

Evaluación de los Efectos de la Política de Focalización de Subsidios en Salud sobre la Población sin Capacidad de Pago de Cuatro Localidades de Bogotá, D.C., Colombia, 2001¹

ROMÁN VEGA R¹., AMPARO HERNÁNDEZ B²., CRISTINA BARAJAS S³., LUIGI CONVERSA⁴ y BEATRIZ CANTOR M⁵.

1. Médico. Ph. D., Management. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Calle 40 # 6-23, Edificio Gabriel Giraldo, piso 8. Teléfono 571-320 8320 ext. 5431. E-mail: roman.vega@javeriana.edu.co

2. Médica. M.Sc. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: ahernand@javeriana.edu.co

3. Antropóloga. Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: barajas@javeriana.edu.co

4. Sociólogo. Consultor independiente. E-mail: luigiconversa@yahoo.it

5. Trabajadora Social, MSc. Consultora independiente. E-mail: bettycantor@yahoo.com

Recibido 10 Noviembre 2002/Enviado para Modificación 20 Enero 2003/Aceptado 15 Febrero 2003

RESUMEN

Objetivos Analizar los problemas de la política de focalización y las características de la toma de decisiones para asignar subsidios en salud a la población de los niveles 3 y 4 del Sisben de cuatro localidades de Bogotá, buscando aportar elementos de juicio para transformar los procesos de formulación de políticas y corregir sus defectos en materia de marginalización y exclusión.

¹ Investigación realizada mediante convenio suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud, el Hospital del Sur, ESE, y la Pontificia Universidad Javeriana. Trabajo presentado en el I Encuentro Nacional de Investigación en Salud Pública. Noviembre 14-16 de 2002, Bogotá.

Métodos Se asumió un enfoque metodológico crítico, participativo y pluralista que combinó múltiples métodos y técnicas de investigación desde una perspectiva sistémica y pos-estructuralista. Se realizaron cuatro subproyectos. Se analizó la política de focalización de subsidios en Colombia con base en el análisis del discurso de los principales actores sociopolíticos que participaron en su formulación. Se realizó un estudio cualitativo para establecer cómo es percibida la política de focalización del gasto en salud por la población excluida, por los prestadores públicos y las autoridades locales, con base en grupos focales y entrevistas a profundidad. Se hizo también un seguimiento del acceso y uso de servicios médicos a partir de la definición de una condición trazadora. Finalmente, se formularon recomendaciones colectivas de política desde la perspectiva de la población excluida, de los prestadores y de las autoridades.

Resultados Se problematiza la política de focalización producto de la adopción de un concepto estrecho y utilitarista de la pobreza y de la justicia social, del carácter poco participativo del proceso de análisis y medición de la pobreza, del monitoreo y la puesta en práctica de los programas, y de la evaluación de los resultados de la política.

Conclusiones Las medidas para facilitar y hacer más equitativo el acceso a los servicios de salud no se justifican sólo en virtud de la pobreza, sino de la corrección de las inequidades en salud que resultan de otros determinantes que pueden agravar la desigualdad, la marginación y la exclusión. Se propone la adopción de un enfoque amplio del análisis de la pobreza, de la toma de decisiones y de la participación social.

Palabras Claves: Política de salud, política social, financiamiento gubernamental, pobreza, acceso universal a servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Evaluation of the effects of the health subsidy focalization policy on the population without payment capacity from four localities in Bogotá D.C., Colombia, 2001

Objectives To analyze the problems of the focalization policy and the characteristics of decision-making to assign health subsidies for the population of Sisben levels 3 and 4 of 4 localities in Bogotá, in order to propose criteria for transforming the processes of policy formulation and correct its defects on marginalization and exclusion.

Methods A critical, participative and pluralist methodological approach, which combined multiple research methods and techniques from a systemic and post-structuralist perspective, was undertaken. For sub-projects were carried out. The subsidy-focalization policy in Colombia was analyzed based upon the arguments of the main socio-political actors who participated in its formulation. In order to establish how the focalization policy of health spending is perceived by the excluded population, the public providers and the local authorities, a qualitative study was done based upon focal groups and in-depth interviews. A follow-up of the accessibility to and use of health services was also carried out from the definition of

a tracing condition. Finally, collective recommendations of policies were formulated from the perspective of the excluded population, the providers and the authorities.

Results The problems of a focalization policy, product of the adoption of a narrow and utilitarian concept of poverty and social justice, of a scarcely participative process of analysis and measurement of poverty, of the screening and setup of the programs and of the evaluation of the results of the policy, are identified.

Conclusions Measures to facilitate and make health care accessibility more equalitarian are justified not only because of poverty, but also because of the correction of inequities in health which result from other determinants that can deepen inequalities, marginalization and exclusion. The adoption of a broad approach for analyzing poverty, for decision-making and for social participation is proposed.

Key Words: Health policy, social policy, government financing, poverty, access to health care (*source: MeSH, NLM*).

El presente documento contiene los resultados de la investigación “Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del sobre la población vinculada y sin capacidad de pago de las localidades de Kennedy, Bosa, Fontibón, y Puente Aranda de Bogotá D.C., 2001” los cuales se presentan en correspondencia con los cuatro subproyectos que dieron cuenta del objetivo general que enuncia el título, y de los siguientes objetivos específicos: 1. Análisis documental sobre la emergencia, consolidación y crítica del discurso de focalización de subsidios en salud y del Sisben en Colombia durante la década del noventa; 2. Percepción de los usuarios, funcionarios y autoridades locales y distritales sobre los efectos de la focalización de subsidios para aseguramiento en salud y del Sisben en las cuatro localidades; 3. Análisis del acceso y uso de los servicios de salud por parte de la población de usuarias con complicaciones hipertensivas del embarazo de las cuatro localidades; 4. Recomendaciones generales.

Desde el punto de vista teórico la investigación se apoyó en la concepción que señala que históricamente la lógica de las racionalidades y prácticas de las políticas de salud han sido expresión de relaciones cambiantes entre poder y saber (1-5). En la cultura occidental, estas relaciones han ensamblado complejos de poder, conocimiento y moralidad que en el plano del discurso y de la manera de gobernar lo social (la población, la pobreza, los cuidados de la salud, entre otros), han constituido distintas estrategias globales de intervención tales como la noso-política y la policía social durante los siglos XVII y XVIII; el bio-poder, la bio-política y el Estado de bienestar durante el final del siglo XIX y parte del siglo XX, y el neoliberalismo, a finales del siglo XX (6-9).

Se asumió un enfoque metodológico crítico, participativo y pluralista que combinó múltiples métodos y técnicas de investigación desde una perspectiva sistémica pos-estructuralista. Siguiendo esa metodología general, cada subproyecto

aplicó métodos y técnicas particulares en concordancia con los objetivos específicos a desarrollar. Los resultados se presentan organizados en cuatro subproyectos y se unifican en las recomendaciones y conclusiones generales.

El primer subproyecto analizó las políticas de las agencias internacionales y del gobierno para la ampliación de la cobertura de los servicios de salud durante la década del noventa, con particular énfasis en sus directrices respecto de los pobres y marginados. Revisó y dio cuenta de la emergencia de la racionalidad política construida a partir de los cambios introducidos, deteniéndose particularmente en los enfoques metodológicos de intervención para garantizar el acceso de los pobres y marginados a los servicios de salud. El segundo sacó a la luz las percepciones que los excluidos por la política de focalización y los funcionarios y autoridades involucrados en su ejecución, tienen acerca de sus efectos en materia de acceso y uso de los servicios de salud y en otras dimensiones de sus vidas. El tercero hizo un análisis comparativo por condiciones socioeconómicas y de aseguramiento, del acceso y uso de los servicios en la red de hospitales del suroccidente de pacientes vinculadas y afiliadas al régimen subsidiado. El cuarto construyó las recomendaciones para solucionar los problemas identificados en tres planos: marco político y normativo de la asignación de subsidios, metodología y su aplicación y, proceso de toma de decisiones.

ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico incluyó tres lineamientos principales unidos en interacciones complejas, sólo separados para propósitos de presentación: 1. “Unfolding in reverse”: procedimiento mediante el cual se hacen reversibles, deconstruyen o critican los efectos negativos de una política o práctica sobre sujetos específicos; 2. “Holding”: proceso mediante el cual los sujetos constituyen y fortalecen sus puntos de vista y asumen una postura ética frente así mismos y los otros, respecto de las implicaciones de sus perspectivas y acciones; 3. “Ethical and political unfolding”: proceso mediante el cual los sujetos constituyen plataformas de acción con otros y se preparan para la participación en la toma de decisiones políticas (10).

La metodología buscó promover una amplia, plural y participativa identificación de los problemas de la política de focalización de subsidios y su aplicación a través del Sisben, y buscó diseñar alternativas de solución a los problemas identificados desde la perspectiva de los sujetos sociales afectados en un proceso que los “empoderó” cognoscitiva y éticamente a través de la crítica de los efectos de las relaciones saber-poder presentes en las políticas y sus prácticas. Con este propósito, la metodología promovió el uso y combinación de múltiples métodos y/o sus partes (técnicas e instrumentos), cuantitativos y cualitativos, para identificar los problemas y trazar soluciones (11,12). Los métodos se escogieron y combinaron desde una

perspectiva situada, es decir, sin pretensiones de producir una verdad neutral y universal sino orientada a dar elementos de juicio para el auto-conocimiento y la reflexión de los sujetos sociales afectados (13,14). A través de la "triangulación" (15,16) se buscó superar problemas relativos a la validez de la información obtenida.

Métodos y técnicas de análisis

Los métodos, técnicas y procedimientos de análisis utilizados dependieron de las particularidades de cada uno de los subproyectos, así:

- La investigación de la emergencia, consolidación y crítica de la política de focalización de subsidios para aseguramiento en salud y del Sisben en Colombia durante la década de los noventa se hizo siguiendo un método crítico e histórico de análisis del discurso escrito de los actores sociopolíticos que participaron en el proceso de formulación de las políticas (5,17-21) durante el período de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, la Ley 100 de 1993 y la adopción del Sisben por el sector en 1995. Este análisis fue precedido de una descripción de las racionalidades políticas que poblaron el período entre 1972, cuando se formuló el Plan Decenal de Salud de las Américas, y las reformas del gobierno de Virgilio Barco Vargas (1986-1990).

La técnica de investigación usada fue la inspección de documentos. Las fuentes primarias fueron: archivos de la Asamblea Nacional Constituyente; archivos de la Presidencia de la República (Centro de Información y Sistema para la preparación de la Asamblea Nacional Constituyente); archivo del Congreso de la República; archivo de la Corte Constitucional; archivos de documentos de la Comisión Transitoria; archivos del Departamento Nacional de Planeación / Misión Social y archivos de bibliotecas o de instituciones académicas. Las fuentes secundarias: documentos emitidos en foros y reuniones nacionales y distritales; libros y artículos de periódicos y revistas e investigaciones sobre los efectos de la aplicación de la política de focalización en Colombia, entre otros.

- Para mostrar las percepciones de la población excluida y sin capacidad de pago, de los prestadores públicos de servicios médicos y de las respectivas autoridades distritales y locales, se realizó un estudio cualitativo con base en 18 grupos focales (22-24) así: ocho de las comunidades de las localidades, dos por cada localidad; ocho de las IPS públicas del sector, también dos por localidad; uno de representantes de las alcaldías y juntas administradoras locales, y uno de funcionarios de planeación distrital y nacional, del Consejo de Bogotá y de la Secretaría Distrital de Salud. Los grupos focales fueron complementados con entrevistas a profundidad de asistentes seleccionados. La inclusión de personas en los grupos focales se hizo teniendo como criterios: 1. Personas que hubiesen sido encuestadas por el Sisben y

no hubiesen clasificado para recibir el subsidio. 2. Representantes de los funcionarios más en contacto con la comunidad: profesionales, técnicos y auxiliares del área asistencial y del área administrativa de las instituciones públicas de salud de las localidades objeto de investigación. 3. Representantes de las alcaldías y ediles de las localidades. 4. Personas relacionadas con los procesos de toma de decisiones sobre focalización de subsidios para aseguramiento en salud del Departamento Nacional de Planeación, Planeación Distrital, Secretaría Distrital de Salud y Consejo de Bogotá. El análisis se hizo siguiendo el patrón de regularidades de los puntos de vista de los asistentes a los grupos focales, previa triangulación entre los distintos grupos.

- Para complementar el análisis, a partir de la definición del resultado de la atención médica para una condición trazadora (25), las complicaciones hipertensivas del embarazo, se hizo un seguimiento del proceso de acceso y uso de los cuidados médicos entregados a la población por la red pública distrital de las localidades en estudio según necesidad, características de la población y tipo de aseguramiento durante el año 2000, mediante una metodología basada en la revisión de historias clínicas según lo propuesto por Majeed y col. (26), análisis cuantitativos y evidencias cualitativas.

El universo lo constituyó la población de usuarias embarazadas (aseguradas y no aseguradas) de los servicios de salud de la red pública de hospitales del suroccidente de la ciudad. Se tomó una muestra por conveniencia y se incluyeron variables demográficas, socioeconómicas, geográficas, y de necesidad y uso de servicios. El análisis se hizo en dos planos: Una descripción cuantitativa de la información sobre uso de servicios preventivos y de hospitalización de las historias clínicas de mujeres con complicaciones hipertensivas del embarazo, a través de tabulaciones cruzadas, distribución de frecuencias y el uso de medidas de tendencia central; y un análisis complementario (por insuficiencia de información de las historias clínicas) a partir de información cualitativa obtenida de dos grupos focales (uno de médicos de profesionales de la salud y el otro de usuarias) y entrevistas a profundidad.

Dado que se trató de una muestra no probabilística de la población, los resultados no pueden ser extrapolados al universo de las cuatro localidades y expresan, a manera de caso, las experiencias de las pacientes que consultaron y de los profesionales que las atendieron. A pesar de que con el método usado las evidencias sólo sirvieron como generadoras de hipótesis, los resultados permitieron ilustrar la situación en estudio.

- Por último, las recomendaciones se hicieron desde la perspectiva de la población excluida y sin capacidad de pago, de los prestadores públicos de servicios médicos y de las autoridades locales y distritales. Se construyeron mediante la realización de talleres, una vez finalizados los anteriores subproyectos y conocidos

sus resultados por los actores involucrados. Se usó un enfoque metodológico participativo y pluralista orientado a promover la formulación de recomendaciones colectivas, estimulando la participación amplia de los actores involucrados y el respeto por las diferencias de los puntos de vista expresados por los participantes, apoyados en métodos y técnicas obtenidos a partir de probados enfoques metodológicos (15,27-31).

En su conjunto, la investigación tuvo el carácter de un estudio de caso referido a la población vinculada y sin capacidad de pago y excluida tanto por el Sisben como por el proceso de toma de decisiones para efectos de la asignación de subsidios para aseguramiento en salud. La escogencia de las localidades a estudio obedeció exclusivamente a las facilidades que para realizar la investigación otorgaron la red de hospitales del suroccidente de Bogotá y varias de las organizaciones comunitarias del área.

RESULTADOS

Emergencia, consolidación y crítica del discurso de focalización

Este primer subproyecto (31), al analizar la emergencia y conexiones entre la actual política de salud de Colombia y las recomendaciones formuladas por agencias como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud respecto de la cobertura de los servicios de salud para los pobres y poblaciones marginadas de las áreas urbanas y rurales muestra que, tanto la racionalidad política de la focalización de subsidios para aseguramiento en salud en los más pobres como el procedimiento metodológico para la selección de la población pobre, crean las condiciones para excluir a muchos de los beneficios del sistema de salud, no sólo como consecuencia de errores técnicos de exclusión propios de la encuesta, sino también por el tipo de justificación moral de la política de focalización.

A finales del decenio de los ochenta y comienzos de los noventa, emergió una nueva racionalidad política para estimular el acceso y garantizar el uso de los servicios de salud (32-34). Uno de los propósitos de esa nueva racionalidad fue universalizar la cobertura de los servicios de salud por medio de un mecanismo de aseguramiento social obligatorio. En Colombia, el acceso familiar a la seguridad social se planteó en función de la capacidad de pago de las personas (35). Para aquellos en situación de pobreza o sin capacidad para pagar una cotización que les garantizara un aseguramiento estable se decidió entregar un subsidio a la demanda, para lo cual se diseñó una encuesta de hogares llamada el Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, Sisben, que permitiría la entrega de los subsidios públicos focalizados en los más pobres (35-39). En el caso de salud, la encuesta identificaría y seleccionaría también en forma focalizada a

quienes recibirían subsidios para aseguramiento en el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La nueva racionalidad política dispuso que la distribución de los servicios de salud y la asignación de los recursos del sector debería encuadrarse en un espacio configurado por relaciones de mercado y en una acción mínima del Estado para regular la competencia entre las agencias públicas y privadas, de aseguramiento y de prestación de servicios, que constituirían el sistema, y para garantizar la equidad en el acceso y uso de los servicios entre los diferentes grupos de la población.

La política de agencias como el Banco Mundial y de los gobiernos de la región en relación con los pobres ha sido cambiante en el tiempo. En medio de una crisis económica, entre finales de los setenta y comienzos de los ochenta, confrontar la pobreza significó promover el crecimiento e intervenir factores asociados como el crecimiento demográfico, la contaminación del agua, de los alimentos, del aire y la tierra, la malnutrición, la insalubridad de las viviendas, y permitir a los pobres acceso a servicios básicos de salud a través de acciones de asistencia sanitaria primaria (40,41). Estos lineamientos de política y estratégicos se desarrollaron en las condiciones de una intervención estatal de corte liberal-keynesiana que definió los límites de las relaciones entre el Estado y el mercado. Entre finales de los ochenta y comienzos de los noventa, justo en el medio de una nueva crisis económica y de una creciente deuda externa entre los países de América Latina, el discurso de atención primaria en salud persistió en parte como la estrategia preferida de salud para los pobres. Sin embargo, en casos como Colombia, con la reforma del sistema de salud de 1993, éste fue reemplazado con una nueva racionalidad política global: una concepción neoliberal de gobierno y de manejo de la economía, de la pobreza y del pago de la deuda externa que pregonaba la apertura para lograr la prosperidad económica, una mínima intervención del Estado en la economía y en el manejo de los servicios sociales, la inserción de los pobres en los mecanismos del mercado como nueva forma para hacer justicia social, y el establecimiento de una serie de restricciones fiscales para garantizar el pago de la deuda (32,33,42).

El conjunto del enfoque de la política de salud fue concebido como una parte de un programa más amplio orientado a reordenar el desarrollo económico mediante la disminución de la intervención del Estado y del gasto público; la expansión de la inversión de capital privado en los servicios públicos, incluidos los servicios de salud; la regulación de la competencia entre servicios públicos y privados mediante el Estado; y la reducción de la pobreza a través de la prosperidad económica y la creación de oportunidades para los pobres mediante relaciones de mercado. Los pobres fueron vistos como tomadores de decisiones racionales que podían escoger los mejores servicios de salud a su alcance en el mercado, mediante la entrega de subsidios públicos a la demanda (42).

Para lograr aquellos objetivos, el Banco Mundial y otras agencias internacionales promovieron una reforma total del sistema de salud (33). Esta reforma se basó en la introducción de un sistema de seguros de salud fundamentado en relaciones de mercado tanto en la afiliación de la población en las organizaciones aseguradoras como en la escogencia de los prestadores de servicios de salud. Dado que la cobertura del sistema de seguridad social sería dependiente de la capacidad de pago, y que el sistema de seguridad social en salud fue definido como un sistema obligatorio, universal y solidario, se hizo necesario asignar subsidios públicos para afiliarse a los pobres (35). Debido a las restricciones en el gasto público impuestas por los acuerdos con el Fondo Monetario Internacional, fue necesario reducir las proyecciones de la cantidad de subsidios y sus beneficiarios asignándolos a los estratos más pobres de la población (35,38,39). Por eso se requirió de un mecanismo para seleccionar a los pobres merecedores de los subsidios. Este mecanismo, el Sisben, fue adoptado en el sector salud en 1995 (39,43).

Como resultado de la reforma del sistema de salud en Colombia, los servicios de salud fueron clasificados en dos categorías de bienes: primero, bienes privados, es decir, aquellos servicios curativos por los cuales el individuo estaría dispuesto a pagar y, segundo, bienes públicos, es decir, aquellos que el Estado debería garantizar, como los servicios de salud pública. La universalidad de la cobertura de estos servicios dependería de la prosperidad económica, del comportamiento del empleo, de los ingresos y del proceder de las personas frente a los riesgos. Además, en este modelo el alcance de los beneficios y de la distribución de los servicios de salud se haría de acuerdo con la noción de aseguramiento de contingencias en vez de la noción de necesidades (35).

Para que cada uno pudiera disfrutar las oportunidades del mercado era necesario generar capacidades de pago en los pobres e invertir en capital humano. Los pobres, incapaces de beneficiarse por sí mismos de las oportunidades del mercado, serían apoyados por el Estado a través de la asignación de subsidios. Esto les daría la posibilidad de acceder a los programas sociales, en particular, a los servicios de salud, demandándolos a través del acceso que garantiza el sistema de seguros. El mecanismo funcionaría como un subsidio a la demanda para ampliar y fortalecer las relaciones de mercado, y garantizar el éxito de la inversión privada de capital en el sector, en vez de un subsidio a la oferta como sucedía en la lógica del anterior Sistema Nacional de Salud (32,33).

El Sisben es una herramienta de gestión para la evaluación de la pobreza que tiene cuatro componentes. El primero es la racionalidad total de focalización que indica que sólo los más pobres deben ser seleccionados como beneficiarios de los subsidios para aseguramiento. El segundo es una encuesta que posibilita que sea recogida la información. El tercero es un indicador de pobreza; un procedimiento

estadístico que cuantifica el nivel de pobreza de la familia, clasifica a los pobres y los ordena en una escala que se extiende de cero a cien, siendo cero el límite extremo de los más pobres. El cuarto es la línea de corte, un procedimiento de toma de decisiones que separa a quienes merecerían subsidio de quienes no lo merecerían teniendo en cuenta el nivel de pobreza medido por el indicador y la disponibilidad de recursos (43,45).

En este modelo la pobreza es definida como el nivel de utilidad o de bienestar acumulado por un hogar. En orden a medirla, se debe usar un conjunto de variables cuantitativas y cualitativas que se refieren a las capacidades y realizaciones humanas. Estas variables identifican las características de los hogares mediante el uso de una encuesta que permite hacer correlaciones entre aspectos tales como las condiciones de la vivienda, la cobertura de servicios públicos, características de la familia, propiedad de bienes durables, dotación de capital humano y empleo. Una vez ha sido recogida la información, el procedimiento estadístico clasifica a los pobres de acuerdo con el nivel de utilidad o bienestar, que es tomado como un *proxi* del ingreso acumulado por los hogares en el curso de la vida (46).

Las variables incluidas en la encuesta se ponderan antes de que el indicador estadístico sea establecido. El más alto peso en las ponderaciones estadísticas generalmente lo obtienen las características de la vivienda, el acceso a los servicios públicos y el nivel de educación, en tanto que variables tales como el estado de salud y desempleo no son incluidas en la encuesta o tienen un bajo peso en la ponderación (47). De esta forma, el indicador mide principalmente la acumulación de largo término de bienestar en vez de la situación actual de las familias respecto de sus necesidades de salud y sus relaciones con el ingreso disponible. Es sabido que estos últimos factores reflejan de forma más sensible la necesidad y posibilidad de las familias para acceder y usar los servicios de salud en condiciones de crisis económica, altas tasas de desempleo o subempleo, y sistemas de aseguramiento en salud dependientes de la capacidad de pago, como actualmente sucede en Colombia.

De acuerdo con la lógica de la línea de corte que separa a los pobres que merecen subsidios de los que no lo merecen, la proporción de personas dignas de ellos en las áreas urbanas y rurales es calculada combinando otros dos indicadores de pobreza: de una parte la Línea de Indigencia, LI, y de otra, el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas, NBI (48,49). El primero representa el ingreso mínimo requerido para comprar una canasta básica de alimentos y, el segundo, es un indicador que mide el estándar de vida mediante correlaciones entre las características de la vivienda, el acceso a los servicios públicos, el capital humano actual y potencial, el hacinamiento y la proporción de menores de seis años en la familia. Con la aplicación de la línea de corte en el año 2000, una ciudad como Bogotá tenía sólo el 22,9% de la población elegible para la entrega de subsidios,

mientras que si se aplicaba un indicador como la Línea de Pobreza, LP, hubiera sido clasificada el 49,9 % (50).

Según Sarmiento, González y Rodríguez (45), y de acuerdo con la Misión Social (51), los procedimientos metodológicos para la focalización de la asignación de subsidios como el Sisben producen dos tipos de errores. El error tipo I es un error de exclusión de pobres debido a una distorsión de la información producida por la aplicación de la encuesta y su administración. El error tipo II por su parte, es un error de inclusión que permite que algunos no pobres sean incluidos debido a la manipulación de la información por parte de los entrevistados. Para estos autores, la solución de estos problemas se daría con el perfeccionamiento del contenido técnico de la encuesta y de su administración, enseñándole a las personas a ser sinceros con las respuestas, mejorando los procesos de aplicación y afinando más y más la racionalidad de la focalización.

A pesar de aquellas posturas, otros estudios recientes develan problemas del instrumento que trascienden los de índole meramente administrativo y técnico. En los foros regionales para la evaluación integral del Sisben realizados con funcionarios de distintos niveles del poder territorial, no se escapó a la observación de algunos de ellos “la incapacidad del Sisben para medir la liquidez de corto plazo de las familias” (51). Y el estudio del Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional y del Ministerio de Salud (52) señaló que para Bogotá el Sisben, dado el tipo de variables que incluye y los criterios valorativos de la línea de corte que pretende separar a los pobres de los no pobres, es una metodología muy débil y poco capaz de identificar la pobreza y a los más pobres. Por eso los puntajes que establece la línea de corte no servirían para tomar decisiones sobre quiénes merecerían o no los subsidios.

Percepción de usuarios, funcionarios y autoridades

Como lo mostró el segundo estudio, desde el punto de vista de aquellos a quienes se les aplica la encuesta y resultan directamente afectados y de quienes de una u otra manera juegan el papel de testigos de esta situación, la corrección de los errores del Sisben no sería suficiente para evitar la exclusión injusta de pobres.

En general, fueron expresadas dos grandes tipos de percepciones: las provenientes de los excluidos, funcionarios de los hospitales, líderes comunitarios y autoridades locales que en gran parte coincidieron en señalar que el Sisben es un sistema injusto porque excluye a mucha gente pobre de los beneficios del sistema de salud cuando los necesitan; y aquellas procedentes de las autoridades de planeación distrital y nacional quienes justificaron los resultados del Sisben con argumentos de escasez de recursos y un enfoque ético de justicia social que se inclina por los más

pobres para su asignación. Algunos de los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud se inclinaron por la justificación de la exclusión y en otros casos la criticaron.

Los argumentos de las personas de las localidades mostraron a la focalización de subsidios; la definición estrecha de pobreza en que se fundamenta; al peso dado a la ponderación de las variables que determinan los indicadores estadísticos del Sisben y la ordenación de la población por niveles de pobreza; y a la línea de corte usada para tomar las decisiones que permiten seleccionar a los pobres que ameritarían subsidios, como obstáculos para hacer universal el actual sistema de aseguramiento en salud. Interpretaron el derecho al acceso y uso de los servicios de salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado a todos los colombianos con base en la necesidad y sin limitaciones dadas por la capacidad de pago de las personas. Percibieron la satisfacción de este derecho como una condición que contribuye a la integración social e institucional, como un medio para superar la situación constante de emergencia en que viven y como un mecanismo útil para ayudar a resolver la crisis económica, social y política en la que tantos colombianos han estado involucrados.

La crítica de estas personas al Sisben apuntó a la definición de pobreza que fundamenta la racionalidad de la focalización, al enfoque metodológico de medición del nivel agregado de pobreza que hace énfasis en el nivel de bienestar acumulado para aproximarse a una medición del ingreso y al procedimiento específico para tomar decisiones que selecciona a los más pobres sin tener en cuenta su situación presente y sin posibilitar ninguna participación.

Distinguieron diferentes tipos de pobreza. En primer lugar la pobreza crónica que el Sisben buscaría medir, resultado de pasadas injusticias y de un subdesarrollo histórico de Colombia. Segundo, la pobreza reciente, resultado de la crisis económica, de la reducción del gasto social, de la flexibilización laboral y de las políticas de modernización del Estado. Tercero, la pobreza de las personas que migran o son desplazadas por causa de la violencia o de las dificultades sociales y económicas en que viven. Por último, la pobreza de aquellos que a pesar del bienestar logrado no pueden acceder de manera regular a los servicios de salud debido a sus bajos ingresos, desempleo o excesivos gastos por enfermedad. Desde su perspectiva, muchas de estas dimensiones de la pobreza no son identificadas por el Sisben y las personas terminan siendo excluidas de los beneficios del sistema de salud de una forma injusta.

La población considera que medir su nivel de pobreza sin tener en cuenta el ingreso neto, las necesidades y limitaciones familiares y personales, el estado de salud en que se encuentran, las condiciones ambientales de las localidades donde viven, la oferta de empleo y las posibilidades de conseguir un trabajo y el gasto en

salud debido a enfermedades, es un defecto central del Sisben, más allá de los problemas técnicos y de administración que se presentan con la aplicación de la encuesta. Percibe como arbitrarios los límites trazados por la línea de corte que da, al gobierno y a los técnicos, de acuerdo con su propio interés y perspectiva, la facultad de interpretar su situación, los aspectos discutibles de la disponibilidad de recursos y la definición de la cantidad de personas o familias a ser beneficiadas.

No acepta que el Sisben sea incapaz de tomar en cuenta las situaciones cambiantes de sus condiciones económicas, sociales y calidad de vida. Tampoco aceptan un procedimiento metodológico que les impide usar los servicios de salud cuando los necesitan. Por eso, los mecanismos del Sisben generan entre los encuestados muchas ilusiones y expectativas, pero también estimulan comportamientos inmorales y ayudan a generar corrupción entre los responsables de su aplicación. Debido al hecho de su exclusión, las personas consideran que tanto el Sisben como la política de focalización no son neutrales ni objetivas, sino irracionales en términos de su propia percepción y vivencia de la pobreza.

Esta crítica fue también presentada por los funcionarios de los hospitales públicos de las localidades en estudio y por las autoridades y líderes locales quienes, adicionalmente, refirieron las consecuencias negativas que desde su propia perspectiva esta política de salud trae hacia sus circunstancias institucionales y locales.

No fue ese el caso de los funcionarios que representaron a Planeación Nacional y Planeación Distrital. Para ellos el Sisben es un procedimiento neutral, objetivo, eficaz, eficiente y capaz de clasificar y seleccionar a los pobres en una forma justa. La línea de corte es la “conciencia crítica” del Sisben, porque permite al gobierno mover la frontera de inclusión y exclusión de acuerdo con la disponibilidad de recursos y con la situación social y política. Es también un mecanismo político que ayuda al gobierno a asumir una noción de justicia social en línea con la necesidad ética de incluir a las secciones más pobres de la población. Así, el Sisben termina por representar muy bien dos racionalidades: una política -la línea de corte- que le da a los gobernantes cierta flexibilidad en sus decisiones, y una racionalidad técnica -la encuesta y el procedimiento estadístico- que permite recoger información para clasificar la población en una forma justa. En este sentido las caras técnica y política del Sisben sirven al mismo propósito: incluir y excluir gente. Aunque admiten que el instrumento permite seleccionar con base en un criterio de miseria más que de pobreza, justifican la exclusión con puntos de vista económicos, más que con argumentos éticos y políticos.

Acceso y uso de servicios por parte de la población de usuarias

En este subproyecto se indagó diferencialmente por el uso de servicios de urgencias, de hospitalización y de control prenatal entre pacientes afiliadas al régimen subsidiado y participantes vinculadas que consultaron a las instituciones públicas de primero, segundo y tercer nivel en las localidades objeto de investigación. Se revisaron en total 78 historias (88,6 %) de las 88 previstas en la muestra, y fue necesario reemplazar 19 de los casos inicialmente seleccionados, por razones como la no disponibilidad de las historias en el centro de atención, historias incompletas, errores en la codificación del diagnóstico o falta de correspondencia con los casos de estudio.

Los resultados muestran que la mayor parte de la población estudiada reside en las localidades de Kennedy y Bosa conservando la distribución normal de la población de la red del suroccidente de la ciudad y al menos la mitad de las pacientes se encuentra en las edades medias de la vida reproductiva.

Desde el punto de vista socioeconómico la información contenida en las historias y registros es insuficiente para caracterizar la población y para establecer relaciones entre variables, siendo el subregistro cercano al 85 %. Sólo puede decirse que se informó más sobre aspectos de escolaridad y ocupación en las pacientes subsidiadas que en las vinculadas y que predominan el nivel de secundaria incompleta y la dedicación a oficios del hogar.

Aunque en el contexto de la población de la red se encontró que más del 70 % de la población identificada en los niveles 1 y 2 de Sisben está asegurada en el régimen subsidiado y el porcentaje de vinculados es de apenas el 27 %, la distribución de la población incluida mostró un predominio de usuarias vinculadas (78,2 %). Esto podría explicarse por el hecho de que se incluyeron en el estudio sólo instituciones públicas que son el referente para quienes deben ser atendidas con subsidios a la oferta y, aunque la red pública es sensiblemente más grande que la red privada y tiene contrato con la mayoría de las ARS, en muchas empresas que provienen de entidades que administran régimen subsidiado como cajas de compensación y EPS, la red de servicios propia es cada vez mayor y los pacientes no acuden a las instituciones estatales.

La mayoría de las pacientes vinculadas no tenía registro de encuesta de Sisben y la atención se hizo a partir de la clasificación socioeconómica que realiza la oficina de trabajo social. El 80 % de las usuarias fue clasificado en los niveles 10 a 12 equivalentes al nivel 3 de Sisben.

Sobre el uso, sólo el 42,3 % que consultó los servicios de urgencias y hospitalización, fue remitido de otro nivel o servicio y el 36,4 % acudió directamente al tercer nivel. Dado que el Hospital de Kennedy es el centro de

referencia para la atención de patologías que requieren manejo complejo, la mayor parte de las pacientes que no reside en la localidad y requirió manejo intrahospitalario fue atendido en esa institución; lo cual es coherente con lo definido en los protocolos de atención para el manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

En todos los registros, independientemente de la puerta de entrada a la institución, el diagnóstico de ingreso incluyó la sospecha de complicación hipertensiva del embarazo, aún cuando en pocos casos se hizo uso de la codificación que distingue las diferentes entidades patológicas según grado de complicación y complejidad de la atención. En esto, una de las principales dificultades para evaluar el proceso de atención es la falta de consenso sobre la forma de clasificación de la enfermedad que permita, a partir de protocolos de atención, evaluar la existencia de diferencias en los tratamientos o procedimientos. Tal deficiencia se intentó compensar con el juicio médico de los revisores con base en los protocolos.

A pesar de esta dificultad, puede decirse que en la mayor parte de los casos existe coherencia entre el cuadro clínico y la realización de procedimientos diagnósticos. En el 87 % los procedimientos ordenados fueron como mínimo los paraclínicos recomendados para confirmar y seguir las complicaciones hipertensivas del embarazo, y dependiendo de la gravedad del cuadro clínico, éstos se repitieron o se incluyeron procedimientos adicionales como la ecografía obstétrica y el monitoreo fetal. No se evidenciaron diferencias entre pacientes según aseguramiento.

En todas las pacientes a quienes se practicó procedimientos diagnósticos se indicó algún tipo de terapia para el manejo de la patología que incluyó inducción y atención del parto o cesárea con o sin tratamiento antihipertensivo y otro tratamiento médico en los casos de complicaciones. En este caso el porcentaje de pacientes subsidiadas que recibieron tratamiento fue inferior al de vinculadas.

En cerca del 80 % de las pacientes se atendió el parto en la institución; 48 % de los casos por cesárea, siendo el porcentaje de parto por cesárea menor en las subsidiadas, 27,3 %, que en las vinculadas, 48,8 %.

Según el diagnóstico de egreso, sólo en el 57,6 % de las pacientes se confirmó enfermedad hipertensiva, lo cual podría explicarse de nuevo por las dificultades en el uso de la clasificación internacional de enfermedades. Incluso se ha adjudicado un papel importante en las deficiencias en el diligenciamiento de las historias a los estudiantes de las facultades de Medicina que realizan prácticas en los hospitales.

Sobre el uso de servicios preventivos, 9 % del total de historias correspondió a pacientes que asistieron al programa de control prenatal y fueron remitidas

posteriormente para la atención del parto al tercer nivel o bien se desconoce su evolución. El promedio de asistencia al programa de estas pacientes fue de 4,3 consultas, a todas se les tomaron los laboratorios básicos del control prenatal y el promedio de ecografías obstétricas por usuaria fue de 2. Aunque existe la indicación de diligenciar la ficha de registro de consulta y de detección de factores de riesgo diligenciada para el efecto (ficha Clap), sólo en 28,6 % de los casos.

De las 70 usuarias, 89,7 %, que consultaron por el servicio de urgencias, sólo en 20 (cerca del 30 %), se confirmó su asistencia al programa de control prenatal. Se trató en su mayoría de mujeres residentes en la localidad de Bosa y pacientes vinculadas. El promedio de controles en el programa fue de 4,2; al 80 % se le realizó procedimiento diagnóstico de rutina, y el promedio de ecografías por usuaria fue de 1,2. En cinco pacientes la remisión al tercer nivel se hizo desde el control prenatal.

Por otra parte, la revisión de los registros de facturación de urgencias y hospitalización no mostró evidencia de pago por servicios en consonancia con las normas vigentes sobre atención gratuita durante el embarazo y el parto. En aquellos casos en que se documentó bajo uso o menor acceso a procedimientos o medicamentos, éstos no mostraron diferencias importantes entre grupos de usuarias estratificados por aseguramiento o localidad, y por el contrario, para la entidad trazadora estudiada, el uso de servicios se comporta de manera similar. Puede decirse incluso que no hay evidencia de que la situación de las aseguradas subsidiadas sea mejor, y en ambas poblaciones los trámites, el costo de los servicios y las restricciones de los servicios actúan como factores limitantes, como se deduce de las percepciones de usuarias y profesionales durante las entrevistas y los grupos focales.

Sin embargo, el no haber documentado diferencias no implica que ellas no existan. Las limitaciones en la información sobre el contexto, los problemas del sistema de información y el registro de pacientes, las deficiencias en la calidad de las historias y la falta de consenso en el uso de la codificación de las patologías, alertan sobre la utilidad de los métodos basados en fuentes secundarias como los registros médicos, que aunque han sido utilizados con éxito en otras experiencias, no parecen apropiados para la realidad de la ciudad. Por el contrario, la mayor riqueza de información se obtuvo de fuentes primarias.

Recomendaciones generales

El último proyecto fue el de formulación de recomendaciones. De cada grupo focal surgieron diferentes propuestas para resolver los problemas que van desde cambios generales en el conjunto del sistema de salud a cambios en la política de

focalización, la lógica del Sisben, el proceso de toma de decisiones, la descentralización en el manejo del instrumento, la participación de la comunidad en el proceso, el entrenamiento de los encuestadores, la inclusión de nuevas variables en la encuesta y el aumento de la cantidad de personas a ser seleccionadas por la línea de corte, entre otras. Pero como estas propuestas surgieron de forma espontánea y fragmentada, en un nuevo nivel del diálogo se decidió dar a los participantes la posibilidad de compartir y discutir los diferentes puntos de vista acerca de las formas para mejorar.

Una vez finalizaron los demás estudios se desarrollaron una serie de talleres para formular las recomendaciones con dos grupos de personas. Un grupo estuvo integrado por los excluidos por el Sisben, funcionarios de los hospitales, líderes comunitarios y autoridades locales que decidieron continuar en el proceso de investigación y, el otro conformado por funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud. No fue posible lograr la participación de los funcionarios de planeación distrital y nacional que tomaron parte en los grupos focales.

Antes de que comenzaran los talleres se difundieron los resultados preliminares de las investigaciones a través de reuniones informativas a nivel local y los participantes de los grupos focales tuvieron la posibilidad de discutir los resultados y volver sobre apreciaciones ya expresadas. A nivel general, todos los participantes, expertos y otros, tomaron parte en una gran discusión sobre el tema. Esta actividad comenzó con la presentación de dos investigaciones sobre el mismo tópico hechas por expertos del Departamento Nacional de Planeación y del Centro de Investigaciones para el Desarrollo- CID, de la Universidad Nacional, luego de las cuales se presentaron los propios resultados.

Los asistentes al evento hicieron críticas a la política de focalización y a sus resultados en Bogotá, y preguntaron y expusieron sus propios puntos de vista sobre lo que debería ser el sentido de los cambios. Logrado el objetivo de compartir y debatir de manera amplia los resultados se inició el trabajo con los dos grupos previstos: un taller local y otro distrital.

Los talleres se desarrollaron en varias sesiones por semana durante cerca de dos meses en las cuales se discutió a fondo la problemática identificada en los grupos focales, en el análisis documental y las que surgieron en el desarrollo mismo de los talleres, y se trazaron propuestas de solución.

La sesión inicial del taller local fue facilitada con el uso de técnicas y métodos de investigación como Lluvia de Ideas y el “Strategic Assumption Surfacing and Testing” (29). Los participantes comenzaron por expresar lo que pensaban debía ser el sistema de salud. De allí surgieron posiciones con implicaciones estratégicas

distintas en términos de la forma de hacer posible la universalidad en el sistema existente. Estas posiciones se extendían desde aquellas que buscaban un cambio radical de la actual racionalidad del sistema de salud hasta las que propendían por cambios simples para mejorar el Sisben.

Debido a las profundas diferencias entre los participantes en el taller se organizaron tres subgrupos diferentes de acuerdo con la afinidad de sus puntos de vista, para discutirlos más, hacer más claras las perspectivas desde las cuales se expresaban las ideas y comprender la viabilidad y factibilidad de su puesta en práctica. En la sesión plenaria los subgrupos presentaron unos a otros sus propuestas para resolver los problemas y se hizo evidente la necesidad de explorar la posibilidad de llegar a acuerdos mediante el desarrollo de un proceso pedagógico que permitiera a los participantes conocer mejor y reflexionar en profundidad acerca de los fundamentos e implicaciones de sus propuestas y sobre las actuales políticas de salud y sus límites.

Este proceso, que en el caso del taller local tomó varias sesiones, se realizó usando las técnicas pedagógicas de Freire (27) sobre ‘tema generador’ y ‘universo temático’, las cuales permitieron, desde los participantes y en interacción con los investigadores, comprender y trascender los límites de los esquemas conceptuales y de pensamiento en los que tanto participantes como investigadores estaban enclaustrados. Posibilitó también que los participantes conocieran y compararan el sistema de salud de Colombia con tipos característicos de sistemas de salud en el mundo. Después de ese ejercicio reflexivo y pedagógico, se logró un nuevo nivel de comprensión y de posibilidades de entendimiento.

Una de las cosas que quedó clara fue que cualquiera fuese el tipo de sistema de salud, siempre sería necesario asignar subsidios, encontrar una forma efectiva para hacer esa asignación y usar un método apropiado para tomar las decisiones. Los participantes decidieron discutir las soluciones de estos problemas a tres niveles. Primero, al nivel de los fines y contenidos políticos y normativos de la asignación de subsidios. Segundo, al de los procedimientos metodológicos para seleccionar los beneficiarios. Tercero, al de los procedimientos para la toma de decisiones. Con este mismo enfoque se trabajó en el taller distrital.

Con respecto a los fines y contenidos políticos y normativos de la asignación de subsidios, los participantes en los talleres estuvieron fácilmente de acuerdo en que cualquiera sea el modelo de sistema de salud la asignación de subsidios debe servir para garantizar la cobertura universal y el acceso y uso de los servicios del sistema según las necesidades.

Estuvieron de acuerdo también en la necesidad de tener y promover una participación más extensa en todos los procesos de toma de decisiones, control y vigilancia del sistema. Compartieron el punto de vista que para conseguirlo sería necesario profundizar en la descentralización de los espacios de toma de decisiones del sistema.

El financiamiento debería basarse en la capacidad de pago sin importar el método usado, ya fuese impuesto general progresivo, contribución o sus combinaciones. En todo caso, la capacidad de pago no debería ser un obstáculo para garantizar el acceso y uso de los servicios. La asignación de los subsidios debería garantizarse tomando en cuenta la situación económica, social, epidemiológica y cultural de las personas, las familias y las comunidades, sus necesidades de salud y las limitaciones personales para satisfacerlas.

A pesar de que mantuvieron sus diferencias sobre si el sistema debería ser principalmente público o con base en relaciones de mercado, en ambos casos se reconoció que para lograr el acceso de todos y el uso de los servicios según necesidad, la intervención del Estado era un requisito indispensable.

En relación con la metodología para la asignación de subsidios y para la selección de beneficiarios, hubo consenso sobre que éste debería superar las actuales restricciones del Sisben. El procedimiento debería medir y analizar las necesidades de salud y las limitaciones personales y familiares para satisfacerlas, el carácter de la influencia de los factores económicos, sociales, ambientales, epidemiológicos y culturales de los espacios locales y generales, seleccionar mejor el rango de variables a tomar en cuenta, flexibilizar las formas de sus combinaciones y ponderaciones y, posibilitar la participación de los beneficiarios y afectados.

Las variables acordadas por los participantes en el taller local, en orden de prioridad, fueron ocho: Ingreso monetario mensual de cada uno de los integrantes del hogar; tamaño y composición del hogar; discapacidad - estado de salud (personal y ambiental); edad (niños y ancianos); jefatura de hogar (mujeres solteras); desempleo; nivel básico de gasto mensual de cada uno de los integrantes del hogar e inestabilidad laboral

Por su parte, los participantes en el taller distrital acordaron el siguiente orden de variables: Ingreso y gasto; tamaño y composición familiar; discapacidad; edad (niño, adulto, anciano); empleo y desempleo; escolaridad-estabilidad laboral; aseguramiento; condiciones sanitarias de la vivienda; género- mujeres cabeza de familia; ingreso; gasto del hogar; tenencia de bienes y tipo de ocupación.

Como se puede observar en los listados, no sólo se incluyen nuevas variables como las que se refieren a la salud de las personas, las características epidemiológicas de los lugares en que viven, las circunstancias laborales de desempleo o inestabilidad laboral por las que atraviesan, la categoría de género, las características étnicas y las circunstancias de las mujeres cabeza de familia, entre otras, sino que la prioridad que se establece entre ellas indicaría la necesidad de establecer nuevas ponderaciones.

Este ejercicio aportó un elemento importante con respecto a la evaluación de los ingresos y gastos del hogar. Se buscaría una mayor precisión acerca del ingreso neto disponible luego de establecer la relación entre ingresos y gastos, además de su distribución entre los miembros del hogar. Este es un elemento asumido como clave por los participantes en los talleres, y busca distinguir qué es lo que realmente está pasando con las personas en el seno de los hogares en materia de las relaciones y decisiones que tienen que ver con la equidad y la autonomía entre sus integrantes.

Desde esta perspectiva, la asignación del subsidio no fue pensada solamente para afiliar a las personas al Sistema de Seguridad Social en Salud sino también para llenar otras necesidades de salud distintas del acceso y uso de los servicios de salud sin importar si se trata de un subsidio a la oferta o a la demanda. Se reconocieron las implicaciones para la eficiencia y para la equidad de cada uno de esos tipos de subsidios, siendo el primero probablemente más afín con la equidad que el segundo.

Otro aporte metodológico importante de los talleres se refiere al reconocimiento de la necesidad de desarrollar un enfoque participativo que propicie un debate público suficientemente informado para ampliar la base de información para la toma de decisiones, lo que podría cambiar radicalmente si se adopta y extiende la tradición de la producción de conocimientos y de formulación de las políticas sociales y de salud en la ciudad, en la medida en que ésta dejaría de ser una función exclusiva de los expertos, de las altas autoridades y planificadores, y concitaría la más amplia participación social, particularmente en el nivel local.

Según los participantes, el proceso de toma de decisiones debería posibilitar una mejor participación de la población, para lo cual se requiere desarrollar una nueva dimensión de la participación social en salud que incluya la creación de una estructura más descentralizada, extensa y diversificada; ganar una noción más amplia de lo que significa comunidad y las múltiples formas en que una comunidad puede ser constituida para la participación; otorgar o facilitar el desarrollo de más poder a las personas y comunidades y permitirles expresar sus puntos de vista acerca de la situación que atraviesan cada uno, los vecinos y la comunidad en su conjunto; darles la posibilidad de identificar y analizar mejor los problemas; de participar en la

definición de lo que puede entenderse por pobreza, necesidad, limitación y sus variables, y en las reglas y normas de la participación.

En ambas actividades las recomendaciones apuntaron a redefinir las nociones de pobreza y equidad, la política de focalización, los métodos para la asignación de subsidios, la participación y otros aspectos que fundamentan el actual sistema de salud y sus políticas.

Los resultados finales de esta investigación fueron formalmente presentados en una reunión en la que tomaron parte más de 200 personas provenientes de diferentes localidades de la ciudad, especialmente usuarios de los servicios de salud y de otros programas sociales excluidos por el Sisben, líderes comunitarios, funcionarios de hospitales y de otros servicios sociales y autoridades locales de salud, quienes se manifestaron de acuerdo con la mayoría de las recomendaciones, repitieron críticas a la focalización y a su instrumento de selección y propusieron extender este tipo de investigación a las otras localidades de la ciudad.

Los participantes resaltaron la ausencia de las autoridades nacionales y distritales en la formulación de recomendaciones, lo que habría ayudado a dar respuesta institucional a los problemas. Sin embargo, algunos ejemplos pueden ilustrar el potencial de logro de cambios sobre estos aspectos. De una parte, el gobierno ha introducido algunos cambios en el Sisben en términos de la inclusión de nuevas variables para identificar pobreza y en el uso de la línea de corte. Pero estos cambios vienen sucediendo en el marco de las limitaciones de las políticas de salud existentes y de lo que comúnmente se define como restricción de recursos, que es un tema en debate.

Como lo expresaron los participantes del estudio, se requieren cambios al más alto nivel de la racionalidad del sistema con miras a posibilitar el logro de la universalidad y de la equidad. Probablemente estos cambios no serán posibles si no se constituye una amplia coalición de fuerzas capaz de incidir en los espacios donde se formulan las políticas en el país.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los problemas de la política de focalización de subsidios para aseguramiento en salud y de su instrumento de aplicación el Sisben identificados mediante la participación de las comunidades, funcionarios y autoridades, y las propuestas de solución por ellos planteadas, señalan la necesidad de una revisión profunda del contenido de las nociones de pobreza, equidad y justicia social en que se fundamentan las normas vigentes sobre derecho a la salud y a la seguridad social, de

la política de focalización, de la metodología de análisis de la pobreza y del método de selección de beneficiarios de los subsidios.

En las evidencias empíricas aportadas por esta investigación, como también en la literatura reciente alusiva a las políticas e investigación sobre la pobreza y su relación con la salud (53-59), el concepto de pobreza ha adquirido un carácter multidimensional que lo coloca más allá del ingreso, abriendo la posibilidad de su definición a través de observar su interacción con otros factores personales y sociales como la heterogeneidad de las personas en términos de incapacidad, enfermedad, edad, sexo, género y características étnicas, entre otras. La diversidad relacionada con el ambiente físico como el clima, la necesidad de calefacción y de ropa, la presencia de enfermedades epidémicas y endémicas y la polución del aire en una región o localidad. También las variaciones en el ambiente social como los niveles de educación y el acceso a los sistemas educativos, de salud, servicios públicos, violencia, delincuencia, maltrato infantil y el acceso a redes de apoyo social para mencionar algunas. Las diferencias entre las perspectivas relacionales que explican las variaciones de las pautas de consumo y el carácter relativo de la privación que pudiera existir entre una comunidad y otra, y que aclararía porqué lo que aparece como indicativo de 'riqueza' para algunos es apenas una necesidad básica para otros. La falta de autonomía y de poder de participación en la formulación, puesta en práctica y evaluación de las políticas públicas. El nivel de confianza o desconfianza en las instituciones públicas. Las características de la distribución y utilización de la renta entre los grupos y clases sociales y dentro de las familias. Las características de la equidad en salud, en el financiamiento de los servicios de salud y en el acceso y uso. Las características de la equidad en el gasto en servicios de salud y su influencia sobre la equidad en el ingreso y sobre la pobreza.

En esta visión, la salud no es sólo un factor más que junto con otros explica la pobreza, sino que por sí sola podría determinarla en por lo menos dos sentidos: primero, la buena o mala salud daría cuenta de las posibilidades personales, familiares o de grupos sociales específicos para generar ingresos y lograr niveles de bienestar y de calidad de vida y, segundo, su influencia en los niveles de gastos en que puedan incurrir las personas, las familias y los grupos sociales para prevenir y atender la enfermedad, que muchas veces lleva a ahondar o morigerar las condiciones de pobreza y desigualdad (55,56,59).

Aunque esta investigación problematiza la solución del problema de exclusión de los pobres del derecho al aseguramiento para el acceso a los servicios de salud como consecuencia de la adopción de un concepto estrecho y utilitarista de la pobreza y de la justicia social, del carácter poco participativo del proceso de análisis y medición de la pobreza, de la toma decisiones, del monitoreo y la puesta en práctica de los

programas y de la evaluación de los resultados de la política de focalización para la asignación de subsidios para aseguramiento en salud, queda claro que las medidas para facilitar y hacer más equitativo el acceso y uso de los servicios de salud no se justifican sólo en virtud de la pobreza sino de la corrección de las inequidades en salud que resultan de otros determinantes que pueden agravar la desigualdad, la marginación y la exclusión. Tal es el caso del contenido mismo de las políticas y normas sobre derecho a la salud, modalidad de financiamiento y organización del sistema de salud, tipo y forma de entrega del subsidio, carácter y poder de la participación social en la toma de decisiones que determinan el contenido de las políticas de salud, de focalización y de su instrumento de aplicación. En este sentido, la focalización deviene en un mecanismo complementario antes que sustitutivo de la universalidad y diversidad de expresiones del derecho a la salud.

De la idea de que la pobreza no puede ser reducida a una noción estrecha y utilitarista del bienestar y de los ingresos, haciendo abstracción del espacio específico de la salud y de otros factores personales y sociales, se desprende la necesidad de la adopción de un enfoque metodológico de análisis y medición de la pobreza y de la toma de decisiones más flexible y participativo; capaz de ampliar el espectro de variables a incluir y que permita precisar, de una forma más situada, su elección, ponderación y forma de combinación. Enfoques recientes de elección e intervención social, de evaluación de la pobreza y de la justicia social (10,31,55,56,60,62) señalan, desde el punto de vista teórico y metodológico, la importancia de un enfoque de este tipo para establecer conexiones y complementariedades entre la investigación formal y el saber informal. En particular, para otorgar participación a los pobres y afectados en el proceso de formulación y evaluación de las políticas sociales.

Lo anterior implica la adopción de un enfoque metodológico que permita la aplicación de múltiples métodos y técnicas de investigación, cuantitativas y cualitativas, que admitan la expresión amplia y transparente de la multiplicidad de valores, necesidades y demandas de la población, y su rigurosa combinación, agregación y comparación en una perspectiva de igualdad. Por otro lado, impone la necesidad de cambios en las normas y estructuras de participación social, orientados a hacerlas más horizontales y aptas para propiciar un debate público bien informado que soporte la toma de decisiones ♦

Agradecimientos. A las personas que hicieron posible el estudio. A los gerentes y funcionarios de la Red de Hospitales del Suroccidente de Bogotá y a los líderes comunitarios de las cuatro localidades en estudio. A los profesores María Inés Jara, Sergio Torres y Nelson Ardón por sus aportes teóricos y su participación en los talleres y en el análisis en distintas etapas y componentes de la investigación. A Alejandro Perdomo por su apoyo en la investigación. A Manuela Gaviria, estudiante de la Facultad de Ciencias Políticas y

Relaciones Internacionales por su colaboración voluntaria, y a los y las estudiantes de la práctica social de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. A Clara Inés Durán secretaria de los Postgrados en Administración de Salud.

REFERENCIAS

1. Foucault M. The Politic of Health in the Eighteenth Century. In: Gordon C (Ed.). Michel Foucault. Power/Knowledge. Selected interviews and other writings 1972-1977. Brighton: Harvester Press; 1980.
2. Foucault M. Critical Theory/Intellectual History. In: Kritzman LD (Ed). Michel Foucault. Politics, philosophy, Culture. USA: Routledge; 1988.
3. Foucault M. Politics and Reason. In: Kritzman LD (Ed). Michel Foucault. Politics, philosophy, culture. USA: Routledge; 1988.
4. Foucault M. The History of Sexuality, Vol 1. London: Penguin Books; 1990.
5. Foucault M. Questions of Method. In: Burchell G, Gordon C, Miller P (Eds). The Foucault Effect. Studies in Governmentality. London: Harvester Weatsheaf; 1991.
6. Donzelot J. Pleasure in Work. In: Burchell G, Gordon C, Miller P (Ed.). The Foucault Effect. Studies in Governmentality. London: Harvester Weatsheaf; 1991.
7. Rose N. Governing "Advanced" Liberal Democracies. In: Barry A, Osborne T, Rose N (Ed.). Foucault and political Reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government. London: UCL Press; 1996.
8. Bunton R. Popular Health, Advanced Liberalism and Good House Keeping Magazine. In: Petersen A, Bunton R (Ed.). Foucault, Health and Medicine. London: Routledge; 1997.
9. Osborne T. Of Health and Statecraft. In: Petersen A, Bunton R (Ed.). Foucault, Health and Medicine. London: Routledge; 1997.
10. Vega-Romero RR. Health Care and Social Justice Evaluation: A critical and pluralist approach. PhD Thesis. The University of Hull, England, UK; 1999.
11. Midgley G. Mixing Methods. In: Mingers J, and Gill A, (Ed.). Multimethodology, England: Wiley; 1997.
12. Mingers J, Gill A (Ed.). Multimethodology. England: Wiley; 1997.
13. Haraway D. Situated Knowledge: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies* 1988; 14 (3).
14. Pope C, Mays N. Opening the Black Box: an encounter in the corridors of health services research. *BMJ* 1993; 306:315-318.
15. Taket A, White L. Doing Community operational Research with Multicultural Groups. *Int. J. Mgmt. Sci.* 1994; 22(6):579-588.
16. White L, Taket A, 1997. Beyond Appraisal of Needs and the Development of Action *Int. J. Mgmt. Sci* 1997; 25(5):523-534.
17. Foucault. Politics and the Study of Discourse. In: Burchell G, Gordon C, Miller P (Eds). The Foucault Effect. Studies in Governmentality. London: Harvester Weatsheaf.; 1991.
18. Foucault M. The Archaeology of Knowledge. London: Tavistock Publications; 1972.

19. Foucault M. I, Pierre Rivière, having slaughtered my mother, my sister, and my brother... A case of parricide in the 19th century. Edited by Michel Foucault. USA: Bison Book; 1982.
20. Foucault M. El Orden del Discurso. Barcelona: Fábula Tusquets Editores; 1999.
21. Potter J, Wetherell M. El Análisis del Discurso y la Identificación de los Repertorios Interpretativos. En: Gordo A y Linaza J (comp.). Psicologías, Discursos y Poder. Madrid: Editorial Visar; 1996.
22. Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. Qualitative Research Methods Series Vol. 16. Second Edition, London: Sage Publications; 1997.
23. Kahan JP, 2001. Focus Groups as a Tool for Policy Analysis (RAND Europe). Analyses of Social Issues and Public Policy; 2001 p. 129-146.
24. Kitzinger J. The Methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. Sociology of Health and Illness 1994; 16(1).
25. Kessner D, Kalk C y Singer J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. En: OPS. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica No. 534. Washington, D.C: OPS; 1992 p. 555-563.
26. Majeed A, Chaturvedi N, Reading R, Ben-Shlomo Y. Monitoring and promoting equity in primary and secondary care. BMJ 1994; 308: 1426-1429.
27. Freire P. Pedagogía del Oprimido. México: Studio 3; 1971.
28. Delbecq AL, van de Ven AH, Gustafson DH. Group Techniques for Program Planning: a guide to nominal group and Delphi processes. Scott Foresman, Glevew, Ill; 1975.
29. Mason RO, Mitroff II. Challenging Strategic Planning Assumptions. Wiley, New York; 1981.
30. Ulrich W. Critical Heuristics of Social Planning. Berne: Haupt; 1983.
31. Taket A, White L. Partnership & Participation. Decision making in the multiagency setting. Wiley, Chichester; 2000.
32. Banco Mundial. El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo. Una agenda para la reforma. Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial. Washington; 1987..
33. Banco Mundial. Informe Sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud. Washington; 1993.
34. OPS/OMS. Fondos y Programas de Compensación Social. Experiencias en América Latina y el Caribe. Washington; 1992.
35. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993. Bogotá: Publigráficas; 1993.
36. Gaviria CT. Prólogo a la Revolución Pacífica. En: Presidencia de la República / Departamento Nacional de Planeación. La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994. Bogotá; 1991.
37. Gaviria CT. La Revolución Pacífica: un compromiso en acción. En: Gaceta el Congreso. Bogotá; 23 de julio 1993 p 5-8.
38. Ley 60 de 1993. "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones". Bogotá; Agosto 1993.
39. Departamento Nacional de Planeación. Focalización del Gasto Social. Documento Conpes Social 040. Bogotá: DNP, UDS-Misión Social; 24 de Septiembre 1997.
40. Banco Mundial. Salud: documento de política sectorial. Washington; 1975.

41. OPS/OMS. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington: Documento Oficial No. 155; 1978.
42. Presidencia de la República/Departamento Nacional de Planeación. La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994. Bogotá: Editora Géminis; 1991.
43. Castaño E, Moreno H. Metodología Estadística del Modelo de Ponderaciones del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales. Bogotá: Nota Técnica # 1, Misión Social, Departamento Nacional de Planeación; 1994..
44. Corsi O. Constancia y Proposición presentada por el Senador Carlos Corsi Otálora de “Laicos por Colombia”. En: Gaceta del Congreso, Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2 de Septiembre de 1993 p 3-14.
45. Sarmiento GA, González JI, Rodríguez LA. Eficiencia Horizontal y Eficiencia Vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios. Coyuntura Social 1999; 21, p. 107-125.
46. Vélez CE, Castaño E, Deutsch R, 1999. Una Interpretación Económica del Sistema de Focalización de Programas Sociales: el caso en Colombia. Coyuntura Social 1999; 21, p. 127-180.
47. Castaño E. Indicadores Aproximados de Recursos para la Focalización de Programas Sociales: dos metodologías y una evidencia empírica. Bogotá: Misión Social, DNP (mimeo); 1994.
48. Castaño E. Metodología para la Determinación de los Puntos de Corte del Índice Sisben para la caracterización de la Población Pobre. Bogotá: Misión Social, DNP (mimeo); 1995.
49. Castaño E. Consideraciones Sobre la Aplicación de los Puntos de Corte Sisben. Bogotá: Misión Social, DNP (mimeo); 1995.
50. Baldión WE, García CP, 2001. Coyuntura Social Departamental. Bogotá. Boletín SISD 2001; 29.
51. Departamento Nacional de Planeación / Ministerio de Salud / Misión SOCIAL / PNUD. Memorias Foros Regionales. Evaluación Integral. Bogotá; noviembre 2000.
52. Arévalo D, Martínez F, Rodríguez O. (Ed.) ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. Bogotá: Ministerio de Salud; Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Universidad Nacional de Colombia; 2002.
53. Gakidou E, Murray C, Frenk J, 2000. Defining and Measuring Health Inequality. Bull WHO 2000; 78(1): 42-54.
54. Narayan D, Shah T. Connecting the Local to the Global: Voices of the Poor. Framework Paper prepared for 11-13 December 2000 workshop on local to global connectivity for Voices of the Poor. World Bank, Washington, D. C.; 2000.
55. Sen A. Desarrollo como Libertad. Planeta: Bogotá; 2000.
56. Sen A. Social Exclusion: concept, application, and scrutiny. Social Development Papers No. 1. Office of Environment and Social Development / Asian Development Bank; 2000.
57. Skirbekk G, Clair A, 2000. A Philosophical Analysis of the World Bank's Conception of Poverty. In: CROP Comparative Research Programme on Poverty, 2000. A critical review of the World Bank Report: World Development Report 2000/2001: Attacking poverty. Norway.
58. World Bank, 2000. World Development Report 2000/2001: Attacking poverty. Oxford, New York: Oxford University Press.

59. Wagstaff A. Poverty and Health. CMH Working papers series. Paper No. WG1: 5; 2001.
60. Robb CM. How the Poor can have a Voice in Government Policy. In: Finance & Development December 2000; 37 (4).
61. Midgley G. Systemic Intervention: philosophy, methodology and practice. New York: Kluwer/Plenum; 2000.
62. Chambers R. Whose Reality Counts? Putting the first last. London: Intermediate Technology Publications; 1997.