

EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA POLÍTICA
DE FOCALIZACIÓN DE SUBSIDIOS EN SALUD Y
DEL SISBEN SOBRE LA POBLACIÓN VINCULADA
SIN CAPACIDAD DE PAGO DE LAS LOCALIDADES
DE BOSA, KENNEDY, FONTIBÓN Y PUENTE
ARANDA DE BOGOTÁ, D.C., 2001.
RECOMENDACIONES GENERALES



ROMÁN VEGA ROMERO, MD, MSc, PhD MANAGEMENT
*Director de la investigación. Profesor asociado Programas de Posgrado en
Administración de Salud y Seguridad Social, Pontificia Universidad Javeriana*

AMPARO HERNÁNDEZ BELLO, MD, MSc
*Coinvestigadora. Profesora asistente Programas de Posgrado
en Administración de Salud y Seguridad Social,
Pontificia Universidad Javeriana*

SERGIO TORRES VALDIVIESO, MSc, PhD ADMINISTRACIÓN
*Co-investigador. Investigador. Profesor asociado Programas de Posgrado en
Administración de Salud y Seguridad Social, Pontificia Universidad Javeriana*

NELSON ARDÓN CENTENO, MSc
*Coinvestigador. Odontólogo. Profesor asistente Programas de Posgrado en
Administración de Salud y Seguridad Social, Pontificia Universidad Javeriana*

•

CORRESPONDENCIA
roman.vega@javeriana.edu.co

RESUMEN

Este documento propone recomendaciones para solucionar los problemas de exclusión generados por la política de focalización de subsidios para aseguramiento en el sistema de seguridad social en salud de Colombia. Reconoce la necesidad de cambios urgentes tanto en el marco político y normativo del sistema de selección de beneficiarios de programas sociales (Sisben), como en la conceptualización de pobreza, el proceso de toma de decisiones y la organización del sistema de salud.

PALABRAS CLAVE

Focalización de subsidios, aseguramiento en salud, exclusión, equidad en salud.

I. INTRODUCCIÓN

En este documento se presentan las recomendaciones generales que surgieron de la investigación "Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del Sisben sobre la población vinculada, sin capacidad de pago, de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda de Bogotá, D.C.", concluida a finales de 2001.

La investigación, fruto de un convenio de cooperación científico-técnica entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS), la red de hospitales del suroccidente de Bogotá y la Pontificia Universidad Javeriana, se desarrolló con cuatro subproyectos que dieron cuenta del objetivo general, así: 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 de los 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 localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda; 3) análisis del acceso y uso de los servicios de salud por parte de la población de usuarias con complicaciones hipertensivas del embarazo, subsidiadas y vinculadas, de las

localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda y, 4) recomendaciones generales.

Las recomendaciones generales son uno de los productos más importantes de esta investigación. Éstas, además del nuevo conocimiento obtenido, recogen los resultados de los tres primeros proyectos que fueron utilizados por los actores involucrados en el proceso de formulación de las nuevas propuestas, mediante un proceso participativo de debate y de construcción de consensos y disensos. A continuación se presenta un breve resumen de lo obtenido en cada estudio para orientar al lector sobre los antecedentes de este trabajo.¹

El primer subproyecto analizó las políticas de las agencias internacionales y del gobierno para la ampliación de la cobertura de los servicios de salud desde la década del setenta, con particular énfasis en sus directrices respecto a los pobres y marginados. Revisó y dio cuenta de la emergencia y las características de la racionalidad política de ampliación de la cobertura construida a partir de los cambios introducidos desde finales de la década del ochenta y principios del noventa, y se detuvo en los enfoques metodológicos de intervención para garantizar el acceso de los pobres y marginados a los servicios de salud.

El análisis develó una estrecha relación entre las racionalidades y los enfoques de intervención de agencias internacionales como el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las asumidas por las elites económicas y políticas del país, responsables de la adopción del contenido de los lineamientos políticos y estratégicos de las políticas públicas en salud, de la focalización y del Sisben.

La investigación mostró una serie de elementos relevantes para la formulación de recomendaciones, así: 1) la focalización de subsidios para aseguramiento en salud y el Sisben corresponden a una nueva concepción de ampliación de la cobertura de los servicios de salud en las condiciones de una lógica de mercado y disminución del papel interventor del Estado en el campo de la política económica y social; 2) la focalización se

¹ Información complementaria sobre los objetivos, marco teórico, metodología y resultados del proyecto general de investigación y de cada subproyecto se encuentra en los números 2 y 3 de la revista *Gerencia y políticas de salud* (publicación de los Programas de Posgrado en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana), y en la *Revista de Salud Pública* el (*Journal of Public Health*), Vol. 5, No. 1, año 2003 de la Universidad Nacional de Colombia.

enmarca en una concepción del derecho a la salud y a la seguridad social que da acceso a los servicios de atención médica con base en la capacidad de pago generada por el trabajo, antes que en el hecho de ser personas o ciudadanos; 3) en esta concepción, el problema del acceso de los pobres y de los sectores de bajos ingresos a los servicios de salud se resolvió por la vía de subsidiar sólo a los más pobres, para la selección de los cuales se formuló la política de focalización y se diseñó el Sisben; 4) la noción de pobreza adoptada, que hace énfasis en los pobres crónicos o estructurales, generó una serie de consecuencias de exclusión del derecho al aseguramiento y del acceso a los servicios de salud de sectores de la población que, por otros enfoques y evaluaciones, pueden también ser asumidos como pobres.

El segundo subproyecto mostró las percepciones que las personas a quienes se les aplicó la encuesta del Sisben, y quienes de una u otra forma han sido testigos de su aplicación (por ejemplo, funcionarios de la red de hospitales públicos de las localidades, de la Secretaría Distrital de Salud, de Planeación Distrital y Nacional, entre otros), tienen sobre los efectos de dicha encuesta, y del proceso de toma de decisiones para la asignación de los subsidios. Ellos identificaron tales efectos con problemas de exclusión/inclusión para el aseguramiento, acceso y uso de los servicios de salud, y para libre elección de estilos de vida. Este subproyecto también permitió conocer las percepciones de los participantes en los grupos focales sobre otras dimensiones de sus vidas como la salud y el derecho a la misma.

Sin que existiera una posición de consenso al respecto, los participantes en los grupos focales cuestionaron la actual política de salud. En particular, chocaron con la concepción que hace depender el derecho al acceso a los servicios de salud de la capacidad de pago, con la noción de pobreza en que descansan la política de focalización y el Sisben (especialmente su estrechez de límites en términos de las variables incluidas para el análisis y la medición), y con los procedimientos no participativos del proceso de toma de decisiones.

La falta de coincidencia entre la perspectiva metodológica del Sisben y las expectativas de los participantes en los grupos focales estuvo referida a dos elementos principales: primero, la definición de pobreza adoptada por la política de focalización y que el instrumento debió identificar, medir y convalidar. Segundo, la influencia de la noción de bienestar utilizada para el diseño metodológico del Sisben, que privilegió la inclusión y

ponderación de ciertas variables y la exclusión o minimización de la influencia de otras.

De otra parte, la investigación reveló que las características del proceso de toma de decisiones que forman parte de la política de focalización y del Sisben no permiten la participación de las comunidades, los funcionarios y las autoridades locales en la identificación, clasificación y selección de la población, y en la asignación de los subsidios, como tampoco en los procedimientos de monitoreo, control y vigilancia de los procesos de aplicación y evaluación de los resultados.

La exclusión para el acceso y uso adecuado de los servicios de salud no aparece como el único efecto negativo de la política de focalización, si bien éste es uno de los más importantes para esta investigación. Estos efectos se extienden a otros campos que tienen que ver con la responsabilidad ética frente al otro, la justicia social y la autonomía de las personas para elegir estilos de vida, así como a aspectos relacionados con la sensación de impotencia, de ausencia de solidaridad y de confianza en las instituciones que la política genera.

El tercer trabajo, aunque adoleció de las limitaciones propias de la ausencia de información adecuada en los registros médicos para hacer un análisis comparativo del acceso y uso de los servicios por condiciones socioeconómicas y de aseguramiento, alerta sobre la posibilidad de una menor calidad en la atención para pacientes aseguradas en el régimen subsidiado, que reciben subsidio a la demanda, con respecto a las vinculadas, que reciben subsidios a la oferta, tanto en el nivel primario de atención como en otros de mayor complejidad.

El cuarto y último subproyecto, del cual trata este documento, recogió las recomendaciones para solucionar los problemas identificados en tres planos: marco político y normativo de la asignación de subsidios, metodología Sisben y su aplicación, y proceso de toma de decisiones.

Las recomendaciones fueron construidas en una perspectiva que colocó a la focalización como un elemento complementario del conjunto de mecanismos necesarios para garantizar la universalidad del aseguramiento en salud y la protección de grupos e individuos especialmente vulnerables o marginados. En estas condiciones se admitió la posibilidad del uso de enfoques metodológicos para la selección de beneficiarios, sólo que en una perspectiva más amplia de análisis de la pobreza, de la toma de decisiones y de la participación social.

Este documento contiene los acuerdos logrados entre las personas participantes en sendos talleres realizados en las cuatro localidades referentes de esta investigación y en la Secretaría Distrital de Salud, a propósito de la formulación de recomendaciones para encontrar soluciones a los problemas de exclusión generados por el sistema actual de selección de beneficiarios.

Describe igualmente el proceso mediante el cual se hicieron posibles los acuerdos y la forma como fueron organizados los talleres, para lo cual se contó con la estrecha colaboración de los líderes comunitarios, participantes en los grupos focales y autoridades respectivas, a quienes los investigadores agradecen su interés, consagración y aportes.

Para la descripción del proceso y los resultados de los talleres de formulación de recomendaciones primero se presentará la metodología utilizada, luego el resultado de los talleres y, por último, se hará una interpretación y discusión global de los resultados obtenidos.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La investigación general (incluidos los cuatro subproyectos) se realizó asumiendo un enfoque metodológico crítico, participativo y pluralista, que combinó múltiples métodos y técnicas de investigación, cuantitativas y cualitativas, desde una perspectiva sistémica posestructuralista. Siguiendo esa metodología general, cada subproyecto aplicó métodos y técnicas particulares en concordancia con los objetivos específicos a desarrollar.

Los lineamientos metodológicos adoptados para la formulación de recomendaciones fueron los siguientes:

2.1. TEMÁTICA DE TRABAJO

El diseño de propuestas de solución a los problemas de asignación de subsidios se desarrolló en tres niveles temáticos:

2.1.1 *Marco político y normativo*

Se buscó que los participantes adquirieran un mayor conocimiento y comprensión de la política de focalización de subsidios, sus valores y fun-

damentos teóricos. Se revisó y discutió la pertinencia del marco normativo nacional y distrital para asignar subsidios de aseguramiento en salud, y se trabajó en la perspectiva de generar elementos de juicio para reformar o constituir una nueva visión para resolver los problemas de exclusión detectados.

2.1.2 El sistema de selección de beneficiarios para programas sociales (Sisben)

Se discutió su estructura y funcionamiento, sus fundamentos teóricos, técnicos y éticos, y la pertinencia y limitaciones de sus variables y de la línea de corte para la selección de beneficiarios de subsidios para aseguramiento en salud. Se trabajó en la idea de generar alternativas para su mejoramiento o cambio.

2.1.3 El proceso de toma de decisiones

Se analizó el procedimiento de toma de decisiones, se examinó su pertinencia y limitaciones, y se hicieron propuestas y recomendaciones en relación con la participación social, niveles de participación, fuentes y producción de información.

2.2. PARTICIPANTES Y TALLERES

El diseño de propuestas de solución a los problemas detectados en el análisis documental del discurso de focalización y en los grupos focales se hizo desde la perspectiva de los afectados sin capacidad de pago y/o sus representantes, y de los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud comprometidos en el uso de los resultados de la metodología.

Siguiendo a Ulrich (1) se identificaron los siguientes actores clave: miembros de la comunidad afectados por la focalización y la "sisbenización"; autoridades responsables de la toma de decisiones para la asignación de subsidios en la localidad; funcionarios de los servicios locales de salud; expertos involucrados en el estudio de la situación; asociaciones de usuarios, miembros de los Comités de Participación Comunitaria (Copacos) y de otras organizaciones comunitarias de las localidades, además de los investigadores del proyecto. Con algunos de estos actores se conformaron dos grupos estables y separados de trabajo, con los cuales se consti-

tuvieron dos talleres: uno de las cuatro localidades y otro de la Secretaría Distrital de Salud.

2.2.1 El taller de las localidades

Este taller estuvo integrado por las siguientes categorías de personas: usuarios de los niveles tres y cuatro del Sisben que participaron en los grupos focales; líderes de las asociaciones de usuarios de servicios públicos de salud y de los Comités de Participación Comunitaria (Copacos); miembros y líderes de organizaciones comunitarias de discapacitados, de organizaciones de mujeres y de las juntas de acción comunal de las localidades; representantes de la comunidad en las juntas directivas de los hospitales públicos de las localidades; personas de la tercera edad y funcionarios de los servicios de salud del área.

En el grupo participaron en promedio 24 personas,² aunque no hubo estabilidad en la participación individual de algunos de los integrantes. Sin embargo, se logró mantener un núcleo durante todo el trabajo mediante convocatoria telefónica periódica y colaboración de las organizaciones comunitarias y de los servicios de salud del área. En general, los participantes fueron asistentes voluntarios integrantes de los listados de personas de las cuatro localidades contactadas durante el proceso de los grupos focales.

El taller organizado con el grupo de personas de las localidades tuvo ocho sesiones de aproximadamente cuatro horas de duración cada una. Las sesiones se realizaron los sábados en la mañana durante un mes y medio.

2.2.2 El taller de la Secretaría Distrital de Salud

Este grupo estuvo integrado por un número aproximado de ocho funcionarios de esta institución procedentes de las áreas de participación social, atención al usuario y aseguramiento, y de las oficinas de atención a vinculados y de garantía de calidad. El taller se constituyó mediante acuerdo entre los investigadores del proyecto y la jefa encargada del área ad-

² No se registraron las características de edad, sexo y grupos étnicos, de los participantes. En general fueron personas adultas de ambos sexos, principalmente mujeres.

ministrativa de aseguramiento. No participaron funcionarios de otras dependencias del Distrito como Planeación Distrital y el Concejo de Bogotá, a pesar de que fueron invitados.

El taller de la Secretaría Distrital de Salud tuvo aproximadamente seis sesiones, realizadas en un mes y con una duración promedio por sesión de aproximadamente tres horas.

2.2.3 La dinámica de los talleres

Primero se desarrollaron las sesiones del taller de las localidades y luego las del taller de la Secretaría Distrital de Salud. Todas las sesiones se llevaron a cabo durante el segundo semestre de 2000, una vez concluidos los demás subproyectos de esta investigación.

Un requisito esencial para el inicio de los talleres fue lograr resultados en la fase inicial de la investigación que pudieran ser conocidos y discutidos por los participantes. Éstos se divulgaron entre los actores involucrados usando dos estrategias: primero, la edición y discusión de resúmenes de los resultados parciales de los grupos focales y del análisis documental; segundo, mediante la realización de un seminario general sobre los resultados de los anteriores subproyectos y de otras investigaciones similares³ alusivas al tema objeto de investigación. En este seminario se hizo una identificación inicial de la situación problemática y de las distintas posturas en discusión que luego se desarrolló en las sesiones de los talleres de las localidades y de la Secretaría Distrital de Salud.

A pesar de que la metodología suponía la realización de un taller integrado entre los participantes en el taller de las localidades y los participantes en el taller de la Secretaría Distrital de Salud, éste no pudo realizarse por limitaciones de tiempo de los participantes. El objetivo de este taller era conciliar y negociar posiciones diferentes acerca de las propuestas generadas en cada uno de los talleres previos. En la práctica ésta fue

³ A este seminario se invitó a todos los actores involucrados en la investigación, y participó un numeroso grupo de personas de las comunidades de diversas localidades, dirigentes de la Federación Distrital de Usuarios de los Servicios de Salud (Fausalud), asociaciones de usuarios de los servicios de salud, Comités de Participación Comunitaria (Copacos), juntas de acción comunal, organizaciones de mujeres y de discapacitados, funcionarios de la Secretaría Distrital, de los servicios de salud y de Planeación Distrital, entre otros. Además de los resultados de esta investigación se dieron a conocer los de otras sobre el mismo tema por Oscar Fresneda (2) y Jorge Iván González (3).

una limitación que impidió el pleno desarrollo del enfoque metodológico propuesto. Sin embargo, dada la claridad de las coincidencias, diferencias y complementariedades de los aportes logrados en cada taller para generar una propuesta general, este hecho no tuvo efectos negativos.

En el siguiente esquema se presenta un resumen general del proceso metodológico seguido para la formulación de las recomendaciones:

PROCESOS DE FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

ACTIVIDAD	TEMAS DE DISCUSIÓN			OBJETIVO
	Normatividad	Sisben	Toma de decisiones	
Seminario	Presentación de estudios			Socialización Identificación
	Identificación de proyectos			
Talleres temáticos	Funcionarios	Funcionarios	Deliberación Discusión	
	<div>N I P</div>	<div>N I P</div>		
Talleres integrados	Acuerdos			Selección de propuestas
	Divergencias			

2.3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA METODOLOGÍA APLICADA

Se usó un enfoque metodológico participativo y pluralista para estimular la participación amplia de los actores involucrados y el respeto por las diferencias de los puntos de vista expresados. El enfoque facilitó iden-

tificar y hacer conciencia individual y colectiva de la complejidad de los problemas, formular propuestas de solución, y generar acuerdos con base en la libre deliberación, el debate respetuoso y la toma de decisiones fundamentada en el consenso y el respeto a las diferencias.

Este proceso implicó dos etapas generales de trabajo. La primera para lograr un mayor nivel de conciencia y explorar propuestas de solución a partir de la comprensión y reflexión individual y colectiva sobre los problemas y sobre las implicaciones estratégicas de las recomendaciones para el cambio y/o mejoramiento de la situación. Con ésta se contribuyó a generar habilidades para la interacción a un nivel más amplio de complejidad en la perspectiva de construir consensos y disensos sobre las posibilidades de solución.

En la segunda, los participantes conocieron primero los fundamentos conceptuales y las implicaciones políticas, económicas y sociales de las propuestas de solución construidas en la etapa anterior; y luego articulaban los puntos de vista comunes, e identificaron y debatieron sus diferencias. El proceso no supuso que las diferencias serían suprimidas sino, por el contrario, respetadas e incluidas, o tomadas como base para construir acuerdos en un nivel superior.

2.4. MÉTODOS Y TÉCNICAS

Los métodos y las técnicas utilizados posibilitaron el desarrollo de tres elementos del proceso de trabajo de los talleres: deliberación, debate y toma de decisiones en el curso de la identificación de problemas, formulación de propuestas de solución y discusión de las diferencias.

Tales métodos se aplicaron tanto en el seminario inicial de introducción como en el curso de los talleres. Al principio del seminario se desarrolló un ejercicio de lluvia de ideas con el objetivo de identificar problemas, soluciones y puntos de debate desde la perspectiva de la comunidad y de los demás participantes no expertos. Luego, en el curso de la presentación de los resultados de las investigaciones, se utilizó la técnica Delphi (4).⁴ Los actores centrales de esta discusión fueron los expertos y los líderes de la comunidad.

⁴ Esta técnica ayuda a construir escenarios iniciales de consenso o divergencia a partir de la reflexión entre expertos y legos estratégicamente seleccionados para el debate de los problemas en discusión.

En los talleres se combinaron los métodos lluvia de ideas, IDONS,⁵ SAST(5)⁶ y el análisis DOFA,⁷ dependiendo de las particulares exigencias de cada momento. Además de que facilitaron formar grupos de trabajo, organizar las ideas presentadas, diferenciar las distintas perspectivas desde las cuales se abordaron los temas en discusión y analizar las fortalezas y debilidades de las posiciones, permitieron identificar vacíos temáticos y conceptuales que dificultaban el avance del trabajo del grupo y que requerían una respuesta de los investigadores. Para ello fue de gran utilidad el enfoque crítico y heurístico de Ulrich (1),⁸ así como el método pedagógico de Freire (6).⁹

Una vez estructuradas las propuestas iniciales de los grupos de trabajo y lograda una mayor claridad conceptual sobre el conjunto temático en discusión, se usó el enfoque metodológico de Taket y White (7,8) para construir los consensos y disensos. El logro de los acuerdos se orientó por las siguientes reglas: amplia discusión de las diferencias de opinión, escogencia de una opción sobre la base de la negociación y el mutuo consentimiento, derecho al veto de una opción propuesta por cualquier grupo o miembro de grupo en cualquier momento, no-exclusión de las

⁵ Este método facilitó la participación de la comunidad usando medios visuales (hexágonos) donde se anotaron las ideas que surgían en las conversaciones. Éstas se organizaron según sus relaciones en tal forma que ayudaran a comprender los problemas, posibles soluciones, puntos de discusión y sus implicaciones en una perspectiva sistémica. Se logró mediante la reubicación de los hexágonos por los participantes, con la ayuda de los facilitadores, según su contenido.

⁶ El Strategic Assumption Surfacing and Testing (SAST) permitió maximizar las similitudes dentro de cada grupo y maximizar las diferencias de perspectivas entre ellos. Los grupos se integraron con base en quienes defendían una estrategia u opción particular.

⁷ Fue usado para orientar la discusión sobre las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas de las propuestas o posiciones desarrolladas por los grupos.

⁸ Critical Systems Heuristics: utiliza 12 preguntas cuyo fin es hacer transparentes y comprensibles todos los presupuestos (científicos) y los valores normativos (éticos) en que se fundamentan los temas en discusión. Las preguntas exploran relaciones entre distintos tipos de participantes (beneficiarios, afectados, tomadores de decisiones, planificadores, los que interceden por los que serán afectados, los expertos y los responsables de la implementación de las propuestas) en relación con el tema en discusión. Éstas se presentan en los modos ser y deber ser; con lo cual se busca explorar la situación como ella existe en el presente (el diagnóstico de lo existente) y como ella debe ser en el futuro.

⁹ Este método de investigación y educación dialógica, crítica, reflexiva y participativa, especialmente la concepción de "tema generador", nos sirvió para descubrir, a través de la reflexión sobre las relaciones que los participantes planteaban con su entorno socioeconómico, cultural y ambiental, y entre sí, el "universo temático" que posibilitó una mejor comprensión de "las situaciones límites" ante las cuales se encontraban los excluidos por la política de focalización y el Sisben en las circunstancias históricas del país y de las políticas de salud de hoy.

opciones vetadas; libre iniciativa para la propuesta de opciones. El diseño de las propuestas de cada grupo partió de reconocer la factibilidad técnica para su realización, su viabilidad económica y adaptabilidad presente o futura a las circunstancias.

2.5. EL PAPEL DE LOS FACILITADORES

Los investigadores actuaron como facilitadores de los talleres. Tuvieron como reglas las siguientes: otorgar a los participantes igualdad de oportunidad para expresar sus opiniones sobre los temas en discusión. Poner cuidado especial en controlar los efectos de poder en las relaciones entre los participantes. Propiciar el logro de un grado adecuado de comprensión y sinceridad de las intervenciones de los participantes. Ayudar a develar el carácter de falsedad o verdad de los argumentos. Hacer evidentes los acuerdos o las diferencias entre los participantes. Hacer más énfasis en preguntar que en intervenir. Ser flexibles y justos en el manejo de las oportunidades de intervención. Mantener concentrados a los participantes en los puntos clave de discusión y garantizar el progreso del trabajo.

3. PROCESO Y RESULTADOS DEL TALLER EN LAS LOCALIDADES

Las sesiones del taller en las localidades transcurrieron en tres momentos fundamentales: primero, exploración de las posiciones iniciales de los participantes sobre la problemática en estudio; segundo, profundización en el conocimiento y la reflexión sobre el carácter del problema, sus factores determinantes e implicaciones para el acceso y uso de los servicios de salud por toda la población y, tercero, formulación de propuestas concretas de solución. La identificación de la situación problemática se exploró con relación al sistema de salud, su cobertura y el papel de la focalización para lograrla. El conocimiento y la reflexión sobre el carácter del problema, sus determinantes e implicaciones se trabajó en lo que se llamó reflexión temática. La formulación de propuestas de solución se refirió específicamente a la focalización de subsidios para aseguramiento, el Sisben y el proceso de toma de decisiones.

3.1. SISTEMA DE SALUD, COBERTURA Y NORMATIVIDAD SOBRE FOCALIZACIÓN

El proceso de discusión de este tema se inició con un ejercicio de lluvia de ideas para explorar la visión de los integrantes de los grupos sobre las normas de focalización y su pertinencia para facilitar y garantizar el aseguramiento en salud de los pobres, su necesidad y las posibilidades de mejoramiento o cambio.

Un grupo de participantes consideró que las leyes actuales sobre focalización de subsidios en los más pobres no interpretan adecuadamente el mandato constitucional de garantizar acceso universal a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, ni los principios de solidaridad e igualdad que forman parte del derecho a la seguridad social y a la salud. Para ellos el Sisben tampoco interpreta la situación socioeconómica y política del país, la complejidad de las necesidades de la población, ni las diferencias entre las personas para satisfacer sus necesidades de salud y realizar sus planes de vida. Consideraron que las normas son excluyentes, a pesar de que quienes las hacen son elegidos con la participación de la comunidad.

Para otros, aun si las leyes fueran justas, existe una ruptura entre lo que ordena la Ley (identificar y favorecer a los más pobres y vulnerables) y la práctica, puesto que las leyes no se cumplen, "están en el papel". Para ellos las leyes no pueden ser cambiadas directamente por la comunidad puesto que quienes tienen potestad para hacerlo son quienes las dictan. En este sentido el Sisben, entendido por algunos como el régimen subsidiado, debe mantenerse y ampliarse.

Un tercer grupo de opiniones consideró que las normas que constituyen el Sisben no son válidas ni justas puesto que segregan a gran parte de los pobres, por eso deben ser cambiadas, actualizadas o ajustadas. Para estas personas, a diferencia del anterior grupo, las normas pueden ser cambiadas por la comunidad a través de la presentación de proyectos de ley. Uno de los objetivos de los cambios en las normas debe ser el de lograr la ampliación de la cobertura de los servicios de salud.

Con la manifestación de las ideas y su estructuración en tres posiciones por medio del método IDONS, se decidió reorganizar el trabajo del grupo dividiéndolo en tres subgrupos de discusión mediante la adhesión voluntaria de cada uno de los asistentes a alguna de las posiciones estructuradas anteriormente. El trabajo se desarrolló luego buscando

establecer la relación entre la imagen ideal de servicio de salud que cada subgrupo construiría, con las características del mismo que permitieran garantizar la cobertura de todos y, en relación con ello, analizar la pertinencia de las normas actuales sobre la focalización y el Sisben.

Para ello los facilitadores usaron como guía del ejercicio las siguientes preguntas generadoras: ¿cómo imagina el sistema ideal de salud? ¿Debería haber focalización de subsidios en ese sistema? Si hay focalización, ¿hacia quiénes debería estar dirigida? ¿Cómo debería hacerse esa focalización? ¿Cuál debería ser el contenido de las normas para focalizar? ¿Qué debería hacerse con las normas existentes (leyes 60¹⁰ y 100 de 1993)?

Una vez discutidas estas preguntas, cada grupo generó una propuesta y analizó las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de los acuerdos logrados. Hecha la discusión, cada grupo eligió un relator que presentó ante todos los asistentes las conclusiones del trabajo. Intervenciones complementarias de los participantes en la plenaria ayudaron a entender el contenido de las propuestas, pero no se alcanzaron a debatir a fondo los argumentos que cada grupo tuvo en cuenta para la formulación, ni las diferencias entre ellas por ausencia de suficientes elementos conceptuales que informaran la discusión entre los participantes.

3.2. LA REFLEXIÓN TEMÁTICA

La discusión sobre aspectos relativos a la relación entre sistemas de salud, cobertura y normatividad develó un sentimiento general de los participantes inclinado hacia la introducción de modificaciones de fondo a la actual concepción política y contenido normativo del sistema de salud en aras de hacer efectivo el ideal de cobertura universal y equidad. Pero también mostró una serie de vacíos e imprecisiones conceptuales que dificultaban avanzar más allá de las generalidades en la formulación de las propuestas y posiciones de los grupos, sobre todo, en la posibilidad de generar acuerdos que trascendieran, hasta donde fuese posible, las diferencias de puntos de vista que emergieron.

Esto hizo necesario diseñar y trabajar en tres sesiones específicas del taller que posibilitaran desarrollar entre los participantes, tanto de la co-

¹⁰ Estos talleres se realizaron antes de ser promulgada la Ley 715, el 21 de diciembre de 2001, que reformó la Ley 60 de 1993.

munidad como funcionarios y facilitadores, un mayor conocimiento, nivel de reflexión y discusión informada de los problemas y de los factores que condicionaban el carácter, los alcances y la factibilidad de las formulaciones hechas para superarlos.

Siguiendo el método de Freire (6), y el enfoque metodológico de evaluación de políticas de salud desde la perspectiva de igualdad y pluralidad de Vega Romero (9), particularmente en lo que hace al nivel temático de los procesos pedagógicos para poblaciones oprimidas o marginadas, y la interacción de éstas con los investigadores, se dio un proceso en dos direcciones. Por un lado, se logró “alfabetizar” a la comunidad en temas centrales de la actual política de reforma sanitaria, validar los problemas detectados en los grupos focales y reflexionar, más allá de la intuición, sobre sus límites, dimensiones conceptuales y teóricas. Por otro lado, simultáneamente se produjo en los investigadores un proceso de reflexión que les permitió trascender el plano de las posiciones ideológicas para generar posturas interpretativas de los problemas, más en consonancia con los marcos teóricos y conceptuales de análisis de las situaciones en que éstos se presentaban.

El conjunto temático de la discusión en las sesiones se refirió a los siguientes aspectos: modelos de sistema de salud según su organización, financiamiento, acceso, papel del Estado y del mercado; experiencias de sistemas de salud y resultados de los mismos en términos de gasto total como porcentaje del PIB, cobertura de la población y resultados en salud; formas de financiamiento y tipos de aportes del sistema de salud colombiano; beneficios, cobertura y factores que influyen el acceso y uso de los servicios de atención médica; política y normas de focalización de subsidios para aseguramiento en salud, el papel del Sisben, y problemas respecto de la universalidad de la cobertura y la equidad en el acceso y uso de los servicios.

Los temas se organizaron en tres sesiones, así: 1) tipos de sistemas de salud, formas de aseguramiento, formas de resolver el problema de universalización de la cobertura y papel del Estado y del mercado; 2) mecanismos de financiamiento y características del gasto en el sistema de salud, frente a sus resultados en términos de ampliación de la cobertura y protección de los grupos de bajos ingresos y sin capacidad de pago; 3) enfoques de focalización y metodología Sisben: fundamentos conceptuales, variables, clasificación de los niveles de pobreza de la población, características de la encuesta y pertinencia frente a las necesidades de la

comunidad objeto de investigación, a la luz de la experiencia de los grupos focales en las cuatro localidades objeto de este estudio.

La comunidad tuvo una participación activa en el desarrollo de estas tres sesiones. En su intercambio con los investigadores, la participación estuvo informada por su percepción sobre la relación entre sus condiciones de vida, contexto socioeconómico y político, y modelo deseable de sistema de salud. En la aclaración conceptual, reflexión y debate fue ilustrativa la experiencia adquirida por los participantes en los servicios de salud alrededor de la búsqueda de solución a los problemas de salud de sus localidades y representados, y la vigilancia y el control ejercidas sobre las actividades de las instituciones y sus funcionarios, en la medida en que muchos de ellos eran miembros de las asociaciones de usuarios de los servicios públicos de salud de las localidades, Copacos, juntas directivas de los hospitales, organizaciones de mujeres y discapacitados, juntas de acción comunal, entre otros.

El conocimiento, la discusión y la reflexión propiciada por estas tres sesiones sirvió, además, para que muchos reconfirmaran, ampliaran o cambiaran sus puntos de vista sobre los problemas del sistema de salud, y los efectos de la focalización y el Sisben obtenidos a través de los grupos focales. Por ejemplo, los planteamientos sobre los efectos de la focalización y del Sisben de los participantes que no habían tenido la experiencia de los grupos focales generalmente coincidieron con aquellos ya expresados por otras personas en los grupos. Esas coincidencias se refirieron a la insensibilidad de la política y normatividad de focalización de subsidios para aseguramiento en salud y de la metodología de selección de beneficiarios frente a las situaciones de personas como los discapacitados, enfermos crónicos, madres solteras, desempleados y subempleados; a la influencia de las condiciones epidemiológicas de sus localidades, y a las consecuencias de las circunstancias económicas y políticas del país.

Así mismo, el grupo debatió aspectos antes no bien captados en los grupos focales como el comportamiento que los subsidios a la demanda y la separación entre régimen contributivo y subsidiado inducen, tanto en pequeños empresarios como en empleados y trabajadores independientes de bajos ingresos. Ellos procuran evadir la afiliación al régimen contributivo para evitar el pago de contribuciones al mismo y posibilitar un remanente de ingresos para ser gastados en la satisfacción de otras necesidades apreciadas como más urgentes que las de salud.

Un importante espacio en el desarrollo de estas sesiones fue dedicado a la discusión de las ventajas y desventajas que para hacer efectiva la cobertura de los sectores sociales desprotegidos y garantizar la participación social en la vigilancia, el control y la toma de decisiones tendría el carácter público, privado o mixto de los servicios de salud, la entrega de los subsidios por vía de la oferta o de la demanda, así como la influencia del tipo de financiamiento, la disponibilidad y asignación de recursos, la eficiencia y las tendencias del gasto.

En general, emergió una actitud inclinada hacia lograr un papel más fuerte del sector público acompañado de una mayor participación comunitaria en la toma de decisiones, y hacia la descentralización de los servicios, como mecanismos para hacer efectivos tanto la identificación de los beneficiarios de subsidios como el acceso de la población desprotegida a los servicios de salud, y lograr mayor eficacia en la lucha contra la corrupción.

En síntesis, desde el punto de vista metodológico, los resultados del proceso pueden definirse, en las palabras de uno de los facilitadores, en los siguientes términos:

lo más evidente fue la "alfabetización" en aspectos básicos para analizar los problemas del sector salud más allá de lo que pueda decir la intuición y la experiencia directa en la prestación de los servicios de salud. Se dio algo que puede llamarse validación y ampliación de lo encontrado en los grupos focales. Las discusiones que se generaron en torno a la "alfabetización" indujeron en los investigadores y en los participantes de las localidades nuevas formas de interpretar los hechos identificados, que en un principio se hizo más a la luz de las posiciones y percepciones de "la población sujeto" de la investigación. Estas reflexiones, que podrían llamarse de segundo orden, llevaron al inicio de un camino interpretativo desde perspectivas teóricas y disciplinarias diversas (desde la economía, la sociología) que condujeron a la validación o comprensión de las diversas propuestas que posteriormente surgieron de los talleres.

Desde el punto de vista de los aportes a la concienciación de los participantes, se creó una perspectiva estratégica de soluciones a los problemas detectados desde la situación de los sujetos afectados que puede sintetizarse en las siguientes ideas fuerza, respecto del deber ser del sistema de salud colombiano: universalidad; equidad y carácter no excluyente

ni discriminatorio; entrega de servicios de igual calidad para todos según necesidad y no para servir fines mercantiles; mayor intervención del Estado para favorecer la universalidad y equidad del sistema; aumento de la participación de la comunidad en la producción de la información, toma de decisiones, administración, control y vigilancia del sistema; avanzar en la descentralización del sistema; financiamiento según capacidad de pago; abolición de los intermediarios financieros privados en el aseguramiento; entregar subsidios a las personas sin capacidad de pago. Se presentaron posiciones diferentes en cuanto a los mecanismos para identificar los beneficiarios y entregar y administrar los subsidios. Mientras unos favorecieron los subsidios a la oferta, otros promulgaron los subsidios a la demanda.

3.3. LAS PROPUESTAS SOBRE LA FOCALIZACIÓN Y EL SISBEN

Al cabo de las tres sesiones de reflexión temática, enunciadas en la sección anterior, se alcanzó un nuevo nivel de comprensión entre los participantes de la comunidad, los funcionarios y los investigadores sobre los temas que emergieron en la discusión de la primera sesión del taller. Con este nuevo elemento ganado en la reflexión se volvió a la tarea de diseñar soluciones a los problemas de la focalización y del Sisben, pero tomando como centro del análisis sólo aquello relacionado con la política de focalización de subsidios, la metodología de identificación de beneficiarios y el proceso de su asignación.

El grupo continuó trabajando de manera integrada, dejando en suspenso las diferencias aún persistentes sobre los modelos de sistema de salud que surgieron en la primera sesión del taller, y buscando saldarlas a partir de la discusión de conjunto del problema de los subsidios y de su solución.

Para facilitar la discusión y la construcción de propuestas sobre la información acerca de las características de las personas que deberían recibir subsidios, cómo seleccionar a las personas merecedoras del mismo, su monto, su administración, la participación de la comunidad en la toma de decisiones para su asignación y el modelo de sistema de salud, se trabajó con las siguientes preguntas: ¿Debe o no haber subsidios? ¿A quiénes deberían beneficiar los subsidios? ¿Cómo deben ser seleccionados los beneficiarios del subsidio? Suponiendo que los beneficiarios fueran selec-

cionados por una encuesta, ¿qué preguntas (variables) debería contener la encuesta? ¿Cuáles serían las preguntas más importantes? ¿Cuáles las menos importantes? En el caso de que la encuesta fuese sobre el Sisben, ¿cuáles preguntas serían válidas y cuáles no? ¿Cuáles serían las preguntas más importantes y cuáles las menos importantes? ¿Debe el subsidio ser total o parcial? ¿Cómo diferenciar entre quienes requieren un subsidio total o un subsidio parcial? ¿Cree necesaria la existencia de una línea de corte como mecanismo para diferenciar entre pobres y no pobres y entre más pobres y menos pobres? ¿Cree que la línea de corte del Sisben diferencia entre pobres y no pobres? ¿Cree que la línea de corte del Sisben diferencia adecuadamente por niveles de pobreza? Si no está de acuerdo con la línea de corte como mecanismo para diferenciar entre pobres y no pobres o para diferenciar a la población por niveles de pobreza, ¿qué mecanismo sugiere? ¿Cree que existen restricciones para la entrega de subsidios? ¿Considera que los recursos disponibles son suficientes para entregar los subsidios a la población que los necesita? ¿Qué características debería tener el sistema de salud para garantizar la cobertura de toda la población? ¿Deben los subsidios ser entregados mediante la oferta o mediante la demanda? ¿Quién o quiénes debe(n) administrar los subsidios? ¿Cree que la comunidad debería participar en el proceso de asignación de subsidios? ¿Cómo debería ser la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre asignación de subsidios?

A partir de estas preguntas el taller avanzó en acuerdos sobre los siguientes aspectos que constituyen un marco general de orientación para la solución de los problemas de exclusión generados por la política de focalización y el Sisben:

- a) El Estado debe entregar subsidios para garantizar el aporte de las personas sin capacidad de pago al financiamiento del sistema de salud.
- b) Los cuidados de salud deben ser entregados a todos los que los necesiten, en el momento en que los necesiten, sin barreras de acceso financiero, y sin restricciones para el uso ni discriminaciones negativas de otra índole.
- c) Dar a todas las personas según necesidad implica también que todos aporten, aunque sea un poco, según su capacidad.
- d) El subsidio debe beneficiar a todos los que lo necesitan y no sólo a los más pobres. En este sentido lo que debe hacerse es identificar

de manera más acertada las características de la necesidad, las circunstancias de las familias y de las personas, y el contexto económico, social, ambiental, epidemiológico, cultural y político en el que se desenvuelven.

- e) La discriminación según "pobreza" o por "niveles de pobreza" para efectos del acceso y uso de los servicios trae consigo exclusión, discriminación en la calidad y, por consiguiente, inequidad. El hecho de que se defina genéricamente que los servicios deben entregarse a todos es porque se considera imposible prever totalmente las condiciones contextuales y circunstancias personales y familiares al momento de presentarse la necesidad de atención en salud. Eso significa que no debe hacerse una clasificación previa y rígida de las condiciones y circunstancias de las personas.
- f) El mejor esquema para entregar en forma equitativa los servicios de salud sería aquel organizado como un sistema público o con fuerte influencia del Estado, financiado con los aportes de las personas, según su capacidad de pago. Se hace énfasis en que se debe mejorar la calidad de los servicios tanto de las instituciones como de las personas.
- g) El monto del subsidio debe ser calculado en proporción directa a la necesidad y en proporción inversa a la capacidad de aporte de las personas.
- h) Un sistema de impuestos organizado según la capacidad de pago de las personas es la mejor forma de financiar los subsidios. Sin embargo, se señalaron algunas cuestiones para un sistema de este tipo como la cantidad de impuestos y su efecto en otras dimensiones de las personas y de la sociedad, la evasión, la falta de adecuados mecanismos de control para su recolección, definir si es un impuesto específico para salud o un impuesto general, de carácter regresivo, proporcional o progresivo.

En cuanto al mecanismo para seleccionar a los beneficiarios de los subsidios la discusión se orientó en los siguientes sentidos:

- a) Si los servicios se prestan a todos sin barreras financieras de acceso ni discriminaciones negativas para el uso, no es necesario clasificar y seleccionar a la población para efectos de conocer quién merece o no que se le preste el servicio por vía de subsidios. El

financiamiento de los servicios debería ser vía impuestos y su monto se definiría según la riqueza y capacidad de las personas para pagarlos, lo que en últimas debe medir quién debe resultar beneficiado por un subsidio y en qué cantidad, y quién no. Estos impuestos deberían constituir un fondo común solidario para financiar los servicios.

- b) La segunda idea que se trabajó, variante de la anterior, fue la de la clasificación por clases sociales. A los de más baja clase social se les debe dar subsidio. Pero se sugiere que sea el mecanismo de los impuestos el que defina, y así no habría discriminación o clasificación de las personas para recibir los servicios.
- c) En cuanto a la encuesta como mecanismo para seleccionar a los beneficiarios, tanto la que se hace al momento de demandar los servicios como la de hogares, se considera que induce a mentir. Debería existir un sistema más completo, que incluyera toda la información sobre las personas.
- d) Cualquiera sea el mecanismo para identificar a los beneficiarios de los subsidios, definir su monto y distribución, debe contar con la participación de la comunidad.

Siguiendo ese orden de razonamiento, los participantes hicieron un primer ejercicio de identificación de las características, las necesidades y circunstancias de las personas, como ejemplo de las que podrían servir para la identificación de beneficiarios y asignación de los subsidios. Este ejercicio no incluyó la precisión del contexto en que se desenvuelven las personas y las familias que se discutió antes. Las características señaladas fueron las siguientes: edad avanzada, discapacidad, enfermedad, niñez, incapacidad monetaria para pagar la atención médica, desempleo, mala situación económica familiar o personal, composición familiar, distribución del ingreso neto disponible del hogar por persona.

Buscando identificar variables que pudieran servir como base de la información para utilizar la encuesta como mecanismo de selección de los beneficiarios, se llegó a un acuerdo sobre las siguientes variables: ingreso monetario mensual de cada uno de los integrantes del hogar; edad (niños y personas de edad avanzada), discapacidad, tamaño y composición del hogar; desempleo, estado de salud (personal y ambiental), mujeres (solteras) cabeza de hogar; nivel básico de gasto mensual de cada uno de los integrantes del hogar; inestabilidad laboral.

En un nuevo ejercicio se planteó la organización de las variables identificadas por orden de importancia; el resultado fue: 1) ingreso monetario mensual de cada uno de los integrantes del hogar; 2) tamaño y composición del hogar; 3) discapacidad/estado de salud (personal y ambiental); 4) edad (niños y ancianos); 5) jefatura de familia (mujeres); 6) desempleo; 7) nivel básico de gasto mensual de cada uno de los integrantes del hogar; 8) inestabilidad laboral.

En resumen, las variables se refieren a: cantidad de recursos económicos netos de que disponen las personas o las familias para garantizarse una vida digna (ingresos menos gastos, por ejemplo); necesidades que demandan atención (estado de salud personal y ambiental); limitaciones personales para generar ingresos o procurarse bienestar (edad, discapacidad, desempleo, inestabilidad laboral); y limitaciones adicionales de orden familiar (tamaño y composición del hogar, mujeres solteras cabezas de familia).

Llama la atención que los participantes en el taller no se refirieron a la vivienda, los servicios, ni a su dotación, como tampoco al nivel de escolaridad ni a la situación de aseguramiento de que gozan las personas para justificar la asignación de subsidios, aún habiendo discutido ampliamente el peso de estas variables en la encuesta Sisben.

4. PROCESO Y RESULTADOS DEL TALLER CON FUNCIONARIOS DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Una vez terminada la discusión de los temas centrales, y formuladas las propuestas de las localidades para enfrentar los problemas de la focalización y del Sisben, se inició un proceso de discusión similar con los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud, más afines al manejo de los problemas alusivos a la política de focalización y el Sisben por su relación con la comunidad y por su responsabilidad en materia de aseguramiento y orientaciones en la gestión de los servicios.

El grupo que participó en las sesiones del taller fue el siguiente: dos trabajadoras sociales del área de participación social, una psicóloga y una trabajadora social del área de atención al usuario, una trabajadora social del área de garantía de calidad, una representante de la oficina de vincu-

lados, una odontóloga y una médica del área de aseguramiento (1). El grupo trabajó en forma estable hasta el final del proceso.

4.1. ENCUENTROS Y DESENCUENTOS EN LAS PERCEPCIONES

Se informó sobre los objetivos de la investigación, el proceso llevado a cabo con los grupos focales y el análisis documental y sus resultados, así como sobre los objetivos y la metodología seguida para los talleres de formulación de soluciones.

Se hizo una presentación resumida de las críticas que planteó la comunidad excluida de la selección de beneficiarios de subsidios mediante el instrumento del Sisben, perteneciente a las cuatro localidades objeto de esta investigación. Así mismo, se resumió lo logrado hasta el momento en materia de propuestas planteadas por los líderes, personas excluidas por el Sisben y funcionarios de salud de las cuatro localidades.

En el proceso de discusión los participantes hicieron referencia a los siguientes aspectos que, entre otras cosas, validaron de nuevo lo aportado por los grupos focales y el taller de las localidades en materia de identificación de los problemas de la política de focalización y del Sisben.

- a) Los problemas identificados por los grupos focales y los participantes en las sesiones del taller de las localidades sobre la política de focalización y del Sisben no son desconocidos para los funcionarios distritales porque ellos los han percibido durante su experiencia de trabajo con los sectores de la población que acuden a demandar sus servicios.
- b) Los reclamos de la comunidad son conocidos pero no es posible dar respuesta adecuada a los mismos porque los funcionarios que podrían hacerlo se sienten restringidos en su acción por las regulaciones que establecen las normas vigentes.
- c) El diseño de la política de focalización de subsidios en los más pobres para aseguramiento en salud no es adecuado porque excluye a muchos de los así llamados pobres.
- d) El sistema es muy complejo y las normas tienen muchas contradicciones y vacíos que admiten múltiples interpretaciones desde los distintos actores: administración distrital, ARS, usuarios.

- e) La comunidad no tiene claro cómo participar en la modificación de la situación. Tampoco tiene claro el carácter de los subsidios, su alcance en cada caso y los beneficios que les pueden reportar.
- f) Sería conveniente desarrollar una cultura del aseguramiento y la educación sobre lo que son los subsidios y su uso para facilitar el proceso de aseguramiento en salud.

Luego de los comentarios de los funcionarios de la SDS, se acordó iniciar el proceso de formulación de propuestas de solución a los problemas, para lo cual se tomó como guía una serie de preguntas similares a las trabajadas en las localidades. ¿Se justifica la entrega de subsidios para aseguramiento en salud? ¿Deben los subsidios ser sólo para los más pobres y vulnerables o para los pobres y vulnerables en general? ¿A quiénes, en particular, deberían beneficiar los subsidios? ¿Deben los subsidios ser totales o parciales? ¿En qué casos? ¿Cómo deben ser seleccionados los beneficiarios de los subsidios? ¿Cuáles variables serían las pertinentes para lograrlo? ¿Cuáles serían las variables más importantes? ¿Mediante qué procedimiento deberían ser identificados los posibles beneficiarios de los subsidios? ¿Deben los subsidios ser entregados mediante la oferta o mediante la demanda? ¿Quién debe administrar los subsidios? ¿Existen restricciones para la entrega de subsidios? ¿Cuáles y cómo superarlas? ¿Quiénes deberían participar en el proceso de toma de decisiones para la asignación de subsidios?

Usando la guía de discusión, el grupo construyó un marco general que sirvió para orientar el trabajo posterior; y como marco normativo se definió el actual sistema de salud. Hubo acuerdo en que los subsidios para aseguramiento se justifican en la lógica del actual sistema de salud. Los subsidios deben beneficiar a todas las personas sin capacidad de pago. Los subsidios no sólo deben beneficiar a los pobres y vulnerables sin capacidad de afiliarse al régimen contributivo, sino también a aquellos afiliados a este régimen que no tienen capacidad para cubrir los costos de servicios médicos necesarios pero por fuera del POS. Las normas actuales sobre subsidios son rígidas, estáticas y muchas veces contradictorias por lo que es necesario modificarlas.

Definidos los criterios anteriores se realizó un primer ejercicio de identificación de las características y circunstancias de las personas que ameritarían la asignación de subsidios para aseguramiento en salud. El resultado fue el siguiente: mujeres cabeza de familia; maternas, niños, an-

cianos, indígenas, desplazados, indigentes, discapacitados, personas con enfermedades de alto costo, desempleados, trabajadores de microempresas informales, víctimas de desastres naturales, reinsertados, trabajadores informales y testigos encubiertos.

4.2. REFLEXIONES SOBRE SALUD, DERECHO A LA SALUD, VULNERABILIDAD Y POBREZA

Con el objetivo de hacer avanzar al grupo y a cada individuo hacia un nuevo nivel de conocimiento, comprensión y reflexión sobre las implicaciones de la política de focalización y del Sisben para las personas excluidas, se realizó un ejercicio en dos partes. La primera fue una reflexión sobre la relación entre salud, pobreza y derecho a la salud; y la segunda, buscó precisar las características y circunstancias de las personas que las harían merecedoras de la asignación de subsidios, a partir de un nuevo plano conceptual y con una mayor claridad sobre los límites impuestos por las políticas de focalización.

Para la reflexión sobre lo que podría entenderse por salud, derecho a la salud y ser pobre o vulnerable desde la noción de salud y de derecho a la salud, se utilizaron las siguientes preguntas: ¿Qué podría definirse por salud y derecho a la salud? ¿Qué podría definirse como pobreza o vulnerabilidad desde la noción de salud y de derecho a la salud? En general se entendió la salud como un estado de bienestar físico y mental de la persona condicionado por la relación con el entorno social y natural.

Se consideró que las personas pueden escoger el proyecto de salud que quieran llevar; pero hay una serie de limitaciones individuales y sociales que afectan esa escogencia, tales como las características biológicas de las personas, sus conocimientos, su capacidad de pago y factores de carácter socioeconómico, cultural, político y ambiental, entre otros. Estos factores pueden no ser controlables por la sola acción de los individuos y requerirían de intervenciones colectivas o públicas para confrontar las limitaciones que imponen a la libre escogencia y a la libertad de las personas. Esto permitió reconocer una tensión entre lo individual y lo público en términos de las posibilidades de materialización del proyecto de vida y de salud que se quiera llevar.¹¹

¹¹ El tema sobre la tensión entre lo individual y lo público no tuvo más desarrollo en el taller.

En cuanto a la noción de derecho a la salud se consideró que en su desarrollo los individuos tienen el derecho a preservar la buena salud que portan cuando nacen o a mejorarla si nacen enfermos o si se enferman en el curso de la vida. Esto supondría el reconocimiento de dos tipos de derechos: un "derecho natural" con el que nace la persona, y un "derecho construido" o logrado colectivamente para mantener o desarrollar una buena salud, prevenir la enfermedad cuando ésta es evitable, curarla cuando ésta se ha adquirido, y evitar la muerte prematura.

¿Qué significa ser pobre o vulnerable desde la noción de salud o de derecho a la salud? Se consideró pobre a la persona que es incapaz de mantener o mejorar a tiempo su salud o su proyecto de vida por carencia de recursos económicos o culturales. Para el grupo los ingresos tienen un peso importante en el desarrollo educativo y en la salud. Pero no sólo se es vulnerable porque se es pobre por ingresos, sino por pertenecer a grupos con características sociales o biológicas específicas, con condiciones ambientales adversas o de otro tipo, frente a las que nada puede hacer. Igualmente, por no tener recreación o no disponer de ciertos útiles necesarios para el bienestar; y por falta de acceso a educación, información o conocimientos que podrían ayudar a mantener la salud, prevenir y superar la enfermedad.

A partir de la anterior reflexión, el grupo entregó dos elementos adicionales para tener en cuenta en el marco general para la fijación de una política de subsidios y selección de beneficiarios: la política de subsidios a la demanda tiene el riesgo de acostumbrar a la gente a no hacer esfuerzos por superarse por el temor a perder el subsidio; por tal razón, a fin de identificar a las personas merecedoras de un subsidio de este tipo se requeriría de un gran sistema de información, lo que es poco práctico.

Los participantes entregaron un listado de variables que, de acuerdo con su experiencia, serían relevantes para la identificación de las personas merecedoras de un subsidio para aseguramiento en salud en Bogotá.

Las variables iniciales fueron: ingresos, egresos (gastos), ocupación, procedencia de los ingresos, edad (niños y ancianos), composición de la familia, condiciones sanitarias de la vivienda, tenencia (relación de propiedad) de la vivienda, educación/escolaridad, discapacidad física o mental, situación de afiliación ante el sistema (relación de aseguramiento), estabilidad laboral, patrimonio líquido familiar o individual (propiedades), y género/ mujer cabeza de familia. Luego, cada persona escribió un listado por orden de prioridad, cuyo resultado fue: 1) ingreso y gasto; 2) tamaño y

composición de la familia; 3) discapacidad; 4) edad (niño, anciano); 5) empleo y desempleo; 6) escolaridad/estabilidad laboral; 7) aseguramiento; 8) condiciones sanitarias de la vivienda; 9) género/mujeres cabeza de familia; 10) ingreso; 11) gasto; 12) tenencia de bienes; 13) tipo de ocupación.¹²

4.3. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ADMINISTRACIÓN DE LOS SUBSIDIOS

La fase final del taller con los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud se concentró en resolver los siguientes elementos pendientes: procedimiento para identificar los posibles beneficiarios de los subsidios, participación en el proceso de toma de decisiones para la asignación de subsidios, mecanismos de entrega y administración de los subsidios, restricciones de recursos posibles para su asignación, y propuestas de la Secretaría Distrital de Salud para entregar subsidios parciales a grupos específicos de la población.

4.3.1. *Instrumento de identificación y medición*

Las participantes estuvieron de acuerdo en que debe haber un método o procedimiento que, usando las variables sobre circunstancias, necesidades y condiciones de las personas, permita la identificación de los que merecen subsidios. Los participantes se refirieron a los siguientes métodos: el Sisben, la estratificación que se hace para el pago de servicios públicos (recibos de pago), los procedimientos usados por los programas de bienestar social para usuarios institucionalizados, las encuestas de clasificación socioeconómica de los servicios de salud y de los hospitales, entre otras.

Todos los métodos tienen uno u otro problema que los hace poco eficaces como fuentes de información, o dificultan su aplicación y aceptación por la comunidad. El Sisben, aunque aparece como el mecanismo más aceptable si se mejora, es visto como un método rígido que ha generado muchas controversias entre los usuarios sobre la justeza de sus resultados; es difícil de manejar por las instituciones responsables de su

¹² Las variables ingreso y gasto se consideraron tanto unidas (posición 1) como separadas (posiciones 10 y 11), con pesos diferentes.

aplicación y por los encuestadores debido a cuidados y recursos que demanda; su aplicación es demorada y poco controlable, lo que genera inconformidad en la población; y puede llevar a incentivar mecanismos de distorsión de la información y corrupción tanto entre los encuestadores como entre quienes se aplica.

La información que suministran las encuestas socioeconómicas de los hospitales se recolecta cuando los pacientes demandan el servicio, pero es de mala calidad porque no hay forma de verificarla; además, los funcionarios encargados de su aplicación disponen de poco tiempo para hacer un trabajo cuidadoso y para verificar la información por sobrecarga de funciones.

Se estimó que la estratificación para pago de servicios públicos es poco confiable para identificar la capacidad de pago y las necesidades de las personas porque puede hacer pasar como pobres a quienes no lo son, además de que puede generar corrupción.

Tanto las encuestas prioritarias como los instrumentos de los programas de bienestar social se refieren a poblaciones específicas. De ahí su inconveniencia como instrumentos de aplicación al conjunto de la población.

Una propuesta adicional se refirió a la constitución de sistemas de información con centros en el distrito y en los hospitales que permitan cruzar datos de cuentas bancarias, cámara de comercio, tenencia de vehículos, catastro, DIAN, aseguramiento, entre otros. Este procedimiento pareció ser muy dispendioso a los ojos de los funcionarios.

Se cree que lo mejor es seguir trabajando con el Sisben, aunque debe mejorarse tanto el contenido de la encuesta como el procedimiento de su aplicación. Una dificultad en este sentido es la poca aceptación de críticas por parte de las instancias nacionales responsables del instrumento.

4.3.2. La participación en el proceso de toma de decisiones

La mejoría del Sisben debe incluir, además de la revisión de las variables, una nueva visión de la participación de la comunidad en la toma de decisiones. Esto implicaría generar una estructura para la participación social, por ejemplo, comités distritales, zonales y locales, y otros espacios de participación; identificar las funciones de la participación tales como la definición de las variables, del instrumento y de las políticas de aplicación,

apoyo en la identificación de posibles beneficiarios, apoyo en la implementación, participación en el control, vigilancia y evaluación; clarificar el alcance de la participación en términos del poder otorgado a la comunidad; definir lo que se entiende por comunidad, en este caso, representatividad de la participación, papel de los líderes, conocimiento de la materia objeto de la participación, tipo de relación entre los participantes y el tema objeto de la participación; establecer reglas de juego que permitan controlar la interferencia de intereses personales o políticos.

4.3.3. Forma de entrega y de administración del subsidio

El tema de la administración de los subsidios, y su entrega por vía de la oferta o de la demanda, generó las siguientes posiciones sobre las cuales no hubo consenso. Algunos prefieren regresar al subsidio a la oferta; una posición defendió el actual mecanismo de subsidios a la demanda administrados a través de las ARS en un sistema de competencia; otra defendió la constitución de una sola EPS pública y otra propuso la creación de un consorcio público-privado.

Aunque actualmente se mantiene el subsidio a la oferta para el caso de los vinculados, procedimientos no POS y poblaciones especiales (indigentes, desplazados, entre otros), el argumento en contra es que éste genera muchos gastos en funcionamiento y pocos en servicios.

El argumento en contra de múltiples ARS apunta a la dificultad de su control y a la falta de eficacia de la Superintendencia Nacional de Salud en hacerlo. La existencia de múltiples ARS en competencia desvía los subsidios públicos de su fin de servir a los pobres y a quienes los necesitan.

El argumento en contra de la EPS pública señala que ésta apoyaría a los hospitales públicos (difícilmente sancionables por los organismos de control) manteniendo su ineficiencia, baja calidad de los servicios y corrupción. Estos aspectos serían los que las ARS ayudarían a superar.

4.3.4. Restricción de recursos

Se considera que en Bogotá los recursos económicos para soportar el subsidio de aseguramiento son suficientes, tanto que pueden sobrar en cada ejecución presupuestal puesto que son recursos de destinación específica que se asignan sólo a aquellos previamente identificados por el Sisben.

Las restricciones que se presentan tienen que ver con los siguientes aspectos: las de índole normativa, puesto que la política de focalización, el actual diseño del Sisben y el carácter restrictivo del régimen subsidiado, operan como factores en contra de la universalidad de la cobertura. Dificultad de localización de personas identificadas por el Sisben como merecedoras de subsidio. Falta de reclamo del derecho al subsidio habiendo sido identificados como merecedores del mismo. Las inconsistencias del sistema de información. La dependencia y los trámites excesivos que genera el manejo de la información. Por ejemplo, si los hospitales entregan información inadecuada a los pacientes, éstos terminan perdiendo tiempo al ir de una dependencia a otra. La existencia de múltiples cuentas e instancias para hacer efectivo el derecho. Restricciones en la entrega de medicamentos en los hospitales para el caso de los vinculados.

4.4. PROPUESTA DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud presentó dos lineamientos generales de su trabajo en relación con la ampliación de la cobertura. Uno se refiere a la propuesta de entregar subsidios parciales para personas de los niveles tres y cuatro identificadas por el Sisben, subsidios que se harían efectivos a través del régimen contributivo y no mediante el subsidiado. La población que se beneficiaría con subsidios parciales sería aquella perteneciente a grupos específicos definidos por su ocupación y posibilidades de organización, como las empleadas domésticas y los taxistas. Esta población hace factible cumplir dos criterios que a los ojos de la Secretaría son esenciales para el control de la entrega de los subsidios parciales y el cumplimiento con los pagos complementarios por parte de los beneficiarios: la pertenencia a una organización que pueda responder ante la EPS con el compromiso del pago parcial de la cotización que corresponde a cada beneficiario, y el tener alguna capacidad estable de cotización al régimen contributivo. El segundo lineamiento es ampliar el POS del régimen subsidiado al nivel del POS del régimen contributivo para la población menor de cinco años. No hubo discusión sobre el contenido de estas propuestas.

5. CONCLUSIONES

Las conclusiones de los talleres se presentan teniendo en cuenta los tres niveles temáticos del trabajo: marco político y normativo de la asignación de subsidios; metodología Sisben y su aplicación, y proceso de toma de decisiones.

5.1. SOBRE EL MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO

Los talleres mostraron una inclinación general de los participantes a introducir modificaciones a la actual concepción política y al contenido normativo que rige el sistema de seguridad social en salud de Colombia, en tal forma que lo haga compatible con un horizonte de cobertura universal y equidad cualquiera sea el modelo en que se fundamente.

Se objetó de manera explícita la actual política y el marco normativo de focalización de subsidios para aseguramiento en salud por considerarlos contrarios al principio de universalidad. Fueron calificados como rígidos, estáticos, contradictorios y, sobre todo, insensibles a las necesidades de las personas y a los cambios del contexto socioeconómico, político y cultural en que se desenvuelven. Por esta razón, la política induce a las personas a mentir para obtener el subsidio y a no superarse por el temor a perderlo.

El grupo también se inclinó por cambiar o reformar la política, las normas y los métodos de focalización de subsidios para establecer garantías a la materialización del principio de universalidad y equidad. Algunos lo propusieron en el ámbito de las leyes 100 y 60 de 1993 y, como consecuencia, del Sisben. Otros incluso sostuvieron la necesidad de introducir cambios en la Constitución Política de 1991.

Se deberían realizar cambios políticos y normativos adicionales en relación con las formas de financiamiento del sistema, el papel de los intermediarios, la descentralización y la participación comunitaria, y las formas de entrega y administración de los subsidios. Estos últimos tendrían que ver con el peso otorgado al Estado, al mercado y a la comunidad en la conducción del sistema. Aquí, mientras una postura favorece más la intervención del Estado tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios, la otra deja espacio al mercado. Ambas coinciden en la necesidad de que la comunidad tenga un papel protagónico.

Existió acuerdo en que los lineamientos generales que deberían orientar las políticas y la normatividad en salud son: universalidad, equidad, carácter no excluyente ni discriminatorio del sistema de salud y entrega de servicios de igual calidad para todos según necesidad. Mayor intervención del Estado para favorecer la universalidad y equidad del sistema. Aumento de la participación de la comunidad en la producción de la información, toma de decisiones, administración, control y vigilancia del sistema al tiempo que se profundiza la descentralización del mismo. Financiamiento según capacidad de pago y entrega de subsidios en dinero o en especie a las personas según su capacidad de pago, necesidades personales y condiciones del contexto socioeconómico, epidemiológico y cultural. Se requiere diseñar un nuevo sistema capaz de capturar información relevante para conocer las necesidades de las personas, sus capacidades y las circunstancias en que se desenvuelven.

5.2. SOBRE LOS SUBSIDIOS Y LA METODOLOGÍA SISBEN

Aunque para algunos de los participantes en los talleres el Sisben aparece como la metodología más adecuada para la selección de beneficiarios de subsidios para aseguramiento en salud, la mayoría de los participantes cree que una metodología para la identificación de beneficiarios se justifica por el hecho de que hay una población sin capacidad para pagar la atención en salud que requiere ingresos adicionales a fin de que se le garantice el derecho a acceder y usar esos servicios cuando los necesita. En ese sentido la metodología debe identificar las características indicativas de pobreza, necesidades personales y fenómenos contextuales que ameritan una intervención especial del Estado, orientada a superar los obstáculos que impiden que las personas puedan acceder y usar los servicios de salud para prevenir la enfermedad, curarla a tiempo e impedir sus secuelas y la muerte evitable.

La identificación de estas características de las personas y del medio en que se desenvuelven aparece como un requisito indispensable para hacer efectivo el subsidio ya sea por la vía de la oferta o de la demanda. A este respecto se identificaron también dos posiciones: una que defendió la entrega de subsidios a la oferta y otra la entrega de subsidios a la demanda.

La entrega del subsidio a la oferta podría operar mediante un pago subsidiado al momento de demandar los servicios o mediante la entrega

de servicios libre de barreras financieras. En este último caso los servicios serían financiados en su totalidad vía impuestos, los que deberían gravar a las personas según la riqueza y la renta que poseen. Es en este punto donde se haría efectivo el subsidio en la medida en que las personas con capacidades disminuidas serían gravadas con un impuesto menor o exoneradas del mismo, pero recibirían los servicios según su necesidad. Aunque no habría barreras financieras aparentes en la puerta de entrada a los servicios, sin embargo podrían operar otras que justificarían su identificación para efectos de lograr una mejor redistribución y uso de los recursos disponibles según las necesidades de las personas. Así, tanto en el caso del pago subsidiado al momento de demandar los servicios como en el último, se requeriría de algún mecanismo de identificación de los beneficiarios y de las características que los hacen merecedores de los beneficios.

El caso del subsidio a la demanda conlleva su entrega previa al beneficiario para que pueda pagar los costos de la atención que se le brinde, lo que implica una identificación de las necesidades y otras circunstancias que le hacen merecedor del subsidio para incrementar su capacidad de pago, ya sea mediante aseguramiento o para demanda directa de los servicios, sin intermediarios.

La anterior es la interpretación general que parece desprenderse de la discusión de los participantes en los talleres. Como se ha dicho, las posiciones se dividieron entre quienes defendieron que los subsidios operen vía oferta y entre quienes defendieron que los subsidios operen vía demanda. Esta diferencia, sin embargo, no parece ir en contra de la necesidad de una metodología de identificación de los beneficiarios de la acción del Estado, aunque plantea diferencias de fondo sobre el alcance de los beneficios reportados en materia de equidad por uno u otro modelo. Los defensores del subsidio a la oferta creen que este mecanismo la favorece, y los defensores del subsidio a la demanda, aunque mostraron sus debilidades para la equidad dados los problemas de asignación y distribución, por el contrario defendieron su importancia en materia de eficiencia en la forma de operar de los sistemas de salud.

Estas posiciones pusieron a los investigadores en la tarea de definir las características de un enfoque metodológico útil para la identificación y medición de las necesidades, circunstancias personales y contextuales que influyen en que se sea 'necesitado' o 'pobre' para efectos de lograr la universalidad y equidad en el acceso y uso de los servicios de salud. En

este sentido, los participantes en el taller avanzaron entregando elementos de juicio y procedimientos útiles para la definición de las variables, caracterización del instrumento, su aplicación, monitoreo y evaluación.

En lo que se refiere a las variables se logró identificar un conjunto que a juicio de los participantes en los talleres es más pertinente para identificar y medir las características y circunstancias de las personas excluidas que las que actualmente contiene el Sisben. Como se puede observar, en los listados ofrecidos por los dos grupos no sólo se incluyen algunas nuevas variables como las que se refieren a la salud de las personas, las características epidemiológicas de los lugares donde viven, las circunstancias laborales de desempleo o inestabilidad laboral por las que atraviesan, género, características étnicas, las circunstancias de las mujeres cabeza de familia, entre otras, sino que la prioridad que se establece entre ellas indicarían la necesidad de establecer nuevas ponderaciones de las mismas.

Este ejercicio aportó un elemento importante con respecto a la evaluación de los ingresos y gastos del hogar: No sólo se buscaría una mayor precisión acerca del ingreso neto disponible luego de establecer la relación entre ingresos y gastos, sino su distribución entre los miembros del hogar. Éste es un elemento clave que 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 de los integrantes.

Pero tal vez el aporte metodológico más importante se refiere a la necesidad de desarrollar un enfoque participativo que propicie un debate público, suficientemente informado, 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 las localidades, como se muestra en la siguiente sección.

5.3. SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Los participantes en los talleres fueron claros en que se necesita una nueva dimensión de la participación social que partiría de descentralizar

hasta el nivel de las localidades los espacios de toma de decisiones y de manejo de los recursos; redefinir lo que se entiende por comunidad; el poder otorgado a ésta en la toma de decisiones; la generación de condiciones locales para lograr un conocimiento más relacionado con las particularidades y necesidades de sus habitantes; la creación de una amplia estructura para la participación que vaya más allá de los comités actuales, y la redefinición de la cultura, las normas y las reglas de juego para la participación.

Además de la participación en la definición, escogencia y ponderación de las variables, los grupos hicieron énfasis en la necesidad de acompañar con una amplia participación social los procesos de puesta en práctica de las metodologías, de identificación de los beneficiarios, definición de prioridades para la asignación y redistribución de los recursos, monitoreo, vigilancia y evaluación de los programas.

6. DISCUSIÓN



Los problemas identificados de la política de focalización de subsidios para aseguramiento en salud y de su instrumento de aplicación, el Sisben, y las propuestas de solución planteadas, señalan la necesidad de una revisión profunda de por lo menos dos aspectos: por un lado, del contenido de las nociones de pobreza, equidad y justicia social en que se fundamentan las normas sobre derecho a la salud y a la seguridad social actualmente vigentes; por otro lado, de la política de focalización, de la metodología de análisis de la pobreza y del método de selección de beneficiarios, Sisben.

Tanto en las evidencias empíricas aportadas por esta investigación, como en la literatura reciente alusiva a las políticas e investigación sobre la pobreza y su relación con la salud (10,11,12,13,14,15,16), el concepto de pobreza ha adquirido un carácter multidimensional que lo coloca más allá del ingreso. Esto abre la posibilidad de su definición a través de observar su interacción con dos grupos de factores: primero, los factores personales y sociales como la heterogeneidad de las personas en términos de incapacidad, enfermedad, edad, sexo, género y características étnicas, entre otras. Segundo, los factores contextuales como la diversidad rela-

cionada con el ambiente físico y el clima, la necesidad de calefacción y de ropa, la presencia de enfermedades epidémicas y endémicas, y la contaminación del aire en una región o localidad, entre otros.

Entre estos factores contextuales, los relacionados con 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, han sido señalados como muy importantes.

De otra parte, también han sido destacadas 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 por qué 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; y 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.

Desde esta visión, la salud no es sólo un factor más que junto con otros explica la pobreza, sino uno 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, a través de 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, la situación de salud muchas veces podría llevar a ahondar o morigerar las condiciones de pobreza y desigualdad (12, 15, 17).

Esta investigación cuestiona la exclusión de múltiples categorías de pobres del derecho al aseguramiento en salud como consecuencia de la adopción oficial de un concepto estrecho y utilitarista de la pobreza, del carácter poco participativo de su análisis y medición, del modo no participativo de la toma de decisiones, monitoreo y evaluación de los programas, y de la política de focalización en su conjunto.

Sin embargo, queda también 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 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. Ese enfoque debe ser capaz de ampliar el espectro de variables a incluir y precisar, de una forma más específica (es decir, desde la situación de sujetos afectados concretos), su elección, ponderación y forma de combinación.

Enfoques recientes de elección e intervención social, de evaluación de la pobreza y de la justicia social (8, 9, 12, 18, 19, 20, 21) 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 también 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, se impone la necesidad de impulsar 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

Los autores agradecen 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 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 Posgrados en Administración de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ulrich W. Critical Heuristics of Social Planning. Berne: Haupt, 1983.
2. CID-UN. Sisben: identificación y afiliación al RS. En particular la sección: Pertinencia del Sisben como medida de pobreza en Bogotá. Bogotá: Ministerio de Salud-Programa de Apoyo a la Reforma (borrador), 2001.
3. Departamento Nacional de Planeación/Ministerio de Salud/Misión Social/PNUD, Memorias Foros Regionales del Sisben. Evaluación Integral. Bogotá: noviembre, 2000.
4. Delbecq AI, Van de Ven AH, Gustafson DH. Group Techniques for Program Planning: a guide to nominal group and Delphi processes. Glevview, Ill Scott Foresman, 1975.
5. Mason RO, Mitroff II. Challenging Strategic Planning Assumptions. New York: Wiley, 1981.
6. Freire P. Pedagogía del oprimido. México: Studio 3, 1971.
7. Taket A, White L. Doing community operational research with multicultural groups. Omega Int J. Mgmt Sci 1994; 22 (6): 579-588.
8. Taket A, White L. Partnership & participation. Decision making in the multiagency setting. Chichester Wiley: 2000.
9. Vega-Romero RR. Health care and social justice evaluation: A critical and pluralist approach. PhD Thesis, England: The University of Hull, 1999.

10. Gakidou E, Murray C, Frenk J. Defining and measuring health inequality. *Bul World Health Org* 2000; 78 (1): 42-54.
11. 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. Washington D. C.: World Bank, 2000.
12. Sen A. Desarrollo como libertad. Planeta; Bogotá, 2000.
13. Sen A. Social exclusion: concept, application, and excrutiny. *Social Development Papers No. 1*. Office of Environment and Social Development / Asian Development Bank, 2000.
14. Skirbekk G, St. Clair A. A Philosophical analysis of the World Bank's conception of poverty. CROP Comparative Research Programme on Poverty, 2000. A critical review of the World Bank Report: World Development Report 2000/2001: Attacking poverty. Norway. Se puede consultar en: asun.st.claire@svt.uib.no
15. Wagstaff A. Poverty and Health. CMH Working papers series. Paper No. WGI: 5, 2001.
16. World Bank. World Development Report 2000/2001: Attacking poverty. Oxford, New York: Oxford University Press, 2000.
17. Sen A. La salud en el desarrollo. Discurso inaugural pronunciado por el profesor Amartya Sen, rector del Trinity College, premio Nobel de Economía, ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, 18 de mayo de 1999. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1999.
18. Sen A. The possibility of social choice. *Am Econ Rev* 1999;89: 349-378.
19. Chambers R. Whose reality counts? Putting the first last. London: Intermediate Technology Publications, 1997.
20. Midgley G. Systemic intervention: philosophy, methodology and practice. New York: Kluwer/Plenum, 2000.
21. Robb CM. How the poor can have a voice in government policy. *Finan & Develop*, December 2000; 37 (4).

