su vez que estos analizaran cómo se relaciona con sus condiciones de vida. Disertación que visualizamos como un referente para los corteros, esperamos brinde a futuro conocimientos detallados sobre la política en salud; mientras que para el campo académico y de Trabajo Social esperamos contribuir al análisis de las relaciones entre las políticas nacionales de bienestar social, regionales y locales con la vida de poblaciones específicas.

De esta manera y con un diálogo constante con las directivas de SINTRAINAGRO empezamos a diseñar nuestro proyecto, planteando la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles han sido los cambios en las Políticas en Seguridad Social en Salud en Colombia durante el periodo de 1990 a 2010 y cuál es la relación que identifican los corteros de caña de un ingenio azucarero del Departamento del Valle del Cauca con sus condiciones de vida?

La elaboración del proyecto fue un proceso de retroalimentación entre los corteros de caña y nuestro equipo de investigación. El sindicato nos permitió conocer el estado de la salud de los afiliados de las diferentes seccionales pertenecientes a cada ingenio, de ahí que tuvimos acceso a historias clínicas y bases de datos del número total de corteros con afecciones de salud (300 reubicados aproximadamente en el Ingenio Cauca), esto nos permitió diseñar el proyecto de forma general teniendo en cuenta el panorama de salud de los corteros miembros del sindicato.

Los objetivos trazados para la realización de la monografía fueron:

Objetivo General

Analizar los cambios en las Políticas en Seguridad Social en Salud de Colombia durante el período de 1990 a 2010 y la relación identificada por los corteros de caña del Ingenio Cauca afiliados a SINTRAINAGRO con sus condiciones de vida.

Objetivos Específicos

- Identificar los cambios en la legislación y la política en Seguridad Social en Salud, en sus mecanismos de financiación, promoción y prevención, atención en salud y calificación de incapacidad e invalidez entre el periodo de 1990 a 2010.
- Caracterizar los cambios de las Políticas en Seguridad Social en Salud en Colombia identificados por los corteros de caña del Ingenio Cauca afiliados a

SINTRAINAGRO, en los mecanismos de financiación, atención en salud y calificación de incapacidad e invalidez entre el período de 1990 a 2010.

- Describir los cambios referenciados por los corteros de caña del Ingenio Cauca afiliados a SINTRAINAGRO, en su capacidad financiera, tratamiento médico y condiciones laborales conforme a los cambios de las Políticas en Seguridad Social en Salud en Colombia entre el período de 1990 a 2010.
- Diferenciar la capacidad financiera, tratamiento médico y condiciones laborales de los corteros de caña activos en el corte y los reubicados del Ingenio Cauca afiliados a SINTRAINAGRO.

Consideraciones metodológicas

La investigación se planteó de tipo descriptivo y se realizó a través de estudios de caso, para la elaboración de la muestra poblacional se propusieron los siguientes criterios; el primero, la existencia de un número relevante de casos de corteros con problemas de salud registrados ante el sindicato; segundo, disponibilidad de tiempo para participar en la investigación y tercero, los corteros debían tener vinculación laboral en el corte desde 1990 o antes, ello con el propósito de contar con participantes que hubieran accedido al sistema de salud antes de la implementación de la Ley 100 de 1993, que como es bien sabido marcó un hito en la política de salud colombiana. Este tercer criterio fue de gran importancia para recoger las experiencias de los corteros de caña previas al periodo de estudio (1990 a 2010), también permitió tener un contexto desde la mirada de los corteros sobre sus condiciones de vida para esta época y enriquecer así el análisis en términos comparativos.

La definición del grupo de corteros a participar en la investigación sólo se dio hasta que el proyecto estuvo prácticamente terminado, debido a que fue una decisión de la Junta Directiva del sindicato después de evaluar situaciones internas y la seccional a la que más le serviría la investigación. Se decidió realizar la investigación con los trabajadores del Ingenio Cauca, quienes tenían plena disponibilidad y es la seccional que cuenta con el mayor número de afiliados (4.000 corteros aproximadamente).

Una vez acordada la población participante, ajustamos la estrategia metodológica propuesta inicialmente, manteniendo la revisión documental y cambiando las técnicas de entrevistas y grupos focales por unas de orden interactivo y participativo, de tal manera planeamos la realización de talleres, con una doble intencionalidad, por un lado, construir datos para la investigación y por el otro brindar conocimientos a los corteros sobre los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud, por lo cual planeamos una presentación didáctica sobre estos cambios haciendo uso de una línea del tiempo y trabajos grupales con siluetas. La presentación de los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud, la hicimos con los insumos producto de la revisión documental de la normatividad sobre la política en salud de Colombia, este ejercicio nos permitió que interactuaran la información legislativa e histórica, con los saberes prácticos de los corteros, provenientes de su experiencia en el sistema de salud y riesgos profesionales.

Lo primero realizado en términos metodológicos fue la revisión documental sobre los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud, la cual se realizó a partir de la búsqueda, lectura y estudio de leyes, decretos y resoluciones del Ministerio de Salud, información con la cual construimos una matriz en la que registramos los cambios desde 1990 hasta 2010, este tiempo fue dividido en periodos de cinco años y cada uno fue caracterizado con acontecimientos representativos en los temas correspondientes a los mecanismos de financiación, atención en salud, promoción y prevención y calificación de incapacidad e invalidez. Este periodo de tiempo fue seleccionado intencionalmente para analizar los cambios de la política en salud durante la década de 1990, debido a que se presentaron hechos importantes como la apertura económica promovida por el gobierno de César Gaviria (1990-1994), la promulgación de la Constitución Política de 1991, la aprobación y posterior implementación de la Ley 100 de 1993 del Sistema de Seguridad Social en Salud, seguido de una década de reformas al sistema de salud y movilización activa de los corteros de caña (2005 y 2008).

La construcción de la matriz sobre los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud, fue la base para el diseño, contenido de los talleres y cada uno de sus momentos, para lo cual se propuso la realización de una línea del tiempo durante la primera parte del taller, que permitió una exposición clara sobre los cambios de la política en salud, destacando

hechos históricos de forma interactiva, dando así la oportunidad de participar a los corteros y a la vez contribuyendo a la comprensión de los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud. A continuación se presenta la matriz sobre los cambios de la política de salud nacional, se incluye un periodo desde 1970 con el propósito de brindar un contexto previo al período de estudio.

Tabla 1. Matriz Análisis Documental Sobre los Cambios de la Política en Seguridad Social en Salud Colombiana entre 1970 – 2010				
Categoría Año de cambio	Mecanismos de financiación	Promoción y prevención	Atención en salud	Calificación de incapacidad e invalidez
1970 -1989	Subsidio a la Oferta La característica principal del Sistema de Salud regido por el Decreto 056 de 1976 el cual regulaba el Sistema Nacional de Salud, era la financiación por parte del Estado a través del subsidio a la oferta, siendo la red pública de hospitales, financiada en su totalidad por el Estado, sin condicionamientos para la atención a la diversa población ni al número de pacientes. Aunque existía una división entre la atención a los trabajadores de empresas privadas, públicas, la población independiente y la población que vivía en situaciones de pobreza, no existía diferenciación en los valores de los servicios prestados por el Instituto de Seguros Sociales, institución que agrupaba a los trabajadores de empresas públicas y privadas, existían contribuciones de los trabajadores, empleadores y el Estado para el financiamiento, pero no se había implementado la división de cuotas de acuerdo a los ingresos salariales y a los servicios requeridos. Al igual que en el Instituto de Seguros Sociales, en	Prevención sólo en la empresa Se iniciaba dentro del Instituto de Seguros Sociales una Sección que promovía la medicina para la profilaxis de las enfermedades, destinada a desarrollar todo lo pertinente la educación sanitaria, y examen médico periódico entre los asegurados. En las empresas existía una regulación amplia sobre comités que impulsaran medidas de higiene dentro de las empresas, en las leyes se encontraba descrito cómo debía ser la conformación de los comités de higiene y cuáles eran sus labores. A pesar de esa regulación tan detallada no existían programas nacionales que enfatizaran en la promoción y prevención de enfermedades, la responsabilidad caía sobre las empresas que eran las encargadas de crear espacios que promovieran la prevención de enfermedades en el ámbito laboral.	Atención Universal El modelo antes de la Ley 100 de 1993, tenía un enfoque de salud pública en el que predominaba un principio de universalidad en la atención y tratamiento de enfermedad. El Instituto Seguros Sociales era la institución que se encargaba de la atención a las enfermedades de los trabajadores y de sus familias, existían en el periodo pólizas de seguro médico, incapacidad y muerte que ofrecían beneficios adicionales en la atención en salud e indemnizaciones que eran utilizadas por una minoría de los trabajadores formales. No existía diferenciación en el acceso a la salud, el cubrimiento era integral de acuerdo al padecimiento que se tenía, no había diferentes planes de cubrimiento de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios.	Aseguramiento por el Estado El Instituto Seguros Sociales se encargaba de brindar el cubrimiento de la atención de accidentes laborales y de la indemnización por accidentes de trabajo y vejez, en su mayoría los recursos con los que se sostenían las indemnizaciones eran suministradas por fondos del Estado y la cotización que hacían los empleadores. Las personas que no eran beneficiarias del Instituto Seguros Sociales para ser indemnizadas tenían que ser usuarios de pólizas de seguro. Para los servidores públicos (Magisterio) los riesgos profesionales estaban cubiertos por las Cajas de Previsión Nacional, entidades públicas financiadas por el Estado. En caso de accidentes profesionales en los que hubiera muerte, la indemnización a la familia no sobrepasaba el 50% del salario que se ganaba el trabajador.

	el sistema de hospitales públicos no existían diferenciaciones en las cuotas a pagar por los servicios que se recibían, ni por la capacidad de pago de las personas que eran atendidas.			
1990- 1995	Subsidio a la Demanda Con la implementación de Ley 100 de 1993 se crea el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) siendo un fondo que se nutre de los aportes de los cotizantes del régimen contributivo y aportes del Estado. Se crean las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades encargadas de administrar los recursos estatales, de los contribuyentes y algunos del FOSYGA. Se crean las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que pueden ser públicas o privadas, entidades encargadas de prestar los servicios de salud.	Control de riesgos Se crea el Sistema General de Riesgos Profesionales, que se propone establecer actividades de promoción y prevención en materia de Riesgos Profesionales, por parte de las Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y el empleador. No se especifica el tipo de actividades a desarrollar. Se crean los Comités de Paritarios de Salud Ocupacional. COPASO. Con participación paritaria de trabajadores y empleados. El Decreto 1295 de 1994 obliga a los empleadores a crear, programar, ejecutar, financiar y controlar programas de salud ocupacional en su empresa.	Atención Focalizada Se realiza una división en la población en niveles de atención, esta división corresponde a la capacidad de pago de los usuarios. Se diferencia la atención de enfermedades de orígenes y enfermedades generales con la aparición de entidades especializadas para cada tipo de afectación, las EPS se rigen por el Plan Obligatorio de Salud – POS se encargan de atender los riesgos generados de la enfermedad general, y las ARP se encargan de los riesgos ocupacionales y de los trabajadores. Existe otra división para la atención en salud que corresponde a la creación de regímenes, al interior del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), existe el Régimen Contributivo al que está vinculado toda la población con trabajo formal y capacidad de pago y el Régimen Subsidiado que cubre las personas que no tienen la capacidad de pago para pertenecer al Régimen Contributivo. El Régimen Subsidiado depende en su gran mayoría de los servicios que prestan la red de	Aseguramiento por Intermediarios Con el Decreto 1295 de 1994, se reglamenta y estructura el Sistema General de Riesgos Profesionales, acorde con la Ley 100 de 1993. (Fue declarado inexecutable parcialmente por la Corte Constitucional en sentencia C-452 de 2002. Debido a que se excedieron las facultades otorgadas por la Ley 100 de 1993). Se pasa de las Cajas Nacionales de Previsión Social para los trabajadores de la nación y del Instituto Colombiano de Seguros Sociales para trabajadores del sector privado a un Sistema General de Riesgos Profesionales que incluye a ambos tipos de trabajadores. Todos los afiliados al SGRP que sufran un accidente, enfermedad profesional o como consecuencia se incapacite, invalide o muera tendrá derecho a servicios asistenciales y prestaciones económicas. Se califica a un trabajador con invalidez cuando presenta pérdida del

			hospitales públicos del país, de acuerdo al nivel de vulnerabilidad de la población el servicio que se presta cambia de valor, la división de esos niveles se realiza de acuerdo a la información que se encuentra registrada en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - SISBEN, de este modo dependiendo el nivel del SISBEN se le cobra a los pacientes. Algo muy similar ocurre en el Régimen Contributivo el cual está dividido en 3 niveles de acuerdo a los ingresos del cotizante, en los 3 niveles existen diferencias en el pago de la salud cambiando las cuotas moderadoras que se cancelan de acuerdo a los servicios requeridos, por tanto el nivel 1 paga menos cuota moderadora y el nivel 3 que tiene una cuota moderadora de mayor valor. El POS no tiene un cubrimiento total para el tratamiento algunas enfermedades que son de alto costo, esta dificultad le da entrada a los planes complementarios de salud que permiten que los usuarios de acuerdo a sus ingresos obtengan más cubrimiento para el tratamiento de sus enfermedades.	50% o más de su capacidad laboral. También se establece fecha de estructuración, origen de la lesión, responsabilidades y pago de la prestación. La calificación de la invalidez de los trabajadores se realiza mediante Juntas Calificadoras de Invalidez, entidades privadas cumpliendo funciones públicas, bajo lo determinado en el Manual Único para la Calificación de la Invalidez regido por el Decreto 692 de 1995. Se crean las Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP), entidades privadas y de libre escogencia por parte del trabajador. Afilian, administran y reconocen las prestaciones sociales. El SGRP es financiado por los empleadores según su actividad económica y nivel de riesgo profesional. Se fijan los montos de las prestaciones económicas por incapacidad, que dependerán de la clasificación de los riesgos y la tabla de enfermedades, establecidas en el Decreto 1832 de 1994. Se crea el Fondo de Riesgos Profesionales para financiar programas de protección e investigación.
--	--	--	--	--

1996-2000	En este periodo se procede a implementar progresivamente la intermediación de las EPS y las IPS en la prestación y financiación de los servicios de salud que se prestan. A través de la resolución 5089 de 1997, la resolución 651 de 1998 se reglamenta la transición de los entes territoriales para la implementación del modelo del Subsidio a la Demanda. En la financiación de los hospitales públicos empieza a ser importante la prestación de servicios a pacientes del régimen contributivo, debido a que genera recursos que complementan los otorgados por el Estado a través del FOSYGA, para las IPS también es una importante fuente de financiación el FOSYGA debido a que los pacientes pertenecientes al régimen subsidiado y son atendidos en IPS privadas son cubiertos por fondos del Estado.	Durante este período se adoptan medidas de la Organización Internacional para el Trabajo (OIT), como la Ley 320 de 1996, por la cual se aprueba el convenio 174 de la OIT sobre la prevención de accidentes industriales, la Ley 430 de 1998 donde se dictan disposiciones en materia ambiental, referentes a los desechos peligrosos.	En 1996 se crea el Programa de Desarrollo Hospitalario por medio del Decreto 294 de 1996, esto implicaba por parte del Estado la existencia de una política de financiación y mantenimiento a la red de hospitales públicos de Colombia, promoviendo el acceso a los servicios de salud públicos y expandiendo cobertura a corregimientos y municipios de difícil acceso médico. La atención en los hospitales del régimen subsidiado y régimen contributivo depende de los niveles de complejidad de las enfermedades, esto hace que IPS privadas puedan prestar servicios a pacientes del régimen subsidiado y de igual forma los hospitales públicos pueden recibir pacientes pertenecientes al régimen contributivo.	En este período continúa el mismo funcionamiento para la calificación de invalidez y asignación de incapacidades, determinado en el Decreto 1295 de 1994.
2001-2005	La creación del Sistema General de Particiones avanza en la descentralización de los recursos de la nación, en relación con la salud se reglamenta el paso de los recursos que el estado a los entes territoriales, los cuales van a ser los encargados de la administración de los recursos que el Estado invierte en salud. Creación de la Empresas Sociales del Estado – ESE, este acontecimiento presenta una ruptura definitiva con el modelo de salud	La Ley 776 de 2002 no realiza cambios en materia de prevención y promoción de la salud de los trabajadores, se mantienen los aspectos generales determinados en el Decreto 1295 de 1994. Se crea la Política Pública para la Protección de la Salud en el Mundo Laboral, por parte del Ministerio del Trabajo debido al alza de las muertes de trabajadores en el cumplimiento de su	En este periodo se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, este sistema se crea como respuesta a las múltiples quejas de los usuarios de los dos regímenes por los malos servicios que se prestaban. Se realizan correctivos para el acceso a la información de las EPS y las IPS, el Estado exige control con la información sobre el número de usuarios atendidos, afiliados y	El cambio más significativo en este periodo se da con la Ley 776 de 2002, como consecuencia de la Sentencia C-452 de 2002 de la Corte Constitucional ya que declaró inexecutable parcialmente el Decreto 1295 de 1994. En este periodo se reorganiza el Sistema General de Riesgos Profesionales, incluye la definición de incapacidad temporal, permanente parcial, reubicación del trabajador, estado de invalidez y los

	antes de la ley 100 de 1993. La creación de las ESE implica la descentralización total de la salud en Colombia y obliga a los hospitales a entrar en lógicas empresariales, se le da a los hospitales cierta autonomía financiera que se traduce en introducirlos en la autofinanciación de los hospitales a través de la celebración de contratos con las EPS y el Estado.	labor. La cual crea lineamientos para la elaboración de Planes Nacionales de Salud Ocupacional, en los cuales con la participación de las centrales de trabajadores y representantes del sector productivo y el Ministerio del Trabajo planean acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales.	los recursos con que cuentan las entidades privadas, esto se toma para los controles de calidad en la prestación de los servicios. En este periodo se le da mayor relevancia a la focalización de la atención, se regula el SISBEN para que sea ampliamente utilizada por la población y para que el servicio que se presta a los usuarios del régimen subsidiado dependa exclusivamente de este.	montos de indemnización por cada una de éstas. Situaciones laborales antes no definidas.
2006-2010	En este último periodo a cuenta de la desfinanciación progresiva vivida, se encuentran una cantidad considerable de hospitales públicos en crisis, se liquidan hospitales pertenecientes al ISS como el hospital Rafael Uribe e inician concesiones de estos hospitales a entidades privadas. Las causas principales de la crisis de la red de hospitales públicos se deben a la desfinanciación que se ha vivido y las deudas que tienen el Estado y las EPS con dichos hospitales por cuenta de servicios que se prestan y no se pagan a tiempo. En el caso del HUV-Hospital Universitario del Valle, según estimados presentados en la comisión accidental del senado para intervenir en crisis del HUV, para el año 2010 el municipio de Cali le debía 25.000 millones a causa de la liquidación de la EPS Cali Salud, la gobernación del Valle le adeudaba 194.000	En 2008 se crea el Plan Nacional de Salud Ocupacional, bajo la Política Pública para la Protección de la Salud en el Mundo del Trabajo del 2001. Crea el Sistema de Riesgos, que está conformado por subsistemas de promoción prevención, dicho plan será autofinanciado por el sector productivo (empleadores).	Con la crisis de los hospitales públicos en el año 2008 se acaba la prestación de servicio de salud por parte del ISS, en cambio los usuarios del ISS son pasados a una EPS, esta institución lleva el nombre de Nueva EPS. Con la liquidación del ISS se culmina la privatización de todos los centros médicos que hacían parte de la institución y fueron entregados en concesión. Se presentan múltiples quejas en la atención de los pacientes que ahora hacían parte de la Nueva EPS, el periódico El Espectador registraba el 11 de agosto de 2008 los problemas en la autorización de procedimientos y demoras en las asignaciones de citas, En los hospitales públicos la prestación de los servicios se ve mediada por el abastecimiento que se tiene de medicamentos y de materiales necesarios, esto en muchos casos implica que los hospitales no dan abasto para los pacientes que tienen.	Se crea la Guía de Atención Integral de Salud Ocupacional Basadas en la Evidencia por medio de la Resolución 2844 de 2007, la planificación de la guía tuvo la confluencia del Ministerio de la Protección Social, centrales de trabajadores, empleadores y es el resultado de un aumento en la morbilidad a causa de desórdenes musculoesqueléticos. Tal guía es de obligatoria aplicación para las EPS y las ARP, empleadores, para la atención y prevención.

	millones y el FOSYGA 12.000 millones. En este período se inician múltiples debates que denuncian malos manejos de los recursos del Estado por parte de las EPS, estas denuncias se enfocan a las elevadas ganancias de las EPS y la utilización de los fondos del FOSYGA para sus ganancias.			
--	--	--	--	--

Fuente: Castro y Riascos (2014).

Talleres y Construcción de la Línea del Tiempo.

En total se realizaron tres talleres, los cuales se trabajaron en dos momentos como ya se mencionó, en el primer momento se enunciaban los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud desde 1990 a 2010 identificados mediante la revisión documental; utilizando una línea de tiempo con dibujos que ilustraban los cambios más sustanciales de cada quinquenio, como se observa a continuación.



Imagen1. Línea del tiempo 1990-1995, Taller 1, septiembre 12 de 2014.



Imagen 2. Línea del tiempo 1996-2001. Taller1, septiembre 12 de 2014.



Imagen 3. Línea del tiempo 1996-2000.
Taller 1, septiembre 12 de 2014.



Imagen 4. Línea del tiempo 2006-2010.
Taller 1, septiembre 12 de 2014.

El ejercicio de construir la línea del tiempo dio protagonismo a los conocimientos prácticos de los corteros de caña sobre la política en salud en cuanto a la atención en salud y riesgos profesionales, permitiendo que ellos ejemplificaran y complementaran la información presentada con sus experiencias. Esta primera parte tuvo una duración de aproximadamente dos horas. De acuerdo con el interés, participación y evaluación de los corteros, se puede afirmar que la estrategia metodológica desarrollada fue adecuada debido a que propició la participación activa de los corteros y la comprensión de los aspectos fundamentales de los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud nacional.

En el segundo momento de los talleres se realizó un trabajo grupal, el cual tenía por objetivo establecer relaciones por parte de los corteros de caña entre los cambios identificados en la política en Seguridad Social en Salud con sus condiciones de vida. En este sentido los corteros ubicaron convenciones³ que representaban sus condiciones de vida en siluetas humanas, acorde con los efectos que desde sus experiencias de vida consideraban les generaron los cambios de la política en salud.

Los grupos estaban conformados de manera aleatoria por 4 corteros, estos debían en primer lugar socializar la manera cómo relacionaban los cambios de la política en salud con sus condiciones de vida, de acuerdo con ello colocaban las convenciones en la silueta del cuerpo humano, para este ejercicio podían dibujar detalles a la silueta (ojos, nariz, boca,

³ Las convenciones eran: un balón de fútbol el cual representaba la recreación y el uso del tiempo libre; una casa que representaba la vivienda, el hogar y la familia; un graduado que representaba el estudio y la formación; y un billete que representaba la capacidad financiera.

cabello, ropa, etc.), escribir palabras (nombres de enfermedades o darle un nombre a la silueta) y por último socializar a los demás grupos los hallazgos comunes o diferentes encontrados durante el ejercicio e historias significativas que representaran la relación que construyeron entre los cambios de la política en salud, sus condiciones de vida y experiencias personales.

Durante la socialización de los grupos de trabajo, los corteros presentaron las siluetas con cada una de las convenciones disponibles, todos personalizaron la silueta, dibujando rostros felices o tristes dependiendo de la experiencia tenida en los sistemas de la política de salud, también otorgaron nombres y señalaron una a una las enfermedades más frecuentes por la labor del corte de la caña (Manguito rotador, tendinitis, túnel del carpo, lumbagos, afecciones de rodilla, cadera, columna, codo, hombro, etc.). En esta última parte del taller se evidenció que los corteros lograron comprender los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud a partir de las experiencias de vida propias, (familiares, laborales, de salud, etc.) estableciendo así relaciones con sus condiciones de vida actuales.

En los tres talleres fue muy fructífera la participación de los corteros, consideramos que estuvieron dispuestos, activos y claros a la hora de contar sus experiencias y ello facilitó el posterior análisis. De acuerdo con la evaluación de los talleres, podemos concluir que la metodología alcanzó lo propuesto, debido a que promovió la participación en cada momento, brindando un conocimiento sobre una política en salud que preocupa a los corteros y construyendo análisis entre los saberes académicos y prácticos.

Imágenes del Trabajo Grupal con Siluetas

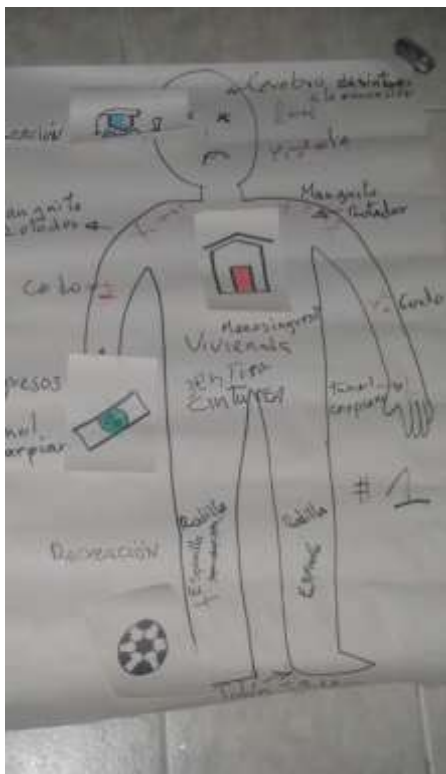


Imagen 5. Silueta del cuerpo humano.
Taller 1, septiembre 12 de 2014.

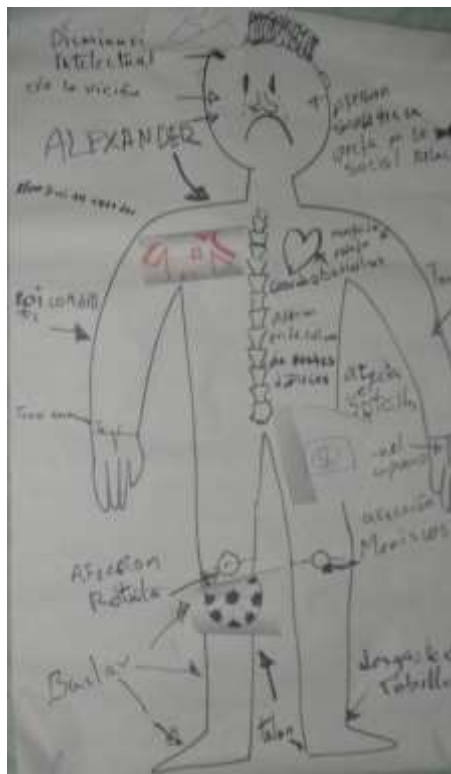


Imagen 6. Silueta del cuerpo humano.
Taller 1, septiembre 12 de 2014.

Los talleres fueron registrados en grabación de audio y fotografía, en total participaron 48 corteros de caña en los 3 talleres, la población se dividió como se describe a continuación.

Tabla 2. Participación de los corteros de caña del Ingenio Cauca afiliados a SINTRAINAGRO en los talleres

Nº Taller	Fecha	Nº de Corteros participantes
1	12/09/2014	14 Corteros: 7 reubicados y 7 activos en el corte.
2	17/09/2014	16 Corteros activos en el corte.
3	25/09/2014	18 Corteros reubicados de la labor del corte.

Fuente: Castro y Riascos (2014)

La información recogida fue suficiente para iniciar el proceso de análisis, por esta razón no consideramos necesario aumentar el número de talleres, la evaluación de éstos por parte de los corteros fue positiva, expresaron en varias ocasiones el buen manejo sobre la información de los cambios de la política en salud, esto permitió que los corteros relacionaran y analizaran los cambios de la política en salud con sus condiciones de vida como se presenta en capítulos posteriores.

Iniciado el proceso de análisis de los datos, encontramos que los objetivos y las categorías de análisis construidas previamente coincidían con la experiencia que los corteros compartían, las categorías fueron: 1) los cambios en la Política en Seguridad Social en Salud, 2) las relaciones establecidas por los corteros de caña entre los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud y sus condiciones de vida, y 3) las diferencias identificadas entre las condiciones de vida de los corteros reubicados y los corteros activos en el corte de caña, en esta última categoría se divide la población de corteros para profundizar en la relación que tiene la salud laboral con las condiciones laborales. Consideramos que había una categoría con una relevancia reiterada en lo expresado por los corteros, porque se relacionaba con todas las condiciones de vida, esta categoría fue la de los procesos de movilización de los corteros de caña y su relación con los cambios en sus condiciones laborales. El análisis de esta categoría emergente lo hicimos en forma transversal a las categorías previas. Aunque en este informe de investigación no tiene un capítulo propio, es una categoría que afianza el análisis de todo nuestro trabajo y nos permite comprender la manera en que los corteros en la actualidad relacionan sus condiciones de vida con los cambios de la política de salud.

Respecto a lo teórico consideramos que el marco que formulamos en el proyecto fue una adecuada hoja de ruta para nuestro trabajo, ya que a medida que se realizaba el análisis se complementó con otros textos que permitieron ampliar la comprensión sobre la Política de Salud en Colombia, sobre las condiciones de vida y el sistema-mundo moderno de una población específica en contexto laboral. Por lo anterior, iniciamos un proceso de revisión de las fuentes teóricas primarias, profundizando en los trabajos de Wallerstein (2006).

Validación de la información.

Cuando el análisis estuvo finalizado se realizó la validación de datos, la cual se hizo por medio de un taller de cierre, al cual asistieron todos los corteros participantes de los talleres anteriores, este último fue registrado por medio de grabación de audio, fotografía y escrito. El taller tuvo un primer momento de socialización de los hallazgos, presentado a través de un vídeo, que incluía las conclusiones descritas en este informe, ambientadas por distintas fotografías tomadas en los talleres anteriores y por fragmentos del poema compuesto por el cortero Jesús Antonio Congo. De esta manera se presentaron las relaciones establecidas por los corteros de caña entre los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud de Colombia entre 1990 a 2010 y sus condiciones de vida, destacando las asociadas con su capacidad financiera, atención en salud y condiciones laborales. Uno de los énfasis en nuestra presentación fue el papel que asignan los corteros a la organización y movilización sindical, debido a que es articulada con la mejora de sus condiciones laborales y de vida. Finalmente concluimos que los cambios de la política en salud, para el caso de los corteros de caña participantes en esta monografía, no determinan totalmente sus condiciones de vida, si bien, los corteros identificaron que estos cambios tienen efectos sobre su salud, vida, y les atribuyen significados positivos o negativos; mediante el análisis se pudo observar que existen otras dimensiones que entran a mediar en las condiciones de vida, como el trabajo, la familia, o los factores económicos, etc.

En la segunda parte del taller, los corteros tuvieron la oportunidad de expresar y compartir sus percepciones sobre los hallazgos presentados, además tenían la posibilidad de tomar una vela y encenderla como símbolo de que habían adquirido nuevos conocimientos y había sido significativa su participación en los talleres anteriores. Este momento se llenó de luces, que fueron muy gratificantes para nosotras como futuras profesionales, al haber construido con la población de corteros un conocimiento sobre sus experiencias de vida y sobre un hecho social (política en salud) que desconocían en detalle. Este proceso fue bien recibido por los corteros, participaron con comentarios muy positivos y propusieron compartir los resultados de la investigación con otros corteros afiliados a

SINTRAINAGRO, con el objetivo de que seguir profundizando en el conocimiento de la política en salud y la manera en que se relaciona con sus condiciones de vida, de igual manera se acordó que una vez aprobada la monografía se entregue una copia del informe final al sindicato, para que los hallazgos puedan ser tenidos en cuenta en futuras capacitaciones y movilizaciones reivindicativas.

Las solicitudes para socializar la monografía por parte de los corteros nos indican que se sienten identificados con los hallazgos al considerar que nuestro análisis podría contribuir a toda la población de corteros de caña de SINTRAINAGRO, esto lo tomamos como la validación de los datos y como un compromiso para seguir trabajando con los trabajadores.

La realización de este trabajo fue significativa para completar nuestro ciclo académico de pregrado. La planificación en conjunto de los talleres y la participación de los corteros en la elaboración del proyecto permitieron la existencia de un compromiso mutuo en el que se respetaron los acuerdos y tiempos para desarrollar la estrategia metodológica. Este estudio también generó un entusiasmo que nos motivaba a evaluar permanentemente los talleres para mejorarlos y brindar de la manera más adecuada la información y motivar así la participación de los corteros, esfuerzo que fue reconocido y se evidenciaban con su activa y cualificada participación, sobre hechos históricos y políticos.

El Sistema Mundo Moderno y la Labor del Corte de Caña en el Valle del Cauca.

Este capítulo tiene como objetivo presentar los referentes teóricos y conceptuales que guiaron la presente investigación, destacando sus aportes, alcances y limitaciones. Está conformado por un breve recuento de la perspectiva teórica El Sistema-Mundo Moderno de Immanuel Wallerstein (2006) marco general de la indagación y para comprender conceptos como trabajo, política social, en salud y condiciones de vida (capacidad financiera, vivienda, equipamiento del hogar, condiciones laborales y nivel educativo).

El sistema-mundo moderno.

Del autor Immanuel Wallerstein (2006), tuvo sus inicios en la década de 1970, en medio de un contexto de discusiones teóricas como la de centro-periferia en la cual,

“Sostenían que el comercio internacional no consistía en un intercambio entre pares. Algunos países eran económicamente más poderosos que otros (los de centro) y por ende podían negociar en términos que favorecían el desvío de la plusvalía de los países débiles (la periferia) al centro. Alguien lo llamaría luego "intercambio desigual". El análisis suponía un remedio para la desigualdad: que los estados periféricos emprendiesen acciones con el fin de instituir mecanismos que equilibrasen el intercambio en su mediano plazo.” (Wallerstein, 2006: 13)

Estos planteamientos engendraron diversos interrogantes relacionados con el funcionamiento, ¿quiénes eran los beneficiarios de los intercambios desiguales?, ¿cuáles eran las medidas más adecuadas para regular la relación dispar o si eran necesarias otras acciones?; con tales inquietudes, se dio paso a la Teoría de la Dependencia propuesta por autores latinoamericanos miembros de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL- este enfoque se ocupó del análisis de la concentración de riqueza de los países del norte y la pobreza de los países del sur, explicando que tal relación se debía a una

consecuencia del capitalismo histórico y no a una cuestión de la inserción inadecuada de los países del sur en el mercado global o a su condición de países subdesarrollados.⁴

En medio de este panorama y haciendo una crítica al estudio de la realidad social realizado por las disciplinas de las ciencias sociales, por considerarlo fragmentado para la comprensión global del mundo⁵ y en busca de un análisis que diera cuenta del origen y desarrollo del orden social actual, Wallerstein (2006) propuso la perspectiva teórica del sistema-mundo moderno, interrelacionando economía, política, cultura y sociedad; el origen de sus presupuestos radica en tres hechos históricos; el primero, la economía-mundo capitalista del siglo XVI, suceso en el que surge y se sientan las bases del modelo económico de nuestros días, el segundo, la Revolución Francesa en 1789, generadora de la geocultura liberal centralista y de la idea del cambio político como un asunto normal que puede ser impulsado por el pueblo en quien reside la soberanía, y la última es la Revolución Mundial de 1968, momento en el que empieza la fase terminal del sistema-mundo moderno, ya que hay un cuestionamiento generalizado de la geocultura liberal centralista que mantiene al sistema-mundo unificado.

Los hechos anteriores dieron paso a las principales premisas interpretativas de esta perspectiva, en este orden de ideas la base del funcionamiento del sistema-mundo moderno se sitúa en la economía-mundo capitalista. Una zona geográfica donde hay una división del

⁴ “mientras las riquezas se han ido concentrando cada vez más en los países del norte, los países del sur se han ido empobreciendo o simplemente se han estancado en su crecimiento económico. El nivel de crecimiento entre estos dos polos es consecuentemente asimétrico. Frente a esta discrepancia en la teoría económica clásica, se ha ofrecido como explicación el hecho que los países del sur entraron en el mercado global mucho más tarde, y consecuentemente, no han desarrollado aún las herramientas necesarias para acoplarse. En esencia, este es el argumento ofrecido por la teoría de modernización: una vez estos países en vía de desarrollo adopten las prácticas comerciales necesarias, su nivel de crecimiento debería incrementar significativamente.” (Banco de la Republica, en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/poli/poli68.htm>)

⁵ “la ideología liberal dominante en el siglo XIX sostenía que la modernidad se encontraba definida por la diferenciación de tres esferas sociales: el mercado, el estado y la sociedad civil. Las tres esferas operaban, se decía, de acuerdo con lógicas diferentes, y por ende era lo mejor mantenerlas separadas unas de otras, en la vida social y por tanto en la vida intelectual. Requerían ser estudiadas de modos diversos, apropiarlos a cada esfera: el mercado por economistas, el estado por politólogos y la sociedad civil por sociólogos.” (Wallerstein, 2006:34)

trabajo, intercambio de bienes básicos, flujo de capital y trabajo (importación, exportación, migración), este sistema económico no se limita en fronteras nacionales, se expande a través de unidades políticas asociadas entre sí en un sistema interestatal. Comprende diferentes culturas y grupos comunes (religión, idioma y costumbres), es decir que no hay homogeneidad política o cultural.

Para la conformación de la economía-mundo capitalista según Wallerstein (2006) se requiere de un proceso que tiene tres momentos; el primero, la expansión geográfica, cuando una nación se posiciona como la primera en la explotación de una materia prima o en la producción de un producto (no requiere que sea en sus fronteras territoriales). Segundo, la división del trabajo a escala mundial, las partes integrantes del sistema mundo (centro, periferia y semiperiferia) se especializan en funciones determinadas, como el suministro de fuerza de trabajo, alimentos, materias primas y organización de la industria, en tal división se requiere de un modo de control laboral diferente, el centro se caracteriza por un mercado de trabajo libre, orientado a trabajadores calificados y la periferia, por uno precario y con poca formación profesional, la combinación de estos elementos garantiza el mantenimiento del capitalismo.

El tercer aspecto para la existencia de una economía-mundo capitalista es el desarrollo de los Estados centro, “involucra al sector político e implica la utilización de las estructuras del Estado por parte de diversos grupos económicos con el fin de proteger y promover sus intereses” (Ritzer, 1993:205) es decir los procesos de incorporación de las economías de las naciones a la economía mundial no se da por voluntad de los países que van a ingresar sino por necesidad de los países de centro para expandir sus mercados, de esta manera los Estados de ambas partes del sistema (centro-periferia) forman parte de un nuevo sistema, el interestatal.

La división del trabajo en una economía-mundo capitalista divide la producción en productos centrales y periféricos, para este caso el concepto centro-periferia es relacional, es decir que da cuenta del grado de ganancia del proceso de producción. Desde esta mirada la ganancia está relacionada con el nivel de monopolización, donde los procesos de

producción centrales están controlados por cuasimonopolios, mientras que los procesos periféricos son competitivos en términos económicos, al momento del intercambio los productos competitivos se encuentran en una posición débil y los cuasimonopólicos en una más fuerte. “En consecuencia, hay un flujo constante de plusvalía de los productores de productos periféricos hacia los productores de productos centrales. Esto es lo que se ha denominado intercambio desigual.” (Wallerstein, 2006: 25).

La economía mundial capitalista, por demás actual, se fundamenta en la dominación económica de las naciones de centro sobre las de periferia, como se explica. Tal subordinación de la economía por encima de cualquier aspecto de la vida de las personas, “hace posible el aumento del flujo de excedente desde los estratos más bajos a los más altos, desde la periferia al centro, desde la mayoría a la minoría” (Ritzer, 1993:203). El capitalismo mundial es analizado como una alternativa a la dominación política, ya que produce más excedentes económicos. Es por eso que en la economía-mundo capitalista se “da prioridad a la incesante acumulación de capital”, (Wallerstein, 2006: 24) la cual necesita de una estrecha relación entre productores económicos y quienes ostentan el poder político, para garantizar el acceso a nuevos mercados y mano de obra barata, elementos importantes para la acumulación de capital. La economía-mundo capitalista agremia numerosas instituciones interconectadas; ahí se encuentran los mercados, estructura local concreta o virtual en la que personas o compañías compran y venden mercancías, su extensión y tamaño dependen de las alternativas reales de compradores, vendedores y de las restricciones y medidas proteccionistas tomadas por los Estados. El funcionamiento de los mercados en este sistema económico tiene restricciones que favorecen el principio de acumulación incesante de capital, “El mercado absolutamente libre funciona como una ideología, un mito y una influencia restrictiva, pero nunca como una realidad cotidiana.” (Wallerstein, 2006: 23), de no ser así y suponiendo la existencia de un mercado perfecto en el que los consumidores cuentan con información suficiente y veraz sobre los procesos productivos, no pagarían los precios definidos por los productores, de tal manera que se extinguiría la plusvalía, de ahí que “Lo que los vendedores prefieren siempre es un monopolio, porque entonces pueden crear un amplio margen relativo entre los costos de producción y los precios de venta” (Wallerstein, 2006: 23).

Para llegar a este tipo de procesos productivos es indispensable el rol actuado por los Estados, en el caso de los de centro y los cuasimonopolios, sus Estados se caracterizan por ser fuertes y desarrollar acciones de protección como las descritas anteriormente, en términos geográficos, los procesos centrales, tienden a agruparse en unos pocos Estados y constituyen la mayor parte de la actividad industrial, por su parte los procesos periféricos tienden a estar en un gran número de Estados y constituyen la mayor parte de la actividad productiva primaria. También existen Estados semiperiféricos, los cuales poseen una mezcla de producción de procesos centrales y periféricos, teniendo también políticas específicas.

El Estado en el marco del sistema-mundo moderno.

Se caracteriza por materializar los principios de la teoría neoliberal. El Estado tiene como función preservar los derechos de propiedad privada individual, el cumplimiento de las leyes y las instituciones del libre mercado y comercio. La libertad de los empresarios y corporaciones para operar en el marco institucional del libre comercio es fundamental. El Estado se encuentra entonces de acuerdo con Harvey (2007), en la búsqueda permanente de la privatización de activos, ya que ésta junto a la competencia eliminan la burocracia, aumentan la eficiencia y la productividad, mejorando la calidad de las mercancías y reduciendo costos, todo ello acorde a los preceptos del neoliberalismo.

En este modelo de Estado es esencial la competencia entre individuos, empresas y entidades territoriales; en el plano mundial el Estado está obligado a realizar reorganizaciones internas, firma de pactos institucionales que mejoren su competencia en función de sus relaciones con otros Estados en el mercado global. Debido a que “la libre movilidad del capital entre sectores, regiones y países se considera un factor crucial” (Harvey, 2007: 145). Para ello los Estados deben buscar conjuntamente a través de negociaciones la reducción o eliminación de barreras a la circulación del capital entre sus fronteras y así dar apertura a los mercados.

Las restricciones estatales comerciales pueden ser a las importaciones, exportaciones, los subsidios estatales y los beneficios impositivos. Para la realización de cualquiera de estas medidas dependerá de “la capacidad de los estados fuertes para usar de su fuerza y prevenir que los estados más débiles desarrollen medidas contraproteccionistas”. (Wallerstein, 1991: 57).

La función del Estado, varía de acuerdo a su papel en la división mundial del trabajo, por ejemplo los Estados centrales, contienen un margen amplio de procesos centrales y su prioridad es la de proteger estos cuasimonopolios, en los Estados débiles, predominan los procesos de producción periféricos, éstos son en general incapaces de afectar la división mundial del trabajo, por último en el caso de los Estados semiperiféricos, tienen una fusión relativamente equitativa de procesos de producción y por lo general se encuentran en constante contradicción entre los Estados fuertes y débiles, su mayor preocupación según Wallerstein (1991), es mantenerse a distancia de la periferia y hacer lo posible para acceder al centro. Por esta razón los Estados semiperiféricos son los que implementan con mayor agresividad y en forma pública las denominadas políticas proteccionistas, esperando proteger sus procesos productivos de la difícil economía-mundo capitalista.

Si observamos detalladamente esta perspectiva teórica en general presenta un análisis del mundo, traspasando unidades de análisis como la de trabajo y clase social delimitadas en las fronteras de una nación, orientando su atención en la división geográfica del trabajo en el sistema-mundo moderno. En relación con esos planteamientos Colombia en materia de procesos productivos, tiene una ventaja geográfica y climática que le permite producir los doce meses del año caña de azúcar, materia prima de la agroindustria azucarera, en la que se desempeñan los corteros de caña. Desde 1990 la política comercial⁶ del país ha sido la apertura económica y el ingreso al mercado mundial, acompañado de tratados de libre comercio, como el contraído con Estados Unidos en 2011, calificado por académicos como asimétrico e inequitativo en materia agrícola, como lo expresan Garay, Barberi y Cardona, (2007) cuando enuncian: “Los Estados Unidos excluyeron del programa de liberación al

⁶ Gobierno presidente César Gaviria 1990 – 1994.

azúcar y los productos con alto contenido de azúcar no listos para el consumo final, mientras que Colombia no pudo excluir sector o producto alguno del programa de desgravación”. (Garay, Barberi y Cardona; 2007:1) Lo anterior evidencia claramente la naturaleza de estos “tratados” que benefician a los países de centro.

De esta manera, en el marco de la división geográfica del mundo el trabajo como categoría analítica cobra gran relevancia, dependiendo del tipo de nación en el cual nos ubiquemos, en este caso un país de periferia, con la incursión del neoliberalismo y el mercado como regulador “natural” de todo, el trabajo como concepto que ya venía perdiendo centralidad en las ciencias sociales, se ve más relegado, además de tomar características empíricas concretas, pasando de la producción industrial a centrarse en la de bienes y servicios, que se ve muy bien reflejada en la división mundial del trabajo, ya que hay naciones centro, dedicadas a la producción industrial de mercancías y tecnologías, y otras de periferia, especializadas en servicios y suministro de materias primas. Con estos factores el concepto de trabajo aquí utilizado, es entendido como la acción materializada de personas, para subsistir, que puede ser realizada en una empresa o fábrica, lo que implica una relación con un superior o jefe, además de un contrato y prestaciones sociales, las acciones independientes o carentes de un contrato se comprenden como trabajo informal, del cual no nos ocupamos por los objetivos establecidos para la presente investigación.

Política social y en salud.

En general, la política “establece un orden y organiza la existencia humana en condiciones que son siempre conflictivas.” (Suárez, 2003:29). Por su parte la política social, es “la intervención pública dirigida al objetivo del bienestar colectivo e individual e incluye seguridad, educación, salud, y vivienda.” (Ibíd.). Enunciado de otra forma es un, “conjunto de intervenciones públicas (estatales) en las relaciones de mercado; que se realiza para encarar situaciones consideradas injustas o inconvenientes de acuerdo con los criterios valorativos predominantes en la sociedad” (Vilas, 1998: 67). Para nuestro interés investigativo, es en la política en salud que se centra nuestro análisis. De acuerdo con Suárez (2003), en Colombia han existido dos modelos de política en salud, el Cepalino y el neoliberal; el primero, concibe la salud como elemento importante para el alcance del

desarrollo, lo considera una inversión y no un gasto. Premisas que se ubican en un modelo de Estado de Bienestar, que de acuerdo con Salazar (2006), “tiene como objetivo establecer la cohesión social a través de la incorporación de los trabajadores al crecimiento económico” (Salazar, 2006: 132), por medio de la intervención estatal, la redistribución de las rentas en un conjunto de servicios sociales mínimos como salud, educación y pensiones.

En contradicción con el modelo anterior, está el neoliberal, que considera la salud como un servicio transable en el mercado, que de acuerdo con Argandoña (1990), retomando a Friedman (1962), es el “medio más eficiente de que disponemos para la asignación de recursos, para elevar el nivel de vida de las poblaciones, para fomentar la selección, diversidad y bienestar, y para asegurar la libertad.” (Argandoña, 1990: 20). En este contexto el papel del Estado en el sector salud, pasa de proveedor a regulador y controlador; con dicha reducción de funciones se llega al gobierno mínimo y se confía,

“al Estado la libertad de mercado a través del ajuste de la vida social a la economía mercantil; así, la función política se reduce a organizar las relaciones sociales en función de la economía de mercado. No significa el retiro del Estado como actor, sino una decidida acción estatal, tanto en el establecimiento de políticas promotoras del sector privado, como en la asunción de la responsabilidad de proveer servicios a grandes grupos de población, con restricción al máximo de las decisiones políticas, una vez sea ajustada la organización social a la economía de mercado.”(Suárez, 2006: 36)

Esta idea sobre la salud y el papel del Estado, también ha sido sugerida por organismos multilaterales dominados por Estados de centro, como en 1987, lo hizo el Banco Mundial con su informe denominado “Financiación de los Servicios Sanitarios en los Países en Desarrollo: Un Programa de Reformas”, en el que se recomienda aplicar medidas como “Trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones, ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo, utilizar de forma eficaz los recursos privados y descentralizar los servicios sanitarios públicos”. (Suárez, 2003: 33).

En tal sentido, se sostuvo que “los mecanismos del mercado eran superiores a las decisiones políticas, y que era social y culturalmente preferible trabajar para lograr un papel

minimalista del estado”. (Ibíd.) Estas tendencias dieron origen a un movimiento internacional de reforma del sector salud que facilitó, la publicación por el Banco Mundial del Informe sobre el “Desarrollo Mundial 1993, Intervenir en Salud”. (Suárez,2003: 33) lo que dio un marco internacional para la naciente Ley 100 de 1993 por la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Con los elementos hasta aquí descritos, el análisis que realizamos de la Política en Seguridad Social en Salud colombiana se hizo desde una perspectiva histórica que abarca aspectos relevantes del contexto histórico, así como de la situación internacional, separándonos de los modelos de investigación clínica y de salud laboral, que en su mayoría se sitúan conceptualmente en el enfoque biológico – individual, que plantea la enfermedad como resultado de un desequilibrio fisiológico del trabajador; el ecológico funcionalista o causal ecológico, que presupone la existencia de una triada, entre agente, huésped y ambiente, lo que se puede traducir en la lesión, el trabajador y las condiciones laborales. Estos modelos como se puede apreciar se han preocupado por la identificación de factores que invierten con mayor o menor fuerza en la aparición de la enfermedad, atribuyendo una “responsabilidad causal”, (Estrada, 2006: 29) concibiendo éstos como factores estáticos, aislados y agregados homogéneos de la sociedad, obviando su carácter dinámico e interconectado.

En tal sentido, las investigaciones desarrolladas tienen una supeditación en el análisis de las leyes funcionales y probabilísticas, con una mínima participación de lo histórico y social. Para nuestra investigación y el análisis de la Política en Seguridad Social en Salud, nos ubicamos desde un enfoque social e histórico de la salud, debido a que permite reconocer el anterior modelo y trascenderlo en la medida en que analiza las estructuras sociales, lo cultural, político, económico y ambiental, para explicar y comprender la relación salud – enfermedad como un proceso social colectivo, que varía de acuerdo al momento histórico dado, la sociedad y el país donde reside la población, en este caso los corteros de caña. Lo anterior implicó “el conocimiento de las leyes estructurales generales y aquellas que condicionan la reproducción social de una clase o un grupo social en particular” (Estrada, 2006: 27).

El enfoque social en salud laboral consideramos “si se quiere (puede) contribuir a la formación y formulación de políticas para la salud, es decir, políticas que promuevan la vida, que se centren en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades” (Estrada, 2006: 37), aspecto que consideramos fundamental en los aportes que realizamos desde nuestra profesión como Trabajadoras Sociales, a la comprensión de la salud laboral y las condiciones de vida de los trabajadores, así mismo esperamos que contribuya al debate de la investigación interdisciplinaria y transdisciplinaria en el campo de la salud.

Para el estudio de los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud y las condiciones de vida de los corteros de caña, ubicamos la salud como un factor constitutivo de las condiciones materiales de los individuos. En el caso de nuestra investigación, los cambios en las condiciones de salud se relacionaron con cambios en otras esferas de la vida de los corteros de caña. Al que denominamos condiciones de vida, el cual nos permitió relacionar las estructuras sociales, en este caso la estructura de la salud en Colombia con el contexto en que se desenvuelven las personas; este concepto en la teoría social no ha sido ampliamente abordado; por su parte la teoría del bienestar social desde autores como se ha acercado al concepto de calidad de vida, este concepto ha tenido varias caracterizaciones que se pueden agrupar en dos tendencias, la primera con preponderancia objetiva,⁷ y la segunda en la cual predomina la subjetividad. Esta contradicción para el caso de nuestro estudio no la encontramos antagónica, sin embargo es de nuestro interés ocuparnos de los factores objetivos, en ese orden de ideas entendimos las condiciones de vida como el conjunto de medios que dispone o que precinden las personas para vivir.

Condiciones de vida de corteros de caña.

Este concepto propuesto, tiene una ruptura con la teoría del bienestar social y su componente subjetiva, en primer lugar porque reconocemos que Colombia como un país de periferia, está en desigualdad frente a los países de centro, respecto a la distribución de recursos destinados a inversión social o bienestar para sus ciudadanos, en gran medida los

⁷ Autores como Amartya a Sen (2000) se ubican en la tendencia objetiva; en “Desarrollo y Libertad” el autor realiza un crítica hacia los modelos individualistas y subjetivos en la medición de la calidad de vida.

presupuestos de los países de periferia no solo dependen de su autodeterminación o soberanía, sino también de las políticas internacionales, en el caso colombiano 44.4 billones de pesos del Presupuesto General de la Nación fueron destinados para el pago del servicio de la deuda, mientras que para inversión en el sector salud apenas se destinaron 4.2 billones de pesos⁸.

Es por lo anterior que se plantea que “Los indicadores subjetivos son más adecuados para la medición de la calidad de vida en países desarrollados o en regiones donde se da un nivel de vida más elevado, donde la pobreza y la miseria no están tan generalizadas”. (Ávila, García, 2009: 10), Es por ello que acercamos el concepto de condiciones de vida al concepto de Sistema Mundo, entendiendo que las condiciones de vida están interrelacionadas con las estructuras sociales nacionales y del sistema mundial. A partir de la premisa que los cambios en las estructuras sociales y de los medios que disponen las personas modifican las condiciones con que los individuos se desenvuelven en la sociedad.

El concepto de condiciones de vida, lo dividimos en dimensiones que nos permitieron la agrupación de los diferentes ámbitos en los que se desenvuelven las vidas de los corteros de caña, las variables que utilizamos las retomamos del estudio Condiciones de Vida y Pobreza Consistente (Faura, et al., 2006)

- a) “Capacidad financiera: agrega un conjunto de cuestiones relativas a distintos gastos y retrasos en los pagos de los mismos (por ejemplo, poder pagar unas vacaciones fuera de casa al menos una semana al año o retrasos en pagos de facturas de electricidad, agua, gas, etc.), así como la dificultad o no de llegar a fin de mes.
- b) Condiciones de la vivienda: recoge diversos problemas y características de la vivienda (goteras, humedades, disponer de inodoro o ducha), así como los gastos

⁸ Presupuesto General de la Nación, 2014. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En:<http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/presupuestogeneraldelanacion/ProyectoPGN/2014/PRESUPUESTO%20GRAL%202014.pdf>

derivados del mantenimiento de la misma, como el alquiler, intereses de la hipoteca y otros asociados.

- c) Equipamiento del hogar: incluye la disponibilidad o no en el hogar de bienes de consumo básicos, como teléfono o lavadora”. (Faura, et al., 2006:15)

A estas dimensiones sumamos otras dos que consideramos aportan al estudio de las condiciones de vida de los corteros.

- d) Condiciones Laborales: Esta variable contiene las características en las que se labora, tipo de contratación, si existe o no intermediación, convenciones colectivas.
- e) Niveles Educativos: Esto incluye el nivel educativo familiar y la expectativa para la continuación del estudio.

Las referencias teóricas hasta aquí expuestas fueron los faros que guiaron nuestro trabajo y el presente análisis, éstos nos permitieron comprender y articular la estructura del sistema mundo-moderno de Wallerstein (1991), con las características de la sociedad Colombiana, la naturaleza de las políticas sociales implementadas por los diferentes gobiernos y sobre todo los cambios presentados en la Política en Seguridad Social en Salud entre el periodo comprendido entre 1990 a 2010. De la misma manera las definiciones sobre trabajo en el contexto de una nación de periferia fueron muy útiles para contrastarlas con las características de las condiciones laborales de los corteros de caña.

Finalmente consideramos de gran importancia reconocer que en la indagación por las condiciones de vida como el conjunto de medios que disponen o que prescinden los corteros de caña para vivir, desde una perspectiva objetiva; en relación con los cambios presentados en la Política en Seguridad Social en Salud, encontramos que (durante el desarrollo de los talleres) fue inevitable que salieran a flote aspectos propiamente subjetivos. Este hecho no es aislado, ya que es resultado de la interacción de las estructuras sociales del país con el sistema mundo y las condiciones de trabajo, salud, vivienda etc., que tienen los corteros de caña.

Histórica Labor: El corte de caña en el Valle del Cauca.

Este capítulo tiene como objetivo describir el contexto histórico y regional del departamento del Valle del Cauca, teniendo como apartes la producción azucarera, la labor del corte de la caña y la participación social y política de la organización sindical de los corteros de caña. Con la descripción del contexto esperamos se pueda reconocer la importancia que ha adquirido la producción azucarera en la región y el papel que cumplen los corteros de caña en ella, también se espera que enriquezca el análisis sobre las condiciones de vida de los corteros y ayude a esclarecer las razones por las cuales la salud en la actualidad es una de las mayores preocupaciones de los corteros de caña.

El departamento del Valle del Cauca es el epicentro del cultivo de la caña de azúcar de todo el país. Desde comienzos del siglo pasado, el monocultivo de la caña se extendió sobre el valle geográfico del río Cauca⁹ y se ha concentrado en los departamentos de Valle y Cauca, resultando la industria de la caña la principal actividad económica de la región y la principal destinación del uso del suelo. El Centro de Investigación de la Caña de Azúcar de Colombia-CENICAÑA tomando datos del estudio realizado por el Centro Nacional de Producción, concluye que “considerando únicamente el área cultivada con caña de azúcar, el conglomerado abarca cerca de 200,000 hectáreas, el 78% de las cuales se encuentran en el departamento del Valle del Cauca, el 19% en Cauca”. (Centro Nacional de Producción, 2002: 1)

La llegada de la caña de azúcar a la región y su posterior desarrollo agroindustrial tuvo repercusiones en la organización económica, geográfica y social de los departamentos del Valle del Cauca y Cauca. Una de las primeras descripciones sobre el cultivo de la caña de azúcar se remonta a la obra literaria Alférez Real (Sánchez, 2009: 184), novela que describe las costumbres de la economía esclavista de la ciudad de Cali en el siglo XVII. Este siglo se caracteriza en el Valle por la explotación minero-agrícola en cabeza de los terratenientes de

⁹ El Valle geográfico del río Cauca posee una extensión de 429.000 hectáreas planas.

la región y por el asentamiento de grandes poblaciones de esclavos provenientes del Chocó y del África para el trabajo en las minas y en la agricultura.

El Valle del Cauca a partir del siglo XVII se caracterizó por ser receptor de cimarrones e indígenas que se asentaban en la ribera del río Cauca, estas poblaciones se establecieron en las zonas lejanas de las grandes haciendas, dando entrada a la utilización de nuevos suelos en la pequeña producción agrícola, apareciendo pequeños brotes de nuevos campesinos en la región. Durante los dos siglos siguientes la caña de azúcar se fue consolidando como el principal producto de la región, los diferentes procesos de luchas de los siglos XVIII y XIX lograron cambios en la economía esclavista, este transcurso de cambios en las relaciones entre los hacendados, los afroamericanos, pequeños campesinos e indígenas tuvo repercusiones en las formas de contratación de la mano de obra emergiendo trabajadores campesinos y jornaleros, este cambio va a ser importante porque las formas de contratación de la mano de obra se mantuvieron hasta entrado el siglo XXI.

A principios del siglo XX se dio una tecnificación de la producción del azúcar con la entrada de extranjeros a Cali como la familia Eder, fundadores del Ingenio Cauca, con la tecnificación se aumentó la producción y se hizo necesaria la tenencia de más terrenos en los cuales se pudiera cultivar la caña, desde estos primeros años se inicia por parte de los ingenios emergentes la compra y alquiler desmedido de tierras, creciendo exponencialmente en la región el cultivo de caña. Esta concentración se permite por los cambios legislativos que dieron paso a la expansión de los minifundios y le dieron cabida a las distintas formas de alquiler de tierras por parte de los ingenios, “el año de quiebre de la autonomía campesina va a ser 1910 con la expansión de los minifundios y los concentrados y terrazgueros” (Sánchez, 2009: 195). El despojo sistemático de tierras fue con beneplácito del gobierno permitiendo que la expropiación de tierras fuera una práctica legal que se extendió durante todo el siglo XX.

“Hubo despojos de tierras a favor de los ingenios azucareros, en un proceso de concentración territorial y no solo de mutilación del latifundio y la hacienda en ingenio. Entre 1922 y 1953 se expropiaron 169 fincas por los azucareros y 270

pasaron a engrosar las tierras de dos de los ingenios del norte del Cauca”. (Sánchez, 2009: 196)

Tabla N° 3. Expansión de la tierra para el cultivo de caña de azúcar

Variables	1960	1969	1979	1989	1997	1999	2010
N° de Ingenios	19	21	16	13	13	13	13
Área sembrada (hectáreas)	61.60 0	91.75 0	123.07 0	154.40 0	187.34 0	188.36 2	218.31 1

Fuente: Centro Nacional de Productividad (2002) y Asocaña (2011)

La cosecha y la siembra de caña de azúcar como lo indica la Tabla N°2, se ha cuadruplicado en los últimos 60 años, el proceso de crecimiento de la producción de caña ha sido proporcional a la desaparición de cultivos permanentes que habían en el Valle y Cauca, como el cacao, el maíz, el sorgo, la soya y el algodón. Al igual que ha disminuido la producción de otros cultivos.

“A comienzos de la década del 60 la expansión de la caña y otros cultivos agroindustriales significaron una presión insostenible para los parceleros tanto por compra forzada de tierras como por competición por la mano de obra joven que necesitaban los ingenios. El “apoyo” técnico y financiero de instituciones estatales (ICA, Caja Agraria) precipitaron la sustitución de los cultivos permanentes, que demandaban muy pocos insumos, por cultivos temporales que exigían grandes inversiones de capital” (Rojas, Sevilla, 1994: 69).

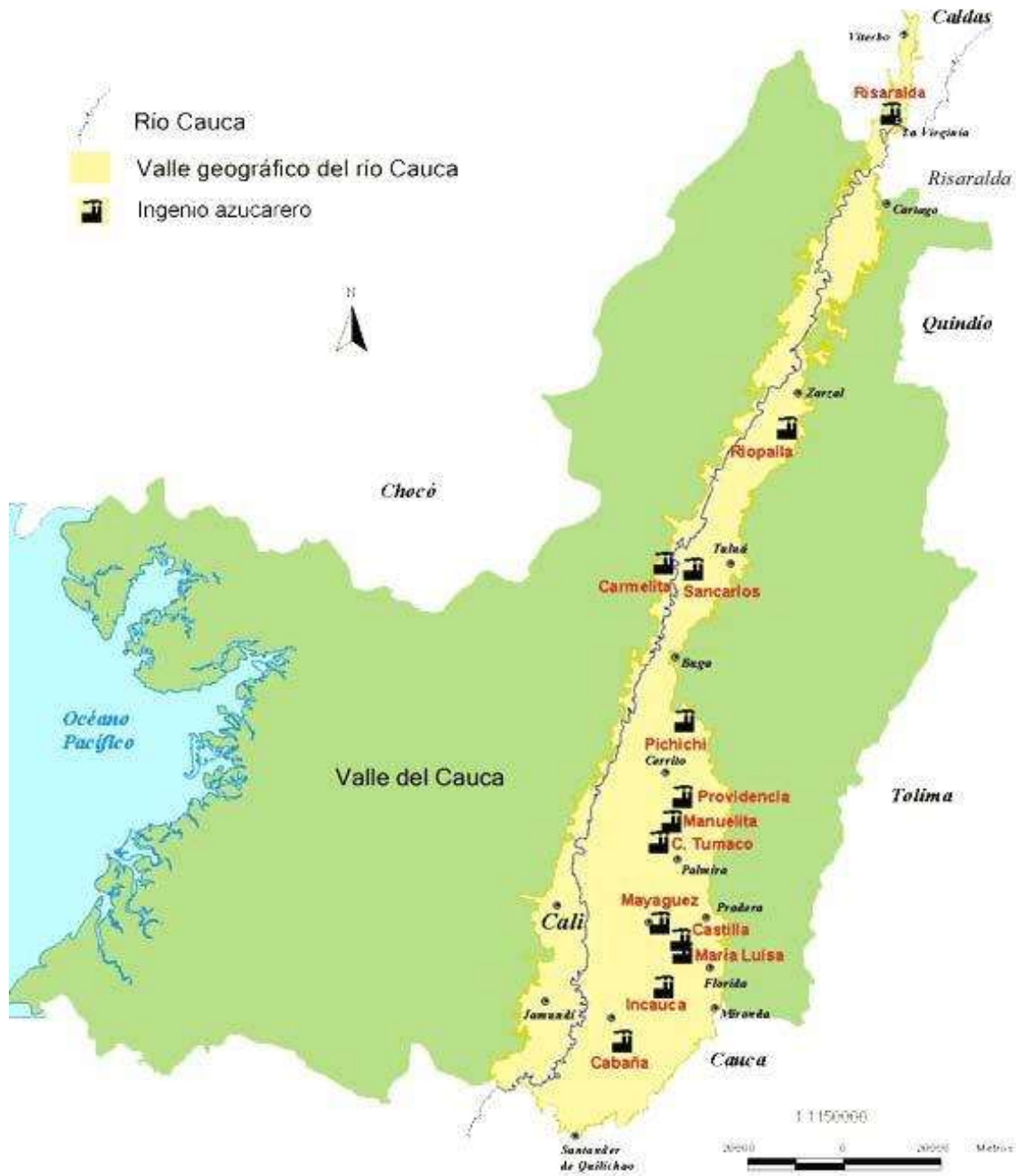


Imagen 7: Distribución de los ingenios azucareros en el departamento del Valle del Cauca
Fuente: CENICAÑA, (S.F) Fechas históricas de la agroindustria de la caña en Colombia.

El proceso acumulativo de tierras y agroindustrial tiene una representación en el cambio en el uso de los suelos del departamento, en el mapa 1 se aprecia la zona en la que se cultiva la caña de azúcar y la ubicación de los 13 ingenios que existen en la actualidad. El proceso de

la caña de azúcar beneficia a un número significativo de familias que tienen ingresos en los arriendos de las tierras en las que se cultivan caña, pero la producción se ha encaminado a la concentración de las empresas en un número pequeño de familias, en los últimos 40 años se ha disminuido la cantidad de ingenios, esta disminución corresponde a la absorción y despojo de pequeños trapiches por parte de los grandes ingenios, en la actualidad 11 familias son dueñas de los 13 ingenios que existen en Colombia, existiendo una repercusión directa en la disminución del número de trapiches y de pequeños campesinos productores de panela con el desarrollo y posicionamiento de los grandes ingenios. “El desarrollo de la agroindustria azucarera ha sido incompatible con la existencia del campesinado parcelario, el cual ha quedado reducido a su mínima expresión en toda la zona plana del departamento” (Rojas, Sevilla, 1994: 72).

Se tiene previsto que el aumento de hectáreas cultivadas de caña de azúcar se prolongará durante los próximos 5 años, debido a que se encuentra entre los cultivos prometedores de la agroindustria Colombiana y la meta agro-energética a 2019 es destinar un millón de hectáreas a la producción de caña¹⁰ para aumentar la producción nacional de agro-diésel. Es por ello que no se espera que el panorama cambie en los próximos años, la destinación de la tierra para la caña va a aumentar dejando cabida a nuevos despojos y a que siga la concentración de la tierra en manos de los grandes industriales.

“La especulación en los precios de la tierra. Según la SAC (Sociedad de Agricultores de Colombia) los precios de la tierra en Colombia se encuentran entre los más altos de América Latina. Mientras que en Colombia 20 hectáreas tienen un costo de 22,5 millones, en Ecuador, Paraguay y Uruguay el costo era de 5 millones, 6 y 6,2 millones, respectivamente. El estudio realizado por LMC International se muestra que la hectárea de caña cosechada está “82% más que China, 75% más que en Brasil, 63% más que en Guatemala, 42% más alto que en Tailandia; 28% más que en Australia y 6% más que en Sudáfrica” (Mondragón, 2011:1)

¹⁰ Cálculo estimado realizado en el estudio Dinámicas en el mercado de la tierra en Colombia. (Salinas, 2011:18)

Los altos precios de la tierra en Colombia cierran la puerta para que pequeños y medianos productores puedan competir y entrar en la producción del agro-diésel y azúcar, profundizando así las políticas agrícolas de los últimos 50 años y manteniendo las condiciones en las que se encuentran los ingenios, esto vuelve poco probable la posibilidad que en un futuro inmediato en la región se creen nuevos ingenios.

Las condiciones anteriores permiten reconocer el contexto en el que se encuentran inmersos los trabajadores de la caña de azúcar, centrándose específicamente en los corteros de caña. Con la transformación y el avance tecnológico de la producción de caña se han cambiado los procesos productivos y por lo tanto ha cambiado el modelo de contratación de los corteros de caña, conforme se mejora la producción de la caña, la región y la producción de azúcar se sumerge en la lógica competitiva de los mercados globalizados, ese proceso indica que para que el azúcar de la región pueda competir con el azúcar producida en otras naciones como Brasil, o con los endulcorantes producidos en EEUU, tiene que ajustarse a los precios del mercado internacional; lo anterior tiene una relación directa entre los costos de la producción de azúcar y en este siglo del etanol, con la contratación de mano de obra barata. Este cambio inmerso en la lógica de la competitividad se refleja en las formas de contratación laboral que se han desarrollado con los corteros de caña, el corte de la caña desde la creación de los ingenios azucareros en el Valle del Cauca se ha caracterizado por ser remunerado al destajo, este término hace referencia al trabajador que se le paga de acuerdo a lo que produzca, en este caso según la cantidad de caña que corte, este modelo en la paga en la actualidad se mantiene, lo que condiciona los salarios de los trabajadores de acuerdo a sus condiciones físicas.

Existen varios cambios hablando propiamente de las formas de contratación, desde la década de los 70 hasta inicios de la década del 2000 se mantuvo como modelo predominante la contratación indirecta, en este modelo los corteros no tenían vínculos directos con los ingenios, la vinculación se realizaba por medio de contratistas a los cuales el ingenio les pagaba para que se encargaran de los compromisos legales de los corteros y de responder por la cantidad de caña que se necesitaba para la producción, este modelo significaba unas condiciones laborales precarias, en palabras de los corteros de caña

“la ley esclavista de los contratista eran las jornadas desde las 5:30 a.m. que salía de la casa hasta las 7:00, 7:30 p.m. a veces, porque se ponía a que los carros con los bombillos nos alumbraran, porque había que terminar el trabajo, entregarlo y cumplirle porque el contratista tenía que cumplirle a la empresa, la ley esclavista” (Alex, Taller 1, 12 de septiembre de 2014).

Tal y como el relato lo indica no existían regulaciones en los horarios de trabajo, en algunos momentos los corteros eran forzados a trabajar hasta 15 horas diarias en condiciones desfavorables, como cortar en la noche y cortar en cultivos que habían sido expuestos a la quema sin esperar un tiempo prudente para que se dispersara el calor y el humo. Estas décadas debido a las condiciones desfavorables se caracterizaron por tener una movilidad en los trabajadores, esa movilidad se refleja en el cambio al que eran forzados frecuentemente los corteros para pasar de un contratista a otro por la inestabilidad laboral que se presentaba, la movilidad se acrecentaba puesto que era acostumbrado que se presentaran despidos masivos al final de cada año para renovar el personal.

Iniciada la década del 2000 eran muchas las inconformidades de los trabajadores con los contratistas, es en ese marco se inicia un proceso de resistencia por parte de los corteros. En el año 2005 se hace un paro en el que se hacen presentes los corteros de los ingenios INCAUCA y La Castilla, este paro dura 6 días y se logra mejorar algunas condiciones laborales; aumentó en \$1000 pesos la tonelada de caña cortada, se prohibió el proceso de corte en cultivos de caña recién quemada, pero quizás el cambio más significativo fue el desmonte de la figura de contratistas y el paso a la creación de las CTA¹¹ (Cooperativas de Trabajo Asociado). Las CTA aunque fueron un modelo de contratación nuevo no resolvieron los problemas y las malas condiciones laborales que se arrastraban desde el siglo anterior, ejemplo de esto fue que los corteros no tenían contratación directa con los ingenios, dejando exento al ingenio de responsabilidades como el pago de la seguridad social.

¹¹ Las Cooperativas de Trabajo Asociado se reglamentan a partir de la ley 79 de 1988, en el caso de los corteros de caña este modelo de contratación tienen un auge entre los años 2002 y 2003.

“Los propios corteros se fueron creyendo el cuento de que eran empresarios, dueños de las cooperativas, gerentes. El ingenio le echó toda la carga a la cooperativa. A veces nos tocaba sacar plata del salario para pagarle a la cooperativa, la deuda de la seguridad social se volvió un problema, eran absolutamente inviables pues no resultaban rentables. En últimas, el ingenio se libró de toda responsabilidad. Ese fue un gran error que cometimos”. Torres, J. (23 de mayo de 2014) Resistencia Histórica de los Corteros de Caña, Entrevistador Julio E. Cortes.

Con el paro del 2005 se estimuló la conformación de un sindicato que abarcara inicialmente a los ingenios que se hicieron presentes en el mismo y se extendiera hasta llegar a todos los ingenios del Valle y Cauca, el sindicato se conformó con el nombre de SINALCORTEROS (Sindicato Nacional De los Corteros de Caña). Durante los años próximos el sindicato hizo presencia en varios ingenios, la afiliación no fue un proceso fácil y se presentaron casos de despidos por la afiliación al sindicato, estos despidos sumados a las condiciones desfavorables ocasionadas por las CTA le abonaron el terreno a las próximas manifestaciones.

Tabla 4. Datos estimados para el tipo de contratación y participación de los corteros de cada uno de los ingenios en las movilizaciones.

<u>Ingenio</u>	<u>Empleos generados</u>	<u>Trabajos indirectos</u>	<u>Afiliados a CTA.</u>	<u>Participantes en huelga</u>
 LA CABAÑA	36.000	18.000	16.200	18.000 Aprox.
 INCAUCA				
 MARIA LUISA				
 CENTRAL CASTILLA				
 MAYAGÜEZ				
 CENTRAL TUMACO				
 MANUELITA				
 PROVIDENCIA				
 PICHICHI				
 SAN CARLOS				
 CARMELITA				
 RIOPAILA				
 RISARALDA				

Fuente: Torres y Flórez (2009).

En la tabla se puede apreciar que para el año 2008 únicamente el 6% de los empleos que generaba la industria de la caña de azúcar eran directos, el 15 de septiembre de ese año se inició un nuevo paro en el que participaron corteros de caña de 9 ingenios de la región, en este paro se exigía el aumento de salarios, contratación directa por parte de los ingenios, garantías de estabilidad laboral y en el pesaje de la caña cortada, capacitaciones y dotación para seguridad industrial. Desde el paro de 2008 se inició un proceso de mejoría en las condiciones laborales y las libertades para el ejercicio del derecho a la libre asociación, en los ingenios se han incrementado los corteros con contratos a términos indefinido y con contrato directo, al igual que se han aumentado los corteros afiliados al sindicato, estas afiliaciones han repercutido en las consecuciones logradas por medio de la negociaciones entre el sindicato y los ingenios, siendo SINALCORTEROS el sindicato mayoritario en el gremio de los corteros de caña.

En los siguientes años SINALCORTEROS siguiendo los lineamientos de la Central Unitario de Trabajadores (CUT) decidió autónomamente la fusión con el sindicato agroindustrial más grande de Colombia SINTRAINAGRO (Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Agropecuaria), el sindicato tiene afiliados en más de 4 departamentos lo que permite que los corteros de caña cuenten con herramientas que anteriormente no contaban, como un mayor respaldo, más acompañamiento por parte de profesionales y mayores recursos para la actividad sindical.

En la actualidad existen diferencias entre las condiciones de los trabajadores de cada uno de los ingenios, esto se presenta porque cada seccional del sindicato tiene la autonomía en las negociaciones con los ingenios en los cuales se encuentran laborando sus afiliados. En el caso de esta investigación nosotras trabajamos con la población del Ingenio Cauca, de acuerdo al acercamiento que tuvimos con los trabajadores de este ingenio, encontramos que son la seccional más grande porque tienen la mayor cantidad de afiliados, esto se explica porque INCAUCA es de los ingenios más grandes y por tanto tiene más corteros de caña contratados. Las negociaciones que han dado para estructurar los acuerdos de la convención colectiva entre los trabajadores y el ingenio han sido bastante fructíferos, en el momento hay condiciones favorables para el ejercicio de la actividad sindical logrando que se respeten los permisos sindicales, se han creado créditos para estudio y vivienda que son otorgados por el ingenio sin intereses, esto conlleva a la creación de una identidad respecto al ingenio que pertenecen, se reconoce el modelo de contratación y quiénes son sus patrones lo que facilita el conocimiento de los derechos que se tienen como trabajadores y la forma de reclamarlos, esto representa una mayor estabilidad laboral.

En este capítulo podemos concluir que en el proceso de agroindustrialización del Valle del Cauca la producción de caña de azúcar ha sido la vanguardia, esto se refleja en que en los diferentes procesos de industrialización y de exportación de la caña de azúcar siempre han sido el principal protagonista y sirve de ejemplo para otras industrias. La estabilidad en la producción de caña y su peso en la economía nacional sumado a las reivindicaciones de los corteros de caña han permitido que en la última década se lograra una mejoría en las condiciones laborales de los corteros de caña, pero aún con estas mejoras hay estructuras

externas que no permiten que las condiciones laborales sigan mejorando, en este caso hablamos de la salud, como un agente que media las condiciones de vida y le acarrea preocupaciones a los trabajadores, las cuales no se resuelven exclusivamente en las negociaciones obrero-patronales. Las inconformidades que se presentan en los corteros de caña en la actualidad tienen que ver mayoritariamente con temas de salud, entre las problemáticas identificadas se encuentran los procesos de reubicación, las calificaciones de incapacidad e invalidez, la calidad en la atención en salud.

Salud Moderna en Colombia, Apertura Económica en la Salud.

El objetivo de este capítulo es caracterizar los cambios de la política en Seguridad Social en Salud y está conformado por los apartados de, mecanismos de financiación, promoción y prevención, atención en salud y calificación de incapacidad e invalidez entre el período de 1990 a 2010. Para la elaboración se realizó un proceso de revisión documental, a partir de una división en periodos de tiempo de 5 años desde 1990 a 2010, en estos periodos se analizaron aspectos puntuales que permitieran dar cuenta de los cambios en la política de salud en Colombia¹².

Es importante analizar la conformación del sistema de salud en Colombia desde mediados del siglo XX, para hacer una diferenciación entre el sistema que existía antes de la década de los 90 y los cambios que se vivieron en la política en salud por la instauración de la ley 100 de 1993. La conformación de un Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia inició por las problemáticas que se derivaron de las condiciones desfavorables en salud laboral que vivían los trabajadores en la primera década de 1990, aunque habían sido reconocidas por la ley, prestaciones como el derecho a pensión, salud, cesantías y a riesgos profesionales, estos derechos estaban a cargo exclusivamente de los patrones, lo que generaba problemas tanto para los industriales de la época como para los trabajadores, en muchos casos no se respondía por estos derechos pues las empresas no tenían la capacidad financiera para solventar las necesidades de los trabajadores. “En una etapa de maduración industrial las empresas comenzaron a sentir la imposibilidad financiera de pagar en forma directa la carga prestacional de las jubilaciones, la salud y el conjunto de indemnizaciones y pensiones vitalicias por incapacidad causadas por accidentalidad laboral” (Jaramillo, 1997: 30), como respuesta a estas preocupaciones nace la primera caja de previsión social CAJANAL y el Instituto de Seguros Sociales - ISS en 1945 y 1946 respectivamente. A través de la ley 6ta de 1945, la ley 90 de 1946 y la creación de estas dos instituciones del

¹² El análisis de cada periodo implicó la revisión de la reglamentación de la salud, para la identificación de los cambios se caracterizaron los cuatro apartados mencionados anteriormente por coyunturas que agruparan las diferentes modificaciones de la reglamentación.

Estado cambió el régimen de prestaciones patronales en Colombia que hasta el momento estaba a cargo de los patrones y generó una responsabilidad mayor al Estado para ser el garante de la salud de los trabajadores, aportando recursos públicos que unidos a los aportes de los empleadores permitieron el fortalecimiento del ISS y las cajas de previsión nacional, “En el régimen de prestaciones patronales, la efectividad de los derechos del trabajador está subordinada a la solvencia del empresario, en el de Seguros Sociales esos derechos siempre están garantizados, aunque quiebre o desaparezca el patrón”(Arriaga, 1946: 1).

Las dos instituciones que se crearon a mediados del siglo XX se encargaron de atender diferentes poblaciones, el ISS era el encargado de cubrir a la población que trabajaba en empresas privadas; mientras CAJANAL y las futuras cajas de previsión social que se crearon con el paso del tiempo, se encargaron de la atención a los empleados de empresas públicas. En el caso de los colombianos que no tenían vínculos laborales, la salud en primera instancia era prestada por instituciones públicas y particulares que tenían como misión la caridad.

En 1969 con la ley 39, se promueve el Plan Hospitalario Nacional y el Estado se responsabiliza por prestar un servicio de salud universal que cubriera tanto a la población trabajadora como a la población sin vínculos laborales, esta incursión por parte del Estado concluye con la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) que se reglamentó en el Decreto 56 de 1975, este decreto es quizás el acto legislativo más significativo antes de 1993 para la conformación de la Red Pública Hospitalaria de Colombia, debido a este decreto los hospitales caritativos y particulares pasaron de forma forzosa a ser propiedad del Estado pues se les condicionó para que hicieran este cambio con la destinación de los recursos, por consiguiente si los hospitales no pasaban a ser propiedad del Estado se les quitaba la inversión oficial que se les había otorgado hasta el momento. La cobertura de la salud en Colombia hasta entrada la década de los 90 estaba entonces a cargo casi totalmente del Estado, las cajas de previsión social, el ISS y los hospitales públicos recibían los recursos estatales para hacerse cargo de la salud de los colombianos, pero existían dificultades sobre todo en aspectos como el acceso y la cobertura, bajo estas dificultades se abrió el debate para hacer un cambio en el sistema de salud.

Con la llegada del presidente César Gaviria en 1990 se le dio entrada a políticas económicas que hasta el momento no se habían aplicado en el país, estos cambios significaron que los paradigmas en los cuales estaba cimentada la nación cambiaran y se ajustaran a recomendaciones de organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), este cambio paradigmático en Colombia fue conocido como la Apertura Económica, y significó el ingreso del país al mercado mundial y tenía que adecuar todas sus políticas para permitir la libre competencia en los diferentes mercados. Dentro de este contexto se realizaron varios cambios en la legislación del país que modificaban la política en salud, los cambios se dieron de forma dosificada, lo primero que se cambió fue la Constitución Política del país, en 1991. La Constitución naciente mantuvo como presupuesto el derecho a la vida y el respeto al ser humano, lo que indicaba a la salud como un derecho fundamental, sin embargo, hubo un cambio esencial, en la nueva carta magna se le dio la entrada a la libre competencia para la prestación de los servicios públicos, lo que representó una contradicción; los derechos pasaron a ser considerados también servicios públicos que podían ser prestados por instituciones públicas o privadas, lo que significó una pérdida de la responsabilidad estatal, ya no estaba obligado a ser el garante de derechos como la salud, pasando a ser el regulador del sistema de salud y abriéndole camino a instituciones privadas para que se encargaran de la prestación de la salud, ahora un servicio. La Constitución de 1991 sólo fue el punto de partida para la adecuación de la legislación Colombiana en su ingreso al libre comercio. En el caso de la salud, se implementó la Ley 100 de 1993, la cual tuvo la misma contradicción.

“El problema de la ley 100 consiste en la contradicción entre la parte dogmática y la parte orgánica de la norma. La primera se inspira en una visión del ser humano del tipo solidario y humanista; mientras que la segunda lo hace en un tipo individualista en la que predomina la competencia o guerra económica contra la solidaridad y en el cual lo que define el perfil de la institución es el poder del capitalismo que gobierna la globalización” (Corsi, 2001: 90)

Es claro entonces que con la Ley 100 se realiza la transición del modelo Cepalino el cual ubica a la salud como un servicio social necesario para el desarrollo del país, al modelo neoliberal que propende por el modelo la libre competencia y asienta la idea de que la

calidad mejora entre más oferta haya para la prestación de un servicio o para la venta de un bien, pero el problema de la libre competencia es que hay una lucha por el lucro y es en esa lucha que se disminuye la calidad para aumentar las ganancias.

Teniendo claro el cambio paradigmático que vivió la economía Colombiana y la salud, podemos entrar a analizar apartados más específicos sobre el funcionamiento de la salud en Colombia y los cambios que vividos desde 1990 hasta el 2010.

Mecanismos de Financiación

El primer componente de las políticas de salud que vamos a analizar son los cambios que se han vivido en los mecanismos de financiación, sobre esta podemos decir que desde 1969 existía un enfoque que cimentaba la salud en la financiación estatal, este enfoque se conoce como el esquema del subsidio a la oferta y se caracterizó por una financiación directa, siendo los recursos del Estado girados sin intermediación a hospitales públicos y al sistema de salud en general, así mismo los dineros provenientes de los recaudos por los servicios prestados eran administrados directamente por cada entidad. Este esquema de financiación no daba cabida para que existieran aportes de los usuarios diferenciados en niveles, porque aunque había una diferenciación entre la atención que se les prestaba a los trabajadores y a las personas independientes, no existía discriminación en los valores de los servicios prestados de acuerdo a la capacidad de pago de las personas.

Con la implementación de la Ley 100 la financiación de la salud se acomodó al modelo de la competencia, esto cambió el esquema de financiación y los recursos fueron destinados a través de subsidios a la demanda, lo que significa que al ISS y a los hospitales públicos se les financiaba de acuerdo al número de personas que atendieran, obligando a que la parte pública de la salud entrara a competir por los pacientes con las nuevas Entidades Promotoras de Salud – EPS y con las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS privadas.

“El más ineficiente de los sistemas para asignar recursos en el campo de la salud es el de la competencia en el mercado, porque todos aquellos dineros que deben reinvertirse en el sistema para mejorar la salud, se desvían para el incremento de los

capitales nacionales y extranjeros que compiten entre sí para conservar y ampliar sus nichos”. (Corsi, 2001: 90)

La creación del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA a través de la ley 100 de 1993 tuvo como propósito financiar el régimen subsidiado de salud, en este fondo se invierten los aportes de los trabajadores del régimen contributivo¹³ con la idea de compensar el subsidio de la salud de acuerdo a los diferentes ingresos, la idea de este fondo tuvo nociones que son positivas para el acceso de la salud de las poblaciones vulnerables, como la solidaridad y la ampliación de cobertura. En años posteriores a la implementación de la Ley 100 se dieron acciones que sirvieron para que los hospitales públicos se sumergieran en la crisis financiera que en la actualidad viven, dentro de los fenómenos que se dieron se encuentran los malos manejos que se les dieron a los recursos del FOSYGA¹⁴, que aunque como fondo tiene unos objetivos loables, al ubicarse en una lógica del modelo de salud termina siendo participe en malos manejos que se producen en el afán de la libre competencia y la maximización de las ganancias, alejándose de cumplir su finalidad. Los malos manejos de los recursos del FOSYGA obedecen a la múltiple intermediación; por ejemplo, para que el dinero del fondo llegue a los hospitales primero tiene que pasar por los entes territoriales, seguido a esto pasa por las Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS y después se les hace el pago a los hospitales, lo que genera que los recursos se retrasen y se sumen millonarias deudas al sistema de hospitales públicos.

La descentralización de la salud¹⁵ es otro factor que cambia el modelo de financiación de la salud, proceso caracterizado por ser progresivo en delegar a los municipios y gobernaciones

¹³ Se crean dos regímenes, el Régimen Contributivo del que hacen parte los trabajadores formales e informales con capacidad de cotizar, y el Régimen Subsidiado en el cual está la población con condiciones más desfavorables.

¹⁴ Los casos de corrupción más sonados en la última década tienen que ver los recobros al FOSYGA por parte de las EPS y el caso de la EPS Saludcoop.

¹⁵ El proceso de descentralización inicia con la ley 10 de 1990, esta ley promueve a los municipios y departamentos para generar recursos propios y volverse responsables de la prestación en algunos niveles de salud. La ley 60 de 1993 cambia la financiación de los hospitales de subsidio a la oferta a subsidio a la demanda, con la ley 100 de 1993 la red de hospitales públicos pasan a ser Empresas Sociales del Estado (ESEs) y se hace mayor énfasis en el cambio de subsidio a la demanda. Con la creación del Sistema General de Participaciones la responsabilidad de la salud subsidiada pasa a ser en su mayoría responsabilidad de los

la administración de los recursos de la red de hospitales públicos, convirtiendo al gobierno nacional sólo en un veedor y creador de mecanismos de control, este proceso ha sido otro elemento que ha influido para la aparición y posterior acrecentamiento de la crisis de los hospitales públicos, el manejo de los hospitales públicos por parte de los entes territoriales ha dejado la puerta abierta para la desfinanciación progresiva, puesto que los entes territoriales tienen dificultades económicas, en muchos casos están endeudados y están permeados por la politiquería y corrupción, lo que repercute en malos manejos a los recursos y deudas millonarias en la financiación a las ESEs.

La crisis en el último periodo analizado ha pasado de ser exclusivamente de los hospitales públicos para ser una crisis general de la salud, la intermediación ha permitido que las EPS puedan por medio de actos de corrupción utilizar dineros del Estado para generar ganancias, en los últimos años se han conocido escándalos de corrupción en los cuales están implicadas grandes EPS del país como SALUDCOOP, COOMEVA, SOS COMFENALCO, CRUZBLACA, entre otras. Dentro de los fenómenos que se presentaron se encuentran recobros realizados al FOSYGA, negación de servicios, doble facturación. Lo anterior sin duda repercute negativamente en la calidad de los servicios que se están prestando a los colombianos pues en muchos casos son vulnerados los derechos por el deseo desmedido de aumentar las ganancias del sector privado.

Los mecanismos de financiación se relacionan estrechamente con la atención en salud, con la promoción y prevención y la calificación de incapacidades e invalidez, siendo todas estas características que permiten entender el actual modelo de salud, por lo anterior continuaremos con el análisis de las siguientes componentes para terminar con algunas conclusiones que amarren todos los cambios vividos en las décadas de 1990 y 2000.

Atención en Salud

Como hemos descrito anteriormente el modelo antes de la Ley 100 tenía un enfoque de salud pública en el que predominaba un principio de universalidad en la atención y tratamiento de enfermedades. La salud era prestada por el ISS y las cajas de previsión

entes territoriales, lo que implica que los recursos estatales son disminuidos y los entes territoriales y las diferentes ESEs tienen que promover la autofinanciación.

social que se encargaban de la atención a las enfermedades de los trabajadores y de sus familias, existían en el periodo pólizas de seguro médico, incapacidad y muerte que ofrecían beneficios adicionales en la atención en salud e indemnizaciones que eran utilizadas por una minoría de los trabajadores formales. Las personas que no se encontraban afiliadas a los dos entes de seguridad social que existían eran atendidas por hospitales públicos. Con la Ley 100 se realizaron varias divisiones que regulan la prestación del servicio de salud, la primera de estas fue la creación de dos regímenes existentes; el Régimen Contributivo, al que está vinculada toda la población con trabajo formal e trabajo informal que cuente con capacidad de pago para ser cotizante, y el Régimen Subsidiado que cobija a todas las personas que no tienen la capacidad de pago para pertenecer al Régimen Contributivo y se encuentran en condiciones desfavorables. La segunda división que se vivió con la Ley 100 son los niveles o categorías, éstos discriminan la tasa de pago de los usuarios por acceder a los servicios de salud, en el caso del Régimen Subsidiado los niveles se toman de acuerdo a la calificación que el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – SISBEN realiza. Para el caso de los afiliados al Régimen Contributivo las categorías son divididas de acuerdo al número de salarios mínimos mensuales vigentes devengados por los trabajadores.

Tabla 5. Población Total Afiliada al SGSSS.

Población total y afiliada al SGSSS (%) – 1993-2009*.						
	1993	1997	2000	2003	2006	2009
Población total (10)	36.208.244	38.646.043	40.282.217	41.847.421	43.405.387	44.977.758
Total afiliado al SGSSS %	23,7	57,1	56,5	61,3	82,7	93,4
Régimen Contributivo %	22,4	38,9	32,9	33,0	33,4	37,8
Régimen Subsidiado %	-	18,2	23,6	28,4	45,0	51,1
Regímenes Excepción %		0,0	0,0	0,0	4,3	8,7
No afiliados %	76,3	42,9	43,5	38,7	17,3	6,6

Fuente: Instituto de Salud pública Universidad Nacional de Colombia (Agudelo, et al: 2011)

En la tabla 4 se puede apreciar que la atención en salud se ha triplicado debido a la ampliación en la cobertura de afiliación al SGSSS, este aumento en la cobertura ha

beneficiado sobre todo a la población más vulnerable, esto se refleja debido a que el porcentaje de afiliación que más ha crecido es el régimen subsidiado.

La tercera división es el fraccionamiento para la atención de las enfermedades de orígenes y las enfermedades laborales con la aparición de entidades especializadas para cada tipo de afectación, las Entidades Promotoras de Salud - EPS se rigen por el Plan Obligatorio de Salud – POS se encargan de atender las enfermedades generales, y las Aseguradoras de Riesgos Profesionales - ARP se encargaron de los riesgos ocupacionales de los trabajadores. La última división para la atención en salud es la diferencia entre la medicina prepagada y el POS, aunque la medicina prepagada tiene sus orígenes antes de la Ley 100, es con esta ley que se aumenta su demanda por parte de la población que por tener una mejor capacidad de pago puede acceder a una cobertura mayor en los servicios de salud.

Debido a las múltiples quejas de los colombianos sobre la atención en salud, en el año 2005 y 2006 se crearon la política nacional de prestación de servicios de salud y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del decreto 1011 de 2006, se realizan correctivos para el acceso a la información de las EPS, ESEs y las IPS, el Estado exigió control de la información relacionada con el número de usuarios atendidos, afiliados, recursos con que cuentan las entidades privadas y públicas, se crea el informe nacional sobre calidad de prestación de servicio y el observatorio de la calidad.

En los últimos años con la crisis de la salud pública se acaba la prestación de servicio de salud por parte del ISS, en cambio los usuarios del ISS fueron trasladados a la institución que lleva por nombre el de Nueva EPS. Con la liquidación del ISS se culmina la privatización de todos los centros médicos que hacían parte de la institución debido a que fueron entregados en concesión. Con el cierre del ISS se deja el Régimen Contributivo totalmente en manos de entidades privadas, continuando con el patrón que se había instaurado desde 1993 y es la disminución de la responsabilidad de prestar el derecho a la salud por parte del Estado. Esto tiene repercusiones severas en la atención en salud, debido a que hubo traumatismos en la atención de los pacientes que ahora hacen parte de la Nueva EPS, también se presentaron problemas en la autorización de procedimientos y demoras en

las asignaciones de citas, problemas que en la actualidad no han sido solucionados.

El panorama no es muy diferente en los hospitales públicos, algunos hospitales como el Hospital Universitario del Valle están desde hace varios años al borde de la liquidación, otros más se han liquidado como el hospital San Vicente de Paul de Palmira, lo que indica que son hospitales que tienen problemas para conseguir recursos para pagar sus deudas, el salario a sus empleados y la compra de suministros médicos, esto ha generado que la prestación de los servicios se vea mediada por el abastecimiento o no que se tenga de medicamentos y de materiales necesarios, en muchos casos lo anterior implica que los hospitales no den abasto para los pacientes que tienen o que sean los usuarios quienes compren los insumos para ser atendidos. En especial resulta preocupante el estado de los hospitales públicos de la región pues son los encargados de atender a los pacientes del régimen subsidiado, de acuerdo al aumento en la tasa de cobertura evidenciado en la tabla 4 se puede concluir que aunque en Colombia se ha avanzado tangiblemente hacia la universalización en la atención en salud, la red pública hospitalaria no ha crecido simultáneamente, afectando la calidad en la atención; presentándose en varios hospitales hacinamiento, poca disponibilidad de citas, falta de insumos y de personal.

Promoción y Prevención de Enfermedad Laboral

En la historia de Colombia la promoción y la prevención de enfermedades laborales siempre ha estado a cargo de los empleadores, aunque antes de la Ley 100 en las empresas existía una regulación amplia sobre comités que impulsaran medidas de higiene dentro de las empresas, no existían programas nacionales que enfatizaran en la promoción y prevención de enfermedades, la responsabilidad caía sobre las empresas que eran las encargadas de crear espacios que promovieran la prevención de enfermedades en el ámbito laboral. En las leyes se encontraba descrito como debía ser la conformación de los comités de higiene y cuáles eran sus labores, pero no había controles estrictos para saber si las empresas cumplían o no con la norma.

Con la implementación de la Ley 100 era necesario crear los medios para que se

constituyera un sistema de riesgos profesionales nuevo, para ello se emitió el Decreto 1295 de 1994 con el que se reglamenta el Sistema General de Riesgos Profesionales, dentro de este decreto aparecen las Aseguradoras de Riesgos Profesionales que son las encargadas de atender la enfermedad laboral, éstas dentro de sus tareas deben brindar conocimientos sobre promoción y prevención de la salud laboral a las empresas a través de actividades, el problema es que las actividades en la mayoría de los casos son esporádicas y no cumplen con la finalidad de capacitar a los trabajadores, lo que continúa con las prácticas anteriores de la Ley 100, en las cuales las actividades de promoción y prevención eran responsabilidad exclusiva del empleador.

La creación de los Comités Paritarios de Salud Ocupacional COPASO regulados por medio del artículo 2 de la Resolución 2013 de 1986 ha permitido que los trabajadores en unión con las empresas se preocupen por la salud laboral, estos comités internamente en las empresas tienen la función de crear mecanismos que permitan mejorar la promoción y la prevención, de igual manera es un ente de control para que los empleadores cumplan con las reglamentaciones dispuestas para salvaguardar la salud laboral de los trabajadores. Después del decreto 1295 se han dado varios intentos de establecer políticas públicas que se encarguen de velar por la salud ocupacional de los trabajadores, estas políticas han tenido incidencias sobre los manejos ambientales de los desperdicios, el control para que las empresas mejoren los programas de capacitación en salud ocupacional y la utilización correcta de los implementos de protección personal, pero a pesar de los esfuerzos por la implementación de la política pública, hoy la responsabilidad de la promoción y prevención es casi exclusiva de los patrones y los trabajadores, en algunas empresas los sindicatos se dan a la labor de la capacitación en estos temas para complementar las que ofrecen las empresas a través de las ARP.

Calificación de incapacidad e invalidez

El Instituto de Seguros Sociales y las cajas de previsión social se encargaban de brindar el cubrimiento de la atención de accidentes laborales y de las indemnizaciones por accidentes de trabajo y vejez, en su mayoría los recursos con los que se sostenían las indemnizaciones eran suministradas por fondos del Estado y la cotización que hacían los empleadores. Las

personas que no eran beneficiarias del Instituto Seguros Sociales para ser indemnizadas tenían que ser usuarios de pólizas de seguro. Los cambios que ha tenido la atención de riesgos profesionales son muy similares a los cambios descritos anteriormente en la atención de la salud general, las similitudes se presentan porque los mismos fenómenos que se han vivido con la creación de las EPS se dan con las ARP; lo anterior tiene que ver con la aplicación de la libre competencia y la entrada de los privados a competir con la aseguradora del Estado que era el ISS.

En 1994 y 1995 se reglamenta todo el Sistema de Riesgos Profesionales, para los procesos de indemnización, calificación e incapacidad, se crean juntas calificadoras y el manual único para la calificación de la invalidez, este sistema no tuvo modificaciones hasta el año 2002, año en el que se fortalece la reglamentación del sistema de riesgos profesionales y se incorporan una mayor cantidad de conceptos para el tratamiento de las enfermedades laborales, dentro de esos conceptos se toman nuevas situaciones laborales que no habían sido tenidas en cuenta hasta el momento, como la reubicación laboral, incapacidad parcial, temporal y permanente, estos conceptos implican nuevos montos para las indemnizaciones.

En la atención de los riesgos profesionales y la atención de la salud existe una diferencia fundamental, la parte del ISS que se encargaba de los riesgos profesionales no tuvo un proceso de liquidación, por el contrario el ISS vivió una alianza público-privada que con el tiempo se convirtió en una concesión total. De esta concesión resultó la creación de la ARP con más afiliados de Colombia POSITIVA y una de las más rentables del país.

Como se describió, en este capítulo se presentaron los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud y sus componentes para un periodo de 20 años, se puede concluir que uno de los hechos determinantes en éstos cambios es la incursión de Colombia en la economía mundial, a través de la Apertura Económica en la década de los 90, a causa de intereses de países de centro con la intención de expandir sus mercados, en este caso el de la salud. El nuevo modelo económico dio la entrada a multinacionales farmacéuticas que ven en Colombia una oportunidad de expandirse y aumentar sus ganancias, es de resaltar que también hubo interés de grupos económicos nacionales en los futuros mercados. En este

proceso era necesario cambiar toda la reglamentación de los sistemas que se estrenaban en la libre competencia, como Ritzer (1993:205) lo expresa para abrir los mercados se “involucra al sector político e implica la utilización de las estructuras del Estado por parte de diversos grupos económicos con el fin de proteger y promover sus intereses.”

Es igual de importante resaltar que los diferentes cambios que se han implementado en cada uno de los componentes de la salud, corresponden a un proceso continuo de cada gobierno que se ha instaurado en Colombia desde la década de los 90 hasta la actualidad, presentándose que en cada periodo las políticas propenden por acercar más la salud al modelo de la libre competencia y la alejan de su concepción como derecho fundamental. Hasta el momento podemos inferir que el sector político que nos gobierna tiene las mismas concepciones que los gobiernos de la década de los 90; se siguen usando las estructuras del Estado para los intereses del capital privado tal y como se ha descrito anteriormente, con los múltiples escándalos de corrupción producto de los vacíos en las regulaciones de los dineros del FOSYGA y con las distintas concesiones de capitales públicos a empresas privadas. Lo enunciado se sintetiza en la premisa: el sistema-mundo moderno se caracteriza por incluir el neoliberalismo como pilar fundamental, esto en Colombia se materializa en el cual ha primado más el derecho a la libre competencia y a la propiedad privada que el derecho a la salud, pues hasta el momento no se han esclarecido los escándalos de corrupción y en la actualidad la totalidad de los afiliados al régimen contributivo y de los afiliados a las ARL pertenecen a entidades privadas, siendo de similares proporciones en los fondos de pensiones en los cuales sólo existe una empresa del Estado, lo que implica que desde la implementación de la Ley 100 no han habido cambios sustanciales en el modelo de salud en Colombia y deja entrever que cada cambio que se ha dado desde 1993 solo profundiza el libre comercio en la salud.

Política en Salud y Condiciones de Vida

El objetivo de este capítulo es presentar los cambios identificados por los corteros de caña de Ingenio Cauca, sobre la política en Seguridad Social en Salud entre 1990 a 2010, y la relación que establecieron con su capacidad financiera, condiciones laborales y tratamiento médico recibido, es decir lo estructural del sistema de salud con sus condiciones de vida.

Nos encontramos con unos trabajadores informados en el sentido en que tienen muy presentes los cambios de presidentes, gobernantes y aprobación de leyes generales que afectan positiva o negativamente su vida, pero no el detalle de las normas, que fue lo que presentamos en los talleres con los insumos de la revisión documental y sirvieron para que los corteros construyeran posibles respuestas a las preocupaciones y situaciones de salud laboral tan reiteradas.

Durante el desarrollo de los talleres realizados con los corteros de caña se pudo apreciar, que no tenían un conocimiento profundo sobre el funcionamiento del Sistema General en Seguridad Social en Salud y los cambios que se han presentado entre el periodo de 1990 a 2010, sin embargo, resaltamos que en sus intervenciones al cotejarlas con la revisión documental realizada fue evidente que sí los habían vivenciando, como se podrá leer más adelante. La identificación de los cambios realizada por los corteros de caña sobre la política en salud, después de conocerlos en los talleres, no fueron asociados temporalmente a los periodos propuestos en la investigación (quinquenios), lo hicieron desde sus experiencias de movilización y organización sindical, es decir, a partir de los cambios que han tenido en sus condiciones laborales. Por estas razones el análisis que a continuación se presenta se hace por cada uno de los componentes de la política en salud en articulación con cada una de las condiciones de vida de los corteros, teniendo como eje transversal la movilización y organización sindical.

Mecanismos de financiación y capacidad financiera.

En relación con este componente de la política en salud, los corteros no contaban con conocimientos técnicos o teóricos sobre el funcionamiento y el cambio dado en la

financiación del sistema de salud, el cual como se mencionó en el capítulo anterior, hasta 1993 fue de subsidio a la oferta y posteriormente de subsidio a la demanda, sin embargo, ello no impidió que a través de la exposición interactiva de la línea del tiempo realizada en los talleres, se comprendiera y articulara con su capacidad y factores financieros.

Los aspectos más reiterados y destacados por los corteros durante los talleres, sobre los cambios que identifican en los mecanismos de financiación de la política en salud, durante el periodo de estudio, son los que implican un pago más allá del aporte obligatorio para salud descontado de sus salarios; de tal manera describen cómo vivenciaron los cambios, mencionando en primer lugar, que para la década de 1990 como afiliados al ISS no incurrían en pagos adicionales por la atención, citas, tratamientos y medicamentos, aspecto que además califican como muy positivo si se compara con la calidad de la atención médica recibida,

“Antes se llevaban unos bonitos, entonces uno iba y no le cobraban la cuota moderadora, y ahora cobran una cuota y el servicio que ni mejor dicho (...) en el ochenta y cinco (1985), en el ochenta y seis (1986) así, uno iba al Seguro y llegaba uno allá y lo atendían, o sea lo que a usted le sacaban de su salario eso no más era, ahora prácticamente para que a usted lo atiendan en la salud todo es plata, porque le sacan de su salario que trabaja y así sea una jeringa que tenga que usar tiene que comprarla”. (Taller 1, septiembre 12 de 2014).

“la salud antes de 1991 y ahora es que la salud en ese entonces era muy buena nosotros estábamos libres de ese copago, el médico tenía como esa libertad de recetarle a uno el medicamento que era, ahora no, ahora es que lo que cubre el POS, bueno los médicos están como que tan restringidos para recetarle a uno, entonces en esa cuestión nosotros estamos muy mal”. (Taller 2, septiembre 17 de 2014)

“yo recién empecé a pagar Seguro, uno iba a una cita médica y a uno no le tocaba que pagar absolutamente nada, uno era si no llegar y pedir una cita, ahorita si usted no tiene los 9.500 pesos no puede pasar a una consulta con un médico y tampoco

puede reclamar sus medicamentos que en muchas ocasiones son por debajo de los 9.500 lo que cuesta el medicamento.” (Taller 2, septiembre 17 de 2014)

A partir de 1993, los corteros identifican se dio un cambio negativo en materia financiera en la política de salud del país, puesto que se vieron afectados en su capacidad económica al tener que realizar más gastos de los programados, como el pago de cuotas moderadoras y copagos delimitados por el número de salarios mínimos devengados, además de los medicamentos o tratamientos formulados no cubiertos en el POS. Situación que consideran no se corresponde con la calidad de la atención, diagnóstico, tratamiento y cura de las enfermedades, bien sean generales o laborales, porque a pesar de pagar más actualmente por los servicios de salud no se sienten satisfechos con la atención que reciben; por estas razones la mayoría de corteros manifestaron que prefieren acudir en caso de afecciones de salud a médicos particulares, droguerías o automedicarse.

Este cambio en el componente de la política en salud, representado en el salto de un modelo público a uno privado, es relacionado por los corteros directamente con la promulgación de la Constitución Política de 1991, herramienta desde su perspectiva determinante para abrir la puerta a la privatización de los derechos de los trabajadores y ciudadanos colombianos, el cual vino acompañado del proceso de apertura económica propuesta por el presidente César Gaviria en 1990 y ha venido según ellos, profundizándose con cada uno de los presidentes y gobiernos posteriores, como señalan a continuación, “los presidentes son los mismos, responden a los mismos intereses, mucha gente no tiene la oportunidad de conocer en capacitaciones cómo funciona la política del país y tampoco las leyes que hacen, hay un desconocimiento de esos cambios en la política en salud. Cada presidente llega y reforma una ley para empeorarla, pero no la elimina.” (Taller 1, septiembre 12 de 2014) otros corteros mencionan,

“antes el Seguro Social nos prestaba un servicio muy eficiente, muy bueno lo que pasó fue que desde 1988 que el señor Uribe fue senador ahí empezó él a tratar de organizar este tema de la reforma, si me entiende? y ahí después de que ya fue senador y en 1990, 1991, 1992 y 1993 que ya fueron Gaviria y Pastrana y que tuvieron en esa época el mango (el poder) ahí fue donde ellos ya metieron la Ley

100 y este tema de la reforma hacia la salud, entonces ahí viene todo este problema” (Taller 2, septiembre 17 de 2014)

“O sea la Constitución la acomodaron con ese sentido, los que legislan las leyes, muchos senadores y congresistas son dueños de EPS, (...) entonces legislaban las leyes a favor siempre de ellos, entonces siempre ha habido lo mismo, los grandes senadores y los grandes congresistas están aliados con los empresarios de Colombia, entonces siempre las leyes salen a favor de los empresarios y si es de la ley en la salud, todas las reformas que hacen, siempre son a favor para privatizar, para que eso lo cojan extranjeros y lo cojan los privados, para que luego uno siempre lleve de la ruina.” (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Como se puede observar, en el caso de la política en salud, los corteros identifican que la nueva Constitución Política propició el surgimiento de las EPS y la lógica de la ganancia al interior del sistema de salud, pensiones y riesgos profesionales; sumado a la corrupción, por encima de la vida de las personas. Estas son las causas identificadas por los corteros al momento de referirse a los cambios en los mecanismos de financiación de la política en salud y sus impactos en la calidad de la atención en salud. Ante este panorama del país esbozado por los corteros, llama la atención que éstos se autodefinen como agentes determinantes de dicha realidad, bien sea en la continuidad del modelo privatizador o como agentes de cambio,

“lo más triste es que nosotros somos también partícipes de ese sistema (...) elegimos, porque mire, ahora que se lanzó, (Refiriéndose a Álvaro Uribe Vélez) si ese señor se lanza, se le da la oportunidad de ser presidente otra vez, queda presidente (...) y pregunten quién lo elige, quién lo elige a ese señor, es la mayoría y la mayoría quién es, el pobre.” (Taller 1, septiembre 12 de 2014)

Por ello consideran urgente generar cambios en la Política de Seguridad Social en Salud, para que responda a sus necesidades.

Al final de los talleres, los corteros lograron por medio de las técnicas interactivas, de su participación activa y la revisión de sus experiencias, identificar el cambio general de los mecanismos de financiación de la Política en Seguridad Social en Salud entre 1990 y 2010, que para ellos se traduce en la tan mencionada palabra privatización, la cual representa nuevos pagos por un servicio y el detrimento de la calidad del mismo. Por otro lado consiguieron establecer relación con su capacidad financiera y manifestar el significado que le atribuyen a dichos cambios. Así mismo, la mayoría de corteros con sus conocimientos sobre la política nacional, aprendidos en su formación sindical, plantearon posibles causas a los cambios de la política en salud, en cuanto señalan el modelo económico neoliberal colombiano, implementado desde 1990 por el gobierno del presidente César Gaviria y su posterior adaptación legislativa a través de la Constitución Política de Colombia de 1991, como las estrategias que permitieron al Estado desligarse de su responsabilidad de la salud de los ciudadanos para entregarla al sector privado, además de hechos como la corrupción y el clientelismo.

Atención en salud y tratamiento médico

Todos los corteros participantes en los talleres realizados, identifican un cambio en la atención en salud durante la década de los 90 cuando se implementó la Ley 100 de 1993, el cual tuvo que ver con el ingreso de las EPS, instituciones privadas prestadoras del servicio de salud, acompañado del paulatino marchitamiento del ISS; sin embargo este suceso no es relacionado con el componente financiero del sistema de salud, hasta que fue abordado y discutido en los talleres.

El cambio en la atención en salud es analizado por los corteros acorde a las experiencias tenidas en las instituciones (públicas y privadas) prestadoras del servicio de salud, en este sentido, expresaron que la atención en salud recibida en el ISS antes a 1993 se adecuaba a sus necesidades, debido a que consideran que la formación de los médicos, el tiempo de consulta, los medicamentos y la solicitud de las citas con médicos generales o especialistas se hacía oportunamente, como manifiesta uno de ellos “(...) los médicos formulaban drogas buenas no como ahora, especialistas, no había problema para que uno fuera al especialista,

un mes, dos meses y la cita no le salía (haciendo referencia a la actualidad), la cita le salía más ligero o salía ligero.” (Taller 1, 12 de septiembre de 2014).

Algunas de las necesidades de atención en salud de los corteros de caña en la primera década de este estudio, analizamos dependían en gran medida de sus condiciones laborales, caracterizadas por jornadas de trabajo por encima de las 8 horas diarias reglamentarias, salarios que no correspondían al peso de la caña cortada, ausencia de elementos de protección personal y falta de capacitaciones sobre prevención de riesgos laborales entre otros.

Argumentan que dichas condiciones laborales descritas se debían al sistema de contratación que los regía en la época, el de contratistas, que como señala Castaño (2008) fue “una de las primeras modalidades de intermediación laboral en la contratación de brazos para el corte de caña (desde mediados de los años 70 muchos ingenios ya hacían uso de este mecanismo para suplir mano de obra)”, (Castaño, 2008: 49) tal modelo consistía en un persona que intermediaba entre el ingenio y los corteros, era quien tenía la responsabilidad de brindar seguridad social a los trabajadores y responder por la materia prima ante el ingenio, recibir los salarios y entregarlos a los corteros, sin embargo, las competencias de los contratistas terminaron convirtiéndose en un modelo esclavista, como dicen los corteros,

“la ley esclavista de los contratistas eran las jornadas de las 5:30 am que salía de la casa, hasta las 7:00, 7:30 a veces, porque se ponía a que los carros con los bombillos nos alumbraran porque había que terminar el trabajo, entregarlo y cumplirle porque el contratista tenía que cumplirle a la empresa, la ley esclavista”. (Taller 1, septiembre 12 de 2014)

“anteriormente el contratista, el cabo estaba pendiente cuando usted iba acabar el tajo, y que no, eso iban a ser la 3 o las 4 (de la tarde) y resulta que como ese pedazo había que acabarlo le decían, no pierda tiempo ahí que usted ya está anotado para que siga cortando el pedazo de allá, así era, y qué tenía que hacer uno ahí?, pues cortar porque ese era el trabajo, porque si usted no cortaban le decían pa’ mañana pa’ usted no hay, o no madrugue”. (Taller 1, septiembre 12 de 2014)

Tales condiciones laborales precarias de la década de 1990, analizamos tienen efectos en el resto de condiciones de vida de los corteros, debido a que la labor del corte, no dejaba tiempo para la recreación, el deporte, compartir en familia, emprender o culminar proyectos educativos para ascender laboralmente y avanzar en el bienestar individual o familiar. Es así que las condiciones laborales durante este periodo son un buen caldo de cultivo para aumentar el riesgo de enfermedades y accidentes laborales. Condiciones que según los corteros cambiaron con las movilizaciones de los años 2005 y 2008, en los que lograron transformar el modelo de contratación laboral, pasando de contratistas y CTAs a una directa entre el ingenio y los corteros. También se incluyeron en las convenciones colectivas mejoras en el pesaje de la caña cortada, la creación de fondos de vivienda y estudio para ser otorgados a los corteros, sin interés alguno. En materia de salud ocupacional los ingenios acordaron brindar dotación y elementos de protección personal a los corteros.

Con estas ganancias como lo califican los corteros, producto de la movilización y organización sindical, se puede analizar que los corteros tuvieron mejoras significativas en términos salariales, bienestar social y mínimas en lo concerniente a la salud laboral, de ahí que para la década del 2000 permanezcan factores de riesgo que facilitan la aparición de enfermedades y accidentes laborales, como lo son; la ausencia de capacitaciones sobre el uso permanente y adecuado de los elementos de protección personal, el alto desgaste físico, la exposición prolongada a altas temperaturas, lluvias y terrenos irregulares. A esta situación los corteros agregan que la atención en salud después de 1993 en las EPS y durante todo el 2000 no permite el control periódico de sus afecciones de salud, la formulación de medicamentos eficaces, la asignación oportuna de citas con especialistas y de procedimientos médicos, calificando así, a partir de la experiencia vivida la atención en salud de este segundo momento, como mala o pésima, se puede analizar ver que asignan un significado negativo a este componente por el impacto que genera en su cuerpo y por las repercusiones que pueda llegar a generar a largo plazo en el trabajo y el bienestar de sus familias, por ejemplo,

“si la salud (refiriéndose a la atención de las EPS) fuera más acertada nosotros no sufriríamos de muchas enfermedades o las podríamos prevenir en menos tiempo, y

al prevenirse en menos tiempo no estaríamos sufriendo de todas estas enfermedades de las cuales nos afectan hoy”. (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

“nosotros analizamos que todo (la atención en salud) esto hay una consecuencia y se le puede atribuir esto a las malas atenciones que tenemos dentro del contexto de la salud, porque si aquí en Colombia o en el mundo existiera lo que es la salud preventiva que es la que no les deja plata, nosotros culminaríamos nuestro trabajo, nos iríamos a una pensión e iríamos con buenas aptitudes de salud y con buena relaciones con todo el mundo, porque cuando uno tiene buena salud, tiene buen humor, y cuando tiene buen humor es grato para los demás y hasta consigo mismo”. (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Es evidente que el cambio que identifican los corteros de caña en el componente de atención en salud, la manera en que lo califican y los significados que le atribuyen, está estrechamente ligado con el tratamiento médico que han recibido en las instituciones prestadoras del servicio de salud, las percepciones que tienen sobre la mejoría o no de sus afecciones de salud y sus condiciones laborales. En síntesis el paso de un modelo de salud público a uno privado en la Política en Seguridad Social en Salud, tiene efectos negativos en la atención en salud y el tratamiento médico de los corteros de caña desde la implementación de la Ley 100 de 1993, debido a la deficiente calidad del servicio en materia de diagnóstico, tratamiento, control y cura.

Riesgos profesionales y condiciones laborales

Durante la realización de los talleres este fue el componente en el que más participaron corteros activos y reubicados, debido a que es una de las preocupaciones más sentidas de la población en cuanto a los obstáculos que encuentran para el diagnóstico de las enfermedades laborales y la calificación de incapacidad o invalidez, de ahí la necesidad de conocer su funcionamiento. Los corteros identifican el surgimiento de las ARP y un sin número de criterios confusos pero necesarios para el acceso a la calificación de incapacidad e invalidez como el cambio más relevante en este componente, esta nueva entidad fue reglamentada por el Decreto 1295 de 1994, norma articulada a la Ley 100 de 1993.

En relación con el cambio y la experiencia vivida por los corteros en materia de riesgos profesionales, describen que hasta 1993 la mayoría hacían parte del ISS, donde el pago por las incapacidades y la calificación de invalidez no era traumático como se hizo después con la nueva normatividad y las ARP en 1994:

“hay muchos compañeros reubicados que en realidad están enfermos, yo estoy trabajando, actualmente estoy trabajando, laborando no estoy reubicado, pero hay compañeros que están reubicados que en realidad están enfermos y anteriormente los pensionaba el Seguro, y ahora sólo es por la edad, se acabó la pensión y tienen el descaro todavía de subirle más años a uno que trabaja a sol y agua, cuándo va a llegar allá”. (Taller 2, septiembre 17 de 2014)

Para los corteros con afecciones de salud laboral, el sistema de riesgos profesionales creador de las ARP en 1994, tiene efectos en los procesos administrativos y de evaluación médica para su respectiva calificación, como describen,

“nuestras patologías vienen por el exceso de trabajo, debido pues a la labor nuestra, entonces muchos hoy estamos reubicados en oficios varios, pero reubicados en servicios varios estamos esperando una calificación, otros calificándoles el origen, pero como esto es un negocio nos tienen de aquí para allá y de allá para acá esperando a que decidan los médicos sobre nuestras patologías, en la mía por ejemplo, estoy esperando a que me califiquen el origen y llevo 1 año en ese proceso y aun no me han definido, porque me llevan de cita en cita, hace 4 meses piden, un ejemplo, una cita hoy con fisiatría y a los 4 meses lo mandan donde el médico laboral y el médico laboral vuelve y lo remite otra vez y así sucesivamente. Eso es un cómo le digo, el trabajador lo tienen ahí como un juguete prácticamente, como un muñeco, vaya para allá, venga para acá y a lo último no le definen, cuando la calificación, las ARL lo mandan a calificar en 0, sabiendo que la patología del trabajador es algo que tiene una pérdida de capacidad laboral, pero para ellos curarse en salud entonces lo mandan en 0, qué tiene que hacer el trabajador, coger las vías de hecho bien sea con una tutela, o un derecho de petición o meter un

abogado para poder que le den una calificación, cuando en realidad sí tenía una pérdida laboral. (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Por otro lado también vulnera su libertad, cuando con el objetivo de adaptar el sistema de riesgos profesionales del ISS vigente en la década de 1990 a lo dispuesto por la Ley 100 de 1993, se creó la ARP POSITIVA y los corteros no tuvieron oportunidad de elegir si querían quedarse o trasladarse a una nueva aseguradora; fueron los ingenios en articulación con las CTAs quienes tomaron esta decisión, lo que demuestra que aunque la Política en Seguridad Social en Salud está fundamentada en la libre competencia, en ocasiones los usuarios no tienen libertad para elegir. Esta situación se repitió según los corteros cuando POSITIVA sugirió al Ingenio Cauca solicitar ante el Ministerio del Trabajo la reclasificación de la tabla de riesgos de la labor del corte de la caña, pasando de nivel de riesgo 2 al 3, la respuesta del ingenio fue trasladar a todos los trabajadores sin consentimiento alguno a la ARP Equidad, en la que el Ingenio Cauca tiene acciones, tal como se ilustra,

“en incauca (Ingenio Cauca) nosotros tenemos como corteros, a nivel nacional tenemos grado dos (en la tabla de riesgos laborales) pero la POSITIVA que era el antiguo Seguro Social donde estábamos como riesgos laborales, esta institución metió una petición que debía subir el riesgo de nosotros a nivel tres y eso hizo de que nos cambiaran a la Equidad donde este ingenio también tienen acciones”. (Taller 2, septiembre 17 de 2014)

“Hay una parte que nos está afectando a nosotros, y es que de POSITIVA nos pasaron a la Equidad, pero la Equidad es una institución que prácticamente el ingenio tiene acciones, a nosotros nos estaban reubicando por enfermedades, pero ahorita es un proceso (difícil), y lo que decía don Antonio, nos están cambiando la patología, ¿para qué nos cambian la patología?, para pagarnos menos de lo que nos pagaban, como la POSITIVA era una empresa prácticamente del Estado, tenían que pagar lo que era la incapacidad, de lo que uno tiene que pagar, pero como ellos trataron de subir digamos el rango de riesgo, entonces claro, la empresa tiene que

pagarle más, entonces ellos renunciaron a eso y nos pasaron allá (la Equidad)”.
(Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Otro cambio identificado por los corteros, en relación con el componente de riesgos profesionales, es la creación de los COPASO, figura reglamentada en el Decreto 1295 de 1994; al respecto, consideran que es una idea positiva para la participación de los trabajadores en la salud ocupacional de una empresa, en su caso en el Ingenio Cauca, sin embargo al analizar el funcionamiento y la composición del COPASO en los talleres, los corteros describen una serie de limitaciones que en su criterio impiden ejercer y realizar propuestas en relación con el mejoramiento de las medidas preventivas de los accidentes y enfermedades laborales, como se observa:

“eso sí es democrático (el COPASO) pero lo que pasa es que los que representan a los trabajadores de pronto no alcanzan a tener el conocimiento de lo que van a hacer, la empresa pues si les da unas capacitaciones pero no son capacitaciones que correspondan a la realidad de lo que se vive, siempre van a estar maniatadas a lo que la empresa diga”. (Taller 1, septiembre 12 de 2014)

“el COPASO es el primero que va a dar una valoración (sobre un accidente) y si no pues ahí está pa apretar al trabajador porque es patronal entonces el COPASO de la empresa es patronal siempre está a favor de la empresa”. (Taller 1, septiembre 12 de 2014)

Finalmente el último cambio que los corteros identifican en este componente está asociado a la creación de las juntas de calificación de incapacidad e invalidez, hecho que es calificado como inadecuado y burocrático, debido a que representa una contradicción, puesto que por un lado, están los intereses de las ARP y los empleadores, en este caso los ingenios, quienes pretenden minimizar el pago de incapacidades y el número de corteros reubicados, es así que los corteros expresan que en diversas ocasiones se encuentran en medio del vaivén de las ARP que no reconocen enfermedades laborales, EPS que no

admiten enfermedades de origen común, paso inicial para continuar en el proceso hacia la calificación de incapacidad e invalidez en las juntas calificadoras, como se menciona,

“llevo reubicado desde el 2010 por un accidente laboral, me fracture el tobillo izquierdo, llevo 2 operaciones, y pues me han calificado una vez, se ha complicado para que me califiquen la segunda vez, ya hay una orden de calificación del 26 de junio del 2013, también tuve un accidente en el trabajo, me caí en una chamba y me golpeé, me lastime la columna y me calificaron en 0, entonces en el momento tengo una orden pendiente para pasar con médico laboral, con la doctora Rojas, ha sido imposible sacar esa cita. El día 9 de este mes (septiembre de 2014) me llamaron al ingenio a las 7:45 am, yo estaba en un lugar que no podía asistir a esa cita porque estaba muy lejos y la cita era a las 9 am, entonces me vi obligado a cancelarla porque me era imposible llegar a Florida y después irme a Palmira, me cancelaron la cita y este es el día que estoy sin saber cómo sacar la cita porque el joven me dijo que me la sacaban para noviembre. Necesito urgente esta cita porque necesito la valoración de fisioterapia, hay una opción que sea atendido por médico general pero toca esperar a ver qué sale por médico laboral, de pronto es injusto que esto sea un accidente laboral y sea calificado como enfermedad común, me siento mal de la columna, me molesta mucho” (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Con estos tres cambios identificados en riesgos profesionales por los corteros de caña, se puede apreciar de manera clara que después de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1295 de 1994, las nuevas entidades creadas con el propósito de salvaguardar la vida laboral de los corteros, han tenido efectos negativos en sus condiciones laborales y de salud, en la medida en que han prolongado los tiempos de espera para las calificaciones de incapacidad e invalidez, obligando así a los corteros a continuar en la labor a pesar de las afecciones y síntomas presentados, por su parte quienes ya han sido calificados no se sienten satisfechos con los resultados, al considerar que no se ajustan a la enfermedad o incapacidad sentidas, asunto del que responsabilizan a las ARP y EPS por su afán desmedido de la ganancia en el que no hay cabida para el diagnóstico acertado.

En este capítulo de manera general se puede observar que el cambio más destacando por los corteros de caña sobre la Política en Seguridad Social en Salud y sus diferentes componentes, durante 1990 a 2010, es la Ley 100 de 1993 y sus posteriores desarrollos normativos como el Decreto 1295 de 1994, debido a que generó efectos significados como negativos en sus condiciones de vida; en la capacidad financiera, incurrieron en nuevos gastos sin un aumento en los salarios, debido a que este depende de la caña cortada por cada uno, la atención en salud bajó su calidad, respecto a la asignación de citas médicas, tiempo de consulta y formulación de medicamentos, los riesgos profesionales aumentaron los trámites burocráticos alargando los procesos de calificación de incapacidad e invalidez, a causa de la creación de las nuevas entidades y órganos.

Sin embargo, para el mismo periodo se presentaron cambios definidos como positivos por los corteros de caña en sus condiciones laborales y de vida, fruto de la movilización y organización sindical, siendo los más relevantes los concernientes al cambio en la forma de contratación laboral, en 2005 pasó de contratistas a Cooperativas de Trabajo Asociado y en 2008 pasó a la contratación directa de los corteros por parte del Ingenio Cauca, logro político que implicó el reconocimiento de los corteros como trabajadores del ingenio, debido a que antes no eran considerados así. En este proceso de movilización también se consiguió a través de la convención colectiva la creación de fondos de vivienda, educación y la dotación de los elementos de protección personal (dulce abrigo, canilleras, gafas que antes debían ser compradas por los corteros), tales garantías han significado un éxito para la población de corteros de caña y sus familias que se han visto beneficiadas en la adquisición de viviendas propias e hijos que han podido acceder a la educación superior. Como se explicó en uno de los talleres:

“para mi estamos bien ahora, a excepción de la salud, lo que hemos logrado, es que da tristeza del 2005 para atrás quienes éramos nosotros, ¿qué cortero de caña entraba el Ingenio el Cauca?, y para entrar un cortero de caña al ingenio eso era un problema ,lo miraban con desconfianza, claro lógico, gracias a Dios o a unas personas que fueron tan valientes y las admiro, que empezaron a hacer un proceso para un paro, (...) el paro se hizo, usted cree, en ese tiempo el cortero de caña que tenía su casa eran poquitos los que tenían casa, a donde tenían acceso a un subsidio

de vivienda uno, sinceramente, yo estoy muy agradecido en esa parte porque se hizo una organización, donde se formó una directiva sindical que nos ha sacado a nosotros adelante, y han sacado mucho la cara por nosotros, inclusive en cuanto al estudio, hablo yo del estudio, hablo de lo personal porque gracias a Dios ya tengo una hija trabajando y la otra lleva un 6to semestre en la universidad, muy agradecido por eso, donde uno hoy día como dice el compañero ahora, donde se ha logrado que el hijo se capacite por unas becas que incauca (Ingenio Cauca) da, lograron eso y eso está muy bien, yo me siento muy feliz por eso, aquí hay acceso también para nosotros los padres que quieren estudiar y las esposas, (...) todo eso se ha logrado a cuestión de los padres que como le digo personas que han estado al frente, y a pesar de que muchos en el último paro donde ha habido hombres tan valientes allá, a pesar de que habían compañeros de nosotros cortando caña como dañándonos el proceso, había gente firme que decía yo me voy de último, pero yo de aquí no me voy porque algo se tiene que lograr y mire lo que hemos logrado.” (Taller 1, septiembre 12 de 2014)

Llama entonces la atención la contradicción latente entre las condiciones de vida en alza de los corteros de caña y la Política en Seguridad Social en Salud en detrimento, durante el periodo estudiado, lo que se explica si consideramos el alcance de cada aspecto de la contradicción; en relación con las condiciones de vida de los corteros, estas obedecen a un gremio en particular de la producción, con una ubicación específica, los corteros de caña pertenecientes al Ingenio Cauca. Vale la pena señalar que similares negociaciones se realizaron en los demás ingenios asentados en el departamento del Valle del Cauca, acciones que no se presentaron parte de los corteros de los ingenios de La Cabaña y Risaralda ubicados en departamentos como Cauca y Risaralda, los cuales a la fecha mantienen condiciones laborales precarias, por ejemplo, los corteros de La Cabaña siguen siendo contratados a través de contratistas.

Por otro lado está la política nacional de salud, la cual no se circunscribe a un determinado sector de poblacional, tiene cubrimiento a todos los ciudadanos y no depende en términos de decisión únicamente a dos partes en conflicto, como en el caso de los corteros y los ingenios, hay más actores e intereses en juego, como la sociedad, las asociaciones de

usuarios de los servicios médicos, asociaciones de profesionales de la salud, empresarios, políticos, compañías internacionales, etc. Como bien lo reconocen los corteros, de ahí que expresen la necesidad de unión de los colombianos para emprender acciones que permitan cambiar la actual política en salud. En síntesis esta es una contradicción analítica que contribuye a comprender a través de las experiencias prácticas cómo las estructuras sociales de una nación (política en salud) no determinan totalmente las condiciones de vida de las personas (corteros) y destaca la capacidad de agencia de estas mediante la movilización y una organización identitaria.

Reubicación: Efectos en las Condiciones de Vida

El propósito de este capítulo es confrontar los cambios descritos por los corteros de caña activos en el corte y los reubicados por enfermedades o accidentes laborales, sobre la Política en Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta su capacidad financiera, tratamiento médico y condiciones laborales.

Los trabajadores reubicados por accidente o enfermedad laboral al igual que los corteros activos comparten de manera general las consideraciones descritas en el capítulo anterior, sobre los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud y sus efectos en la capacidad financiera, tratamiento médico y condiciones laborales, por ello por cada condicionante de vida, sólo se presentan los aspectos nuevos descritos por los reubicados durante el último taller, los cuales obedecen a la particularidad de su situación laboral y de salud, lo que les permite vivir de forma distinta los efectos de los cambios de la política en salud.

Capacidad financiera.

Los reubicados al igual que los corteros activos además de verse afectados en su capacidad financiera, por los cambios en el componente de mecanismos de financiación de la política en salud, dados a partir de 1993 con la Ley 100, la cual determinó nuevos pagos en el servicio de la salud, como los copagos y cuotas moderadoras; por su situación de reubicados, los impactos en sus finanzas son percibidos como más graves y varían de acuerdo al año que se revise, por ejemplo: entre 1990 y 2005 la mayoría de corteros con enfermedades o accidentes laborales eran despedidos por los contratistas, entre 2005 y 2013 pasaron a ser reubicados, con el salario MMLV, pagado por las CTAs o el ingenio y de 2013 en adelante, después de las gestiones de SINTRAINAGRO, el salario de los reubicados se calcula de acuerdo con el promedio del salario del último año y es pagado por Ingenio Cauca como señalan:

“bueno este tema si vale resaltar muchachos, es que nos estamos olvidando, en el 2002 - 2003 nosotros y todavía hay compañeros por ahí sufrían de enfermedades y ¿qué hacían los contratistas? los demedian la empresa no respondía por nada,

Ingenio Cauca, no respondía por nada, que se ha venido dando ahora un proceso, es diferente eso en el 2002, en el 2003 bueno, el que se enfermaba en el corte pa fuera, ya desde el 2005 pa acá desde el 2006, estuvimos en el triunfo Mario se acuerda, eso lo pagaban por nosotros en la cooperativa porque la empresa lo desconocía, (...) del 2008 para acá, la empresa acordó pagar un salario mínimo al reubicado ahí la empresa los reconoció a los reubicados como trabajadores y aceptó pagarles un mínimo de ahí para acá ha venido con ajustes, ahora en el 2013, se logró que les pagaran el promedio”. (Taller 1, septiembre 12 de 2014)

“el promedio lo logramos del 2013 para acá, porque a mí me reubicaron en el 2009 pero yo me ganaba antes de reubicarme 780.000 pesos y me quedaron pagando 410.000 pesos, se imaginan la caída, yo estuve a manos de 5 psicólogos porque estaba yo desesperado”. (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

“ahorita se ha mejorado un poquito porque se logró el promedio, pero anteriormente se nos pagaba por ejemplo enfermedad, entonces nosotros estábamos en bastante dificultad, era muy difícil para nosotros adquirir una vivienda porque había una disminución dentro del contexto de lo económico.” (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Los relatos, permiten analizar que hasta el 2013 la capacidad financiera de los reubicados se vio afectada negativamente en gran medida por la disminución del salario al momento de ser reubicados, hecho que influyó no solo en las finanzas familiares, sino que afecta psicológica y relacionalmente al trabajador,

“no solo nos afecta a nosotros como trabajadores sino a nuestras familias, a nuestros hijos, por ejemplo si el hijo necesita que le ayudamos con una tarea o algo por el estilo, no nos va a fluir nada porque estamos concentrados en el problema que tenemos. La atención psicológica, ya no vamos a tener el mismo trato si nos afectamos en el contexto de lo que es lo mental, ósea lo psicológico, ya no vamos a tener el mismo trato para las personas, a veces nos llenamos de euforia, nos da

rabia de nada, por lo tanto el trato no va a ser lo mismo con las demás personas”
(Taller 3, septiembre 25 de 2014)

A pesar de lo anterior, en la actualidad, la organización sindical como se mencionó, ha conseguido un avance en este aspecto lo cual permite a los reubicados empezar un proceso de mejoras y equilibrar en alguna medida sus gastos, lo que no se puede interpretar como la solución a sus demandas, pues debe evaluarse su situación en relación con las demás condiciones de vida para contar con una valoración más amplia.

Tratamiento médico.

El aspecto más relevante para los reubicados, es este, el concerniente a la atención en salud, pues es la parte de la que esperan soluciones para sus enfermedades o accidentes, sin embargo al igual que los corteros activos, consideran que los efectos de la Ley 100 de 1993 y la implementación de las EPS en el sistema de salud, han sido uno de los causantes de la prolongación de sus afecciones de salud, situación que más allá de significarla negativamente, es enunciada como una estrategia perversa, en medio de la lógica de ganancia:

“yo soy uno que estoy atacando para una operación, ya van 6 meses y me hacen ir a Palmira y me dicen que llame, y me dicen que tal día me están llamando, voy pierdo la ida, problemas acá con el cabo porque como no se le lleva constancias, entonces a son de ese problema que yo tengo de la operación estoy reubicado y eso me está haciendo mucho efecto por lo que a lo que yo me agacho eso me da uno cólicos y le hablo al cabo y no, que vaya a la EPS, voy a la EPS y lo que hacen es decirme que la niña allá, que debo de traer un reporte que yo estaba trabajando, y el cabo me dice que no, que eso tenía que ir a la EPS para ver qué hacen conmigo, y voy a la EPS y me aplican una inyección y váyase a trabajar otra vez, porque eso no es para una incapacidad, entonces debido a eso yo estoy esperando mi operación a ver si se da, volví a llamar ahora y no me contestan, cómo le parece, para mí eso de la EPS está muy malo, está bastante malo, y la cuestión es que va a una consulta, yo por lo menos soy de Miranda y llegó un término que la gente pide cita de hoy para mañana, va uno pasado mañana y ya no tiene cita, que no que ya está copado porque

ya coparon la agenda, eso está muy malo así, eso está bastante pésimo. (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

“De pronto la salud es un poco complicado yo creo porque la ley 100 es hecha con ese propósito y como lastimosamente nuestro país existe tanta corrupción y tanta cosa que todo lo volvieron dinero, o sea que nosotros somos una mercancía para ellos, porque somos los que generamos el dinero para esas entidades, pero no miran el problema que tenemos cada persona y a veces nos afecta psicológicamente y a veces el núcleo familiar se ve afectado por esa situación”. (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Por su parte las afecciones de salud no curadas, ni tratadas adecuadamente, tienen desenlaces perjudiciales en la vida de los reubicados, quienes presentan sentimientos de rechazo en el entorno laboral inmediato, algunos se autodenominan discapacitados, hecho que llama la atención, porque indica que ya no se sienten completos o iguales, ya no se ven de la misma manera ante sus familias y círculos sociales más próximos, en el caso de la relación con los compañeros de trabajo activos en el corte se expresa lo siguiente:

“con un problema de enfermedad, con un problema físico pues ya se van a sentir una persona discapacitada, al ser una persona discapacitada eso nos afecta laboralmente, una persona que sea físicamente apto para el trabajo esa persona no solamente puede laborar en este ingenio puede laborar en otra área, pero con una incapacidad, con una enfermedad en su cuerpo esa persona es una persona rechazada por el sistema laboral en el país, o sea ya está afectado en ese sentido.” (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

“a veces nos sentimos rechazados por los mismo compañeros por la situación que nosotros estamos, somos reubicados y muchas personas que están activos cortando, se las ha metido la idea de que están trabajando para que a nosotros nos paguen, y también psicológicamente hay una persecución en la empresa” (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Tales percepciones también son tenidas sobre el ingenio INCAUCA:

“Las jóvenes (del área de salud ocupacional) que hay hoy en día parecen que fuera como perseguidoras de los trabajadores, porque según parece que fuéramos una carga para la empresa, que nosotros no les aportamos nada a la empresa porque somos unos reubicados que no servimos para nada, eso le afecta a uno psicológicamente, nos sentimos rechazados, eso nos afecta y nos afecta para que otras enfermedades vayan cogiendo más fuerza, porque esto afecta para muchas cosas” (Taller 3, septiembre 25 2014)

Con las descripciones anteriores podemos establecer analíticamente la relación propuesta por el enfoque social e histórico de la salud, entre la enfermedad y su naturaleza social, la cual es el resultado de un factor físico biológico y uno social que pueden ser; las condiciones laborales, la alimentación, la cultura, el medio ambiente y las relaciones interpersonales. Dimensiones que tienen efectos claros en la salud y vida de las personas, en la medida en que interactúa con las relaciones sociales (familia, compañeros de trabajo, amigos), la capacidad financiera y medio ambiente. Hasta este apartado se puede percibir que los efectos de los cambios identificados de la Política en Seguridad Social en Salud, en lo referido a atención en salud y tratamiento médico se han introducido en las diferentes áreas de la vida de los reubicados, que van desde el plano emocional, hasta el económico.

Condiciones laborales.

Los reubicados insisten en señalar por su condición y de acuerdo con los cambios identificados, generados con la ley 100 de 1993 y su posterior adaptación normativa el Decreto 1295 de 1994, en materia de riesgos profesionales, como los efectos más importantes los relacionados con los trámites que deben realizar para el diagnóstico de la enfermedad y la calificación de incapacidad e invalidez, en ese sentido expresan:

“Esta enfermedad que hoy sufrimos mucho, manguito rotador y el carpiano nos afecta por el exceso de trabajo que tuvimos en los tiempos pasados, ahorita lo estamos sufriendo, pero desgraciadamente lo estamos sufriendo pero no lo quieren reconocer, que es por exceso de trabajo y no quiere ser reconocido como debe ser, entonces digo que estamos en un momento difícil, de que simplemente esto hace que nos veamos afectados en el núcleo familiar, ya no va a ver los mismos ingresos

porque va a haber muchos gastos porque va a haber que sacar un porcentaje para comprar nuestras medicinas para las dolencias”. (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

“yo tuve un accidente el 26 de julio de 2013 y de pronto esto del tobillo fue por algo que a mí me molesta mucho, que hay veces tengo que ver donde pongo el pie, y lo pongo en falso trato como de caerme, y eso fue lo que pasó para caerme, el tobillo me afectó para el accidente de la columna y desgraciadamente está calificada como enfermedad común, que es un desgaste por vejez, a dónde llega la injusticia de la salud, entonces eso me afecta psicológicamente y yo creo que a muchos compañeros”. (Taller 3, septiembre 25 de 2014)

Estos procesos de reubicación incompletos, como bien retratan los relatos, no solo impiden el diagnóstico y calificación, sino que filtran todas las esferas de la vida de los reubicados, quienes de manera permanente guardan la esperanza de ser calificados adecuadamente, pensionarse para disfrutar de toda la fuerza invertida en la labor del corte de la caña y dejar por fin de realizar las labores que ellos perciben agravan sus afecciones de salud; pero tales anhelos se ven truncados por el constante aplazamiento de las citas de diagnóstico o simplemente porque los resultados de la calificación no se corresponden con sus dolencias y energías para continuar en la labor de reubicación.

La reubicación en el sistema de riesgos profesionales señala el decreto está pensada como una garantía de protección para los trabajadores, sin embargo como se observa, este proceso después de la implementación del Decreto 1295 en 1994, no cumple plenamente de esta función, si bien, muchos corteros han sido reubicados por motivos de salud en Ingenio Cauca, el proceso es intermitente y dispendioso, en la medida en que es lento, poco comprensible para los trabajadores y genera angustias físicas y psicológicas.

Como se relató en este capítulo, los reubicados de la labor del corte de la caña (300 aproximadamente), vivencian de una manera más profunda los efectos de los cambios identificados en la Política en Seguridad Social en Salud, en cada una de sus condiciones de vida, debido a que en primer lugar, han sufrido disminuciones en los salarios durante un periodo de tiempo importante, además son quienes mantienen una relación más duradera con el sistema de salud, en la búsqueda de respuestas a sus situaciones particulares; en

segundo lugar, porque a pesar del tiempo que lleven como reubicados la mayoría de los casos, están inconclusos y no cuentan con diagnósticos y calificaciones que se correspondan a las dolencias expresadas.

Consideramos pertinente para Trabajo Social investigar y proponer acciones que contribuyan a hacer más llevaderos para los trabajadores los procesos de reubicación ya que como se vio tienen implicaciones profundas en sus condiciones de vida, que navegan entre el orden económico, biológico, emocional y relacional al interior de sus núcleos familiares y sociales inmediatos (trabajo). Este caso resulta bastante sugerente a la hora de analizar los cambios de la política en salud colombiana y sus efectos en la vida de la población trabajadora, teniendo en cuenta dimensiones como las condiciones laborales, de vivienda, educación y de salud.

Es entonces plausible la relación que tiene una de las estructuras sociales (política en salud) con las condiciones de vida de los reubicados pero sobre todo con las emociones descritas, tan personales e íntimas (esfera subjetiva). Tal situación se acrecienta cuando los procesos de reubicación no cuentan con información oportuna y acertada sobre el diagnóstico del trabajador, asignándole así labores de servicios varios que pueden acrecentar las dolencias o volverlas crónicas, como le sucedió a un cortero, trabajador por más de 25 años en el Ingenio Cauca, como cortero y reubicado en el último año, quien narra, “tengo programado un cambio de rodilla y para el internista se me demoró 2 meses para ir a la cita y en mi trabajo me toca caminar todo el día y pues el dolor en la rodilla es constante, porque me toca todo el día repicar y todo el día camino.” Finalmente podemos concluir que a pesar de que corteros activos y reubicados identifican y significan de la misma manera los cambios en la Política en Seguridad Social en Salud presentes en el periodo entre 1990 a 2010, las vivencias varían de acuerdo a las condiciones laborales y las experiencias tenidas en los sistemas de salud y riesgos profesionales, así la relación de estos factores brinda un esbozo sobre sus condiciones de vida, las relaciones sociales y familiares.

CONCLUSIONES

- Las referencias teóricas que guiaron esta investigación nos permitieron tener un marco de análisis para comprender la estructura de la nación Colombiana, aspecto fundamental para el estudio de cualquier política, en este caso la de salud. Con estos faros se caracterizó al país como uno de periferia, el cual tiene un modelo de producción primario, extractivo y cumple el rol de proveedor de materias primas para las naciones de centro en la división mundial del trabajo. En cuanto al mercado laboral, este se caracteriza por el avance de la flexibilización y poca calificación de su mano de obra, lo que se evidencia con el bajo nivel educativo de los corteros de caña y la permanente lucha por mejorar sus condiciones laborales, hecho latente en la historia reivindicativa de los corteros y SINTRAINAGRO.
- La presentación, aprobación e implementación de la Ley 100 de 1993 fue una decisión del Estado colombiano para facilitar la incursión de la salud en el mercado y generar lucro con la prestación de este servicio; enmarcado en políticas internacionales como el Consenso de Washington a finales de 1989 y lo dispuesto en informes, del Banco Mundial como; Financiación de los Servicios Sanitarios en los Países en Desarrollo: Un Programa de Reformas (1987), y el Desarrollo Mundial 1993: Intervenir en Salud (1993) y los tratados de libre comercio de la década del 2000, decisiones asimétricas, en las cuales el Estado colombiano ha empezado a encogerse en materia de derechos y control, dejando áreas importantes en manos del mercado. Este hecho de acuerdo con los corteros de caña, es el cambio que transforma los componentes actuales de la Política en Seguridad Social en Salud, como los mecanismos de financiación, atención en salud y riesgos profesionales, aspectos que tienen efectos en sus condiciones de vida y adquieren un significado de acuerdo con las experiencias vividas.
- Durante el análisis realizado de los cambios de la Política en Seguridad Social en Salud, presentados en el período de 1990 a 2010 en Colombia, el cambio más importante corresponde al surgimiento de ley 100 de 1993, dicha norma articuló

salud, pensiones y riesgos profesionales en el Sistema de Seguridad Social en Salud a través de subsistemas y cambios organizativos; en términos administrativos se modificó el esquema de financiación y el enfoque de salud que se venía desarrollando en el país. El funcionamiento del sistema de salud dejó de ser una responsabilidad plena del Estado¹⁶ a ser compartida con entidades privadas; en materia de financiación se pasó de un modelo de subsidio a la oferta a uno de subsidio a la demanda, es decir de la financiación directa del Estado a las instituciones públicas (red pública hospitalaria y el ISS) a financiar cualquier institución pública o privada acorde con el número de usuarios atendidos (Unidad de Pago por Capitación -UPC-). La salud, transitó de un modelo público fundamentado en el principio de universalidad en acceso, atención y tratamiento de enfermedades a uno privado el cual en calidad de atención está determinado por la capacidad de pago de los clientes.

- Los cambios en la Política de Seguridad Social en Salud no fueron identificados puntualmente por los corteros, tenían un desconocimiento del detalle de las leyes, reglamentaciones y las modificaciones que se han presentado en el periodo delimitado para la investigación, sin embargo, ello no fue impedimento para que los corteros a través de las vivencias narradas en los talleres los identificaran. Es así que los corteros de caña no analizaron los cambios sociales (política en salud) de una manera organizada y sistematizada, sino desde su experiencia individual y como miembros de una organización social (SINTRAINAGRO) que les asigna identidad, desde la cual hacen construcciones sociales de la realidad y así mismo atribuyen significados a dichos cambios. Al conocer durante los talleres el detalle de los cambios dados en la política en salud, generados con la implementación de la ley 100 de 1993, lograron establecer relaciones con sus condiciones de vida, describiendo los efectos y destacando lo siguiente sobre cada una de estas:

¹⁶ No excluye el aporte de los empleadores en el caso del Instituto de Seguros Sociales.

- **Capacidad financiera:** se ha visto afectada por los nuevos gastos en los que deben incurrir, como la cuota moderadora y el copago, indispensables para acceder a las citas médicas, procedimientos y medicamentos.
- **Tratamiento Médico:** Las afecciones, no son curadas, se prolongan a causa de la asignación tardía de las citas, los procedimientos médicos y los medicamentos formulados por lo general son los mismos para diferentes enfermedades. Razones por las cuales se genera impacto en el cuerpo a corto y largo plazo en el trabajo y el bienestar de sus familias, es por ello que esta condición es significada de manera negativa, mala o pésima.
- **Condiciones Laborales:** Por la labor desempeñada, persiste el riesgo de accidente o enfermedad laboral, asociado a la prolongada exposición de altas temperaturas, lluvias y características irregulares del terreno. Las capacitaciones sobre prevención y promoción en salud ocupacional ofrecidas por el ingenio y las ARP (ahora ARL), no brindan conocimientos amplios a los corteros, los COPASO presentan limitaciones que impiden el ejercicio democrático de atención de la salud laboral y no hay procesos plenos y efectivos de diagnóstico de enfermedades laborales, calificación de incapacidad e invalidez, lo que afecta todas las esferas de la vida; como la económica, laboral, familiar, relacional y emocional.
- En relación con la dimensión cultural y las concepciones que tienen corteros activos y reubicados sobre la salud laboral, ambos reconocen la importancia de gozar de una vida laboral saludable. Sin embargo, para los corteros activos identificamos una evidente despreocupación por el autocuidado, como el no uso o uso inadecuado de los elementos de protección personal, afán por alcanzar salarios altos que les permita acceder a unas mejores condiciones de vida, sin percatarse o tener conciencia del desgaste físico e implicaciones de salud que pueden tener a futuro. Por su parte los reubicados, tienen una concepción diferente, en tanto tienen interés

por promover al interior del Ingenio Cauca y sindicato, actividades de promoción y prevención en salud ocupacional.

- Este trabajo en general, contribuye a comprender a través de las experiencias prácticas en diálogo con el conocimiento académico, la relación entre las estructuras sociales de una nación (política en salud) y las condiciones de vida de un grupo poblacional específico (corteros), proceso en el cual no existe un determinante único, interactúan diversas dimensiones sociales, destacándose la capacidad de agencia de la población mediante la movilización y organización identitaria.
- En términos profesionales, las conclusiones aquí presentadas contribuyen a visibilizar la problemática que enfrentan los trabajadores corteros de caña en el ámbito de la salud, así mismo permiten entender la incidencia de las políticas nacionales en la vida de las personas, desde una perspectiva académica y práctica, lo que hace parte de nuestro compromiso ético como profesionales, el cual no se limita exclusivamente al estudio detallado de la realidad social, sino a un ejercicio conjunto para la comprensión de ésta por parte de la población acorde con sus particularidades y experiencias propias. Procesos que a mediano y largo plazo esperamos aporten nociones para la construcción colectiva de propuestas de intervención social desde Trabajo Social.
- Finalmente, a pesar de la existencia de variedad de trabajos académicos sobre el cambio de modelo de salud pública a privada en nuestro país, son pocos los que establecen conceptualmente las causas de tal hecho, en tal sentido, el presente análisis enriquece la discusión sobre las causas de este tipo de cambios, teniendo en cuenta que éstos, no se encuentran aislados de las condiciones de vida de la población. Esta interesante disertación seguramente a futuro brindará elementos para la comprensión política, económica, social y cultural de los fenómenos sociales, brindando bases analíticas para propuestas de intervención social que

tengan en cuenta la relación entre política global, las estructuras nacionales y las características objetivas y subjetivas de las personas.

Bibliografía

Argandoña, Antonio (1990). El pensamiento económico de Milton Friedman. En: Documento de Investigación. N° 193. IESE Business School. Universidad de Navarra. Barcelona. España.

Agudelo, Carlos ALberto (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Arriaga, Adán (1945) Exposición de Motivos de la Ley 90 de 1946. En Sentencia T - 770/13. En <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-770-13.htm>. 8 de octubre de 2014.

ASOCAÑA, (2011) Informe Anual 2010 – 2011. Asocaña. Colombia. En <http://www.asocana.org/documentos/2552011A0BBEE3D00FF00,000A000,878787,C3C3C3,00F0F,B4B4B4,FF00FF,2D2D2D,B9B9B9.pdf>. Consultado el 10 de diciembre de 2014.

Ávila, Carlina. García, Tatiana. Calidad de Vida y Adulto Mayor Jubilado, Una Experiencia Práctica de Trabajo Social en la Asociación de Pensionados de la UIS. Universidad Industrial de Santander. 2009. Consultado en <http://repositorio.uis.edu>. Consultado el 10 octubre de 2014.

Banco de la República (S.F.). Teoría de la dependencia. En: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/poli/poli68.htm>) Consultado el 25 de octubre de 2014.

Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En: <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/PND2010-2014/Paginas/Plan-Nacional-De-2010-2014.aspx> Consultado el 6 de marzo de 2015.

Castaño López, Jairo (2008). Las cooperativas de trabajo asociado en el sector azucarero: El caso del Ingenio Mayagüez. Universidad del Valle. Cali. Colombia.

Centro Nacional de Productividad (2002) *El Conglomerado del Azúcar de Valle del Cauca, Colombia*. Red de Reestructuración y Competitividad. Chile. En http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4523/S0212973_es.pdf?sequence=1. Consultado el 12 de noviembre de 2014.

Corsi, Carlos (2001). La reforma de la reforma de la salud. Publicado en Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud Parte II. Editorial Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Colombia.

Dávalos, Eleonora (2007). ¿La caña de azúcar: ¿una amarga externalidad?. Publicado en revista Desarrollo y Sociedad. Consultado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n59/n59a5.pdf> el 20 de febrero 2013.

Decreto 1011 de abril 3 de 2006. En https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf Consultado el 15 de noviembre de 2015.

Estrada, Víctor (2006). Salud y Planificación Social, ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?. Editorial Espacio. Buenos Aires. Argentina.

Faura, Úrsula, et al (2006). Condiciones de Vida y Pobreza Consistente. XVII Jornadas Asepuma – V Encuentro Internacional. Acta No 17. En <http://www.uv.es/asepuma/XVII/101.pdf> Consultado el 20 de noviembre de 2013.

Garay, Jorge Luis & Barberi Fernando & Cardona, Iván (2007). La negociación agropecuaria en el tlc con los estados unidos: notas aclaratorias. En: La negociación agropecuaria en el TLC: Alcances y consecuencias. Planeta Paz. Bogotá. Colombia.

Harvey, David (2007). *Breve Historia del Neoliberalismo*. Ediciones Akal. España.

Hernández, Yolanda (1995). Efecto de la quema de la caña de azúcar sobre la incidencia de enfermedades respiratorias en dos localidades del estado Aragua, Venezuela. Aragua. Venezuela. En

http://sian.inia.gob.ve/repositorio/revistas_ci/canadeazucar/cana1302/texto/quema.htm

Consultado el 20 de febrero de 2013.

Jaramillo, Iván (1997). El futuro de la salud en Colombia, la puesta en marcha de la ley 100. Editorial FESCOL, Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco. Bogotá, Colombia.

Ley 39 de diciembre 30 de 1969, En http://ftp.camara.gov.co/camara/basedoc/ley/1969/ley_0039_1969.html Consultada el 28 de noviembre de 2015.

Ley 100 de diciembre 23 de 1993. En <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248#0> Consultada el 28 de noviembre de 2015.

Ley 1112 de enero 09 de 2007, En: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600> Consultado el 28 de Noviembre de 2015.

Ley 1438 de 2011. En: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf> Consultado el 28 de Noviembre de 2015.

Mondragón, Héctor (2011). ¿Burbuja de Tierra en vez de Empresa Agrícola y Pecuaria? En: Semanario Virtual Caja de Herramientas N° 247 de la Corporación Viva la Ciudadanía.

Bogotá. En <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0247/articulo01.html>. Consultado el 30 de noviembre de 2014.

Nueva EPS sigue en caos por la entrega de medicamentos y adjudicación de citas (11 de agosto de 2008) El Espectador. En <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-nueva-eps-sigue-caos-entrega-de-medicamentos-y-adjudicacion-de-citas>. Consultado el 12 de octubre de 2014.

OISS (2011). Trabajadores de la Caña. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

OIT (2003). Conferencia Internacional de Estadísticas del Trabajo. Ginebra.

OIT. (2000). Seguridad y salud en la agricultura. Publicado por Safework, Ginebra, Suiza. Encontrado en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_117460.pdf Consultado el 20 de febrero de 2013.

OIT (2010). Repertorio de recomendaciones prácticas sobre seguridad y salud en la agricultura. Programa de Actividades Sectoriales. Ginebra, Suiza. Consultado en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_159460.pdf Consultado el 20 de febrero 2013.

Presupuesto General de la Nación, (2014). Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/presupuestogeneraldelanacion/ProyectoPGN/2014/PRESUPUESTO%20GRAL%202014.pdf>. Consultado el 26 de febrero de 2015.

Rojas, José y Sevilla, Elías (1994) El Campesinado en la Formación Territorial del Suroccidente Colombiano. En Territorio, regiones y Sociedad, CEREC No. 35. Bogotá. Colombia.

Ritzer, George (1993). *Teoría Sociológica Contemporánea*. Editorial Mc Graw Hill. México.

Rojas, José. Sevilla, Elías (1994). El campesinado en la formación territorial del suroccidente colombiano. Encontrado en Territorio, regiones y Sociedad, CEREC No. 35. Bogotá. Colombia.

Salazar, Fernando (2006). Teoría económica y Estado del Bienestar. Una aproximación. En: Cuadernos de Administración. N° 35. Universidad del Valle. Cali. Colombia. (Pág. 128-143).

Salinas, Yamile (2011). Dinámicas en el mercado de la tierra en Colombia. Oficina Regional de la FAO para América Latina. En http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2012/03/608_COLOMBIA-TIERRAS_SALINAS-MAYO-11.pdf Consultado el 10 de mayo de 2013.

Sánchez, Ricardo (2009). ¡Huelga! Luchas de la Clase Trabajadora en Colombia, 1975-1981. Capítulo 5: Las iras del Azúcar. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Sen, Amrtya (2000). Desarrollo Como Libertad. Editorial Planeta. Madrid. España.

Sentencia T-760 de 2008. En: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm> Consultado el 28 de Noviembre de 2015.

Suárez, Aurelio (2012). Hacia la Extranjerización de la Tierra y la Consolidación de la Gran Plantación. En: Revista CEDETRABAJO N° 46. Bogotá. Colombia.

Suárez, Edilma (2003). Políticas de la salud Colombiana en los modelos de desarrollo. En: Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo Vol. 5 Nos 1 y 2 (Páginas 29-39). Bogotá. Colombia.

Torres, Luz y Flores, Rocio (2009). Análisis de la perspectiva de trabajo en cooperativas de trabajo asociado a partir del paro en los corteros de caña vinculadas a las cooperativas de trabajo asociado en los ingenios azucareros del valle del cauca durante el año 2008, desde el enfoque de la gerencia social. Cooperación Universitaria Minuto de Dios. Bogotá. En: http://repository.uniminuto.edu:8080/jspui/bitstream/10656/1613/1/TEGS_TorresMorenoLuzMarina_2009.pdf Diciembre 2015.

Vilas, Carlos (1998). *Políticas y Políticas Públicas en América Latina*. Universidad Nacional de Lanús. Argentina.

Wallerstein, immanuel (2006). *Análisis de sistemas-mundo. Una introducción*. Siglo XXI editores. Madrid. España.

Wallerstein, immanuel (1991). *Geopolítica y Geocultura*. Ensayos sobre el moderno sistema mundial. Editorial Kairos. Barcelona. España.