



Itinerarios burocráticos de mujeres cuidadoras en el sistema de salud en el contexto de la pobreza oculta en Teusaquillo, Bogotá, Colombia*

Bureaucratic routes of care-worker women in the health system in the context of hidden poverty in Teusaquillo, Bogotá, Colombia

Itinerários burocráticos de mulheres prestadoras de cuidados no sistema de saúde no contexto da pobreza escondida em Teusaquillo, Bogotá, Colômbia

Recibido: 21 de Octubre de 2020. **Aceptado:** 14 de Enero de 2021. **Publicado:** 30 de Diciembre de 2021.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.ibmc>

Bibiana del Carmen Pineda Restrepo^a

Universidad Nacional de Colombia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0590-7050>

Para citar este artículo: Pineda BC. Itinerarios burocráticos de mujeres cuidadoras en el sistema de salud en el contexto de la pobreza oculta en Teusaquillo, Bogotá, D.C. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.ibmc>

* Artículo de investigación.

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: bcpinedar@unal.edu.co



Resumen

Introducción. Este artículo explora, con enfoque etnográfico, las dificultades en el acceso a los servicios de salud dentro del contexto de la pobreza oculta en la localidad de Teusaquillo, Bogotá, Colombia. Objetivo. Reconstruir y analizar los itinerarios burocráticos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en casos de vulneración del derecho a la salud en sujetos identificados como pobres ocultos o vulnerables residentes en esta localidad. Métodos. Se realizaron experiencias de observación participante, entrevistas y análisis documental. Resultados. Se observan las complejas asociaciones que se dan en el proceso de coproducción de la realidad, la de los sujetos precarizados o pobres ocultos y su acceso a la salud. Conclusiones. Se reconocen las trayectorias de precarización, así como las narrativas que develan la pobreza oculta en sus múltiples manifestaciones e intersecciones de clase, edad, género y trabajo del cuidado.

Palabras clave: Pobreza, clase social, política de salud, sistemas de salud.

Abstract

Introduction. This article explores, with an ethnographic approach, the difficulties of access to health services in the context of hidden poverty in Teusaquillo, Bogotá, Colombia. Objective. To reconstruct and analyze the bureaucratic routes in the General System of Social Security in Health in cases of violation of the right to health in subjects identified as hidden poor or vulnerable residents in this locality. Methods. Participant observations, interviews, and documentary analysis were done. Results. It was observed the complex associations that occur in the process of co-production of reality, that of precarious subjects or hidden poor and their access to health. Conclusions. It was recognized the trajectories of pauperization and the narratives that reveal the hidden poverty in their multiple manifestations and intersections of class, age, gender, and care work.

Keywords: Poverty, social class, health policy, health systems.

Resumo

Introdução. Este artigo explora, com enfoque etnográfico, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde dentro do contexto da pobreza oculta na localidade de Teusaquillo, Bogotá, Colômbia. Objetivo. Reconstruir e analisar os itinerários burocráticos dentro do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde, em casos de vulneração do direito à saúde em sujeitos identificados como pobres ocultos ou vulneráveis residentes nesta localidade. Métodos. Realizaram-se experiências de observação-participante, entrevistas e análise documental. Resultados. Observam-se as complexas associações que se dão no processo de coprodução da realidade, a dos sujeitos precarizados ou pobres ocultos e seu acesso à saúde. Conclusões. Reconhecem-se as trajetórias de precarização, bem como as narrativas que desvelam a pobreza oculta em suas múltiplas manifestações e intersecções de classe, idade, gênero e trabalho do cuidado.

Palavras-chave: Pobreza, classe social, política de saúde, sistemas de saúde.



Introducción

La pobreza oculta hace referencia a lo que en el contexto latinoamericano se ha denominado “nueva(s) pobreza(s)” y que se relaciona con procesos de precarización laboral y de empobrecimiento de las clases medias urbanas que, si bien obedecen a contextos históricos y políticos de cada país, han tenido en común esta afectación a los sectores medios urbanos (1-3). Esta situación se entiende como un proceso de desclasamiento (4,5) caracterizado por una movilidad social descendente en sectores de clase media precarizada residente en estratos 3, 4 y 5 ubicados en la ciudad de Bogotá, Colombia. Es importante señalar que, para el cobro diferencial de servicios públicos, los estratos corresponden a la clasificación socioeconómica de los inmuebles residenciales que los reciben. De menor a mayor nivel socioeconómico los estratos se categorizan así: 1 = bajo-bajo, 2 = bajo, 3 = medio-bajo, 4 = medio, 5 = medio-alto, 6 = alto.

En este desclasamiento la capacidad de agencia se ve afectada, ya que la identidad de clase (con sus capitales social y cultural) entra en conflicto con una realidad mediada por el ingreso económico y que, además, determina una nueva posición dentro del campo en el cual estos sujetos tienen su trayectoria. También se considera oculta por un vacío de la política pública que no reconoce este tipo de pobreza.

Dado que el acceso a los servicios de salud es una de las dimensiones que más afecta la calidad de vida de la población en situación de pobreza oculta, tal y como lo han señalado diversos estudios (6–8), el interés está puesto, entonces, en analizar los elementos subjetivos, así como las prácticas que desde la política pública se establecen y que repercuten en el acceso a los servicios de salud para los sujetos precarizados.

Para lograr el propósito de esta exploración se llevó a cabo un trabajo de campo durante el período comprendido entre marzo y agosto de 2019, con el objetivo de profundizar en los casos documentados por una fundación que presta asesoría legal a población vulnerable ubicada en la localidad de Teusaquillo, Bogotá. Este trabajo incluyó observación participante, entrevistas y análisis documental con el fin de establecer estas complejas asociaciones que se dan en el proceso de coproducción de la realidad: la de los sujetos precarizados o pobres ocultos y su acceso a la salud en el sentido de Jassanoff (9). En esta idea de coproducción como marco de análisis y de interpretación lo social está integrado por prácticas, identidades, normas, convenciones, discursos, instrumentos e instituciones (9), que son inseparables a la hora de comprender fenómenos sociales complejos como lo es la pobreza oculta, no solo desde el punto de vista de los sujetos que viven esta situación, sino también desde de las políticas públicas de salud el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Es decir, se trata de un ensamblaje (10), a partir del rastreo de las asociaciones y de las tensiones inherentes entre actantes humanos y no humanos presentes en estos contextos de producción de conocimiento.

En este ejercicio el conocimiento se sitúa (11) en las relaciones que desde la política pública se construyen con sujetos pobres ocultos o vulnerables de la localidad de Teusaquillo, lo cual se

puede rastrear en esta fundación. De esto la aparición de híbridos (12) a partir de las relaciones entre humanos y no humanos. Dichos híbridos salen del entramado que Latour (10) denomina red sociotécnica, que articula leyes, normas, saberes, prácticas y discursos; y que conforman el ensamblaje (13) de dispositivos técnicos así como de trayectorias que materializan el acceso a los servicios de salud. Es decir que la política pública y el entramado que subyace a esta no son documentos en abstracto u objetos inanimados, sino que desde las leyes y normas que delimitan la prestación de servicios de salud los actores involucrados toman las decisiones que materializan su acceso a los mismos.

La política pública en tanto agente desencadena una serie de acciones y de relaciones sociales, esto quiere decir que la agencia social (14) que se manifiesta en los efectos de las relaciones y asociaciones se desprenden de esta. La política pública despliega dispositivos (15) a partir de las leyes y normas, a su vez que, en el sentido de De Certeau (16), los sujetos establecen tácticas frente a las estrategias que despliegan las instituciones. Por lo tanto, a partir de la negación de la prestación por parte de las instituciones, los sujetos establecen tácticas como puede ser la búsqueda de asesoría legal, ya que de esta forma los sujetos pueden confrontar las estrategias que despliegan estas instituciones, como lo son las barreras de tipo administrativo al momento de autorizar la prestación de los servicios de salud.

Estas múltiples relaciones y asociaciones que condicionan la agencia social de cada uno de los actores humanos y no humanos que participan en la red sociotécnica son situadas en espacios diversos (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: IPS, Empresas Promotoras de Salud: EPS, juzgados, Organizaciones No Gubernamentales: ONG, etc.). Las relaciones o asociaciones que se dan en esta red sociotécnica dependen de la interpretación que, de la política pública, hacen los funcionarios, los ciudadanos o usuarios de los servicios; así como la de los jueces en el caso de la judicialización del acceso a la salud.

Estas relaciones y asociaciones se interpretan a partir del rastreo de los recorridos o itinerarios burocráticos propuestos por Abadía y Oviedo (17), que emergen de la interacción de los sujetos con el sistema de salud. Estos itinerarios son reconstruidos a partir de los expedientes legales y de los relatos de los sujetos.

“Los itinerarios burocráticos son recorridos caracterizados por luchas por el acceso a la atención, fallas en el funcionamiento del sistema y consecuencias nocivas en la vida de los usuarios, los cuales son generados por el cumplimiento exitoso de las normas administrativas y los costos financieros, excluyendo la atención. (18 p.2)”

En una acción de tutela o en un derecho de petición subyacen una serie de eventos, movimientos y decisiones (sujeto vulnerado o paciente-ONG-juzgado-EPS-IPS) cuyos actores difieren en cada caso estudiado, lo mismo que las relaciones entre agentes y pacientes.



Ver la política pública de esta forma complejiza y enriquece el análisis a partir las relaciones que surgen y que permean la manera en la que los pacientes transitan en el sistema de salud. Esto, a partir de situaciones concretas como lo puede ser el contexto de la pobreza oculta en la localidad de Teusaquillo y, desde las historias de mujeres que asisten a la fundación y que comparten no solo situaciones de vulnerabilidad, sino también sus luchas frente a las exclusiones generadas por el sistema de salud.

Método

Se llevó a cabo una investigación con enfoque etnográfico durante cinco meses (de marzo a agosto de 2019), con el objetivo de profundizar en los casos documentados en una fundación que presta asesoría legal a población vulnerable ubicada en Teusaquillo. Esta entidad inició sus labores en 1996 y su trabajo incluye servicios de asesoría legal a personas en situación de vulnerabilidad y de exclusión social. Este trabajo incluyó observación participante, entrevistas y análisis documental de los expedientes que conforman cada caso analizado, para luego establecer los itinerarios burocráticos en cada uno de ellos. Es importante señalar que todos los nombres de las personas e instituciones vinculadas directa o indirectamente con estos casos fueron cambiados para proteger su identidad.

Mercedes, Graciela y Rosalba hacen parte de los usuarios que asisten a la fundación con el propósito de recibir asesoría legal por vulneración del derecho a la salud. Estas usuarias fueron remitidas por el asesor legal de la fundación, ya que sus casos correspondían a situaciones de vulnerabilidad social de la localidad de Teusaquillo. El equipo de la fundación las contactó para motivarlas a participar en la investigación.

Por mi parte, además de mi lugar de enunciación como investigadora me hice voluntaria en la fundación como asesora en temas relacionados con el acceso al sistema de salud. Esto me ha permitido transitar desde mi propia reflexión situada e inmersa dentro del quehacer técnico científico a la reflexividad de la población estudiada, retomando así la reflexión del trabajo etnográfico que bien plantea Guber (19). En los meses de trabajo de campo me pude dar cuenta de este tránsito, puesto que en la medida en que mi relacionamiento previo con el sistema de salud estaba mediado por una posición técnica y objetiva, más que como usuaria de este, se podía sesgar mi lectura sobre el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, ha sido la perspectiva de las experiencias propias de los sujetos participantes y sus narrativas las que me han permitido transitar a la perspectiva de la realidad vivida por estos sujetos en relación con el acceso a los servicios de salud. Este tránsito ha sido el resultado del “estar allí” (20), en el campo, viendo la realidad de las dificultades en el acceso desde la perspectiva de los sujetos.

El “estar allí” como voluntaria me permitió establecer una relación de confianza con Mercedes, Graciela y Rosalba, a quienes agradezco por darme a conocer sus historias. Las tres mujeres accedieron a ser entrevistadas en la fundación y, aunque inicialmente indagué acerca de las condiciones de vida y de su trayectoria vital en Teusaquillo, ellas centraron sus relatos en las pugnas que cada una ha tenido con el sistema de salud. Considero que el hecho de llevar a cabo

las entrevistas en la fundación hizo que estas se centraran en los enfrentamientos que ellas han tenido con el sistema de salud, lo que se convirtió en una limitante para ahondar en algunos aspectos relacionados con sus historias de vida.

Ellas, además de tener en común el ser madres y cuidadoras de hijos con discapacidad, comparten trayectorias de vida similares en su relación con el sistema de salud. Esto hace que su llegada a la fundación esté mediada por las barreras de acceso a los servicios de salud que tienen que enfrentar por sus hijos. Graciela y Mercedes son residentes de la localidad. Por su parte, aunque Rosalba desde hace cinco años no reside allí, buena parte de su trayectoria vital se dio en Teusaquillo.

La historia de Mercedes

Mercedes tiene 72 años. Su núcleo familiar lo conforman su esposo José (72 años) y su hijo Germán (39 años). Viven en Teusaquillo desde hace treinta años en una vivienda en estrato socioeconómico cuatro, la cual fue heredada por el suegro de ella.

Aunque ambos son pensionados, cada uno de ellos recibe una mesada correspondiente a un Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV). Cabe aclarar que para el año 2019 el valor de este era de \$828.116. Por tal razón ella considera que cada vez se hace más difícil asumir los gastos del hogar, en sus propias palabras: “mantener una vivienda ubicada en estrato socioeconómico cuatro es costoso tanto por los servicios públicos, como por el pago del impuesto predial”. La casa en la que viven es en usufructo ya que comparten la copropiedad con otros familiares. Ellos arriendan dos habitaciones para generar ingresos adicionales, pero como son los encargados del mantenimiento han tenido que tomar préstamos bancarios para hacer adecuaciones en la vivienda.

Mercedes lleva 16 años en pugnas con la EPS para poder garantizar el acceso a los servicios de salud que ellos requieren. Inicialmente su batalla comenzó para garantizar los servicios de salud que son requeridos por parte de Germán, quien tiene discapacidad mental. A través de una acción de tutela solicitó que él fuera internado en una institución especializada (o “institucionalización” como consta en los documentos) para tratamiento integral interdisciplinario. Luego se sumaron los requerimientos propios por su estado de salud.

La historia de Graciela

Graciela tiene 80 años y vive en Teusaquillo desde hace veinte años. Vive con su esposo Eduardo (88 años) y su hijo Luis (50 años) en una casa ubicada en la localidad y que adquirió gracias a sus ahorros. Esta vivienda está ubicada en un sector de estrato socioeconómico cuatro. Ellos tienen otros dos hijos que son casados, uno vive en Estados Unidos y el otro vive en Bogotá con la esposa.



Graciela es pensionada y recibe una mesada correspondiente a un SMLV, que es el principal ingreso del hogar. El esposo tiene movilidad reducida y Luis tiene diagnóstico de retardo mental severo y epilepsia. Así que Graciela asume el cuidado de los dos. Por su discapacidad mental, Luis debe permanecer interno en una institución especializada (o “institucionalizado” como consta en los documentos) por orden del médico tratante, ya que son cuidadores de edad avanzada. Sin embargo, este tratamiento no está incluido en el anterior Plan Obligatorio de Salud (POS) –actual Plan de Beneficios en Salud (PBS)–. Por lo tanto, Graciela interpuso una acción de tutela en el año 2009. Aunque Graciela tiene un fallo de tutela que obliga a la EPS a cumplir con la institucionalización del hijo, la entidad no ha cumplido. Para el momento de la entrevista Graciela había tomado la decisión de acogerse al cambio de EPS, pero esto no había sido posible ya que la plataforma web en la que se hace el traslado presentaba una inconsistencia con la información reportada para el núcleo familiar, lo que se convirtió en una barrera de acceso adicional. Luis falleció luego de una complicación postquirúrgica y a la espera de que la EPS diera cumplimiento a la institucionalización. Una semana después de su fallecimiento Graciela recibió una carta de la EPS la cual autorizaba su institucionalización.

La historia de Rosalba

Rosalba tiene 63 años y es madre soltera de Gabriel, quien tiene 27 años. Ella además tiene a cargo un hermano con discapacidad, quien está bajo el cuidado de ella. Vivió en Teusaquillo por 27 años, en un sector de estrato socioeconómico tres. Allí habitó en una habitación en arriendo en vivienda tipo inquilinato. Rosalba trabajó como vendedora ambulante hasta el año 2002, desde entonces es vendedora informal en un local ubicado en el centro de la ciudad. Por lo tanto, y a diferencia de Graciela y Mercedes, Rosalba no cuenta con pensión de vejez. Por los altos costos de vida en la localidad ella prefirió irse a vivir en otra localidad, ubicada al sur oriente de la ciudad desde hace cinco años. Ahora ella vive en un apartamento propio que está pagando. Ella prefería vivir en Teusaquillo por la ubicación a su lugar de trabajo y la cercanía que tenía para ciertos servicios que recibía el hijo. Ambos son beneficiarios ya que se encuentran afiliados a una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado (EPS-S), por ser población pobre y/o vulnerable identificada a través del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN).

Desde el año 2007 Rosalba comenzó a tener problemas recurrentes con la prestación de los servicios de salud para su hijo, puesto que los servicios requeridos no hacían parte del POS-Subsidiado, ya que en ese entonces el Plan Obligatorio de Salud estaba diferenciado para ambos regímenes. En el año 2008 la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760, la cual ordenó la unificación del POS para ambos regímenes, entre otras órdenes emitidas. Sin embargo, estos doce años han transcurrido entre derechos de petición e incidentes de desacato, primero para el hijo y luego para ella. Actualmente no tiene atención oportuna para su condición de salud.

Resultados: reflexiones a partir de los itinerarios burocráticos y sus intersecciones en el contexto de la pobreza oculta

Un problema que se observa en estos tres casos es el acceso oportuno a la atención en salud. Los mecanismos constitucionales de protección como el derecho de petición (art. 23) y la acción de tutela (art. 86) son los que han permitido hacer efectivo el derecho a la salud. A partir de la negación de servicios de salud se desencadenan los itinerarios burocráticos como evidencia de la lucha de Mercedes, Graciela y Rosalba por garantizar el acceso a la salud de sus hijos. Entonces, a partir de la negación de los servicios de salud, en cada itinerario se despliegan una serie de actores y de relaciones de acuerdo con la vinculación que cada una de estas tres mujeres tiene en el sistema de salud. Así, cada itinerario, de acuerdo con Abadía y Oviedo, “está determinado por el tipo de plan de salud que la persona tenga, sus necesidades de atención en salud y su contexto socioeconómico” (17 p.96) y esto a su vez, condiciona la forma en que estas tres mujeres establecen sus tácticas para hacer frente a las barreras de acceso que les impone el sistema de salud.

En cada itinerario intervienen diferentes actores en relación no solo con el régimen de vinculación al SGSSS, sino en relación con cada entidad aseguradora. En ese sentido, el sistema de salud, al igual que el Estado, opera como “una red de actores que articulan saberes, discursos y dispositivos de gobierno” (21 p.33), a partir de “relaciones y asociaciones, prácticas y procesos de acción y reconstrucción, enrolamiento y traducción” (21 p.34). Estas se materializan en cada decisión tomada en relación con la prestación de los servicios de salud.

En ese sentido, frente a una decisión de negación de servicios de salud, una táctica en común compartida por estas tres mujeres es la búsqueda de asesoría legal para enfrentar el dispositivo institucional, es decir, el complejo entramado de leyes, normas e instituciones que hacen parte del SGSSS. Aquí se hace necesaria la mediación de un actor institucional —la fundación— para que traduzca estos dispositivos que ponen en juego las instituciones y que median la negación de los servicios. El lenguaje técnico que atraviesa la comunicación entre instituciones y usuarios de los servicios termina siendo una limitante para quienes no tienen el saber técnico para hacer la interpretación, poniendo en una desventaja a los sujetos a quienes se les niegan servicios de salud. Las plataformas dispuestas para interactuar con las entidades se han convertido en barreras adicionales de acceso para los adultos mayores que no manejan herramientas tecnológicas. Estas son estrategias que generan exclusiones mediadas por la tecnología.

Además, estas luchas no se dan en igualdad de condiciones. Por ejemplo, en el caso de Mercedes, a pesar de que hay un fallo de tutela a favor de ella, la EPS en contraposición demandó a la juez que emitió el fallo. Mercedes considera que

“esta situación no es justa, ya que la pelea ha sido muy dura, desigual. La tutela la presento yo sola y he tenido que enfrentar en las diferentes audiencias en el juzgado a varios abogados, médicos y trabajadores sociales que llegan en grupo. Llegan todos los de la EPS a intimidar y yo



sola. Eso es degradante. Yo siento que llego a las audiencias enfrentar a una jauría. (Mercedes, entrevista, 23 de abril de 2019)”

El régimen de afiliación en el cual están vinculadas determina la forma en que cada actor transita por cada itinerario burocrático. Vemos que para el caso de Mercedes y de Graciela, a pesar de estar afiliadas en el régimen contributivo, la reputación de las EPS donde ellas están afiliadas incide en la oportunidad de la prestación de los servicios. Si bien ambas han tenido que enfrentar barreras en la atención, para el caso de Graciela que está en una EPS que ha estado intervenida y sancionada, esta entidad no da una respuesta oportuna a pesar de tener un fallo por un incidente de desacato y una multa por incumplimiento. Rosalba, al estar afiliada en el régimen subsidiado, tiene que enfrentarse no solo con la EPS-S, sino con la Secretaría Distrital de Salud, y al comienzo de su itinerario, con la Secretaría Distrital de Planeación para el reconocimiento de su situación de vulnerabilidad a través de la encuesta SISBEN.

A su vez, el personal médico y administrativo, en tanto actores humanos, también producen unas prácticas en relación con su posición dentro del sistema. En el caso del personal médico, este es quien conoce la situación de salud del paciente y, en consecuencia, toma las decisiones dentro de su práctica y ética profesional, así como dentro de los límites normativos del sistema de salud. De allí surgen las órdenes médicas que involucran a su vez a otros actores y pueden encontrarse dentro de los límites normativos del sistema o sobrepasarlos.

Frente a esto último, entraba a mediar otra instancia de toma de decisiones, el Comité Técnico Científico, con el fin de avalar aquellas órdenes médicas que sobrepasaban lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud. El Comité Técnico Científico era una instancia reglamentada por la Resolución 2933 de 2006 con la función de autorizar el suministro de medicamentos y procedimientos no incluidos en el POS. Con la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) esta instancia desapareció y dejó en manos de la autonomía médica la decisión de la prescripción de medicamentos y tratamientos excluidos del actual Plan de Beneficios en Salud a través de la plataforma virtual MIPRES. A pesar de estos cambios, las prácticas de negación de servicios persisten así estén tutelados.

El personal administrativo se ha convertido en la principal barrera de acceso, ya que es allí donde se presenta la negación de servicios que son ordenados por el personal médico. El personal administrativo toma las decisiones de negación, tal vez mediadas por unas lógicas burocráticas que multiplican las barreras y los controles frente a la autorización de los servicios de salud requeridos. Estas lógicas pueden estar ensambladas, a su vez, con las lógicas económicas de las instituciones, todo a manera de dispositivo de racionalización de la prestación de los servicios de salud, así como de contención del gasto en salud.

Aquí inicia el itinerario burocrático para poder tener acceso a estos servicios, cuya negación incide en la salud y en la calidad de vida de los pacientes. En este punto se enrolan otros actores además de la EPS y la institución prestadora de servicios de salud. Por ejemplo, se involucra la fundación, en el caso de la búsqueda de asesoría legal cuando la primera instancia de

solicitud, como puede ser el derecho de petición, no surte efecto. La red puede extenderse a los juzgados, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Personería Distrital, entre otros, dependiendo del itinerario que haya emprendido cada paciente. La existencia o no de una orden médica o del profesional tratante desencadena una serie de actores y de decisiones que tiene como resultado la prestación efectiva del servicio de salud o la negación de este. A partir de la negación del servicio, lo que se observa es que la cantidad de actores involucrados en cada itinerario sí altera el resultado, lo que supone una mayor dificultad en el acceso para el régimen subsidiado. En tal sentido, las figuras 1 y 2 relacionan el mapa de actores y de relaciones involucrados en los itinerarios burocráticos trazados para cada régimen de afiliación –contributivo y subsidiado–, a partir de los casos analizados.

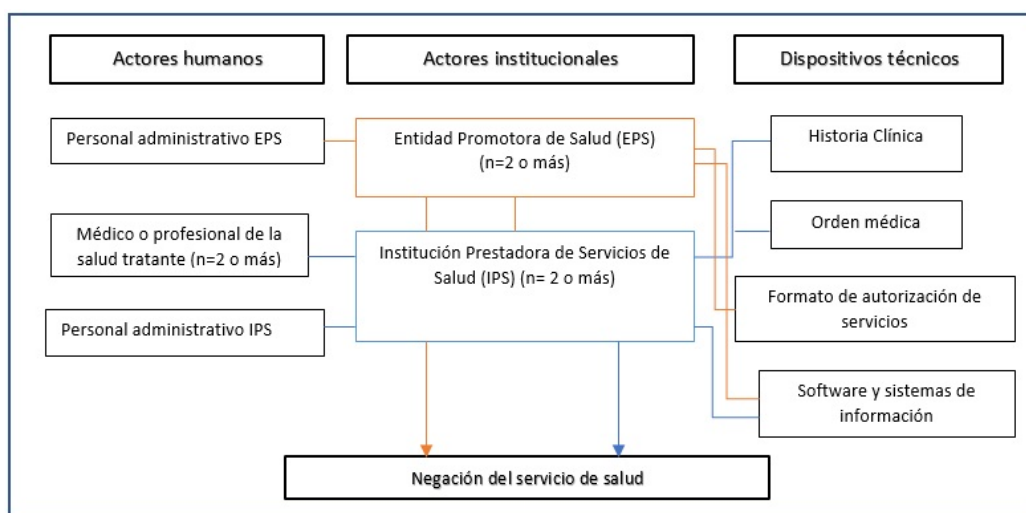


Figura 1. Mapa de actores y de relaciones en el régimen contributivo

Fuente: elaboración propia a partir del itinerario burocrático de Mercedes y Graciela.

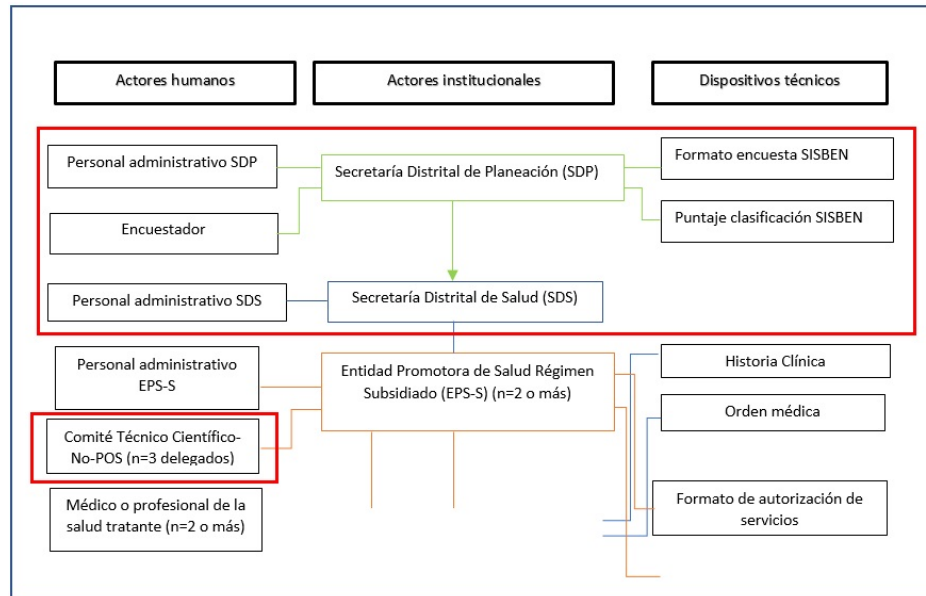


Figura 2. Mapa de actores y de relaciones en el régimen subsidiado

Fuente: elaboración propia a partir del itinerario burocrático de Rosalba.

Además, en cada itinerario subyacen intersecciones de clase, edad y género que configuran de forma diferencial el acceso a la salud, puesto que estas intersecciones se encuentran determinadas, a su vez, por un modo de vida que, según lo señala Breilh (22), es el resultado de procesos históricos inmersos dentro de

“un sistema de producción/propiedad que corresponde a un sistema de distribución del poder. La equidad/inequidad que disfruta/padece un grupo en un momento histórico determinado, resulta de las relaciones de clase, de su historia etnocultural y de las características de sus condiciones de género. A su vez este modo de vida grupal condiciona los estilos de vida personales y las maneras propias de percepción y de resignificación de los fenómenos de salud. (22 p.51)”

Así, el modo de vida condiciona las trayectorias de vida en contextos de precarización, como lo es la pobreza oculta, desde las intersecciones entre clase social, edad, género y salud. Lo anterior permite entender además cómo la vida cotidiana de los sujetos en estas trayectorias se ha visto afectada por la adaptación a las presiones ejercidas por los actores y las instituciones que hacen parte de la estructura del SGSSS. Aunque estas presiones son ajenas al sujeto, lo afectan de tal forma que se canalizan en su interior y, de esta forma, condicionan las tácticas de los sujetos en respuesta a la negación de los servicios por parte de las instituciones.

A partir de lo anterior, se pueden interpretar los modos de vida de Mercedes, Graciela y Rosalba en relación con el itinerario trazado por cada una de ellas en su búsqueda de garantizar el acceso a la salud. Las tres mujeres también se encuentran en la misma etapa del ciclo vital –vejez (60 años y más)–, esto es importante señalarlo además porque Teusaquillo es una de las localidades que cuenta con una mayor proporción de personas mayores en relación con el número de habitantes, con un 18,96% (23) siendo este un determinante de la pobreza oculta en esta

localidad. Asimismo, estas tres historias están relacionadas con situaciones de vulnerabilidad social en un contexto de clase media precarizada.

En los casos de Mercedes y de Graciela hay una trayectoria de precarización de sus condiciones de vida en la localidad. En el caso de Rosalba, su situación de pobreza no era evidente en la encuesta SISBEN, así que se ocultaba por el hecho de residir en Teusaquillo. En ese sentido, la posición de cada una de ellas dentro de la estructura social condiciona la trayectoria trazada en cada caso.

Mercedes y Graciela culminaron estudios secundarios y, teniendo en cuenta la edad de ellas (72 y 80 años respectivamente), esto significaba un logro importante dado que en las décadas de 1960 y 1970, época en la cual ellas terminaron estos estudios, solamente entre el 13% y el 21% de la población con 15 años o más alcanzaba estudios de secundaria, y alrededor del 50% alcanzaba estudios de primaria (24). Este capital cultural les permitió incorporarse al mercado laboral en labores de oficina o de cuello blanco, propias de estratos medios (25). Este tipo de trabajos ayudaron a forjar las identidades de clase media en relación con el género durante la primera mitad del siglo XX, a través de la independencia y la autonomía de la mujer trabajadora (26). Esto explica, en parte, el papel que, siendo casadas, han asumido Mercedes y Graciela en relación con sus luchas con el sistema de salud.

Ellas pudieran estar en ventaja en la medida en que hacen parte del 11,1% de la población pensionada y del 90,3% de la población afiliada al régimen contributivo en salud que reside en Teusaquillo, según datos de la Encuesta Multipropósito para Bogotá, año 2017. Según el estudio Misión Colombia Envejece (27), en Colombia, solo el 23% de personas mayores de 60 años recibe pensión. Sin embargo, su ingreso cada vez se hace insuficiente para poder sostener los gastos, siendo esta una de las manifestaciones de la pobreza oculta de acuerdo con lo que señalan García et al. (5) y Mendoza et al. (28).

Pueda que su llegada a la localidad de Teusaquillo en la década de 1990 hubiera significado cierta forma de movilidad social ascendente (29,30). En ese entonces los costos de la vivienda y su mantenimiento no eran tan altos como ahora. Sin embargo, la pérdida de poder adquisitivo de sus pensiones hace más difícil el asumir los costos asociados a vivir en esta localidad. Lo que sucede en el caso de los pensionados es que el ingreso no aumenta con la velocidad que la inflación, por lo que se genera una pérdida de poder adquisitivo (25). De hecho, los fallos de tutela siempre han tenido un llamado de atención sobre esto, de tal manera que se tenga en cuenta el ingreso (pensiones de un SMLV) dentro de la vulnerabilidad de estos hogares. Sumado a lo anterior, los costos asociados a las condiciones de salud de sus hijos han llevado a una disminución de sus ingresos. Las propias condiciones de salud presentes en estas familias, sumadas a las lógicas burocráticas del sistema de salud, las han obligado a consumir recursos para contratar abogados, movilizarse para realizar trámites, entre otras prácticas que conllevan



gastos adicionales. Además, implica una nueva carga económica y afectiva para estas familias. Así lo manifiesta Mercedes en relación con sus condiciones de vida:

“Yo considero que no somos clase media. Una clase media que se ve a gatas para suplir las necesidades básicas... estamos muy endeudados. Nos ha tocado comprometer la pensión para suplir las necesidades básicas. La mayoría somos adultos mayores que estamos en una situación de vulnerabilidad muy grande y en nuestro caso con un hijo con una patología difícil. (Mercedes, entrevista, 23 de abril de 2019)”

Sin embargo, un activo como lo es la vivienda propia entra en juego como táctica para generar ingresos adicionales, como es el caso de Mercedes. Ella arrienda dos habitaciones que tiene disponibles para poder cubrir las deudas. Es importante destacar que, según lo anota Wilkis (31), el endeudamiento en algunos hogares es la única posibilidad para tener acceso a bienes y servicios. Pero este endeudamiento va de la mano con la responsabilidad ante la deuda adquirida, responsabilidad que alcanza un reconocimiento y un valor moral. Por ello, los sujetos buscan ingresos adicionales por la preocupación de no poder cubrir las deudas.

También el capital social y cultural (32) que está presente en la clase media puede ponerse en juego a la hora de confrontar las estrategias que despliegan las instituciones cuando niegan la prestación de los servicios de salud. Es así como la posición de clase puede determinar la posibilidad de acceder a asesoría legal, en la medida en que los sujetos pertenecientes a la clase media tienen acceso a información, conocen más acerca de sus derechos y en esa medida asumen este tipo de tácticas. De hecho, Uprimny y Durán (33), en su estudio sobre los efectos del litigio en salud, establecen que la mayoría de los demandantes tienen ingresos altos, pertenecen al régimen contributivo y tienden a concentrarse en los departamentos de mayor Índice de Desarrollo Humano. Sin embargo, también lo que se puede inferir es que quienes se encuentran en peores condiciones de vulnerabilidad social estarían además en desventaja frente a una situación de negación de servicios de salud, lo que configura una doble inequidad para los más pobres y vulnerables.

La estratificación socioeconómica asignada a la localidad desde la estructura administrativa de la ciudad (estratos socioeconómicos 3 a 5), esconde los procesos de empobrecimiento subyacentes. En ese sentido, según lo informa el asesor legal de la fundación, los procesos de gentrificación (34) han encarecido el costo de vida para los habitantes de la localidad que se pueden ver forzados a desplazarse hacia otros barrios o localidades o, por el contrario, si deciden permanecer en el territorio, ven un detrimento de su poder adquisitivo, con la consiguiente precarización de sus condiciones de vida. Esto es lo que Sassen (35) denomina lógicas de expulsión, que se ven reflejadas en los territorios por la manipulación financiera de la deuda a causa de la precarización laboral que expulsa a su vez a los trabajadores de bajos salarios y a los desempleados de los programas de protección social.

Este pudiera ser el caso de Rosalba, quien vivió durante 27 años en Teusaquillo. Ella vivía en un inquilinato, que es una modalidad de vivienda que se da en esta localidad. Para la

época en la que Rosalba aún vivía en Teusaquillo, el 0,2% y el 1,4% de la población vivía en cuartos de inquilinatos y cuartos de otro tipo de estructuras respectivamente, según datos de la Encuesta Multipropósito para Bogotá, año 2011. El inquilinato consiste en el arriendo de habitaciones como una fuente adicional o única de generación de ingresos en algunos hogares. Allí también se presenta pobreza oculta que, en el caso de Rosalba, se da a partir de condiciones de vulnerabilidad que pasan desapercibidas o no son reconocidas. Es así como el vivir en Teusaquillo dificultó en un comienzo que se le reconociera su condición de pobreza a través de la encuesta SISBEN. Luego los altos costos de vida en la localidad llevaron a que finalmente Rosalba se fuera a vivir en otra localidad. Ella, a diferencia de Graciela y Mercedes, no terminó sus estudios secundarios. Por tal razón ha sido trabajadora informal, y a pesar de tener 63 años, no tiene acceso a pensión de vejez.

En el caso de Rosalba, el esquema de seguridad social implementado a partir de 1993 con la Ley 100, solo la beneficia a través del aseguramiento en salud. No cuenta con una pensión de vejez ya que nunca estuvo vinculada al mercado laboral formal. En ese sentido, esta nueva configuración de la protección social está mediada por un mercado laboral altamente segmentado y dependiente de la generación de ingresos (36). Se trata de alcanzar autoprotección en un mercado de servicios y de seguros formales e informales, y bajo esta lógica, quien tiene empleo formal accede a una mejor protección social que esta mediada por la capacidad de pago. Sin embargo, la protección social debería estar garantizada plenamente por el Estado desde un enfoque de derechos.

En ese sentido, en relación con la oportunidad en la atención en salud, la capacidad de pago media la calidad en la atención al tener una segmentación de los servicios por régimen de afiliación. Estas diferencias se pueden observar en los itinerarios burocráticos que se configuran para cada caso. Si se quiere mejorar la oportunidad en la atención, se puede optar por planes de salud complementario o pólizas a cargo de los usuarios. Sin embargo, bajo esta lógica las entidades aseguradoras privilegian a quienes realizan este pago adicional, garantizando una mejor oportunidad sin que medien barreras de acceso.

“Hay preferencia por medicina prepagada y plan premium, todo porque se paga \$70.000 o prepagada. Hay prelación por el que tiene dinero... es un sistema completamente injusto, yo soy creyente, y Dios le pondrá remedio a esto... ¿Dónde está Dios que permite tanta injusticia? (Mercedes, entrevista, 23 de abril de 2019)”

Estas situaciones en las que la capacidad económica media el acceso a los servicios de salud son consideradas como injustas e intolerables.

Frente a las responsabilidades que asumen Mercedes, Graciela y Rosalba, ellas tienen en común que son adultas mayores a cargo de hijos con discapacidad. El cuidado de los hijos recae sobre ellas, en la medida en que corresponde a la representación del “cuidado y la gratificación de las necesidades de los hijos justifican la vida de la mujer” (37 p.106) en la cual las prácticas de



crianza y de cuidado de los hijos recaen sobre la mujer. Esta representación también se extiende al cuidado de otros miembros de la familia. Mercedes y Graciela también asumen el cuidado de sus esposos, quienes tienen problemas de salud. Rosalba es madre cabeza de hogar y además asume la responsabilidad del cuidado de un hermano quien, aunque tiene hijos, “ellos no se han querido hacer responsables del papá”, tal y como lo manifiesta ella.

Llama la atención que Graciela ha asumido el cuidado de su hijo como una obligación y como una responsabilidad exclusiva de ella: “Yo traje al hijo al mundo, yo decidí traerlo... el no decidió, entonces yo me tengo que hacer cargo de él” (Graciela, entrevista, 23 de abril de 2019). Ella además considera que el esposo es una carga, como ella misma lo dice: “mi esposo no sirve para nada” (ibíd.). En algún momento ella manifestó que hubiera preferido no casarse. Entonces, por su edad, toda esta situación es una carga para ella.

En el caso de Mercedes, la condición de salud de su hijo hizo que ella dejara de trabajar y comenzara a cotizar a pensión en calidad de independiente, para poder dedicarse a su cuidado. Ella considera que el esposo ha sido un apoyo, incluso ahora que su estado de salud no es el mejor. Él la apoya con las labores del hogar, como ella misma lo manifiesta: “Mi esposo hace las veces de hombre y de mujer... él cocina, él cuida al hijo cuando yo no estoy” (Mercedes, entrevista, 23 de abril de 2019). En ese sentido, el apoyo del esposo es fundamental para ella se descargar un poco de la responsabilidad del cuidado.

Tanto en Mercedes como en Graciela se puede observar lo que Pineda (38 p.75) denomina “familia posmoderna popular” con una transformación en las relaciones de género y con nuevas configuraciones de poder, donde las mujeres, al ser proveedoras, han alcanzado una mayor autonomía. Sin embargo, en el caso de Graciela, al mantener una relación conflictiva con el esposo, no puede esperar mayor cooperación en el cuidado del hijo. En el caso de Mercedes, se observa en el esposo una nueva masculinidad, así que las labores del hogar y del cuidado son compartidas y hay una mayor cooperación.

A partir de lo anterior, aquí se observa un cambio en las relaciones de género, con mujeres que se organizan para afrontar las barreras del sistema de salud, asumiendo un papel más activo a pesar de sus condiciones de vulnerabilidad. Ellas tres, además, han asumido toda la responsabilidad en todo el proceso de interlocución con cada uno de los diferentes actores involucrados en cada uno de los itinerarios burocráticos analizados.

Conclusiones

El sistema de salud es una compleja red sociotécnica que articula actores, saberes, prácticas, estándares y tecnologías que se coordinan para ofrecer servicios de salud a partir de una red de relaciones heterogéneas. Es así como este trabajo de campo ofrece una versión del acceso a la salud: la que se coproduce en el contexto de la pobreza oculta en Teusaquillo, en la que se la fundación y que está mediada por la judicialización.

Las historias de Mercedes, Graciela y Rosalba dan cuenta de esa multiplicidad que se entrelaza en los itinerarios burocráticos que cada una de ellas tiene que transitar para poder acceder a los servicios de salud. Cada uno de estos itinerarios está mediado por la realidad vivida por cada una de ellas. Aquí la pobreza oculta se evidencia desde los sujetos y sus trayectorias de precarización y desde sus narrativas, a partir de las cuales se pueden reconocer como pobres ocultos en sus múltiples manifestaciones e intersecciones de clase, edad, género y trabajo del cuidado.

En el caso de Mercedes y de Graciela, es a partir de la precariedad económica que está mediada en parte por las lógicas burocráticas del sistema de salud. Estas les imponen gastos adicionales que para ellas son difíciles de asumir. En el caso de Rosalba, su condición de vulnerabilidad social se ocultó por los estándares que median el reconocimiento de población pobre y vulnerable a través del SISBEN, es decir, desde la racionalidad técnica de la política pública. Esto hace que su itinerario a través del régimen subsidiado sea más complejo en relación con el itinerario del régimen contributivo, tanto en los procesos burocráticos, como en el número de actores involucrados para garantizar el acceso a los servicios de salud.

En ese sentido, aunque el caso de Rosalba en particular arroja alguna evidencia acerca de cómo desde la institucionalidad se (des)conoce la pobreza oculta, se hace necesario explorar si hay una construcción de esta problemática como objeto de conocimiento desde la política pública y desde las prácticas en las instituciones. Incorporar en esta exploración las relaciones entre actores humanos y no humanos que median y que condicionan el acceso a la salud para estos sujetos. También se hace necesario profundizar en las lógicas y dispositivos que producen la negociación de los servicios por parte de las instituciones involucradas.

Consideraciones éticas

Este tipo de estudio no requiere evaluación por parte de un comité de ética, pero se rige bajo criterios éticos básicos como son el principio de beneficencia, no maleficencia y protección de la autonomía, el bienestar, la seguridad y la dignidad de los participantes del estudio.

Financiación

La investigación no recibió financiación para su realización.

Conflictos de interés

La autora informa que no tiene ningún conflicto de interés asociado al desarrollo de la investigación.



Agradecimientos

A los profesores Oscar Iván Salazar Ph.D. y Andrea Lampis Ph.D., por su asesoría para la elaboración del presente documento.

Referencias

1. Golovanevsky L. Cultura de la pobreza, cultura de la caída (los nuevos pobres) y la influencia de las transformaciones laborales en los modos de vida. Algunos abordajes de la literatura. Cuad la Fac Humanidades y Ciencias Soc - Univ Nac Jujuy. 2004;24:145-164. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=18502408>
2. Di Virgilio MM, Kessler G. La nueva pobreza urbana: dinámica global, regional y argentina en las últimas dos décadas. Rev la CEPAL. 2008;(95):31–48. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11250/095031050_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Minujín A. Vulnerabilidad y Resiliencia de la clase media en América Latina. New York; 2010.
4. Jiménez Z C. ¿Empobrecimiento o desclasamiento? La dimensión simbólica de la desigualdad social. Trab y Soc. 2011;XV(17):49–65. <http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/17JIMENEZZUNINODesclasamiento.pdf>
5. García Rodríguez G, Jiménez Medina J, Jiménez Medina L. Consideraciones acerca del concepto de pobreza en la contemporaneidad: la pobreza oculta, retos y discusiones-Colombia. Comunicación. 2015;6(2):58–70. <http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v6n2/a06v6n2.pdf>
6. Pineda B. Dinámica de pobreza y exclusión social en la última década en la localidad de Teusaquillo. Estudio de Caso. Universidad de los Andes; 2014. <http://repositorio.uniandes.edu.co/xmlui/handle/1992/6854>
7. Parada García C. Probabilidad de la población en situación de pobreza oculta de acceder al servicio de salud en Bogotá para el año 2014. Universidad de La Salle. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales; 2017.
8. Torres Penagos MF. Índice de Pobreza Multidimensional Oculta para la localidad de Teusaquillo (Bogotá): propuesta metodológica a partir de percepciones ciudadanas. Cuad Econ. 2018;37(74):555–88. <http://doi.org/10.15446/cuad.econ.v37n74.56164>
9. Jasanoff S. The Idiom of Co-Production. In: Sheila Jasanoff, editor. States of Knowledge: The Co-Production of Science and the Social Order. Oxon: Routledge; 2004. p. 1–12.
10. Latour B. Reensamblar lo social : una introducción a la teoría del actor-red. Primera Edición. Buenos Aires: Manantial; 2008.
11. Haraway D. Situated Knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. Fem Stud . 1988;14(3):575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
12. Henare A, Holbraad M, Wastell S (ed). Thinking Through Things: Theorising Artefacts Ethnographically. First Edition. Amiria Henare, Martin Holbraad, Sari Wastell, editors. Oxon: Routledge; 2007. 1–230 p.
13. Nail T. What is an Assemblage? SubStance. 2017;46(1):21–37. <https://muse.jhu.edu/article/650026>

14. Gell A. *Art and Agency. An Anthropological Theory*. New York: Oxford University Press; 1998.
15. Foucault M. *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Colin Gordon, editor. New York: Pantheon Books; 1980. 1–270 p.
16. De Certeau M. *La invención de lo cotidiano I. Artes de hacer*. Luce Giard, editor. México, D.F.: Universidad Iberoamericana; 2000. 229 p.
17. Abadía C, Oviedo D. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Gerenc y Políticas Salud*. 2010;9(18). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2650>
18. Abadía C, Oviedo D. Itinerarios burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. *UNM Digit Repos*. 2009; https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es
19. Guber R. *La etnografía : método, campo y reflexividad*. 1. ed. Bogotá, D.C.: Grupo Editorial Norma; 2001. 146 p.
20. Geertz C. *El antropólogo como autor*. 1a Ed. Barcelona: Paidós; 1989. 163 p.
21. Restrepo Forero O. Introducción. In: Olga Restrepo Forero, editor. *Proyecto Ensamblado en Colombia Tomo 1 Ensamblando Estados*. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales (CES); 2013.
22. Breilh J. *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. 1a Ed 2a Reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
23. Fundación Saldarriaga Concha. Informe ‘Bogotá: una ciudad mayor que se prepara para el envejecimiento de su población’. 2019. <https://www.saldarriagaconcha.org/bogota-una-ciudad-mayor-que-se-prepara-para-el-envejecimiento-de-su-poblacion/>
24. Ocampo Gaviria JA (comp). *Historia Económica de Colombia*. 4a ed. Ocampo Gaviria JA, editor. Bogotá, D.C.: FCE, Fedesarrollo; 2015. 1–401 p.
25. Vidich A. *The New Middle Classes. Life-Styles, Status Claims and Political Orientations*. Arthur J. Vidich, editor. New York: New York University Press; 1995. 1–404 p.
26. López Pedreros AR. “Ser clase media no es algo que pasa de la noche a la mañana”: empleados, mujeres de oficina y la construcción de las identidades de clase media en Bogotá, 1930-1950. In: Sergio Visacovsky, Enrique Garguin, editors. *Moralidades, economías e identidades de clase media Estudios históricos y etnográficos*. 1a Ed. Buenos Aires: Antropofagia; 2009. p. 161–94.
27. Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogota, 2015. https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/2724/LIB_2015_MCE_completo.pdf?sequence=5&isAllowed=y
28. Mendoza Torres M, Tarazona Morales O, Duque Vargas L. Caracterización de la pobreza oculta y su efecto en la sostenibilidad económica de las pequeñas y medianas empresas de la localidad de

Usaquén (Bogotá-Colombia). *Rev Fac Ciencias Económicas Investig y Reflexión*. 2011;XIX(2):123–40. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90922735008>

29. Sémblér C. Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medios. Serie Políticas Sociales No. 125. 2006. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6130/S0600897_es.pdf;jsessionid=7BC8D861C1CBB72FCD157B419779DF9D?sequence=1
30. Uribe Mallarino C. Ascensos y descensos en la reproducción social. *Univ Humanística*. 2005;(59):36–51. <https://www.redalyc.org/pdf/791/79105904.pdf>
31. Wilkis A. Sociología del crédito y economía de las clases populares. *Rev Mex Sociol*. 2014;76(2):225–252. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200003&lng=es&tlng=es
32. Bourdieu P. *La Distinción: Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus; 1998.
33. Uprimny R, Durán J. Equidad y protección jurídica del derecho a la salud en Colombia. Santiago de Chile; 2014. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36758/S2014181_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Parrado-Rodríguez C. Rehabilitación urbana y pobreza oculta. *La Mariscal, Quito. Bitácora Urbano Territ*. 2018;28(2):17–24. <https://doi.org/10.15446/bitacora.v28n2.70065>
35. Sassen S. Introduction: The Savage Sorting. In: *Expulsions: Complexity in the Global Economy*. Cambridge: Harvard University Press; 2014. p. 2–11.
36. Lampis A. Lost in Translation. Social protection and the search for security in Bogotá, Colombia. In: *Untamed Urbanisms*. New York: Routledge; 2016. p. 93–107.
37. Puyana Y. ¿Es lo mismo ser mujer que ser madre? En: Robledo AI, Puyana Y (eds). *Ética: masculinidades y feminidades*, 1ª ed. Centro de Estudios Sociales. Universidad Nacional de Colombia; 2000. p. 89–126.
38. Pineda Duque JA. Familia postmoderna popular, masculinidades y economía del cuidado. *rev.latinoam.estud.fam*. 2010;2(enero-diciembre):51–78. [http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef2_\(completa\).pdf#page=51](http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef2_(completa).pdf#page=51)