

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.49332>

Transformaciones de instituciones dedicadas a la atención de personas con discapacidad en Colombia 1970-2010

*Transformations of institutions devoted to the care of people with disabilities in Colombia 1970-2010*María Teresa Buitrago-Echeverri¹

Recibido: 25/02/2015 Aceptado: 13/04/2015

¹ Pontificia Universidad Javeriana - Facultad de Enfermería - Bogotá, D.C. - Colombia.Correspondencia: María Teresa Buitrago Echeverri. Calle 44 C Bis No. 50-26, Bloque C, apartamento 216. Teléfono: +57 1 3208320, extensión: 2679. Bogotá, D.C. Colombia. Correo electrónico: mbuitragoe@javeriana.edu.co.[| Resumen |](#)

La discapacidad, como una construcción social, implica las representaciones sociales y las prácticas que, en consecuencia, se derivan y tienen implicaciones sobre la vida de individuos, grupos o poblaciones. Algunas de las respuestas a las necesidades de las personas con discapacidad se han gestado en instituciones que nacieron con fines filantrópicos y se han ido transformado. Este escrito forma parte de una investigación sobre las construcciones sociales de *discapacidad* en Colombia en las últimas cuatro décadas, la cual fue desarrollada a través de una etnografía multisituada con perspectiva crítica, cuyas fuentes de indagación fueron experiencias institucionales, grupales, personales y documentos; aquí, se ilustran las transformaciones de instituciones dedicadas a la atención de esta población en lo referente a su inserción en la lógica del mercado de la salud a partir de la Ley 100 de 1993.

Igualmente, este estudio muestra cómo las instituciones han instaurado una carrera desmedida para poder entrar y mantenerse en los juegos del mercado de la venta de servicios, situación que confirma el posicionamiento de la salud como un negocio y, en este campo, a la rehabilitación funcional como el estandarte a seguir.

Artificios como la acreditación de servicios, el mercadeo social, la oferta de las últimas tecnologías y las diversas especialidades y subespecialidades, además los de cambios de nombre por eufemismos, se esgrimen a manera de capitales simbólicos, culturales y económicos que mantienen a estos actores en el campo de la discapacidad como un asunto de prestación de servicios que aleja la relación entre la salud pública y la discapacidad.

Palabras clave: Antropología médica; Salud pública; Servicios de salud (DeCS).

.....
Buitrago-Echeverri MT. Transformaciones de instituciones dedicadas a la atención de personas con discapacidad en Colombia 1970-2010. Rev. Fac. Med. 2015;63:S125-34. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.49332>.

Summary

Disability as a social construct involves social representations and practices that are a consequence of it, and which have implications on the lives of individuals, groups or populations. Some of the answers to the needs of people with disabilities had their birth in institutions that were created with philanthropic purposes and have been experiencing a transformation process. This paper is part of an investigation about social constructions of disability in Colombia over the past four decades, developed through a critical perspective multipurpose ethnography whose sources of inquiry were expedients from institutions, groups, and people, as well as documentation related to this topic. In this paper the transformation of institutions devoted to the care of this population with regard to their entry into the health market, since the enactment of Law 100 of 1993, is illustrated.

Furthermore, this study shows how the institutions take part in an inordinate career to enter and stay in services provision market, a scenario that confirms the positioning of Health as a business, and in this field, functional rehabilitation as the standard to follow.

Artifices like service accreditation, social marketing, modern technologies offer and the different specialties and subspecialties, in addition to the euphemisms related to name changes, are put forward as symbolic, cultural and economic capitals that keep the players on the field disability as a matter of service delivery, which takes away the relationship between public health and disability.

Keywords: Medical anthropology; Public health; Health services (MeSH).

.....
Buitrago-Echeverri MT. [Transformations of institutions devoted to the care of people with disabilities in Colombia 1970-2010]. Rev. Fac. Med. 2015;63:S125-34. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.49332>.

Antecedentes

La discapacidad ha sido definida desde diferentes paradigmas que generan representaciones sociales a partir de las cuales se estructuran diversas respuestas que pasan por el exterminio, la beneficencia-caridad, la institucionalización-reclusión, la compensación-asistencia, la rehabilitación funcional y la reivindicación de derechos y la inclusión social; representaciones y respuestas que coexisten e interactúan actualmente (1,2).

Estas maneras de definir (3) la discapacidad tienen implicaciones sobre la vida de las personas, el ordenamiento y funcionamiento de las instituciones y las respuestas sociales que al respecto se generan. Con el fin de avanzar en el conocimiento y comprensión de las construcciones sociales de la discapacidad en Colombia entre 1970-2010, para comprenderla como un hecho social complejo (4) con las implicaciones que tiene para la salud pública, se propuso una investigación de la cual hacen parte los resultados presentados a continuación.

Objetivo

Este documento describe y analiza las formas en que las instituciones que han trabajado en el país con personas con discapacidad en las últimas cuatro décadas forman parte de las construcciones sociales (3) de la discapacidad; específicamente las transformaciones a partir de la Ley 100 de 1993, que instaura la atención sanitaria como mercado y la venta de servicios como un elemento central para mantenerse dentro del mismo.

Materiales y métodos

Para dar cuenta de los cambios en estas respuestas a lo largo de cuatro décadas, se desarrolló una investigación orientada por

la etnografía multisituada con perspectiva crítica (5,6); se contó con la participación de 31 experiencias diversas y contrastantes de instituciones estatales, privadas y organizaciones no gubernamentales en diferentes niveles de injerencia y territoriales: nacional, departamental, municipal; ubicadas en San José del Guaviare, Pereira, Armenia, Medellín, Cali, Cartagena, Pasto, Puerto Inírida y Bogotá, D.C.

Los criterios de inclusión de las instituciones tenidos en cuenta fueron: 1) fundación y funcionamiento entre 1970-2010; 2) trabajo con esta población de diversas maneras: rehabilitación funcional, educación especial, integración o inclusión educativa; 3) cobertura de sus proyectos: nacional, regional, local; 4) diversidad de actores: público, privado o religioso y, por último, 5) aceptación de participar mediante consentimiento informado.

Durante el estudio, se tuvo la posibilidad de indagar en experiencias de carácter nacional de larga data que contrastan con experiencias que, dada la ubicación geográfica y los desarrollos con respecto a otras regiones del país, apenas incursionan en el tema o lo han hecho hace una década, al igual que algunas ONG de pequeña o mediana envergadura que insisten en abrirse paso en un escenario complejo de luchas de poderes y capitales entre los actores del campo (4) de la discapacidad.

En esta exploración se pudo observar su trabajo, revisar fuentes documentales y realizar entrevistas semiestructuradas y a profundidad con trabajadores, usuarios y familiares.

Resultados

De la solidaridad al mercado de los servicios

La transformación del carácter filantrópico (7) y solidario de las instituciones dedicadas al manejo de personas con discapacidad —signadas por la clasificación médica según la función corporal alterada, que derivó en colectivos de personas con limitación auditiva, visual, física, cognitiva y mental— se encuentra históricamente ubicada hacia finales de los noventa y toda la primera década del 2000, profundamente influenciada por el cambio del Sistema Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud, instaurado en nuestro país con la Ley 100 de 1993 (8), y en los casos de quienes prestaban atención en educación por las reformas introducidas por la Ley 115 de 1994 (9).

¿Sostenibilidad de las instituciones?, es la pregunta que inaugura el editorial de la revista Fundamentos de la Fundación Saldarriaga Concha-FSC en su ejemplar número

1 de diciembre del 2001 (10); este interrogante plantea una reflexión sobre las instituciones que prestan servicios sociales en el campo de la rehabilitación y su poca preparación para competir en el mercado, también critica la escasa preocupación por el *impacto y eficiencia* de lo que hacen; llama a revisar y optimizar las que sean técnica y financieramente viables, e insiste en que estos cambios se necesitan para dar respuesta a las demandas de la Ley 100 de 1993. El mismo autor insiste, en el siguiente número de esta revista (11), en la tendencia del país a creer que las instituciones que trabajan en acciones sociales de atención en salud y educación, lo hacen por medio de donaciones de grupos empresariales o cooperación internacional; califica estas actitudes y prácticas como coloniales; rechaza esta tendencia y expresa y comparte, como los organismos internacionales lo han manifestado, que las instituciones deben manejarse como *empresas*.

Este modo de trabajar la rehabilitación ha provocado que no se vean impactos sociales, hay mucho dinero entregado y pocos resultados; el autor critica incluso lo que se ha hecho con estas instituciones, propiciando paternalismo y dependencia.

Sin embargo, según las entrevistas realizadas a personal de las ONG, hay quienes consideran que el “error es que nosotros no podemos traer el esquema y la estrategia del sector productivo a un sector social y eso es lo que se ha tratado de hacer, porque esa competencia es la que se efectúa en la venta de productos y la han querido traer a la venta de servicios, pero esto no debe ser así”.

Estas transformaciones estructurales se dan en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y se ilustran bien en esta narrativa producto de varias entrevistas realizadas en una de las instituciones emblemáticas en este campo. A continuación se presentan algunas de las preguntas hechas a personal funcionario de la ONG en mayo de 2011:

La historia de esa fundación dice que es de 1974 ¿Pero aparece con otro nombre? “En esa época se llamaba fundación [...] porque la primera motivación fue promover el deporte entre personas en silla de ruedas, como parte integral de la rehabilitación. Así empezaron, entre el 73 y el 80 hicieron eso, participaron en juegos internacionales en Inglaterra, tuvieron equipos. Después, en el 80, se enteraron que Chile estaba replicando un modelo que había hecho en Estados Unidos Jerry Louis, que fue una iniciativa para recaudar fondos para niños con distrofia muscular. Eso lo copiaron, fue súper-exitoso y Chile lo ha replicado en todos los países de América Latina”.

“Es un modelo que funciona bastante bien, hace unos recaudos muy interesantes y Colombia fue el segundo país

que, por iniciativa de un grupo de personas apadrinadas por Jaime Pinzón, además del apoyo gubernamental para el uso de la televisión como medio, realizó el primero de quince eventos consecutivos en 1982, continuando hasta 1997. El formato es el de una Tele-maratón, que busca con el manejo de la televisión y a partir del trabajo voluntario de personajes del mundo del espectáculo, movilizar la importancia de la donación y la solidaridad-caridad con estas personas. El show mediático que incentiva a la donación está intercalado con la puesta en escena de historias de vida cargadas de sufrimiento, pues, como lo afirma un representante y fundador de la iniciativa para Colombia, si se quiere movilizar a la gente no se van a mostrar los casos exitosos, se deben poner los más dramáticos para conseguir el objetivo”.

Pero ustedes utilizan el mismo término, tanto para la fundación como para el evento televisivo, puede ser entonces que muchas personas ubiquen esto solamente con el recaudo de dinero ¿no? “Nosotros hicimos un estudio de lo que significa una fundación en Colombia y la connotación es súper negativa. La gente relaciona las fundaciones con entidades que están hechas para evadir impuestos, pero tomamos la decisión de llamarnos fundación antes de conocer esa realidad. Y la tomamos porque el tema de mayor reconocimiento que tiene la fundación es recaudar fondos para apoyar a los discapacitados [...]”.

La fundación empezó a hacer eventos en el 80 y los suspendió en el 95 ¿Por qué los suspendió? “Por diversas razones. El país se contrajo económicamente, había una crisis económica importante; se redujeron los patrocinadores. Dejaron de participar algunos, entonces el monto recaudado dejó de ser suficiente para cubrir las necesidades de rehabilitación que tenía el centro [...] y simplemente decidieron suspenderlo. Hicieron un convenio con la Universidad [...] que tomó el centro y lo administró durante 11 años. En el año 2008 se terminó el convenio y ahora se está retomando nuevamente el evento”.

En esos 15 años, es donde el centro crece con tecnologías y muestra cifras muy importantes de atención gratuita a personas de todas partes del país. Cuando se para el evento de televisión de recaudo de fondos es que viene la universidad como socio estratégico ¿Se piensa como un socio estratégico para poder sostener el centro? “Sí, sí, porque es que los fundadores en su momento no migraron a convertir ese centro de rehabilitación en una IPS, venían de toda la transición del Sistema de Salud hacia la Ley 100. En el 93 se consolidó la Ley 100, pero ellos no migraron lo suficientemente rápido a los desarrollos posteriores para convertirse en una IPS que pudiera vender servicios y se quedaron estancados. Entonces en el momento no se les ocurrió otra cosa que buscar sostenibilidad

con una entidad universitaria, pero la universidad, su foco social no es la discapacidad, es la educación; entonces llegó un momento en donde lo que necesitábamos que se cubriera no fue posible hacerlo a través del convenio”.

¿Qué necesitaban que se cubriera? “La atención en rehabilitación gratuita o a bajo costo para gente con discapacidad que nosotros teníamos. Nosotros hicimos unos convenios con la universidad de tarifas, pero esas tarifas seguían siendo elevadas para la gente y para nosotros. La fundación pagaba directamente la atención de la gente”.

¿En ese momento que termina el convenio, por qué no se piensa en la posibilidad de recuperar el centro, sino que se lo entregan a la universidad? “Se pensó, pero en ese tiempo el centro creció tanto que ya no era interesante para nosotros. O sea, ya se convirtió en una clínica con cirugía, maternidad, cardiología, dermatología, unidad de cuidados intensivos, eso no es nuestro foco”.

Cuando hacen esa transición del convenio con la universidad, también empiezan a incursionar no solo en la parte del centro de rehabilitación integral sino que dice en la página (se refiere a la información de la página web de la fundación) “Cambiamos nuestro objetivo para ampliarlo hacia la inclusión social y a la inclusión laboral”. ¿Eso qué implicó? “Como la fundación se quedó sin la tarea de rehabilitación en esos 10 años, el tema de ubicación laboral siempre ha estado allí. Lo que pasó fue que nos focalizamos en eso, exclusivamente. El tema de rehabilitación pasó a ser con terceros, contratábamos con terceros la atención. Uno de esos terceros era la clínica que manejaba la universidad. Teníamos un departamento de ubicación laboral, se trabajaba todo el tema de rehabilitación profesional allá, se hicieron varios convenios para atender eso. Montamos un centro de capacitación en la calle 80 que buscaba capacitar para el trabajo y ubicar laboralmente. Empezamos a hacer contactos con empresarios, fortalecimos nuestro personal, ejecutamos algunos proyectos de cooperación internacional y así fue que funcionó”.

¿Y por qué deciden volver al evento de televisión si la fundación pudo sobrevivir ese tiempo sin él? “Es que el evento no es para la sobrevivencia, es para lograr la cobertura que se necesita. La fundación no necesita del evento para sobrevivir, tiene unos recursos propios que le producen unos rendimientos con los que vivimos. Pero el tema es la cobertura que hay que dar. El sistema de ayudas es insuficiente, las solicitudes de ayuda nos llegan, la población con discapacidad no tiene resuelto el tema de rehabilitación. Si bien se han dado pasos en el sistema de salud todavía no se tiene resuelto el tema, sigue siendo débil, teniendo demanda, por eso decidimos hacerlo,

para garantizarle a la gente que pueda tener su rehabilitación cuando lo necesite y que sea oportuno, que sea de calidad y a bajo costo”.

¿Esa fue la idea de volver a retomar el evento televisivo, volver a tener centros propios? “¡Claro! y poder manejar unas tarifas y poder subsidiar la atención, se abren nuevas oportunidades [...] Ellos nos entregaron una plata y estamos haciendo dos centros: uno en Manizales y otro que debe ejecutarse en Bogotá, D.C., Bucaramanga está en proceso [...]”.

¿Y por qué deciden, insistir con un centro en Bogotá, conociendo la oferta de Bogotá? “Porque nuestro centro se fue, ya no está y la gente lo sigue buscando y nosotros generamos una expectativa en el país y Bogotá es un centro que tiene, si no estoy mal, 400.000 personas con discapacidad, entonces, para poder dar cubrimiento a eso”.

¿Y por qué ese esfuerzo tan grande de una fundación si el Estado debería responder? “Sí, el Estado tiene que responder, pero mientras que el Estado responde ¿qué hacemos con la gente? Si tuviéramos un sistema fuerte en el tema de rehabilitación, que fuera fácil el acceso a los fondos, que no le tocara a uno ir a poner tutela, ir al comité científico, que el médico me diga qué es lo que yo necesito, que me cumplan, que me den la integralidad, que no me manden a terapia física en un lado, terapia ocupacional a psicología en otro, media horita de terapia y ya con eso creemos que eso nos resuelve el problema”.

¿El antiguo centro de rehabilitación X cambió de nombre? “Yo no sé si ya lo cambiaron, estaban en ese proceso. Pero la imagen sigue siendo muy fuerte, uno pasa en bus y la gente dice: ‘Ahí es X’. O sea, la gente no dice: ‘Esa es la clínica de la Universidad de [...]’ No”.

¿Ustedes han pensado en alguna estrategia para hacer el relanzamiento del centro? “No, no queremos hacerle bulla a eso, porque esa sensación está en la gente que vive en X y que va a X. También lo detectamos en nuestro estudio, no es un tema general, la gente, en general, no sabe [...] En el país no tienen ni idea, entonces para qué informamos algo que no es importante”.

El caso antes expuesto da cuenta de un itinerario complejo, muestra la transformación en un ciclo que se abre y retorna, de la solidaridad al mercantilismo, e incluso la entrega y expropiación de la inversión realizada con recursos captados con el discurso de la solidaridad, para la explotación de particulares y que hoy se *reencaucha* bajo este nuevo discurso al cual la gente responde. Aunque una parte de la sociedad lo cuestiona,

como sucedió frente a la reapertura de esta estrategia, culminó con el apabullamiento de los reclamos, al tener a favor los medios de comunicación y el poder político y económico de patrocinadores, al igual que la recomendación del Banco Interamericano de Desarrollo debido a su importancia, tal y como lo expresa la directora de una ONG, familiar de PCD (persona con discapacidad), en mayo de 2011:

“Yo lo supe de fuente directa, que fue el presidente del BID el que le dijo al presidente que había que retomar de nuevo X y yo sí se lo dije al director en ese momento, es una lástima nosotros tratando de avanzar en los derechos y ustedes poniéndonos otra vez con la limosna”.

El poder económico y político de fundaciones de menor envergadura hace que su itinerario sea distinto y se debatan entre tener nombres que las hagan más competentes y los servicios que ofrecen para permanecer en el mercado. Esta gama es amplia: abarca rehabilitación funcional, consultas especializadas de fisiatría y neuro-pediatría, más las básicas de terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales —nombrados en ese orden, ya que respeta la jerarquía y hegemonía de unas profesiones sobre otras, pero que igual caben todas en un paquete de servicios— que se completa con fabricación de ortesis, prótesis, estudios de puestos de trabajo y readaptación laboral. También deben incluirse programas de educación especial que se tienen que adaptar a los requerimientos de integración e inclusión según el Ministerio de Educación (12,13), programas de orientación vocacional, formación para el trabajo, rehabilitación ocupacional, protección o atención integral, etc. y hay quienes lo ofertan todo.

Esta transformación de las lógicas solidarias a las mercantiles muestra claramente la influencia de los cambios de la macroestructura económica del Estado. La Constitución de 1991 (14), que ubica la salud como un servicio que el Estado debe garantizar y que se concreta con la reforma del sistema general de seguridad social y la disminución de la red de atención pública, abre la oportunidad a estas organizaciones del tercer sector que se abocan a las lógicas de competencia del mercado de prestación de servicios y trabajan como fundaciones sin ánimo de lucro, pero también sin ánimo de pérdida. Los periódicos, como El Colombiano, dan cuenta de estas consolidaciones y avances: *“X es una gran empresa privada, sin ánimo de lucro que se consolida como una IPS”* (15). El periódico hace referencia a una de estas instituciones emblemáticas del país cuyo origen data de principios de los setenta.

Qué nombre le pondremos...

El lenguaje *políticamente correcto* sugiere no hablar de lisiados, inválidos, minusválidos, discapacitados, impedidos,

sino de personas con discapacidad o de diversos tipos de discapacidad: cognitiva, mental, física, sensorial y múltiple. Los cambios de nombre son parte de la estrategia para poder competir en el mercado, algunos ejemplos son: *Amigos de los limitados físicos* es ahora *Amigos con calor humano* (16), *Multiimpedidos* cambió a *Multis* (17), el *Instituto REI de la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Lisiados* pasa a ser *Fundación REI* (18). Otros más afortunados han podido conservar su nombre o su sigla por carecer de connotaciones directas con el lenguaje de la discapacidad como: Instituto Álamos de Capacitación (19), IDEAL (20), CINDES (21).

Esta situación revela la carga simbólica sobre las construcciones sociales en las instituciones y pone de relieve la discusión sobre los cambios de nominación, que para algunos, como la señora Marta Allúe, entrevistada en marzo de 2012, sigue siendo solo retórica y embeleco, [...] *“pues mientras no haya respuestas efectivas reales, qué importa cómo nos llamen”*.

Algunos posicionan el nombre de una u otra institución como la *marca* que los habitantes de una región o del país entero llevan en el corazón; deciden los nombres de los programas que ofrecen de acuerdo a los clientes, como lo expresó la directora de una ONG en marzo de 2011: *“se decide este término por ser más asequible en el ámbito del sector salud, especialmente para quienes serán los financiadores”*, es decir, el conocimiento técnico y científico es coaptado tanto en el sector privado, como en el público por la lógica del mercado.

Alcance una estrella... una posición... un contrato

El mercado de servicios no solo ha hecho que cambie la estructura de las organizaciones, la mayoría ha asumido una maratónica transformación para poder certificarse en el sistema de habilitación y garantía de la calidad, lo que las convierte en IPS; en cumplimiento de los requisitos que para tal fin establecen las resoluciones 1445 (22) y 1046 (23) y el Decreto 1011 (24) de 2006. Esto ha implicado adaptaciones en infraestructura, cumplimiento de los requisitos para certificar que los servicios son aptos para la atención con calidad y una carrera por lograr las estrellas azules que certifican estos logros. Es llamativa la disposición de los recuadros a la entrada de las instituciones, las estrellas inauguran a cualquier visitante, son visibles y dan parte de tranquilidad de que la institución cumple. Ese panorama se repite desde Cartagena hasta Cali, pasando por Medellín, Bogotá, D.C. o Pereira, no alcanza a San José del Guaviare, por lo menos en lo que a las ONG visitadas refiere.

En muchos casos esto se ha traducido en adaptaciones rápidas de construcciones antiguas que han albergado las primeras iniciativas de atención cercanas a la solidaridad y lejos de la competencia mercantil; algunos han comprado casas

para ampliar nuevas sedes, dada la demanda de servicios y la respuesta desde la oferta. Otros se mantienen en sus mismas sedes, optimizando los espacios que tienen, mientras que algunos más escasos gozan de haber contado desde su inicio con espacios amplios que aun hoy son útiles. Un último grupo busca terrenos apropiados para construir una sede propia que albergue en un centro integral todos los servicios que están repartidos.

Otro aspecto es que las fronteras de las instituciones se movilizan; hay alternativas móviles, adaptaciones y adecuaciones que permiten llegar a donde está la gente. Se adecúan equipos de profesionales, requerimientos técnicos, infraestructura, todo, con tal de responder a las necesidades de quienes no tienen acceso, y a lo que quien pone los recursos exige para contratar su ejecución; con ellos viajan también los discursos que representan y direccionan la acción. Así lo expresa una funcionaria de una ONG entrevistada en julio de 2011:

“Es que qué pecao (sic), aquí hay gente que nunca ha podido llevar a su hijo a una terapia, viven por allá en las fincas o en sitios apartados o simplemente aquí en los barrios, pero no tienen para el transporte y así vengamos nosotros solo una vez a la semana ellos hacen el esfuerzo de llegar hasta aquí, eso es una labor muy importante”.

Según ellos, también es necesario formar parte de círculos de poder en los que se definan estrategias del mercado de la rehabilitación.

“Nosotros ahora sabemos a qué redes estratégicamente hay que pertenecer; es necesario estar vinculado a las redes de prestadores y de EPS, pues desde allí es que se puede hacer presión para definir las tarifas que nos pagan por los servicios que prestamos, para que esto no se vaya a pérdida. Nos acomodamos al POS, pero cambiamos por ejemplo intervenciones individuales por grupales, para poder ofrecer más sesiones, mayor cobertura, en esos tiempos y por esos precios”.

Así, esto se vuelve un tema de negocios, por ejemplo, de acuerdo a la experiencia ya se sabe con quién no es bueno contratar, y se privilegia esta lógica por encima de aquella de lo que sería más benéfico para quien recibe el servicio, quien ahora es usuario.

“Uno ya va conociendo y sabemos que [...] Ellos son muy demorados para el pago y eso no nos conviene, o por ejemplo con Y teníamos paquetes completos y de un momento a otros ellos decidieron quitarnos la contratación de la terapia física, eso para los usuarios no es favorable, pues nosotros antes les dábamos todo aquí, pero eso lo deciden es las EPS y nosotros les seguimos prestando los otros servicios porque con ellos tenemos buenas relaciones”.

Las dinámicas del mercado patrocinan alianzas estratégicas entre ONG:

“Nosotros ganamos una licitación para hacer un proyecto que tenía que cubrir ocho departamentos, ¿qué hicimos? Subcontratamos con nuestros pares ubicados en otros departamentos y cada uno se encargaba de cubrir dos o tres, eso nos dio fuerza a la hora de presentar la propuesta, eso sí, también puede interpretarse que somos los mismos con las mismas, eso lo hemos seguido haciendo para apoyarnos entre nosotros, podrían decir que hay un cartel de la contratación”

Sin embargo, estas alianzas estratégicas son interpretadas, por otros agentes en otros espacios, como oportunistas y variables, al igual que todas las fuerzas y poderes dentro de esta comprensión de las construcciones sociales de la discapacidad, opina una funcionaria pública, en junio de 2011, que:

“Las ONG también son limosneras, todas buscan tener su reinado y son excluyentes, están en la competencia de ver quién saca a quién y desde lo técnico, toca irles rotando los contratos. Se retiran del escenario de construcción colectiva cuando no se les dan”.

Las instituciones arman grupos de proponentes con hojas de vida de expertos no necesariamente vinculados, sino que serían contratados en caso de que el contrato salga. Se presta el nombre y prestigio por el tiempo que se requiera y dure el contrato, simplemente para mostrar que es competente y después, en su desarrollo, se cambian los ejecutores y eso de alguna manera se justifica; totalmente acorde con la política neoliberal de flexibilización laboral, la macroestructura se impone en el manejo de estas fundaciones. En octubre de 2011 una directiva de la ONG expresó:

“Nosotros antes teníamos personal de planta, pero éramos pocos, hemos crecido, algunos profesionales tienen contrato integral, dependiendo del tipo de productos, por ejemplo las terapias, muchos se les paga por volumen de actividades un porcentaje, nosotros quisimos en algún momento darles contrato integral, pero muchos se oponen, porque les sale más por actividad, pues ellos cuadran su tiempo y pueden trabajar en varias partes, e incluso también atienden la consulta particular”.

Esta lógica también está presente en la institución que debe liderar el tema a nivel nacional: el Ministerio de Salud y Protección Social, donde, al momento de la investigación, se contaba con un equipo de alrededor de diez profesionales, 50% eran de contrato, a quienes han mantenido por tiempos que van desde cinco años, hasta seis meses el más reciente, con intervalos entre una contratación y otra.

Este recorrido de las instituciones como parte de los agentes que juegan en el campo de la discapacidad, con su cambio de orientación, nos muestra la primacía del capital económico sobre otros capitales y el poder que ha ejercido en su transformación; de igual forma, nos muestra la validación de la orientación de la misma con la lógica del modelo biomédico, que deriva en afirmaciones de funcionarios de una ONG como: “Este embolate de estar haciendo informes diferentes, llenando formatos, negociando y buscando clientes ha hecho que a las instituciones se les olvide que lo más importante es el contacto y la atención de la gente”.

El mercadeo social y sus artificios

Una de las más dinámicas estrategias de posicionamiento de las empresas del sector de la economía que se dedica a la venta de servicios es el mercadeo social. En el llamado sector salud, ha entrado con fuerza la interacción entre medios de comunicación y el diseño de mercadeo de servicios.

En esta rapiña de venta de servicios, varias de estas instituciones han entrado en la lógica de la usanza de cualquier multinacional. Es frecuente encontrar una gama de impresos que van desde el *brochure*, que puede exaltar la historia y recorrido de la fundación u organización, sus principales patrocinadores y colaboradores, condecoraciones recibidas, logros, proyectos actuales, sedes y servicios profesionales ofrecidos, hasta los plegables, que promueven cómo vincularse a esta causa con diversos planes como el apadrinamiento, donaciones y trabajo voluntario

Otra gama de este mercadeo la constituyen los objetos de regalo o presentación que posicionan la marca, como programadores, agendas, pocillos, rotafolios, tarjetas navideñas, calendarios, cuadernos, portavasos, bolsas ecológicas, videos institucionales, botones, manillas; todos ellos con puestas en escena que promocionan la imagen y la captación de recursos.

El símbolo se refuerza en los uniformes que portan los trabajadores, los cuales cuentan con la marca del nombre institucional; también se refuerza en otros dispositivos como carnets, placas con nombres, tarjetas de presentación, papelería con logos, llegando incluso a contar con himno de la institución.

Estas estrategias de mercadeo se acomodan al contexto y ganan primacía, pero conviven armoniosamente alimentando el bricolaje (25) de representaciones y prácticas desde diversos lugares, pues es frecuente encontrar todos los artificios antes mencionados, conviviendo pacífica y rutinariamente con las alcancías, la venta de galletas o chocolates y otras manualidades realizadas por los usuarios en sus talleres.

Entre el patrocinio estatal y la cooperación internacional

En septiembre de 2011 una funcionaria de una ONG nos manifestó: “Si usted se pone a pensar, estas instituciones nacen porque se requiere suplir lo que el Estado no da”. Situación que concuerda con lo expresado por una persona con discapacidad (PCD): “Sí, el Estado tiene que responder, pero mientras que el Estado responde ¿qué hacemos con la gente? Las X no existirían, no se necesitarían si tuviéramos un sistema fuerte en el tema de rehabilitación”.

Esta afirmación, que pone de manifiesto un Estado no garantista ni benefactor y el peso de la sociedad civil organizada en estas instituciones para dar respuesta a las necesidades de la gente, pareciera ser el discurso del origen de las mismas; sin embargo, son las afirmaciones de algunos participantes las que se hacen preguntar por la contradicción entre las representaciones y las prácticas, que no siempre son coherentes. Pues en esta transformación, que hemos descrito y analizado, encontramos que como una de las principales fuentes de financiación (entre 50-60% de recursos) de las organizaciones en la actualidad es la venta de diversos tipos de servicios a instancias estatales, tales como secretarías departamentales y municipales de salud, bienestar social, educación o el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Estos servicios comprenden la atención directa, prestando alojamiento, vestido, comida, terapias, asesorías profesionales, consecución y entrega de ayudas técnicas, capacitación, acompañamiento en orientación y construcción de políticas públicas, proyectos de formación, rehabilitación basada en comunidad, intermediación para otorgar subsidio o beneficios puntuales, o contratos con EPS que, a pesar de ser instituciones privadas, manejan dineros provenientes del Estado.

“Para nosotros es importante que existan muchas más instituciones, la demanda es grande y no siempre la oferta es buena, deben poder competir y ofrecer lo mejor”.

El discurso del Estado justifica no solo la existencia, sino la transformación y estrategias de permanencia de estas instituciones, desconociendo que lo que hay es una transformación de un Estado que fue un prestador seguramente insuficiente en un momento de la historia a un Estado que se convierte en fiscalizador y regulador en respuesta a políticas neoliberales de la economía.

En este escenario no solo el Estado es insuficiente, la necesidad de captar recursos para su creación y supervivencia desde sus orígenes hasta la fecha ha promovido también la búsqueda de la cooperación internacional. A este respecto, los testimonios mostraron una participación disímil, pero con una característica predominante: el direccionamiento

de los recursos de acuerdo a intereses no necesariamente de las instituciones, salvo en unos inicios cuando los recursos llegaban vía donaciones para construcción de infraestructura o dotaciones. Entonces, hay quienes financian proyectos solo para atención de personas con limitación visual, quienes tienen énfasis en el campo educativo o asistencial, las áreas de conflicto y la rehabilitación funcional de personas afectadas por minas antipersonal, o a quienes les interesa intervenir en población en situación de desplazamiento y discapacidad.

Más allá de estas características, se hace evidente que este panorama instauro otro proceso dentro de las instituciones y las pone a diversificar sus servicios en aras de poder captar dinero de los donantes. La carrera tiene que ver, no solo con darse a conocer, sino con cumplir requisitos bastante estrictos según algunos. La directora de una ONG sostiene que hay que tener experiencia en formulación de proyectos para eso y para mantener buenas relaciones, *“nosotros por ejemplo somos socios con [...] desde los ochenta y ahora hemos incursionado en un proyecto con [...] para manejar el tema de salud mental y el desplazamiento”*. Así mismo, es motivo de orgullo para la fundación, que trabajaba inicialmente con población con limitación cognitiva y que ahora cuenta con un laboratorio de ortesis y prótesis que cubre las necesidades de toda una región del país —dotado y puesto a funcionar con recursos de proyectos de la cooperación internacional—, incursionar en proyectos de salud mental y desplazados: *“Están lo más contentos con nosotros, nos ampliaron el contrato otros dos meses”*.

La industria protésica es otro nicho de este tipo de alianzas y transacciones de mercado en el campo de la discapacidad, así lo expresa una funcionaria pública en entrevista de agosto de 2011:

“Estoy participando en un proyecto que se lideró con el SENA para formación de tecnólogos en órtesis y prótesis, porque hace 50 años no había personas aquí en Colombia entrenadas en eso. Los capacitados iban a El Salvador. Eso antes fue un negocio como familiar. Por ejemplo los del X, pusieron la ortopédica en un garaje en la 45. Pero ahora con el sistema de calidad de servicios las cosas han cambiado, es necesaria la cualificación para cumplir requisitos mínimos, ya no toman las medidas en una silla, sino en una camilla. Se le garantiza al paciente el mínimo de condiciones de calidad, para que tenga buenas ayudas técnicas. Comenzó hace dos años, es avalado por instituciones internacionales como ISPO y con apoyo de agremiaciones de fabricantes de órtesis y prótesis como Oto Bok que tiene el 60% del mercado en el mundo, eso garantiza no solo calidad, sino posicionamiento. Todo tiene coherencia para que ayude a generar empleo, sobre todo para personas con limitación

física, pues una persona que hace zapatos y sabe cómo se siente, lo hace mejor”.

Conclusiones: la primacía del mercado

La diversidad y transformación de representaciones y prácticas que hemos rastreado a través de lo enunciado hasta aquí nos muestran que hay, especialmente entre las instituciones que han resistido las cuatro décadas del estudio, una transacción entre sus inicios vocacionales, filantrópicos y solidarios asistencialistas y su inserción en el mercado de la salud, pues persisten en ellas los diferentes abordajes, aunque haya primacía de uno sobre otros; se combinan los planes padrinis, las donaciones y los proyectos con financiamiento estatal e internacional con los eventos para recolección de fondos.

Eduardo Menéndez pone de manifiesto que tanto los aparatos médicos sanitarios, como las ONG que trabajan en el sector salud

“[...] usan los mismos elementos, realizan actividades semejantes y trabajan con los mismos colectivos y cómo estas similitudes hacen que se facilite el pasaje de militantes de ONG a trabajar como funcionarios de instituciones oficiales, cuando entran en crisis ideológicas o financieras los proyectos, o cuando al interior de los grupos se generan conflictos de micro poderes o cuando se abren espacios institucionales oficiales que demandan mano de obra calificada. Esas orientaciones son también las que han posibilitado que por lo menos parte de las ONG que antes se oponían a ser financiadas por los gobiernos nacionales, aceptaran con suma facilidad y discreción dichos financiamientos cuando esta tendencia se incrementó durante los años 90” (26).

En el panorama de la discapacidad en Colombia, este intercambio es patente y abrumador, sobre todo a partir de finales de la década de los 90, cuando el Estado fortaleció el desmantelamiento de las instituciones propias que prestaban atención directa y se propició la competencia y transformación de instituciones que antes fueron recreadas.

Las instituciones, como uno más de los actores en el campo de la discapacidad, han mostrado la carrera desmedida que llevan para lograr su transformación y así poder entrar y mantenerse en los juegos del mercado de la venta de servicios, situación que confirma el posicionamiento de la salud como un negocio y, en este campo, de la rehabilitación funcional como el estandarte a seguir. Artificios como la acreditación de servicios, el mercadeo social, la oferta de las últimas tecnologías y las diversas especialidades y subespecialidades que día a día

la medicina inventa —además los cambios de nombre por eufemismos para posicionarse con el lenguaje políticamente correcto acorde a las propuestas, disposiciones y tendencias internacionales— han sido expuestos en este recorrido a manera de capitales simbólicos, culturales y económicos de cómo se mantienen estos actores en el campo.

Estas transacciones, que podemos relacionar con acciones de individuos involucrados en las instituciones, escasamente han incluido a las propias personas en situación de discapacidad, que para estos casos han sido más beneficiarios o usuarios de los servicios que protagonistas de su creación y mantenimiento; sin embargo, influyen de manera profunda en la manera como las PCD construyen su identidad y la manejan estratégicamente, al igual que en las maneras como son representados e interpelados por quienes se asumen en el ámbito de la normalidad.

En relación con la salud pública, este recorrido por las instituciones está, por lo menos en términos programáticos sectoriales, más pegado a lo que se denomina la *prestación de servicios*; proceso que muy equivocadamente se asume, desde la estructura del mismo Ministerio de Salud, como un asunto de desarrollo de servicios, totalmente desligado de la salud pública, subsumido en la lógica reduccionista institucional.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por la autora.

Financiación

Proyecto financiado parcialmente por la Dirección de Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, D.C., como apoyo a la tesis de posgrado código 202010016961 del año 2011.

Agradecimientos

A las instituciones tanto públicas como privadas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y colectivos que trabajan con las personas con discapacidad desde hace décadas o en años más recientes, que no solo aportaron sus experiencias a la investigación, sino que lo hicieron con un alto grado de autocritica y sinceridad acorde con las necesidades y orientaciones del trabajo.

Referencias

1. **Allué M.** DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia. Barcelona: Bellaterra; 2003.
2. **Brogna P.** Visiones y revisiones de la discapacidad. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2009.
3. **Schneider J.** Social problems theory: The constructivist view. *Annu Rev Sociol.* 1985;11(1):209-229. <http://doi.org/b4h289>.
4. **Bourdieu P, Wacquant L.** Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
5. **Kincheloe J, McLaren P.** Rethinking critical theory and qualitative research. In Denzin N, Lincoln Y (Eds). *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 303-342.
6. **Buitrago M.** Discapacidades Peregrinas: Construcciones Sociales de la Discapacidad en Colombia: Aportes para la Salud Pública desde una mirada crítica. [Tesis doctoral]. Bogotá, D.C. Universidad Nacional de Colombia. 2013.
7. **Cortázar J.** Cuentos completos 1. México, D.F.: Alfaguara. 1994.
8. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 (diciembre 23): Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 41148; diciembre 23 de 1993 [cited 2015 Jul 15]. Available from: <http://goo.gl/1VMz5w>.
9. Colombia. Congreso de la República. Ley 115 de 1994 (febrero 8): Por la cual se expide la ley general de educación. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 41214; febrero 8 de 1994 [cited 2015 Jul 15]. Available from: <http://goo.gl/UO1Rwg>.
10. **Cárdenas S.** Editorial. *Fundamentos.* 2001;3(11):3.
11. **Cárdenas S.** Editorial. *Fundamentos.* 2002;4(12):4.
12. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 2565 de 2003 (octubre 24): Por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 45357; octubre 31 de 2003 [cited 2012 oct 9]. Available from: <http://goo.gl/TEoV8P>.
13. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 366 de 2009 (febrero 9): por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o con talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 47258; febrero 9 de 2009 [cited 2012 Oct 9]. Available from: <http://goo.gl/KaHf0j>.
14. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. 1991. Bogotá, D.C.: Gaceta Constitucional No. 116; julio 20 de 1991 [cited 2010 Mar 9]. Available from: <http://goo.gl/itoCWo>.
15. *El Colombiano.* Diario de circulación Regional. Edición Noviembre 10 de 2008. Material impreso.
16. *Amigos con calor humano.* Medellín: Asociación amigos de los limitados físicos [Cited 2013 Mar 9]. Available from: <http://goo.gl/TMbptg>.
17. Fundación Multis. Medellín: Fundación Multiimpedidos [cited 2013 Mar 9]. Available from: <http://goo.gl/0OF2iT>.
18. Fundación REI. Cartagena: fundación REI para la rehabilitación integral IPS [cited 2013 Mar 9]. Available from: <http://goo.gl/EdqK2l>.

19. Instituto de Capacitación Los Álamos - INCLA. Medellín: Federación antioqueña de ONG [cited 2013 Mar 9]. Available from: <http://goo.gl/NXj4DW>.
20. Fundación Ideal. Cali: Fundación ideal para la rehabilitación integral “Julio H. Calonje” [updated 2014; cited 2013 Mar 9] Available from: <http://goo.gl/VIQf8O>.
21. CINDES. Pereira: Fundación Cindes Centro para la Inclusión y el Desarrollo Social [updated 2012; cited 2013 Mar 9] Available from: <http://goo.gl/2Ys0f0>.
22. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006 (mayo 8): Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 46271; mayo 17 de 2006 [cited 2015 Jul 15]. Available from: <http://goo.gl/SIAzjG>.
23. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006 (abril 3): Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público Bogotá.
24. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 (abril 3): Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 46230: abril 3 de 2006 [cited 2015 Jul 15]. Available from: <http://goo.gl/1xMhin>.
25. **Quevedo-Gómez M, Krumeich A, Abadía-Barrero C, Pastrana-Salcedo E, van den Borne H.** Machismo, public health and sexuality-related stigma in Cartagena. *Cult. Health Sex.* 2012;14(2):223-235. <http://doi.org/b9kcsj>
26. **Menéndez E.** Reflexión teórica e investigación aplicada, o de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos. In: Menéndez E, Spinelli H (Coords). Participación social ¿para qué? Buenos Aires: Lugar Editorial. 2005. p. 186.