

---

# ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

---

---

## **La focalización de subsidios para aseguramiento en salud: percepción de usuarios, funcionarios y autoridades locales y distritales**

---

*Cristina Barajas  
Luigi Conversa  
Román Vega Romero*

---

## **Uso de servicios de salud de usuarias con complicaciones hipertensivas del embarazo en Bogotá**

---

*Amparo Hernández Bello  
Beatriz Cantor Molina  
Román Vega Romero*

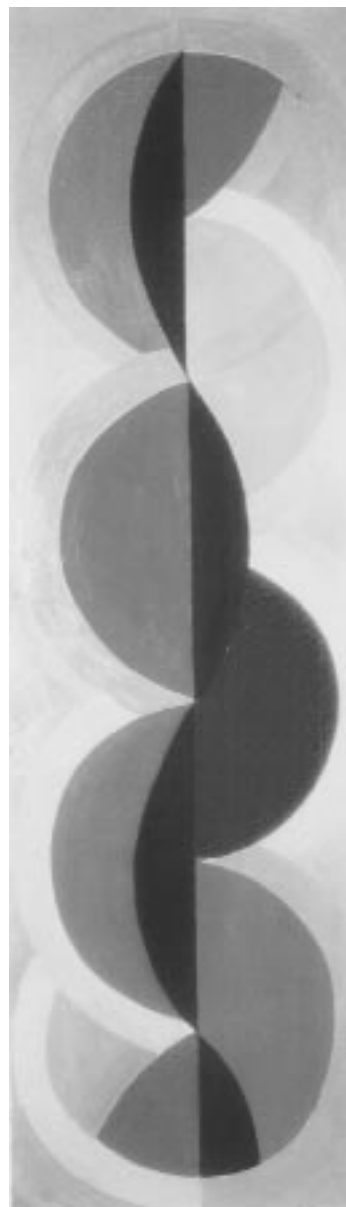
---

## **Clasificación de usuarios de centros para mayores y un modelo de finan- ciación de acuerdo a dependencia**

---

*Isabel Barrachina  
Vicente Caballer  
David Vivas*

---



# La focalización de subsidios para aseguramiento en salud:

## PERCEPCIÓN DE USUARIOS, FUNCIONARIOS Y AUTORIDADES LOCALES Y DISTRITALES

Luz Cristina Barajas, Luigi Conversa y Román Vega

### Resumen

La presente investigación pretende aportar nuevos elementos de juicio para analizar el Sistema de selección de beneficiarios para subsidios de programas sociales (Sisben). El tema central es el problema de la exclusión-inclusión y sus consecuencias generados por el Sisben. Este problema es percibido por distintos actores claves como un resultado de diferentes elementos lógicos entrelazados como la racionalidad de la política social actual, el enfoque metodológico del instrumento de selección de beneficiarios y del proceso de toma de decisiones en él apoyado, entre otros. La investigación se apoya en grupos focales realizados en cuatro localidades de la ciudad de Bogotá. Distintas propuestas para la solución de los problemas del Sisben son expresados por los participantes en los grupos focales.

**Palabras clave:** subsidios y aseguramiento, acceso a servicios de salud, exclusión/inclusión, derecho a la salud, asignación de subsidio.

### Abstract

This research brings into being new elements for analysing the Colombian system for selecting beneficiaries of social programs, Sisben (Spanish name). The main concern of this research is the issue of inclusion and exclusion and their consequences regarding the access to health services. Different take holders explained this problem as a result of several but intertwined logical procedures such as the political rationality of the actual Colombian social policy, the methodological rationale of the tool for producing knowledge in order to select beneficiaries, and of the process of decision-making feeding the will of decision makers. This research was developed in four big neighbourhoods of Bogotá using the method of focus groups. Participants expressed different proposals for solving these problems.

**Key Words.** subsidies and insurance, access to health services, exclusion/inclusion, right to health, subsidy allocation.

\* Este artículo es el resumen del segundo subproyecto 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", realizada mediante convenio suscrito entre el Fon-

do Financiero Distrital de Salud, el Hospital del Sur, ESE, y la Pontificia Universidad Javeriana. Participaron estudiantes del semestre social de las carreras de Economía y Administración de esta Universidad. La asistencia de investigación fue adelantada por Alejandro Perdomo.



## **Introducción**

Este documento sintetiza los principales hallazgos y el proceso de investigación y análisis de las percepciones de los participantes en los diferentes grupos focales involucrados en el desarrollo de esta investigación.

Al considerar las características específicas de los participantes en los diferentes grupos focales (comunidades, funcionarios de los servicios de salud, autoridades locales y funcionarios distritales) y el papel que juegan en el proceso de focalización, la presentación y análisis de las distintas percepciones permite establecer relaciones y comparaciones posibles entre los que reciben, son influenciados o condicionados por la medida, y los que, tomando decisiones, son responsables de su aplicación y de la clasificación.

De esta manera es posible reconstruir el dinamismo social y cultural que va más allá de un simple discurso sobre la “eficacia” o validez del instrumento y de la política que lo sustenta, para intentar, sobre la base de una situación vivencial concreta, comunitaria e institucional, resaltar la compleja situación determinada por la aplicación de esta política y de su medida.

No se trata por lo tanto de evidenciar exclusivamente los mecanismos de exclusión que el Sistema de selección de beneficiarios para programas sociales en Colombia (Sisben) determina; por el contrario, lo que sobresale en todas las conversaciones con los grupos involucrados, es que existe un desfase conceptual entre el concepto de pobreza en el que se sustenta todo el proceso de focalización y, el concepto de un derecho que supera el límite de la clasificación para permitir un acceso más generalizado a bienes, servicios y oportunidades.

Sin duda, el discurso de las comunidades, de los funcionarios y autoridades locales, su-

perando las restricciones técnicas del instrumento, se traslada al plano de la política social que, más allá de satisfacer una necesidad básica o de un acceso “aislado” a un servicio, pone el problema de la integración social e institucional para salir de la constante emergencia y solucionar la grave crisis económica y social que vive el país.

La reducción de la selección de beneficiarios para subsidios de aseguramiento en salud a la visión exclusiva de la pobreza estructural y al criterio de la escasez de recursos vicia todo el discurso de los funcionarios de planeación nacional y distritales, contraponiéndose a una pobreza más generalizada y a necesidades desatendidas más amplias que la comunidad, los funcionarios de salud y autoridades locales expresan. Esta contraposición, que puede reducir o generalizar, según la visión que se asume, el acceso a un derecho más que a un servicio, representa el punto clave de toda la discusión y del análisis que se propone (Rotelli, 1994).

## **1. Objetivo**

Mostrar cómo es percibida la política de focalización del gasto en salud y la asignación de subsidios para aseguramiento a través del Sisben por la población excluida y sin capacidad de pago, por los prestadores públicos de servicios médicos y por las respectivas autoridades distritales y locales.

## **2. Metodología**

Se realizó un estudio descriptivo que utilizó una metodología cualitativa basada en grupos focales y con entrevistas en profundidad (Krueger, 1994; Morgan, 1997; Templeton, 1994; Rubin, 1995). Los participantes y entrevistados fueron las personas excluidas del régimen subsidiado por la encuesta Sisben,



los funcionarios asistenciales y administrativos de los hospitales públicos de las localidades en estudio, las autoridades locales y funcionarios del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y de Planeación Distrital, del Consejo de Bogotá y de la Secretaría Distrital de Salud.

### 2.1. Criterios de inclusión de los sujetos en el estudio

El criterio principal para la inclusión de las personas en los ocho grupos focales de la comunidad fue que hubiesen sido encuestados por el Sisben y no hubiesen clasificado para recibir el subsidio. Los grupos focales de la comunidad se conformaron a partir de asambleas comunitarias, de la selección de los participantes a partir de un listado de personas clasificadas como vinculados en la base de datos de la Secretaría Distrital de Salud y, por último, de acuerdo con las indicaciones de funcionarios de los hospitales en contacto con la comunidad o de líderes de la comunidad.

Para la integración de los ocho grupos focales de las instituciones prestadoras de servicios se consideró un perfil representativo de cargos de los funcionarios más en contacto con la comunidad: profesionales, técnicos y auxiliares del área asistencial, y profesionales, técnicos y auxiliares del área administrativa de las instituciones públicas de salud de las localidades objeto de investigación. La integración del grupo focal en que participaron autoridades locales se hizo mediante consulta a las alcaldías y ediles de las localidades; los primeros delegaron funcionarios seleccionados por ellos, y los segundos participaron personalmente. La integración del grupo focal de funcionarios distritales se hizo con personas relacionadas con los procesos de toma de decisiones sobre focalización de subsidios para aseguramiento en salud del DNP, Planeación Distrital,

Secretaría Distrital de Salud y el Consejo de Bogotá, delegados para el efecto por las autoridades respectivas. Los grupos focales fueron complementados, en todos los casos, con entrevistas en profundidad a algunos de los asistentes a los mismos.

### 2.2. Método de análisis

Se utilizó el método de análisis genealógico del discurso hablado (Foucault, 1980 y 1973), previo un trabajo minucioso de reconversión del discurso hablado en escrito, descodificación de textos y reconstrucción de visiones colectivas según los intereses en juego (Parker, 1996; Potter y Whetherell, 19968). Para permitir una mayor validez a los resultados de la investigación se utilizó el criterio de la triangulación (Taket y White, 1994).

## 3. Resultados

Bogotá, por su complejidad social, es seguramente uno de los ejemplos más notables de las dificultades que la política de focalización y el Sisben tienen para realizar sus objetivos. Bogotá es un territorio sobre el cual inciden las dinámicas sociales, culturales, económicas y políticas nacionales pero tiene características que la hacen distinta de otras ciudades del país por su peculiar desarrollo urbano y cultural. Eso le da a las relaciones sociales y necesidades de sus habitantes especificidades que no encajan necesariamente dentro del patrón general del país. El Distrito vive, por un lado, los problemas de una megalópolis en rápida y constante expansión y, por el otro, las contradicciones generadas por una política social que no logra contener las consecuencias de un modelo de desarrollo mezcla de problemas estructurales de pobreza provenientes del pasado y aún no resueltos y fenómenos recientes producidos por las políticas neoliberales, la globalización, y las restricciones



fiscales impuestas por agencias multilaterales de crédito.

En este sentido, a la pobreza estructural o crónica se une la derivada de la recesión económica, la flexibilización laboral y modernización del Estado, y la migración forzada por la violencia que afecta a los distintos estratos sociales, especialmente a los campesinos. Si bien es cierto que ante una situación como ésta hay el riesgo de que ningún gasto social pueda responder totalmente a la multiplicación y expansión de necesidades que se generan, también lo es que de no satisfacerse adecuadamente las demandas de salud de la población el problema terminará agravándose. Se presentará un resumen de la investigación sobre los efectos de la política de focalización de subsidios en los más pobres para aseguramiento en salud mostrando en primer lugar la percepción de la comunidad y luego la de los otros actores involucrados.

### 3.1. Percepción de la comunidad

Para los habitantes de las localidades en estudio el alcance de la política de focalización se evidencia en sus efectos. Las comunidades los perciben en las consecuencias que para sus vidas y sus relaciones sociales tiene la clasificación hecha por el instrumento de focalización, esto es, el Sisben.

En particular, la encuesta se constituye en un referente empírico y conceptual a través del cual la población construye su sentido vivencial real del alcance de la noción constitucional de derecho a la seguridad social y a la salud y de la política de focalización de subsidios que regula el ejercicio de tal derecho entre los pobres y vulnerables.

#### 3.1.1 Visión de conjunto

El Sisben es percibido por aquellos a quienes se les aplica como el mecanismo que

produce la inclusión o exclusión a un servicio, el instrumento a partir del cual se decide si el derecho a estar asegurado en el régimen subsidiado del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) toma cuerpo para las personas que por distintas circunstancias de sus vidas no pueden afiliarse al régimen contributivo o acceder a los servicios de salud por otros medios.

La opinión generalizada de la comunidad, y en gran medida compartida por los funcionarios y las autoridades locales, es que la encuesta y los encuestadores son la causa inicial del proceso de exclusión que progresivamente se traslada a quienes son los responsables efectivos de la toma de decisiones: DNP, Planeación Distrital, y la Secretaría Distrital de Salud.

Las personas se sienten excluidas porque consideran que la clasificación que hace el Sisben de su nivel de pobreza o de riqueza y la posterior decisión de las autoridades de no afiliar las personas *sisbenizadas* que resulten con más de 53 puntos no corresponde a la realidad de la situación que viven. En esa medida, tanto la clasificación como la decisión adoptada es, a sus ojos, injusta.

La falta de coincidencia entre la perspectiva metodológica del Sisben y la evaluación que de los resultados de su aplicación hace la población se basa en dos elementos principales: en primera instancia, el concepto adoptado y privilegiado de pobreza por parte de la política de focalización y que el instrumento debe identificar, medir y convalidar. En segundo lugar, la influencia que la noción de bienestar utilizada tiene en el diseño metodológico del Sisben, que privilegia la inclusión de ciertas variables y la exclusión o minimización de la influencia de otras.

De un lado, se hará referencia a la noción de pobreza estructural o crónica identificada con



el concepto de necesidades básicas insatisfechas (NBI) que determina parte del contenido y proceso de la actual política social y que, justificada con normas como la ley 100 y 60 de 1993, manda adoptar medidas para favorecer el acceso a servicios básicos solo de aquella población que comúnmente es denominada “los más pobres y vulnerables”.

De otro lado se alude al enfoque metodológico de medición agregada del grado de pobreza (como una expresión aproximada del nivel de ingresos y de la posibilidad de generarlos) que enfatiza en niveles de bienestar o de utilidad alcanzados. Estos reportan variables que se refieren a NBI de los hogares como: las características de los materiales de la vivienda, su equipamiento y servicios y a la capacidad de los hogares para generar ingresos (medida a través de la escolaridad, proporción de ocupados, el ingreso *per cápita*, características demográficas), se complementan con indicadores de dependencia económica e inasistencia escolar, pero sin tomar en cuenta otros factores. Se hace referencia en particular a la disponibilidad de ingresos líquidos de los hogares y de las personas, sus distintas necesidades y limitaciones para lograr satisfacerlas, el estado de salud de las personas y de la población, las características del ambiente en que viven, la situación de la oferta de empleo y de otras posibilidades de generar ingresos suficientes para pagar el aseguramiento, y a otros gastos en salud al momento de la aplicación de la encuesta.

Los encuestados perciben que la decisión de incluir o excluir también tiene que ver con el límite que establece la línea de corte para definir entre quienes son o no son pobres, lo que aparece como un procedimiento arbitrario ante sus ojos, y el argumento tampoco claro ni convincente, de la disponibilidad de recursos que hace que ese límite pueda moverse en un sentido u otro.

Ese doble mecanismo, la clasificación que determinan las variables de la encuesta y la línea de corte, genera en los encuestados expectativas e ilusiones, modela comportamientos, empuja a hacer evaluaciones y cálculos y a trazar estrategias que permitan utilizarlo como medio para satisfacer sus necesidades de acceso a un servicio que se entrega sobre la base de un contrato que supone su pago y no mediante la realización de un derecho cuya titularidad deviene del hecho de ser ciudadanos.

Por eso el Sisben genera ese mecanismo paralelo de “auto clasificación” a través del cual la gente evalúa su condición y sus necesidades, establece su sentido del derecho y de la justicia, que le permite resistir o burlar esa otra interpretación del “derecho” y de la “justicia” acuñado por los impulsores de la política de focalización.

### 3.1.2 La encuesta

Los encuestados consideran que ni las variables utilizadas por la encuesta ni los encuestadores tienen la capacidad de representar su situación real.

Lo que señala constantemente la población, así como las diferentes figuras institucionales que de alguna manera comparten y observan el dinamismo y la condición socio económica local, es que el Sisben no considera adecuadamente las disímiles y complejas características de la pobreza que la crisis económica, los programas de ajuste y modernización del estado, la flexibilización laboral, la reducción del gasto social y la violencia han producido en estos últimos años, ni las cambiantes necesidades de salud de las personas y de la población, las cuales no se identifican a través de las variables que incluye el Sisben.

Una crisis que afecta y reduce fuertemente las posibilidades de autonomía y de repro-



ducción social, con particular énfasis en el trabajo, la salud, la educación, la alimentación y la vivienda. La nueva pobreza crea una ambigüedad espacio temporal entre situación pasada y presente, que aumenta el desconcierto y la “incapacidad” de evaluar correctamente el sentido de la situación presente y su perspectiva futura. Es decir, los elementos que estructuran la encuesta, al resaltar las características de los bienes o del bienestar adquiridos en otra época y generalmente relacionados con la vivienda, subvaloran la situación y necesidades presentes, así como las particulares necesidades de salud, que la gente no puede satisfacer.

Las personas no aceptan que la encuesta carezca de la capacidad de observar, comparar y evaluar el cambio que puede haber ocurrido en su situación socioeconómica, en la composición de los grupos domésticos a los que pertenecen, en sus necesidades y posibilidades de satisfacerlas. Por el contrario, sienten que al considerar esencialmente las características del nivel educativo logrado, de la vivienda, la tenencia de electrodomésticos y los servicios sin tener en cuenta otras dimensiones de sus vidas y del medio en que habitan, comporta un mecanismo punitivo porque niega la posibilidad de acceso a un servicio considerado fundamental, como es el de salud, para reducir los riesgos que deben enfrentar.

Es la compleja situación que en este momento “estoy viviendo” la que debe ser evaluada y no solamente aquella que identifica “indigencia” y pobreza crónicas. Es latente en esta consideración la necesidad de reconocimiento del aporte hecho en trabajo a la sociedad y la necesidad de reconocimiento y participación social a la cual los nuevos pobres han contribuido y pueden contribuir en el futuro y que hoy justifica el derecho a que se les asigne un subsidio, ser considerados y ayudados a superar sus actuales dificultades.

### 3.1.3 Los encuestadores

Como se ha dicho anteriormente, es el diseño de la encuesta, sus variables y su estructura, el que en sí mismo posee el mecanismo de exclusión. Con la aplicación de la encuesta se hace evidente para los excluidos que son recursos como “los bienes que poseo y mi nivel de instrucción”, así como aquellos otros factores no tenidos en cuenta por la encuesta, los que condicionan la posibilidad de acceder o no a un subsidio y a un derecho.

Pero la percepción del mecanismo de exclusión se extiende también a la persona que aplica la encuesta en la cual se descubre la posibilidad de mitigar las falencias de las evaluaciones técnicas con una lectura horizontal, más humana e informal, en la cual se tomen en cuenta otros elementos que caracterizan la calidad y la gestión de la vida en condiciones de supervivencia. Sin embargo, se identifica en los encuestadores una falta de sensibilidad, una incapacidad de lectura de su realidad, de aquello que en este momento, más allá de las formalidades de la encuesta, es oportuno reconocer, validar y apoyar.

Si el instrumento tiene grandes limitaciones ¿por qué el encuestador no lo “transforma” buscando traer a la luz aquellos elementos que permitan reflejar su situación y necesidades reales? Se intuye en este discurso la necesidad de personalizar la encuesta, de acercarla más a lo local, de hacerla más sensible a sus condiciones humanas y contextuales, de restituir la atención a las personas concretas y no a un genérico y abstracto concepto de pobreza definido solo según los criterios de los expertos y que los mide a todos de la misma forma olvidando que una persona es pobre cuando no puede ser libre y, socialmente, eso significa no tener las mismas oportunidades de representarse.



Queda en evidencia el deseo y la necesidad del reconocimiento y de la participación, de tener existencia como ciudadanos con derechos y no como seres anónimos, meros usuarios de unos servicios institucionales.

Según la gente, la encuesta “vive” a través del encuestador y de su relación con las personas, su situación y su contexto, y su éxito también depende de la forma como él la aplica, pregunta, observa, se sumerge en el contexto que debe reproducir, se relaciona e involucra con la gente misma, les escucha y siente con ellos. La gente no se pone en el problema metodológico de la “neutralidad técnica” del instrumento y de separación de quien lo aplica ni en el intrínquilis del índice del Sisben que recompone y clasifica las diferentes variables o niveles de vida que capta u ordena a los pobres de acuerdo con ello. Lo que se pide es ser representado justamente, con base en una específica condición de pobreza y comprensión de sus necesidades que puede tener diferentes expresiones coyunturales.

Se pide al encuestador una habilidad humana para reducir la aparente neutralidad técnica de la encuesta, humanizarla y hacerla reflejar más claramente la condición que viven. Y a veces, por una inversión paradójica, la misma capacidad humana que se exige del encuestador se transforma en una exigencia de la capacidad de la encuesta de considerar las personas. El encuestador, como la encuesta, se presume, podría ayudar, reconstruir los datos reales, aquellos que sirven para permitir una correcta evaluación. Si no lo hace es culpable, incompetente, irresponsable, porque “sugiere” datos que favorecen la exclusión.

Desde el suministro de la encuesta se construye una cultura de la pobreza, del merecimiento del subsidio y de la crítica al Sisben con base en la información que el instrumen-

to y el encuestador toman en consideración. Ahora bien, aquello que tienen en cuenta el instrumento y el encuestador no es siempre lo mismo que la gente piensa que debe ser tomado en consideración.

### 3.1.4 Capacidad de pago y prioridad por los más pobres

El bienestar y la capacidad de generar ingresos que a través de los objetos, las características de la vivienda y de los servicios y el nivel de instrucción se pretende identificar, no necesariamente corresponde a la capacidad “real” de pago ni a otras capacidades personales que en el corto tiempo pudieran ser activadas para salir de una situación de necesidad apremiante de atención médica. Porque en la medición de la capacidad de pago la encuesta aísla a la persona del contexto socioeconómico que ha producido su actual situación de pobreza y hace abstracción de sus limitaciones personales y familiares. No tener en cuenta la capacidad real de pago y las limitaciones de las personas hace a la posibilidad de satisfacer la necesidad de salud dependiente de una decisión que otros toman y que no se entiende ni justifica y en cambio sí se padece. La persona de ser la víctima deviene el culpable de su pobreza.

Ahora bien, el énfasis en la evaluación de la capacidad de pago de las personas presupone, como bien lo exponen los funcionarios distritales, el diseño de una política social que reduce el fenómeno de la pobreza a la dimensión ingresos según determinantes estructurales del mismo (del cual el Sisben haría una medición aproximada) y el derecho al acceso y uso de los servicios de salud a la capacidad de pago definida sobre esa base. De esta forma se busca favorecer, otorgándoles capacidad de demanda mediante el subsidio, a los grupos más pobres y vulnerables, pobres estructurales o crónicos, dejando a los otros pobres y necesitados, que





se presume tienen capacidad de pago, expuestos a la posibilidad de entrar por sí mismos en una dinámica de mercado a través de la cual se ofrecen y demandan los servicios de aseguramiento y de salud.

La prioridad que se da a los más pobres por ingresos, según medición de su pobreza estructural o crónica, se basa, además, en una posición subjetiva que establece una relación entre el principio económico de escasez de recursos y equidad distributiva, considerando que la supuesta escasez de recursos debe legítimamente privilegiar solo la atención de los grupos más pobres y vulnerables y que la necesidad de atención médica correspondería a aquella que identifica la medición global de “necesidad básica insatisfecha”.

Se recurre a una cierta interpretación del mandato constitucional y a ciertos desarrollos legales posteriores para sancionar la política que ordena al Estado responder a aquella pobreza estructural con la cual las elites gobernantes tenían una deuda moral y social. De alguna manera la Constitución Política de 1991 y las leyes 100 y 60 de 1993 anticipan y reflejan, pero al mismo tiempo agravan, la crisis actual que el sistema de salud está enfrentando y que en este caso se expresa en la exclusión y escaso compromiso institucional con las necesidades de esta población.

Pero más allá de los discursos jurídico-políticos, teóricos y técnicos que legitiman la política social, la población constata que contrariamente a la presunta neutralidad y objetividad del Sisben, éste genera una clasificación inadecuada e injusta que se presta a manipulaciones que ponen en tela de juicio su supuesta imparcialidad. La incapacidad del sistema de salud para resolver el problema de la exclusión muestra también la ineficacia de la política de focalización de subsidios para aseguramiento en salud, la

irracionalidad del sistema de selección de beneficiarios y del “aseguramiento para los pobres”, que legitima, desde el punto de vista del mercado, las inequitativas distribuciones de los recursos y la segmentación y discriminación social de los usuarios.

En lo que compete a esta investigación, principalmente dos elementos confirman y fortalecen esta percepción: uno relacionado con la identificación de la capacidad de pago y el otro con el proceso de aplicación de la encuesta y uso que de la base de datos se hace en el proceso de toma de decisiones que “clasifica” la accesibilidad o no al subsidio.

Con respecto a la capacidad de pago, si se admitiese éste como el criterio fundamental para seleccionar a los beneficiarios, la gente muestra el fracaso de la encuesta no obstante las veinte variables que garantizarían una clasificación “cierta”. Ello sucede porque, como lo hemos dicho antes, las variables y la estructura que se construye con ellas y que permitirían este reconocimiento justo del merecimiento del subsidio, no identifican la real capacidad de pago de las personas.

En cuanto al proceso de aplicación de la encuesta y el manejo de la información de la clasificación, éstos se prestan también para manipulaciones por parte de encuestadores, políticos y funcionarios creando formas indirectas de exclusión e inclusión. La manipulación de la base de datos contribuye a crear confusión y sospecha, sobre todo cuando se modifica el puntaje sin que la gente se dé cuenta o entienda estas variaciones. Quién y cómo decide parece ser un problema de difícil comprensión y solución. Y naturalmente, pone serias dudas sobre la justicia de la decisión tomada, sobre la capacidad de control de la clasificación asignada, y la correcta destinación de los recursos.



### 3.1.5 Confusión entre fines de la focalización y el comportamiento ambiguo de las instituciones

El desfase entre la perspectiva de la encuesta y las expectativas de la gente de las localidades determina una fuerte confusión relativa a los fines de la información que se construye con base en la experiencia vivida, la información aportada y luego recibida por los encuestados en la forma de los resultados de la encuesta. Una información que se evalúa fundamentalmente con base en el hecho inmediato y visible de ser excluido o incluido determinado por la clasificación del Sisben, y no con base en la finalidad de la política de focalización y del sistema de selección, ni con base en los objetivos de todo el proceso de toma de decisiones que lleva al subsidio.

La ausencia de claridad acerca de sus fines es una sindicación que ha acompañado al proceso de focalización y que ha generado falsas expectativas en la población. Para la comunidad y para los funcionarios de la red prestadora de servicios no es clara la racionalidad, ni los conceptos y fines económicos, éticos y políticos en que se basa esta clasificación.

A la falta de suministro de información básica y reflexión crítica acerca de qué es, cómo trabaja y para qué sirve el Sisben, se suman las ambigüedades y contradicciones de las respuestas institucionales que aumentan la confusión y frustración de las personas obligadas a un tedioso y generalmente infructuoso recorrido institucional en búsqueda de aclaraciones y soluciones.

Se supone que una relación adecuada entre las personas y las instituciones se basa en claras reglas de juego y en una comunicación e información transparente que permiten entender y apoderarse de un “mecanismo” y, en este caso, de un derecho. Por el contra-

rio, los procedimientos de aplicación de la encuesta y la toma de decisiones que se realiza con base en sus resultados, determina en los excluidos una sensación de extrañeza y caramelo, de separación, de inaccesibilidad a las instituciones, medios y personas relacionadas con la salud. El efecto inmediato de esta situación es la impresión de la inexistencia del derecho o de la reducción de las garantías para que el mismo, si existe, permita el acceso a los servicios de salud y su uso adecuado, lo que produce aislamiento social, impotencia y sentimiento de fracaso.

La exclusión inicial parece reproducirse y reforzarse en el espacio burocrático, el cual hace manifiesta la imposibilidad que las instituciones tienen para manejar la complejidad de la situación al tratar de dar respuesta a las reivindicaciones que la gente presenta.

### 3.1.6 Efectos de la exclusión

Desgraciadamente el proceso de exclusión y la ineficiencia institucional inducida por la madeja normativa de la focalización no logra proyectar en la gente una sensación de solidaridad con su situación. Por el contrario, las personas constantemente asisten a tentativas siempre fallidas de solucionar individual y “mercantilmente” sus necesidades. Es en este contexto que toma vida el concepto de capacidad de pago, detrás del cual se intuye una dinámica de mercado, de demanda y de oferta de bienes y servicios que justifican metodológicamente la aplicación de esta medida y la escogencia de la política de focalización de subsidios a la demanda.

Para la gente, la rigidez de la encuesta, expresada en la poca atención puesta en el cambio de las condiciones de sus vidas, conlleva un desconocimiento de las miles de estrategias que pueden adoptar para reducir la vulnerabilidad social. A la exclusión de otras oportunidades de la vida determi-



nada por los cambios macro económicos y políticos, se suma la exclusión específica y personal del acceso a los servicios sociales y de salud que, de no darse, permitiría conservar la capacidad de resistencia a la pobreza coyuntural y propiciar la búsqueda de soluciones efectivas.

Es por eso que el mecanismo de exclusión que determina el Sisben tiene consecuencias mucho más impactantes que la simple privación del acceso a un servicio de atención médica. De hecho, el aumento del nivel de inseguridad desincentiva el pleno uso de sus capacidades para buscar y elegir alternativas de vida, y afecta el sentido de la justicia y de la ética. Mistifica y aliena el derecho a la salud porque a través de una incorrecta percepción de la pobreza que se “propone” o se “hace ver” desde los expertos se favorece una clasificación “positiva” que permite solo el acceso de algunos al servicio. Deteriora el sentido de lo ético porque todo ello termina por inducir comportamientos inmorales, ilegales y *clientelistas* para sobrevivir.

Este comportamiento, que intenta reducir los daños provocados por el mecanismo de la clasificación-exclusión, se hace más evidente en la relación que se establece con la estructura pública, en particular, la hospitalaria. Como se ha demostrado en el curso de la investigación, a pesar del uso de la tutela, el recurso a la exigibilidad del cumplimiento del derecho a la salud en absoluto es privilegiado para reducir la exposición al riesgo y la sensación de inseguridad. El servicio público de atención médica es elegido, como consecuencia de la confusión entre Sisben y encuesta socioeconómica, y por la cercanía a sus vidas, como el interlocutor privilegiado para resolver el problema de la exclusión. Esta práctica indica que se responsabiliza a los hospitales públicos tanto de la exclusión como de las alternativas para resolverla.

La relación que se determina entre funcionarios de salud y “usuarios” es una proyección de la situación socioeconómica de la población y de sus expectativas de solución que ve en lo público el espacio de respuestas a sus necesidades. Esta presión determina una serie de comportamientos que desinstitucionalizan las funciones y las prácticas previstas del servicio creando complicidades extra institucionales para permitir el acceso a la atención: la práctica de la recomendación, la invención de una situación que permita acceso a servicios que legalmente no podrían ser concedidos, o la aceptación de la utilización de los servicios de urgencias como encarnación de esta complicidad.

La clasificación de los pobres que hace el Sisben incurre también en el riesgo de propiciar una competencia entre ellos, de establecer una clasificación informal de derechos relativos y no sustanciales por parte de quienes tienen la responsabilidad de la toma de decisiones.

Si el mecanismo produce inseguridad o se convierte en un obstáculo para acceder a un servicio que se necesita mediante el ejercicio de un derecho, la política de focalización y el uso de su instrumento están produciendo, además, dos efectos adicionales: por un lado, un marcado oportunismo individual basado en una costumbre histórica de aprovecharse de lo público y, por el otro, un comportamiento inmoral en la entrega de información con el fin de superar o solucionar de alguna manera la exclusión impuesta.

Los efectos de la política de focalización y el Sisben también pueden ser analizados desde el punto de vista de la confusión que determinan en el ámbito social:

- La confusión entre universalidad y focalización, establecida por la “indetermina-



ción” del discurso que, privilegiando ambiguamente a los más pobres, restringe el sentido de la universalidad del derecho a la salud al de un enfoque limitado y excluyente de la justicia distributiva. La equidad, en este caso, no se corresponde con la idea de igualdad de acceso a los servicios de salud según necesidad, sino con el merecimiento de los mismos según la capacidad de pago y la caridad del Estado, ahora elevada al nivel de derecho para los más pobres.

- La pobreza, reducida a la medición de los ingresos y de la capacidad de pago en el marco de la pobreza crónica o estructural, no es validada estadísticamente, lo que genera muchas perplejidades desde el punto de vista social. La poco clara clasificación basada en estos elementos no justifica la consiguiente decisión de exclusión.
- Se crea una confusión en la comunidad sobre los criterios, arbitrios y alcances de la toma de decisiones los cuales son considerados verticales, interesados, inexplicables, lejanos del conocimiento real de la situación que vive la gente y que debería orientarlos
- La poca confiabilidad en la base de datos es otra de las fuentes de “confusión” de la gente: modificación de una clasificación inicial, ser clasificado pero no haber sido entrevistado, lograr el subsidio y perderlo después de una nueva encuesta. Pero la situación de la persona puede no haberse modificado, o si ha empeorado, la base de datos no lo ha reconocido.

¿Por qué la gente no entiende cómo funciona el mecanismo? ¿Es solo un problema de complejidad del sistema, una tentativa de oportunismo de su parte, una imposibilidad de establecer claras reglas de juego que transformen comportamientos genéricos y funciones aleatorias en expectativas de derecho?

La confusión exaspera el sentido de la necesidad y de la inseguridad ante su insatisfacción creando, por un lado, una sensación de abandono y de aislamiento social e institucional y, por el otro, un grave problema de desconfianza con lo público. La indeterminación del derecho no ayuda a crear solidaridad, compromiso social y, desde el punto de vista de la política social, no permite la manifestación y afirmación clara de derechos con carácter de universalidad e igualdad.

Pero las limitaciones y “confusiones” que genera el sistema no se limitan a la simple clasificación como un hecho extemporáneo sin aparente incidencia sobre la vida de las personas y de la sociedad. Más allá de los efectos alarmantes y problemáticos descritos se afectan directamente los conceptos de ciudadanía, de participación, de sinergia entre institución y población y, sobre todo, la posibilidad misma de preservar la salud o de curar a tiempo la enfermedad.

Muchos testimonios en este sentido confirman que la exclusión crea una situación de mayor vulnerabilidad que afecta de diferentes maneras a las personas: en el plano sociológico, por la incertidumbre, inseguridad respecto a la capacidad de poder responder a los problemas de salud que puedan presentarse o que se tengan. En el plano biológico y psicológico, dilatando, por falta de recursos, los tiempos de atención a los problemas de enfermedad que se presentan y, por tanto, empeorando muchas veces de manera drástica la enfermedad al punto de poner en riesgo la vida. Se deben mencionar también los cambios en hábitos de salud, el recurso de la automedicación, la búsqueda de los curanderos, o servirse de la farmacia como alternativas al centro médico. En el plano antropológico y social debilitando las redes de solidaridad familiar y colectivas o evitando su construcción por el



sentido de competencia por los recursos que se genera o por el debilitamiento de la confianza en sí mismos o del papel de las instituciones públicas. En el plano de la ética por el debilitamiento de la libertad y autonomía de las personas para elegir estilos de vida o por generar comportamientos inmorales y poco solidarios frente a sí mismos y frente a otros. Además, en el plano económico, la exclusión del subsidio contribuye a la reducción de las posibilidades de empleo y a la evasión y elusión de la afiliación en el régimen contributivo, pues el empleador desea evitar la carga prestacional que implica el aseguramiento de sus empleados, al tiempo que el empleado desea liberarse de un gasto que le impide satisfacer otras necesidades más urgentes.

El servicio se prospecta como un lujo que “uno no puede permitirse”, llegando así a momentos de alta tensión cuando se trata de niños, mujeres embarazadas o de enfermedades ruinosas o catastróficas. Y no siempre “uno” puede contar con la suerte o la solidaridad de la red familiar o de vecinos, la de los funcionarios de salud, o con la posibilidad de garantizar el pago de los gastos del hospital con los únicos bienes que se poseen.

En los casos de enfermedades catastróficas hemos sido testigos de una absoluta insensibilidad por parte del sistema de salud para hacerse cargo de casos que comportaban riesgo de muerte al no ser atendidos. Nos preguntamos si es justificado jugar así con la vida de las personas. El método de clasificación y el procedimiento de decisión se transforman en una rara interpretación del sentido de la equidad, y la exclusión que determinan pone en riesgo la vida de las personas sin que ello parezca importarles a nadie. Y no se trata de un banal y retórico discurso sobre el caso extremo, porque la excepción, que abunda, confirma la incapaci-

dad de la reforma y del sistema de focalización de proponer una noción de derecho a la salud relacionado con las necesidades de las personas y no solo con su capacidad de pago y de elección que los transforma en simples clientes de un mercado. Es decir, se olvida una concepción sobre la salud que garantiza la vida y su goce y no la pone en riesgo según criterios de “comercialización” de los servicios o invocando una estrecha noción de pobreza para justificar su incapacidad de respuesta a la pobreza social más amplia.

Como muchos entrevistados han intuido y expresado con claridad, el socorrido argumento de la pobreza del Estado y del país, de la escasez de recursos, es verdad hasta cierto punto. Un problema adicional parece ser cómo se redistribuyen la riqueza y los ingresos y se asignan los recursos ya existentes por fuera y dentro del sistema de salud. La efectividad del gasto social no es evidente, considerando las condiciones en las cuales vive la gente. La utilización y la destinación de los recursos es una de las temáticas fundamentales que se debaten con mérito a las políticas y estrategias sociales. Eso indica la necesidad de la transformación del discurso orientado a la asistencia a otro orientado a la inversión y producción social.

El actual manejo de la relación entre capacidad de pago, escasez y redistribución de recursos está creando una nueva forma de “deuda social” con la salud que puede tener serias consecuencias si no se toman decisiones bien diferentes de aquellas actualmente en vigor.

Existe otro problema fundamental que influye en el proceso de formulación de la política social y que la gente reclama. Es el relativo a la “reproducción social” de los pobres y a la elaboración de “tecnologías” y estrategias sociales nacidas desde el contex-



to en el cual se interviene. Para la gente la idea no es tanto la de importar tecnologías internacionales sobre las cuales se basa la posibilidad de recibir créditos. Activar recursos locales significa para ellos crear y experimentar conceptos y estrategias que nacen de la sinergia entre “pobres” e instituciones, en espacios locales, donde la innovación que produce la participación y la elaboración colectivas de soluciones coincide con sus expectativas de existencia o supervivencia.

El resultado final de este proceso impuesto desde lo alto es el inevitable cambio de actitud de la gente que reduce su capacidad de reaccionar, creando una pasividad social y personal que la lleva a ser solo asistida o definitivamente excluida. Al empobrecimiento económico se une así el empobrecimiento cultural, social y personal, decretando no solo la privación del derecho a un servicio, cuanto la exacta sensación de sentirse un “ser humano”, alguien que vive en un contexto e institucionalidad social que le toma en consideración respondiendo a sus necesidades y a sus deseos de promoción social.

### 3.1.7 Síntesis de la crítica de la comunidad y propuestas

Podemos resumir los puntos esenciales de esta crítica de las comunidades investigadas al actual sistema de focalización de subsidios y de selección de beneficiarios en los siguientes grandes enfoques temáticos:

- La encuesta Sisben no mide pobreza, mide miseria
- No refleja los cambios en la capacidad de pago ocurridos en la condición de las personas
- Privilegia la posesión de bienes como la vivienda, sus servicios y dotación, así como la educación, logros acumulados

históricamente que pueden no decir nada de las necesidades y posibilidades de satisfacerlas en la situación actual

- No tiene en cuenta las necesidades de salud de las personas y de la población
- Adopta mecanismos punitivos respecto a la promoción social, por ejemplo, al considerar la educación
- Induce comportamientos ilegales y mentirosos para lograr una posibilidad de acceso al subsidio
- No permite participación de las comunidades de las localidades en los procesos de toma de decisiones relacionadas con los mecanismos de la clasificación y asignación de subsidios, ni en el control y vigilancia de los procesos de aplicación
- Induce competencia antes que solidaridad ante la situación de pobreza y necesidad
- Construye las posibilidades de libre elección de estilos de vida
- La política se reduce a tener en cuenta a los más pobres en consideración de una supuesta escasez de recursos y del mandato legal que prevé la destinación de los mismos solo a éstos

Lo sorprendente en este caos relacional entre sistema y población es que muchas veces en el curso de nuestras conversaciones en los grupos focales, se han ventilado propuestas de solución a través de la creación de un “régimen contributivo” con características particulares y más favorables a las condiciones de la gente. Por ejemplo, una cuota que se podría definir retomando el ejemplo de la tarifa social, una cuota social establecida relativamente de acuerdo con la capacidad de pago de las personas y así garantizar un servicio que se sustente sobre una recíproca responsabilidad y motivación social y no asistencial.



Otras sugerencias han indicado la posibilidad de pasar automáticamente de un régimen contributivo a uno subsidiado cuando se pierde el trabajo. No perder el derecho a la atención, no interrumpir la continuidad de un servicio. Seguir siendo considerados seres humanos con iguales derechos y no posibles asistidos o excluidos.

Para ellos, si se mantiene esta política de salud, la encuesta debe ser modificada y el procedimiento de su aplicación sustancialmente cambiado.

Los excluidos exigen que el Estado intervenga más efectivamente en la solución de sus problemas, que lo público sea reconstituido y fortalecido, que las instituciones y decisiones se acerquen más a las necesidades locales y de la gente, que se favorezca la participación social en la toma de decisiones.

### 3.2. Los funcionarios locales de salud

Si se analiza la situación desde el punto de vista de los funcionarios locales de salud se encuentran muchas coincidencias con lo que afirma la gente de la comunidad, además de una perspectiva particular que deja en evidencia que la institución prestadora del servicio, así como sus funcionarios, están en contacto con las dos realidades: por un lado la política y normatividad impuesta desde la nación y el Distrito y, por el otro, la vivencia de los usuarios del servicio.

Desde el punto de vista de los funcionarios locales, la crisis de los servicios de salud en el Distrito se incrementa con la puesta en marcha del Sisben, el cual al instaurar el mecanismo de subsidios a la demanda focalizados, y posibilitar la entrega de éstos a intermediarios privados para su administración, obliga a las entidades públicas a entrar en un proceso de competencia con el sector privado en condiciones de desventa-

ja y a asumir el problema de las personas excluidas y sin capacidad de pago. Los argumentos que se refieren a estas evaluaciones pueden ser clasificados alrededor de los siguientes ejes temáticos:

- La forma de relación entre el régimen subsidiado y la estructura hospitalaria desajusta los mecanismos de financiación, reduce la base de usuarios, instrumentaliza el sector público en función del mercado, lo hace único responsable de las patologías de alto costo y desdibuja su papel en la prevención y atención primaria en salud
- La focalización determina una presión sobre la estructura pública por parte de los excluidos que requieren atención médica a la cual no pueden responder, y obliga a los hospitales a usar mecanismos paralelos de identificación de usuarios (encuesta socio económica) y por tanto de prestación de servicios. Lo anterior hace aparecer a la estructura pública ante los ojos de los usuarios como un mecanismo represivo y excluyente de quienes no tienen subsidio ni capacidad de pago
- Se vuelven conflictivas las relaciones entre los diferentes niveles de complejidad que conforman la red de servicios debido a la “selectividad” de la atención y de la responsabilidad con signos de culpabilidad que asume la conducta de los funcionarios ante los ojos de los usuarios por ser quienes se encargan de la ejecución de una política de financiamiento y gasto en cuya definición ni ellos ni las comunidades han tomado parte
- La transformación de la práctica médica debido a que el nuevo modelo de atención hace que prevalezcan criterios de control de costos, productividad y eficiencia sobre los de calidad y ética profesional
- La constante modificación de las normas genera confusiones y permanentes pro-



cesos de reorganización que altera el sentido de los servicios y de sus formas de prestación

El hospital, por ser una estructura siempre presente en la localidad, en permanente contacto con las necesidades de la gente, vive de manera directa la crisis que afecta a la población, así como la propia, determinada por la política de focalización y la reforma general del sistema de salud. Las dos crisis se compenetran y a veces se confunden creando vínculos que no siempre aclaran las relaciones entre la reforma de salud, los objetivos y efectos de la política de focalización, y la situación general de la población determinada por otras variables macro económicas y políticas.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud son observatorios sociales a los cuales llegan todos los problemas de las localidades. En ellas toman cuerpo todas las necesidades de salud de la gente, no solo con respecto a sus problemas de acceso o exclusión del servicio de atención médica, sino aquellas que se refieren a problemas de salud en un sentido más amplio. Adicionalmente, la encuesta socioeconómica que realiza el hospital y la familiaridad de la comunidad con los funcionarios fortalece la convicción de las personas de poder ser atendidas y recibir los servicios requeridos. Pero cuando ello no es posible se establece un conflicto o una complicidad con los funcionarios para acceder a la atención a través de otros mecanismos.

Los funcionarios de salud han elaborado en el curso de estos años su propia visión de la política de focalización y del Sisben. Coinciden con la visión sobre el carácter excluyente que del instrumento tiene la población: el diseño de la encuesta no refleja los cambios actuales provocados por la crisis económica, los encuestadores no es-

tán preparados para su tarea, el instrumento mide miseria pero no la pobreza, no tienen sensibilidad. Los que quedan incluidos no siempre merecen el subsidio y los grupos "privilegiados" (por ejemplo refugiados o indigentes) reducen el derecho para los otros, pues deben ser atendidos de manera prioritaria. La pobreza ha aumentado, y las ARS no cumplen con sus obligaciones con la salud porque privilegian el aspecto económico y su interés en la ganancia, sobre la calidad de la atención.

La relación entre lo público y lo privado, y la competencia, no favorece la estructura pública porque responsabiliza a ésta de los casos graves que representarían para el sector privado un gasto excesivo, así como de la atención de los pobres excluidos y sin capacidad de pago. La estructura pública debe manejar esta crisis asumiendo un rol en gran parte represivo y excluyente con respecto a las necesidades de la gente sin capacidad de pago que reclama acceso al servicio y que no se beneficia de los recursos públicos.

La reforma del sector ha creado en las instituciones públicas una situación que afecta tanto la autonomía de la práctica profesional como la calidad de la atención médica. El punto neurálgico de esta crítica es el relativo a la transformación del hospital en empresa, con los consecuentes efectos de la comercialización de los servicios y la modificación de la práctica médica en función de tal objetivo. No se logra establecer de esta manera un servicio a la vez eficiente, competitivo y equitativo.

En medio de estas contradicciones, la sugerencia muchas veces indicada por parte de los funcionarios locales, y en muchos casos también por la comunidad, apunta a la creación de una ARS pública que permita resucitar a los hospitales públicos, aumentar la base de afiliados, y por esa vía, naturalmen-





te, ampliar la posibilidad de obtener mayores ingresos para la estructura pública en su conjunto. De hecho, se salta de un análisis sobre las dificultades y necesidades de la gente, a las disfunciones entre los dos sistemas: el de salud y el de selección de beneficiarios de programas sociales, para llegar a un presunto fortalecimiento de la estructura pública y de sus deficiencias, sin tocar la racionalidad económica y política que de conjunto guía la política social del país y en particular del Sistema de salud.

A pesar de que la crítica de los funcionarios locales no apunta a una visión integral de la problemática de los hospitales públicos que tenga en cuenta, por ejemplo, su manejo y desempeño histórico, cuyos defectos han servido como justificación de la reforma que ha inducido la crisis actual, sin embargo, uno de sus grandes aportes es el reconocimiento de que la estructura pública es la única que enfrenta de manera directa la crisis social. Esto le permite, cuando puede, establecer vínculos de solidaridad con las personas de las comunidades que atienden y responder de alguna manera a sus necesidades.

### 3.3. Las autoridades locales

A pesar de su relación próxima con las condiciones y necesidades de la comunidad, las autoridades locales no han tenido acceso, como ellos mismos lo afirman, a la toma de decisiones relativa al Sisben.

No obstante, ellos están produciendo estrategias que permiten algún acceso de la comunidad excluida al servicio de salud. La administración de la localidad de alguna manera intenta recrear un derecho invirtiendo sus propios recursos en atención en salud. La experiencia de Puente Aranda puede ser significativa en este sentido, porque los recursos destinados al desarrollo local tienen en cuenta las necesidades en salud de

las personas. Un convenio con el Hospital del Sur ha permitido crear un fondo que ayuda a asistir a las personas sin cobertura en salud.

Las críticas a la política de focalización y al instrumento Sisben coinciden con las de la comunidad y de los funcionarios locales de salud, en particular en lo relacionado con la encuesta: es inadecuada para reflejar la situación real de la gente, no tiene suficiente cobertura y los incentivos son favorables a las distintas formas de corrupción.

También se hizo referencia a los insuficientes niveles de transferencias, la inadecuada utilización de los recursos y del gasto público, que presta menos atención a la problemática social orientándose más hacia el embellecimiento y mantenimiento de la infraestructura física.

Comunidades, funcionarios y autoridades locales convergen en el diagnóstico sobre los problemas de atención y de acceso a los servicios, la función administrativa y la política orientada al desarrollo de lo local y su relación con lo nacional. Hay un vacío de espacios y de mecanismos de participación y de gestión que impiden lograr una visión integral y de conjunto de la problemática local y trazar estrategias alternativas orientadas a reducir los términos de la exclusión.

Las ventajas de espacios y mecanismos de esta naturaleza en cuanto a la superación de los problemas de exclusión serían las siguientes: un mejor aprovechamiento del conocimiento informal y formal de la comunidad, sus líderes, de los funcionarios y de las instituciones locales, para evaluar sus condiciones de vida y de bienestar; una mejor detección de las personas afectadas por la pobreza, de sus necesidades y capacidades; ampliación de los mecanismos y del poder de la participación social; posibilidades de



una mejoría de la encuesta y de la determinación de la línea de corte más favorable a las condiciones de la población local; y fortalecimiento de lo público en función de su capacidad de dar respuesta a las demandas sociales y locales.

En primer lugar, si se mantiene la actual lógica política del Sistema de salud, el estado debe garantizar el derecho a la salud para todos y en particular para los pobres, para aquellos que pueden ser afectados por la crisis, por lo que se debería desplazar la línea de corte al cuarto nivel.

En segundo lugar, el Estado debe conocer a sus ciudadanos para evaluar mejor sus reales condiciones de vida. Para mejorar la calidad y la cobertura del servicio sería necesario aprovechar el conocimiento de la comunidad, el que de ésta poseen los líderes comunitarios y las redes informales de la localidad (iglesias, asociaciones, etcétera), el de los funcionarios de salud y las autoridades locales, y no solo el de los expertos en administración o el de los técnicos en planeación. Esto llevaría a introducir modificaciones de fondo en el contenido de la encuesta por la vía de estimular procesos participativos amplios.

En tercer lugar, se expresa la exigencia de una mayor representatividad local en la toma de decisiones para orientar la destinación de los recursos. Se justifica esta demanda en el conocimiento que se tiene de los problemas de la comunidad y de su dinamismo social y económico.

En cuarto lugar, una indicación importante es la de “privilegiar lo público” cuando se habla de cobertura en función de una población excluida y considerada pobre. Por lo tanto, se evidencia la desventaja que éste tiene en relación con lo privado. No se piensa en utilizar lo privado en función social.

Lo público tiene siempre la responsabilidad de solucionar las contradicciones sociales y los vacíos que genera una visión fundamentada en el fortalecimiento de lo privado.

### 3.4. Los funcionarios distritales

El discurso de los funcionarios distritales se plantea de una manera bien diferente puesto que de alguna manera son los responsables de la toma de decisiones que afecta no solo a los usuarios sino también a los funcionarios de la red prestadora de servicios.

Su perspectiva se sitúa entre la política de focalización y la reforma de salud, no obstante el hecho de que el Sisben no está vinculado exclusivamente con este sector y, naturalmente, en relación con la crisis económica, que bien podría sugerir otras modalidades de intervención.

El discurso de los funcionarios del DNP y de la Secretaria Distrital de Salud destaca elementos que limitan la posibilidad de un enfoque crítico sobre el instrumento y la visión política que lo alimenta. Los funcionarios de este nivel legitiman con el argumento de las restricciones presupuestales del gobierno y de la escasez de recursos que éstos se destinen a la pobreza estructural y particularmente a los más pobres. Esta visión se aparta, por tanto, de la idea de universalidad e igualdad de acceso a los servicios de salud según necesidad.

Estos funcionarios, particularmente los del DNP y Distrital, prefieren exaltar la neutralidad, objetividad, robustez, eficacia y eficiencia técnica del instrumento en función de la focalización, que demuestra una “ductilidad de usos y una capacidad de detectar con justicia la pobreza real”. Para ellos, el instrumento además de ser “confiable” para una correcta focalización de los recursos, tiene un costo bastante económico.



Prevalece el análisis técnico por encima del político social. Y es esta percepción la que genera más perplejidad, sobre todo teniendo en cuenta la profesionalización de los funcionarios que lo han ideado y lo están gestionando.

La línea de corte representa para ellos la “conciencia crítica del instrumento” porque permite manejar, según las circunstancias, la relación entre situación social, política y la de limitación de recursos. La línea de corte serviría para adecuar la voluntad política y transformarla, hacerla más operativa y funcional, de acuerdo con las necesidades de la gente y a sus demandas de justicia social. La línea de corte, en consideración de la pobreza que se busca asistir, y teniendo en cuenta la escasez de recursos, determina el alcance de la justicia social que el gobierno puede asumir: los más pobres de los pobres definidos por un análisis de los niveles de bienestar como una aproximación al ingreso. Por eso es inevitable un proceso de discriminación y exclusión al que la línea de corte, con una carga política, junto a la encuesta, con una carga técnica, sirven bien.

Aún bajo estos supuestos se considera que el Sisben no opera bien en el orden distrital dado que está diseñado para medir miseria pero no la pobreza y porque Bogotá, a diferencia de otras ciudades, ha mejorado bastante sus servicios públicos, lo que le quita sensibilidad al Sisben frente a los problemas de ingresos monetarios de las personas. Eso dificulta atender la pobreza coyuntural cuando los recursos son escasos. En últimas, para muchos de ellos el problema de la justicia es de la economía antes que de la política en la medida en que es la recesión antes que la prescripción normativa de carácter moral y ético la responsable de la exclusión.

Reconocen que lo anterior obliga a la gente a mentir y a los funcionarios de salud a ser

permisibles con sus demandas aún en detrimento de la subsistencia misma de las instituciones de salud en las condiciones de competencia con el sector privado.

En la entrevista se manifiesta una clara diferenciación entre la posición de los funcionarios del DNP, que defienden más la política y normas actuales, y los de la Secretaría de Salud y el Consejo de Bogotá, más propensos a la crítica de sus defectos con respecto al sentido de equidad de la medida, en consideración de la pobreza que se atiende y que termina por excluir una parte de la población igualmente necesitada. También se evidencia una mayor inclinación de los últimos para subsanar las deficiencias del sistema de clasificación a través de la aplicación de la encuesta socioeconómica, con la cual se intenta reinsertar o proteger a los necesitados, favoreciendo un acceso al servicio en espera de la clasificación oficial.

No obstante, esta aparente diferenciación no lleva a que los funcionarios de la Secretaría de Salud se interroguen sobre una reforma del sector que garantice el acceso igualitario al servicio. Sufren la crisis generalizada de todo el sector de la salud y piensan en ampliar la cobertura utilizando los mismos criterios de focalización de grupos sociales, suponiendo como lo establece la ley, un sistema mixto entre subsidiado y contributivo. La solución permanece siempre en el ámbito de la política y de la normatividad existente, de una tecnología burocrática de lo social y no, como sería deseable, sobre una profunda transformación de la noción de derecho a la salud, del concepto de servicio y de las instituciones que lo suministran.

En esta perspectiva se proponen las alternativas posibles para enfrentar, al mismo tiempo, la crisis del sector y las incongruencias de la política de focalización. Pero casi todas las propuestas de estos funcionarios



hacen parte de un proceso de racionalización tendiente a mejorar técnica y políticamente el instrumento de focalización.

### **3.5. Alternativas sugeridas desde los grupos focales**

A continuación se resumen las propuestas que surgieron de los distintos grupos focales:

#### **i) Sugerencias desde los grupos focales de la comunidad**

Lograr una mayor intervención pública de la que hoy existe. Crear una sola EPS pública dirigida por la Secretaría Distrital de Salud. Cambiar la encuesta del Sisben y estructurar una nueva con otras variables y parámetros de medición. Capacitar mejor a los encuestadores haciéndolos más competentes y compenetrados con la situación de las personas. Manejar el proceso de selección de beneficiarios en el ámbito local e introducir mecanismos de seguimiento a la aplicación de la encuesta. Descentralizar el proceso de toma de decisiones y abrir un mayor espacio a la participación comunitaria. Promover y fortalecer la organización de los usuarios afectados. Introducir cambios radicales en el sistema de salud en beneficio de los pobres.

#### **ii) Sugerencias de los grupos focales de los funcionarios locales de salud**

Introducir cambios en el sistema de salud que favorezcan el acceso universal y uso de los servicios por parte de quienes los necesitan. Modificar la política de focalización de subsidios, el diseño de la encuesta e introducir correctivos en aplicación y administración. Clarificar y simplificar las reglas de juego del sistema buscando favorecer el sector público. Evitar la competencia desleal del sector privado. Impulsar una mayor descentralización y participación en la toma de decisiones. Incentivar el trabajo profesional

en beneficio del paciente. Mejorar la calidad de la atención

#### **iii) Sugerencias del grupo focal de las autoridades locales**

Aprovechar mejor el conocimiento de las comunidades que tienen los líderes comunitarios, ediles, párrocos, entre otros, para mejorar el Sisben en el conocimiento de la realidad de las comunidades y en su aplicación. Ampliar la cobertura del régimen subsidiado hasta el nivel cuatro del Sisben. Mejorar la dotación tecnológica, la calificación del recurso humano de las instituciones públicas de salud y la estructura y funcionamiento de la red de servicios. Propiciar el desarrollo de convenios entre las administraciones locales y las instituciones de salud para redimensionar los planes locales de salud y la prestación de los servicios. Aumentar el monto de las transferencias de recursos al orden local. Mejorar la distribución de los recursos. Propiciar la descentralización de la administración y la participación de los líderes comunitarios en los procesos de definición de necesidades y asignación de recursos

#### **iv) Sugerencias del grupo focal de los funcionarios y autoridades distritales**

Mover a la derecha la línea de corte para garantizar una mayor cobertura. Introducir cambios legislativos y operativos en la política de focalización y el Sisben para hacerlos más eficientes. Introducir nuevas variables en el formulario del Sisben que lo hagan más sensible a los cambios en la situación de las personas. Fortalecer la capacidad de control del instrumento para evitar formas de ilegalidad. Introducir subsidios parciales para grupos especiales como empleadas domésticas, tenderos, taxistas de los niveles tres y cuatro del Sisben. Formalizar una nueva ley para aseguramiento de las en-



fermedades catastróficas y de alto costo buscando no hacerlas dependientes del régimen subsidiado. Aumentar los niveles de los recursos para salud en el Distrito. Apoyar el uso de medios complementarios de identificación de beneficiarios como la encuesta socioeconómica, cartas de indigencia, certificados de desempleo, entre otros.

Pero la solución no se puede limitar, como sugieren los funcionarios de Planeación, simplemente a mover a la “derecha” la línea de corte, ampliando así la cobertura de los necesitados. Del punto de vista de la comunidad y del de los funcionarios y autoridades locales se deduce que debe ser replanteado el discurso de cómo se enfrenta la situación social del país, la concepción de la pobreza, las nociones de derechos, de democracia, de conflictos irresueltos, de distribución de la riqueza, de las creativas estrategias de acceso a los derechos y de la participación social. En fin, lo que se ha hecho es una seria puesta en duda del modelo de desarrollo, de la política de ampliación de cobertura de los pobres que rige el actual sistema de salud, de la focalización y del Sisben.

## Referencias bibliográficas

- Foucault, M., 1980. Two Lectures. En: Gordon, C. (Ed), 1980. *Michel Foucault. Power-Knowledge*. Brighton. Harvester Press.
- \_\_\_\_\_, 1973. *El orden del discurso*. Barcelona. Fábula Tusquets Editores.
- Krueger, R., 1994. *Focus Groups. A practical guide for applied research*. London. Sage publications.
- Morgan, D.L., 1997. Focus Groups as Qualitative Research. *Qualitative research methods series*. V. 16. Second edition. London. Sage publications.
- Parker, I., 1996. “Discurso, cultura y poder en la vida cotidiana”. En: Gordo A, y Linaza J (compiladores). *Psicologías, discursos y poder*. Madrid: Editorial Visar.
- Potter, J.; Wetherell, M., 1996. *Discourse and Social Psychology*. London. Sage Publications.
- \_\_\_\_\_, 1996. “El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos”. En: Gordo A, y Linaza J (compiladores). *Psicologías, discursos y poder*. Madrid: Editorial Visar.
- Rotelli, F., 1994. *Per la Normalità. Tacuino di uno psiquiatra*. Edizioni E Trieste.
- Rubin, J.H.; Rubin, I., 1995. *Qualitative Interviewing. The art of hearing data*. London. Sage Publications.
- Templeton, J.F., 1994. *The Focus Group*. Chicago. Irwin, professional publishing.
- Taket, A.; White, L., 1994. Doing Community Operational Research with Multicultural Groups. En: *Omega, Int. J. Mgmt. Sci.* V. 22, N. 6. Pp. 579-588.

