

FOCALIZACIÓN EN SALUD: UNA MIRADA DESDE LOS USUARIOS¹

Luisa Fernanda Posada Romero*

Lina Marcela Zuluaga Isaza *

Trabajadoras Sociales, Universidad de Antioquia, Medellín. Colombia.

Resumen

El presente artículo recopila la investigación sobre las representaciones sociales de la política de focalización en salud que tienen los usuarios del Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia –CSSI–. Dicha investigación se centró en los significados, las vivencias y las opiniones que las personas construyen sobre la focalización en salud, el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas de Salud –SISBEN–, la pobreza y la participación social. En este sentido se genera aportes que permiten conocer cómo las personas se asumen y están inmersos en la realidad social, en su relación con la ciudadanía y el ejercicio de sus derechos en salud.

Palabras clave: representaciones sociales, focalización en salud, Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas de Salud –SISBEN–, pobreza, Trabajo Social.

HEALTH FOCUSED: A VIEW FROM USERS

Abstract

The present article takes into account the investigation concerning the social representations of health focused policies, which have the users at the Universidad de Antioquia’s consulting office of integral social security. This investigation was based on the meanings, experiences and points of view that people build over health focalization, the Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas de Salud –SISBEN–, poverty and social participation. This is how it generates some contributions to understand how people assume themselves and how they are immersed in social reality, in relationships with other citizens and in practicing their health rights.

¹ El artículo presenta hallazgos parciales de la investigación “Representaciones sociales sobre las políticas de focalización en salud, una aproximación a los usuarios del Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia”, Departamento de Trabajo Social, Universidad de Antioquia, Medellín, 2009.

*Trabajadoras Sociales, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo: zain544@hotmail.com
lina_marcelaz@hotmail.com

Artículo Recibido: Septiembre 4 de 2009. Aprobado: Febrero 26 de 2010.

Key words: social representations, health focalization, Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas de Salud –SISBEN–, poverty, Social Work.

INTRODUCCIÓN

La focalización es una política social que intenta asignar los gastos públicos a los pobres², a través de medios como la encuesta SISBEN, que busca seleccionarlos como sus beneficiarios directos. Según la Ley 715 de 2001, la “focalización es el proceso mediante el cual se garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobre y vulnerable”³. “Focalizar es el acto de dirigir recursos públicos, o subsidios, hacia grupos específicos de la población, para lograr ciertos objetivos que apuntan a mejorar la equidad en el sector salud”⁴.

La focalización como enfoque y política se ha implementado en Colombia y en América Latina desde que se iniciaron los programas de ajuste estructural de las economías y, con ellos, los fondos de inversión social para apoyar a los sectores que resultaran afectados por dichos ajustes. Algunas leyes colombianas, como la Ley 60 de 1993⁵ y la Ley 100 de 1993⁶, tienen en cuenta la focalización para la destinación de recursos a los municipios más pobres del país.

De acuerdo con Sen⁷, “el punto teórico de la focalización en la política de lucha contra la pobreza es muy claro: mientras más certero sea un subsidio en llegar a los pobres, menores serán el desperdicio y el costo para alcanzar el objetivo deseado. Se trata del costo-efectividad de garantizar la provisión de un

² El término ‘pobres’ se incluye en el texto debido a que es utilizado en la política de focalización.

³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 715. (21, diciembre, 2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario oficial. Bogotá, D. C., 2001. no. 44654.

⁴ BITRÁN, Ricardo y MUÑOZ, Claudia. Focalización en la salud: conceptos y análisis de experiencias [online], 2000 [citado en 5 octubre de 2007]. Disponible en: <http://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00064.pdf>

⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 60. (12, agosto, 1993). Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D. C., 1993. no. 40987.

⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993).

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D. C., 1993. no. 41148.

⁷ SEN, Amartya. La economía política de la focalización. En: Revista Comercio Exterior. Junio, 2003. vol. 53, no. 6, p. 555-562.

determinado beneficio. O, visto desde otra perspectiva, se trata de maximizar los beneficios de erradicación de la pobreza a partir de un cierto volumen de costos”. Desde este punto de vista, la focalización busca identificar a las personas y familias a partir de criterios económicos para otorgarles subsidios, con el fin de optimizar el gasto social.

En este sentido, el propósito del presente artículo es dar a conocer la comprensión que tienen los usuarios del CSSI de la Universidad de Antioquia sobre la política de focalización en salud, según los resultados de la investigación cualitativa realizada entre septiembre de 2007 y marzo de 2009.

La selección de los participantes entrevistados se hizo de manera intencional, es decir, se escogió como interlocutores a aquellos usuarios del Consultorio que fueron encuestados con la ficha del SISBEN y según el motivo por el cual consultaron.

Para el desarrollo de la investigación se tomaron como referencia metodologías cualitativas, ya que estas permiten acercarse a la realidad social e interpretar los significados y sentidos que los sujetos dan a su mundo cotidiano. En este sentido, se tuvo como metodología el interaccionismo simbólico y como método la fenomenología. Puesto que se buscó estudiar los fenómenos cotidianos, desde la subjetividad de quienes son protagonistas en ellos, se propone la comprensión de la realidad desde las múltiples perspectivas, lógicas y visiones de los actores sociales que construyen e interpretan su realidad.

La investigación se centró en las representaciones sociales que tienen los usuarios del CSSI ⁸sobre la focalización en salud, con el propósito de develar las construcciones que los usuarios tienen sobre este tema, teniendo como punto de partida el saber cotidiano, es decir, desde las representaciones que se entretajan en el escenario social que se permea por las costumbres, las actitudes, las vivencias individuales y colectivas, los significados que tienen dichos usuarios sobre la política de focalización, la pobreza como foco para otorgar subsidios, la encuesta del SISBEN como instrumento focalizador. Así mismo, el papel que tiene el Trabajo Social en la elaboración, ejecución y evaluación de las políticas públicas pensadas desde las particularidades de los contextos y de los actores sociales, lo cual implica procesos participativos y un pleno ejercicio de la ciudadanía en la búsqueda del bienestar social y de la calidad de vida de las comunidades.

El artículo, entonces, presenta en su desarrollo un primer apartado que tiene que ver con las construcciones cotidianas que los usuarios hacen en torno a la focalización en salud, un segundo apartado que esboza la diversidad en la significación de la pobreza, otro más en el que se concentra en la pobreza y la participación poniendo en evidencia relaciones y conexiones que allí se reflejan y,

⁸ Nota de la Editora: I Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia.

por último, se plantean conclusiones en relación a los hallazgos de la investigación.

1. CONSTRUCCIONES COTIDIANAS SOBRE LA FOCALIZACIÓN EN SALUD

En el sector de la salud, la focalización ha sido considerada más conveniente para este sector que para otras subvenciones sociales, ya que con las reformas estructurales como la Ley 100 de 1993, donde se crea el régimen subsidiado, la focalización y su instrumento SISBEN ha sido una buena herramienta para identificar la población más pobre y vulnerable⁹. Sin embargo, este sistema ha generado dos dilemas, por un lado, la mercantilización de la salud donde se le da importancia al sector privado, al desarrollo y al crecimiento económico y, por otro lado, se ubica la salud como un derecho que, para ser reconocido y garantizado, el Estado ha implementado subsidios de salud focalizados que pretenden buscar a los más pobres de los pobres, para entregar una ayuda, lo que se convierte en una medida asistencial que no garantiza el pleno derecho a la salud.

“El SISBEN forma parte de un conjunto de herramientas gerenciales diseñadas para entregar servicios sociales subsidiados y focalizados a los más pobres. [...] Se evalúan elementos como las características de la vivienda, la familia y la propiedad de otros bienes durables como aproximaciones de la medición de ingreso monetario y la riqueza acumulados por los individuos o las familias”¹⁰.

Aunque se ha dado muchas discusiones sobre teorías de la pobreza, la autora Rosemary McGee¹¹ señala que existe escasez de conocimiento sobre la pobreza a nivel mundial y latinoamericano, ya que, por lo general, los “no-pobres” conocen apenas una versión oficial de la pobreza. Es un conocimiento construido selectivamente por los que ocupan posiciones elevadas en la estructura de poder y de toma de decisiones, y sus percepciones distan de las personas de estratos más bajos.

En este sentido, McGee pone en evidencia que las políticas sociales dirigidas a los sectores pobres y vulnerables son diseñadas generalmente por personas que pertenecen a estratos socioeconómicos más altos. En respuesta a esta disyuntiva, en Colombia se crea la encuesta del SISBEN como un indicador que mide

⁹ ARROYAVE ZULUAGA, Iván Darío, El primer SISBÉN: se va llegando al SISBÉN. EL pulso [online], Junio 2005, [citado 13 octubre 2007]. Disponible en: www.periodicoelpulso.com/html/jun05/debate/debate-02.htm

¹⁰ VEGA ROMERO, Román y JARA NAVARRO. María Inés, Década de los noventa: Discurso de la focalización de subsidios en salud. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Septiembre, 2002. vol. 1, no. 2, p. 82-112.

¹¹ MCGEE, Rosemary. La pobreza vista desde diversas perspectivas: Un estudio de caso Colombiano, En: Papel Político, Noviembre, 1997. no. 6, p. 91-109.

pobreza; sin embargo, MacGee afirma que este mecanismo constituye un retroceso puesto que, por ser un enfoque asistencialista, no es apropiado en un país con tantos pobres y tanta inequidad.

En este orden de ideas, lo que se quiere mostrar es que así como los grupos de personas que diseñan las políticas sociales construyen su propia representación de la realidad, los sujetos a los que se dirigen estas políticas, no son agentes pasivos. Por el contrario, ellos y ellas construyen a partir de su experiencia, información que poseen y, en general, desde su visión de mundo, conceptos propios y opiniones con los que significan el SISBEN.

Las opiniones que los usuarios del CSSI tienen sobre la focalización en salud difieren de acuerdo a las experiencias y a la información que tienen de ésta, la mayoría se limita a dar la opinión sobre la atención que han recibido en los servicios de salud, como un apoyo limitado en relación a los medicamentos que no están en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y a remisiones de segundo y tercer nivel de complejidad (especialistas), aunque otros consideran que el SISBEN es bueno puesto que, al no tener recursos económicos, pueden contar con esta alternativa.

Según los relatos de los usuarios del CSSI, el SISBEN es catalogado como una ayuda que el Estado brinda a las personas de escasos recursos económicos, convirtiéndose esta alternativa en la única opción para poder acceder a los servicios de salud: “Pues... para mí el SISBEN es una cosa muy buena, porque es una ayuda muy grande”¹². Sin embargo, también consideran que es una ayuda limitada y la falta de recursos económicos es un impedimento para acceder a otras alternativas en salud.

También es importante resaltar la manera como los usuarios refieren y relacionan el SISBEN y el tipo de afiliación a la seguridad social. No entienden el SISBEN como el instrumento para ser seleccionados como potenciales beneficiarios de subsidios, sino que lo relacionan directamente con el tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud, además asumen la posibilidad de acceso a los servicios de salud como una dádiva, una ayuda que el Estado o las instituciones les brindan a causa de su situación de desprotección y pobreza. Este evidente desconocimiento de las estructuras y del funcionamiento del sistema de salud, sumado al bajo nivel educativo, a la falta de iniciativa participativa y al poco empoderamiento de sus derechos, es decir, a las pocas condiciones y elementos que la sociedad y el Estado han generado para el desarrollo de algunas capacidades y potencialidades en los sujetos, ha favorecido la violación sistemática de sus derechos a la salud.

¹² Fragmento de la entrevista realizada a Raquel. 47 años de edad.

Sin embargo, muchos usuarios entrevistados ven el SISBEN como un garante de la salud y la conservación de la vida. Estar enfermo o sufrir algún accidente y no tener el SISBEN significa para estas personas la pérdida de la vida misma, puesto que no se cuenta con recursos económicos o alguna otra forma para garantizar el acceso a los servicios de salud: “Es un medio favorable tanto para mí como para aquellas personas con problemas económicos [...] para acudir al médico, con el SISBEN tenemos las ventajas que al tener nuestro carné podemos acudir con él, a cualquier entidad y ahí nos atienden”¹³.

El SISBEN se entiende entonces, como un instrumento para la supervivencia en el sentido que se evidencia como un medio para preservar la salud y la vida. Se esclarece así mismo la relación entre el derecho a la salud y el SISBEN como un medio para llegar a la garantía de dicho derecho, ya que en muchas ocasiones la encuesta ha sido considerada como el fin, para recoger los datos y dirigir el gasto público y, aunque se dice que uno de los objetivos de la política de focalización es generar equidad, lo que con ésta política se hace es buscar los más pobres entre los pobres para otorgarles subsidios con los cuales acceder a servicios principalmente de salud, educación y vivienda, aunque en la mayoría de los casos los subsidios que se reciben son parciales, es decir, una ayuda que resulta asistencial, perdiendo la calidad de derecho que debería ser garantizado por el Estado.

El hecho de que se tenga presente la salud como un derecho, alude a la visión misma que se tiene de ciudadanía y al ejercicio que se hace de ésta, a la postura que se asume como sujetos sociales en un contexto que en lugar de reflejar derechos muestra acciones asistenciales que han acostumbrado a las personas a entender la atención en salud como una dádiva y no como respuesta a un derecho constitucional.

De otra parte, se puede inferir que el SISBEN está perpetuando de alguna manera la situación de pobreza de las personas, puesto que éstas, al garantizarse a sí mismas y a su familia el acceso a la salud, no optan por mejorar sus condiciones habitacionales o educativas por temor a que les suban el nivel del SISBEN. Otro de los factores que lleva a que la pobreza se perpetúe es la falta de pleno empleo que imposibilita el tránsito de un régimen a otro y, cuando se logra dicho tránsito, se logra sólo de manera temporal, debido a la flexibilización laboral.

Con la transformación de la contratación laboral de empleos de tiempo completo a empleos temporales y el surgimiento de formas plurales de subempleo, se afecta también el salario, es decir, junto con la división del tiempo laboral tiene lugar una redistribución de las ganancias y de la seguridad social, cuyas consecuencias son

¹³ Fragmento de entrevista realizada a María. 50 años de edad.

negativas para los trabajadores¹⁴. El Estado, para paliar este tipo de situaciones ha implementado políticas de focalización. Al respecto, Vargas¹⁵ ilustra una de las consecuencias de la focalización: “el estímulo a la no superación: con la focalización los individuos podrían considerar renunciar a cualquier esfuerzo por mejorar sus condiciones de vida”. Otra de las críticas contra la focalización es que en ciertos casos no libera la capacidad productiva de las personas y deviene contraproducente en la lucha contra la pobreza.

En cuanto a las variables que contiene la encuesta del SISBEN, se piensa que lo que mide es la capacidad económica y los bienes durables, dejando a un lado la situación actual de las personas, de acuerdo a esto los usuarios expresaban: “Se fijaban mucho en lo que había en la casa, si habían dos televisores, si había un equipo de sonido y eso no debería influir, porque uno en la casa puede haber conseguido en tiempos anteriores muchas cosas pero en el momento que llegó la encuesta del SISBEN no tener absolutamente nada económicamente”¹⁶.

El relato anteriormente pone en juego los cambios que las familias pueden tener, la encuesta no mide la vulnerabilidad a la que los hogares colombianos están expuestos. Algunos usuarios expresaban que posiblemente en el pasado las personas tenían una buena fuente de ingresos económicos y que ahora no cuentan con la misma condición económica y que la encuesta SISBEN al medir los bienes materiales y la infraestructura de la vivienda, no muestra la situación real de las familias y, por lo tanto, no se puede garantizar el acceso a los servicios de salud.

Cuando el nivel en el que son ubicadas las personas no corresponde a su capacidad de pago o se les presenta un tratamiento del cual no pueden asumir los costos, se ven en la necesidad de recurrir a las acciones legales para que se les garantice el tratamiento. De igual modo, para los usuarios bajar el nivel del SISBEN significa tener mejor acceso a los servicios de salud, en lo que tiene que ver con la capacidad económica, es decir, si las personas están en un nivel 1 ó 2 pagan menos, lo cual les permite poder consultar servicios médicos, adquirir medicamentos, exámenes diagnósticos, etc., ya que en estos niveles el copago está de acuerdo a su poder adquisitivo.

En éste sentido, son varias las barreras de acceso a las que los usuarios entrevistados se referían en sus relatos, la mayoría de las personas hacen alusión a las barreras económicas, “entendidas como un obstáculo estructural para la

¹⁴ CORTÉS RODAS, Francisco. Neoliberalismo, globalización y pobreza. En: Revista Trabajo Social. Enero-Junio, 2005. no. 1, p. 29-48.

¹⁵ VARGAS, Juan Fernando. Políticas públicas universales o focalizadas: ventajas y desventajas. El caso del SISBEN en Colombia. Ponencia seminario sobre salud y desarrollo [online], 2000 [citado 20 septiembre 2008]. Disponible en: www.webpondo.org/files_enemar03/politicass_pub_jfv.pdf

¹⁶ Fragmento entrevista realizada a Pedro. 58 años de edad.

afiliación al aseguramiento y para el acceso a los servicios de salud. La falta o insuficiencia de dinero es la razón más frecuente aducida tanto para la no afiliación al aseguramiento en salud, como para la utilización o el acceso real a los servicios”¹⁷.

Sin embargo, las barreras económicas más fuertes e inequitativas seguramente se presentan en la población no asegurada, especialmente en aquella que no es lo suficientemente pobre para ser sujeto de focalización –aplicación de la encuesta SISBEN– pero tampoco, tiene capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo, y debe por tanto asumir tarifas más altas en todo el proceso de atención: desde la búsqueda hasta la obtención afectiva de atención¹⁸.

Por otro lado cabe resaltar que la reflexión que ponen en escena los participantes de esta investigación sobre el SISBEN, tiene que ver con apreciaciones colectivas, compartidas socialmente, de lo que han escuchado de los otros y aprendido en el transcurrir de lo cotidiano, según sus experiencias con el SISBEN, el cual para los usuarios constituye un modo de supervivencia con el que consideran están asegurando el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, en la práctica y las vivencias de los usuarios, dichos servicios no garantizan el pleno derecho, puesto que en lo manifestado por los sujetos se entrevé que se cubren los aspectos en salud de manera parcial, en lo cual no se ven garantizados los derechos, no se resuelve la necesidad de manera estructural, es decir, se dan soluciones paliativas y temporales, propiciando de esta manera la perpetuación de la pobreza.

2. DIVERSIDAD EN LA SIGNIFICACIÓN DE LA POBREZA

La reflexión que se hace de la pobreza, desde el saber que tienen las personas frente a la misma, implica tener en cuenta las vivencias que como sujetos inmersos en una realidad comparten con su familia, con su comunidad, como una situación que a todos toca en mayor o menor proporción. Cada familia o sujeto tiene estrategias particulares para sortear las situaciones, encuentran formas de sustento diariamente para mantenerse en la carrera de la vida, se vuelven recursivos, buscando herramientas y medios para asumirse frente a las dificultades económicas, de acceso a los servicios de salud, educación, entre otras.

La pobreza se entiende no solo como la falta de oportunidades para la generación de ingresos o como la carencia de una diversidad de bienes y servicios, sino también como la incapacidad de las personas de participar a favor de sus

¹⁷ ECHEVERRI LÓPEZ, María Esperanza, *et al.* Movimiento nacional por la salud y la seguridad social: la salud al derecho. Medellín: Universidad de Antioquia, 2004, p. 92.

¹⁸ *Ibíd.*, p. 94.

intereses, de expresar sus necesidades y de organizarse en torno a ellas para lograr soluciones.

Según Sen,¹⁹ la pobreza es la privación de algunas capacidades básicas para funcionar; las relaciones relevantes para este análisis pueden comprender desde las físicas elementales, como estar bien alimentado, adecuadamente vestido y contar con un lugar donde vivir, evitar la morbilidad prevenible, etcétera, hasta logros sociales más complejos, como participar en la vida de la comunidad, ser capaz de presentarse en público sin sentir vergüenza, entre otros. La oportunidad de convertir los ingresos personales en capacidades para funcionar depende de muchas circunstancias personales (edad, género, propensión a enfermarse, discapacidades, etcétera) y el medio social, las características epidemiológicas, el entorno físico y social, los servicios públicos de salud y educación.

Desde el anterior punto de vista, la pobreza es más que la privación de recursos económicos, pone en evidencia aspectos sociales, políticos, con asuntos que abordan las personas en un punto de referencia que trasciende la visión de la carencia y la necesidad del tener, hacia la posibilidad de las capacidades que tienen los sujetos para resolver las dificultades que se les presentan, la forma de salir de las situaciones y la libertad de escoger las formas de satisfacer sus necesidades básicas.

El concepto que tienen algunos usuarios del CSSI sobre la pobreza es de carencia material o falta de ingresos, se refieren entonces, a los bienes mercantiles como la alimentación, el vestido, la vivienda, la educación, los servicios de salud, agua potable, energía y por ende el ingreso, el cual permite el acceso a dichos bienes: “La pobreza es algo horrible porque si uno no tiene ni un peso, se muere de hambre y si no tiene con qué comprar lo que necesita no puede subsistir”²⁰. Se puede extraer de este relato que, aunque la definición de la pobreza no se puede limitar a la carencia material o monetaria, estos aspectos le permiten a los sujetos darse a sí mismos y a su grupo familiar la capacidad de vivir y desarrollarse dentro de su entorno social, de igual forma, las necesidades básicas se traducen en los derechos que toda persona requiere para vivir dignamente y para su bienestar.

Por otro lado, en la actualidad, la pobreza se encuentra asociada a múltiples causas y fenómenos como la violencia, el desplazamiento, la acumulación de capital en unos pocos, la falta de oportunidades, entre otras. En últimas, se puede decir que la pobreza se encuentra relacionada estrechamente con juegos de poder, donde las inequidades y la exclusión son el resultado de un sistema que

¹⁹ SEN, Amartya. La economía política de la focalización. En: Revista Comercio Exterior. Junio, 2003. vol. 53, no. 6, p. 555-562.

²⁰ Fragmento de entrevista realizada a Raquel.

domina las relaciones entre las naciones, “existen estructuras económicas y políticas que impiden el progreso y que perpetúan actitudes empobrecedoras”²¹.

Otra de las dimensiones de la pobreza es lo concerniente al género, ya que las mujeres aún se encuentran inmersas en situaciones de desigualdad social y económica. Aunque las mujeres han logrado algo de reconocimiento y respeto por sus derechos, aún se presenta exclusión y discriminación en el acceso a empleos, en inadecuadas condiciones laborales y salariales, de igual forma, las mujeres desempeñan labores que no son remuneradas como el trabajo doméstico y en muchas ocasiones, deben desempeñarse al mismo tiempo en profesiones u oficios y en el cuidado y orientación de sus familias. Esta división sexual del trabajo, ha sido una de las características del capitalismo, se basa en el reparto de tareas diferentes entre hombres y mujeres, donde se generan relaciones de subordinación y opresión, que deja a las mujeres excluidas de algunos espacios de participación y del ejercicio de la ciudadanía.

Aún no se ha logrado superar las diferencias entre hombres y mujeres con respecto al acceso a la educación, a servicios y políticas en salud, empleo y seguridad. La mayoría de la población pobre está compuesta por mujeres y muchas de ellas son jefas de hogar en situación de desplazamiento, víctimas de la violencia y con bajos niveles educativos. La feminización de la pobreza es un fenómeno y una dimensión más de la pobreza, que puede ser demostrada claramente a través de las siguientes cifras: “más del 70% de la población que vive en la extrema pobreza son mujeres; el 60% de las mujeres cabeza de familia no tiene seguridad social y trabaja entre 50 y 60 horas semanales; el salario de las mujeres representa entre 50 y 80% del salario de los hombres; de las 40 millones de personas desplazadas por razón de un conflicto armado el 80% son mujeres con sus hijos e hijas; de 900 millones de analfabetas, 600 millones, son mujeres...”²².

Con lo anterior, lo que se pretende mostrar es que si bien en los últimos años se ha logrado un avance teórico y epistemológico significativo en el tema de género, al igual que se ha creado políticas sociales para el bienestar de las mujeres y niñas, se sigue presentando discriminaciones y violaciones a los derechos de las mujeres, lo que se ha convertido en una de las tantas causas de la pobreza.

²¹ COLOMER RUBIO, Juan, *et al.* La pobreza y el pobre: desde la antigüedad hasta el siglo XXI [online], 2008 [citado 16 agosto 2008]. Disponible en: <http://perlegrino.marianistas.org/wp-content/uploads/2007/06/unidad-didactica-sobre-la-pobreza-en-la-historia.pdf>.

²² FEDERACIÓN COLOMBIANA DE EDUCADORES - FECODE. Un ejercicio de construcción de la memoria colectiva [online], 2008 [citado 6 septiembre 2008]. Disponible en: http://fecode.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=195&Itemid=30.

Otros conceptos que relacionan algunos usuarios del Consultorio con la pobreza, son 'salud', 'capacidad para trabajar' y 'oportunidades que se tengan para acceder a la educación y al empleo', según lo expresado en la investigación.

La salud y las capacidades físicas son de gran importancia para la mayoría de las personas entrevistadas, ya que representan la posibilidad de superar los problemas y necesidades que tienen en sus vida, de igual forma, el hecho de tener salud vista como un derecho, se relaciona con otros factores que la posibilitan, como su acceso, no sólo a nivel curativo y paliativo, sino también preventivo y promocional. Una alimentación adecuada, agua potable, buenas condiciones sanitarias y habitacionales, la posibilidad de participación comunitaria y social, la paz y la educación²³.

En correspondencia, son muchos los significados que se pueden extraer sobre la pobreza, en los relatos de los usuarios del CSSI se esclarece como el territorio y la cultura influye en la forma como los sujetos se asumen en el mundo y comprenden la realidad. Asimismo, los medios de comunicación juegan un papel importante en la construcción de valores, creencias, costumbres, mitos, significados, imaginarios, etc. Éstos medios son entonces un referente que les lleva a crear semejanzas con otros lugares que se conocen a través de programas de televisión: "Yo digo 'soy pobre' pero hay personas mucho más pobres que yo [...]. Por ejemplo: África, allá son demasiado pobres, a veces se puede decir que son ricos-pobres porque pueden explotar algo, pero no lo explotan, aguantan hambre por no matar a un animal, porque ese animal es sagrado para ellos"²⁴.

Este testimonio hace alusión al enfoque de pobreza relativa, el cual se basa en que las personas perciben su propio bienestar en función del bienestar de los demás. Según este criterio la pobreza de una persona dependerá de cuanto tenga su grupo social de comparación; no tener tanto como él, implica una condición de pobreza relativa. En ese sentido, cada sociedad, cada país, o cada modo de vivir tienen un "nivel" o "canal de pobreza", es decir, la pobreza relativa tiene que ver con los diferentes satisfactores que las personas escogen dependiendo de las situaciones históricas y culturales de una sociedad determinada²⁵.

Otro de los enfoques para la definición de pobreza absoluta sostiene que las necesidades son independientes de la riqueza de los demás y no satisfacerlas revela una condición de pobreza en cualquier contexto o grupo social²⁶. Sin embargo, trascender el concepto de pobreza limitado a las carencias materiales,

²³ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, SECRETARIA DE SALUD. La salud no es un favor, es un derecho. 2ª ed. Bogotá: Alcaldía Mayor, Secretaria de Salud, 2007, p. 4-5.

²⁴ Testimonio de Pedro, 58 años de edad.

²⁵ MATHUS ROBLES, Marco Aurelio. Principales aportaciones teóricas sobre la pobreza. Contribuciones a las ciencias sociales [online], Julio 2008 [citado 27 enero 2009]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/02/mamr.htm>

²⁶ *Ibid.*, <http://www.eumed.net/rev/cccss/02/mamr.htm>

necesidades y sus satisfactores, implica una mirada holística del concepto y un enfoque de derechos, donde los sujetos más que necesidades tienen capacidades y potencialidades para resolver las situaciones problemáticas de su vida, dichas capacidades van desde las físicas elementales hasta las capacidades y oportunidades sociales como la participación, la cual permitirá a los sujetos intervenir en los asuntos sociales para el beneficio común, búsqueda de intereses y expectativas o identificación con un grupo o sociedad que les permite exigir el cumplimiento de sus derechos.

3. POBREZA Y PARTICIPACIÓN: RELACIONES Y CONEXIONES

La participación hace parte del bienestar y el desarrollo de las capacidades individuales de las personas, “el ser humano requiere un conjunto de condiciones mínimas necesarias para lograr un desarrollo integral, dentro de las que se destacan aspectos de índole social, político, económico, cultural, que contribuyen a generar un ambiente propicio para el mejoramiento de la calidad de vida”²⁷.

Vista desde las capacidades, la participación implica definirla como la intervención social que le permite a los individuos reconocerse como actores que, al compartir una situación determinada, tienen la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes, y que están en capacidad de traducirlas en forma de actuación colectiva con cierta autonomía frente a otros actores sociales y políticos.

La participación implica acción e interacción entre los sujetos y la construcción de redes sociales de apoyo, entendidas estas como “un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia.”²⁸.

En tal sentido, la participación será un mecanismo para solventar la pobreza y las dificultades de la vida que se le presentan a las personas, pero también es puesta en marcha los recursos, habilidades y capacidades para movilizarse y generar cambios: “La pobreza y la participación sí se relacionan, porque si yo soy pobre, pero estoy haciendo algo que me reanime, me ayude, porque la pobreza es una cosa y yo estar aquí muerta es otra (¡sic!)”²⁹.

Desde el punto de vista de los usuarios, se ponen en evidencia a la hora de participar los condicionantes sociales, culturales y económicos presentes allí de manera latente para unos y para otros de forma manifiesta, la experiencia de los

²⁷ SEN, Amartya Kumar; ROBASCO Ester y TOHARIA, Luis. Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta, 2000, p. 114.

²⁸ CHADI, Mónica Rosa. Redes sociales en el Trabajo Social. Argentina: Espacio Editorial, 2001, p. 27.

²⁹ Fragmento de testimonio de Carmen, 58 años de edad.

sujetos, la interacción y el estar o no en los grupos define un modo de actuar influenciado por las preocupaciones, los prejuicios y los intereses: “Porque la pobreza marca tanto a la persona que teniendo la posibilidad de participar, no lo hacen porque de antemano piensan que sus conceptos no van a ser tenidos en cuenta, porque va con una ropa que no es la que llevan los que están en los puestos directivos, además las horas no son las apropiadas porque primero tiene que trabajar”³⁰. Así mismo el origen social, la familia, la edad, el género determinan el acceso a los servicios y las posibilidades que tienen las personas para ejercer su ciudadanía, puesto que se levantan de manera implícita o explícita barreras sociales, económicas y culturales, expresadas en la falta de oportunidades.

Las oportunidades sociales se refieren a los sistemas de educación, sanidad, entre otros, que tiene la sociedad y que influyen en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor. Estos servicios son importantes no sólo para la vida privada (como llevar una vida sana y evitar la morbilidad evitable y la muerte prematura), sino también para participar más eficazmente en las actividades económicas y políticas. Por ejemplo, el analfabetismo puede ser un importante obstáculo para participar en las actividades económicas en las que la producción ha de ajustarse a unas determinadas especificaciones o que exigen un estricto control de calidad (como ocurre cada vez más con la globalización del comercio). Así mismo, la imposibilidad de leer la prensa o de comunicarse por escrito con otros agentes que participan en actividades políticas puede impedir la participación política³¹.

De igual manera, se hace referencia a algunas dificultades que se presentan en la participación comunitaria y social, como es el temor a expresar las opiniones, ideas o sugerencias, bien sea porque existe la posibilidad de no ser tenidas en cuenta, por razones administrativas, políticas, intereses particulares, por discriminación o porque su bienestar y su vida pueden correr algún riesgo; asimismo, la voluntad y las motivaciones de los sujetos son importantes en la participación.

Otra de las razones por las cuales las personas tienen dificultades para participar a nivel social o comunitario, es porque existen aspectos y actividades a los cuales se les da prioridad, ya que de estos depende su subsistencia, al respecto, Merino³² señala que es difícil el equilibrio, entre las razones que animan a la gente a participar y sus posibilidades reales de participar. Pero también entre el ambiente que les rodea y su voluntad de intervenir de manera activa en ciertos asuntos públicos y, aunque haya un propósito compartido por la gran mayoría de

³⁰ Fragmento de Entrevista realizada a Iván, 55 años de edad.

³¹ SEN; ROBASCO y TOHARIA, Op. cit., p. 58

³² MERINO, Mauricio. La participación ciudadana en la democracia. En: Cuadernos de Divulgación de la Cultura Democrática. 1997. no. 4. p. 11.

la sociedad en un momento preciso, habrá siempre quienes encuentren razones más poderosas para abstenerse que para participar. Uno de los dilemas de la participación es: no todos quieren participar aunque puedan, no todos pueden participar aunque quieran y en muchos casos no quieren participar porque no pueden.

Otra de las grandes dificultades de la participación social y ciudadana es la percepción que se tiene de la misma y que ha sido promovida en mayor parte por el Estado, como una actividad pasiva, ya que las acciones del Estado en materia de participación, si bien son bastante renombradas y se realizan proyectos y campañas que promueven la participación de los ciudadanos en diferentes escenarios, han logrado poco impacto sobre la población y en la construcción de una cultura de participación, donde las personas se asuman como actores sociales con capacidad de influir en las decisiones para su beneficio y el de la comunidad. Parte de esto se debe a la arraigada concepción de los sujetos como carentes, por lo tanto algunos de los escenarios de participación se convierten en reuniones informativas o donde se solicita opinión sobre algún tema, como un medio de consulta o para tener aprobación de las políticas sociales, pero sin tener poder de decisión sobre las mismas.

Con todo lo anterior, es importante decir que en una sociedad donde las personas puedan participar activamente, donde su opinión sea tenida en cuenta, no sólo desde el acceso a los subsidios sino también en la generación de políticas y programas que surjan desde lo local, se construirá ciudadanía, postura política y visión crítica frente a los procesos sociales y políticos desarrollados durante los últimos años en el país.

4. CONCLUSIONES

Este trabajo investigativo permitió conocer los referentes que construyen los usuarios del CSSI sobre la focalización en salud, y así facilito la comprensión de las representaciones sociales que tienen sobre esta política y su instrumento focalizador: el SISBEN. Para ellos, este instrumento es entendido no sólo como una encuesta, sino como los servicios de salud que se les ofrecen y su posibilidad de acceso, es una ayuda necesaria que los entes gubernamentales les brindan, por lo cual, la salud y su acceso se entiende como una dádiva, más no como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, desde esta perspectiva el derecho a la salud en Colombia ha estado ligado a grandes contradicciones, puesto que priman la mercantilización de la salud y la rentabilidad de las diferentes entidades que prestan servicios de salud sobre el bienestar de las personas.

La política de focalización, de la manera en que es asumida por los usuarios y por el Estado, está permitiendo continuar con la mirada asistencial y de beneficencia que tradicionalmente se ha tenido, se hace necesario entonces visualizar al otro como un sujeto que tiene oportunidades para alcanzar su realización personal, un

otro que debe ser reconocido y humanizado frente a otros actores sociales. Superar la asistencia supone un cambio cultural, donde se generen procesos que incluyan la igualdad en la corresponsabilidad del Estado y la sociedad.

Las posibilidades que las personas tengan para potenciar sus capacidades están íntimamente relacionadas con la factibilidad que se tenga de participar en procesos que permitan el desarrollo integral, esto planteado en una sociedad que integre y que aporte a la disminución de la desigualdad y la inequidad social, donde los sujetos sean protagonistas de la construcción de procesos individuales, comunitarios y colectivos, en pro del bienestar y la calidad de vida, a través de la cohesión y la integración social, en una apuesta que incluya la base social para la formulación de políticas públicas que den respuesta a las necesidades y demandas de las personas.

Los procesos participativos obedecen a la opción de superar la visión asistencialista y clientelista de las políticas sociales, ofrecidas a carentes receptores que no opinan y que no piensan críticamente su elección sobre la satisfacción de sus necesidades, sino que se acogen a la ayuda que se les brinda y no a la potenciación de sus capacidades. La visión reduccionista de las personas pobres obstaculiza el acceso a la libertad de elección de un pleno desarrollo como sujetos de derechos.

Se plantea entonces la necesidad de analizar las políticas públicas desde los receptores de los programas con los cuales las políticas se hacen tangibles, ya que estos son los que en última instancia reciben el impacto y se benefician o no de dichas políticas. Por esto, dichos receptores necesitarán de actores sociales que potencien el empoderamiento de los procesos sociales que sean participativos y que repercutan en la formulación de políticas públicas desde las organizaciones de base.

Es en este escenario donde la función del Trabajador Social debe ser permanente, argumentada y eficaz. Es decir, se hace necesario replantear la forma como tradicionalmente desde la profesión se ha abordado la política social; esto implica la participación no sólo en el reparto de las políticas sociales, sino en la formación de sujetos políticos, que participen en el diseño, ejecución y evaluación de políticas sociales³³.

En correspondencia, se plantea la articulación Estado- comunidad. Mediante la cual los Trabajadores Sociales serán mediadores que facilitan el cambio, a través de nuevas perspectivas y formas de asumir y abordar la realidad social, en la constitución de espacios que permitan la expresión de los derechos civiles,

³³ MUÑOZ LOPERA, Jhon Mario. Desarrollo y política social en tiempos de incertidumbre: papel del Trabajo Social. En: Revista de Trabajo Social. Julio-Diciembre 2005. no. 2, p. 45-64.

políticos y sociales, promoviendo el desarrollo integral de las personas y la participación democrática.

Por otra parte, la perspectiva de la ciudadanía para el Trabajo Social tiene como núcleo duro de su formulación la recuperación no de la noción sino de la práctica de la ciudadanía, desde los derechos y responsabilidades, como factores de integración social, de respeto por las diferencias, de construcción de igualdad y de emancipación, de posibilidad de reconsideración, para los tiempos actuales, de la conflictiva relación entre igualdad, libertad y diferencia³⁴. La mayor cercanía del Trabajo Social con la cuestión de la ciudadanía se entabla a nivel de los derechos sociales, concebidos como espacio de construcción de sujetos que se emancipan de las limitaciones básicas que impone la pobreza y de la dependencia de ser asistidos por intervenciones de políticas de gobierno.

En los usuarios del Consultorio no se percibe la participación ciudadana como aquella acción que les permite mantener una relación directa con el Estado y a través de cual se puede incidir en las decisiones del mismo, que directa o indirectamente los afectan, sino que se entiende la participación desde el valor de la solidaridad y la ayuda al otro o, en algunos casos, se percibe como el obtener información sobre algún tema, capacitarse o emitir una opinión sobre alguna situación. Por ello, la visión sobre “el Estado queda reducida a un papel instrumental y no como garante, donde éste permanece como un instrumento de política social asistencial, competente y temporal, abandonando su función de garantizar una estructura a largo plazo que posibilite el desarrollo”³⁵.

Trabajo Social es una profesión vinculada en esencia a los procesos sociales y políticos, en el compromiso del desarrollo humanizador e integral de las personas, los grupos y las comunidades, donde las relaciones dialógicas ocupan un papel trascendental que trasmite de generación en generación la memoria colectiva, las instituciones y la práctica social, donde se pone en evidencia que la teoría de las representaciones sociales está basada sobre la idea del dialogismo, de las ideas, las creencias y –como tal– de la forma de apropiarse del mundo, estar consciente de ello implica ser responsable con el entorno social, con la comunidad académica y con caminos que lleven al cambio y a mejorar la calidad de vida de las personas.

³⁴ AQUIN, Nora. Continuidades y rupturas de las formas de intervención con grupos y comunidades: ¿Una nueva reconceptualización? En: NETTO, José Paulo, *et al.* Nuevos escenarios y práctica profesional: Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Argentina: Espacio Editorial, 2002. p.69-76

³⁵ PAREDES HERNANDEZ, Natalia. Derecho a la salud: su situación en Colombia. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular, 2003.

BIBLIOGRAFÍA

ALAYON, Norberto Ricardo. Asistencia y asistencialismo, ¿pobres controlados o erradicación de la pobreza? 2ª ed. Buenos Aires: Humanitas, 1992. 192 p.

ARENAS DE RESTREPO, Martha Lucía. El profesional de Trabajo Social en salud: una experiencia frente a la aplicación del sistema general de seguridad social en salud. En: Revista de la Facultad de Trabajo Social. Enero - Diciembre, 2004. vol. 20, no. 20, p. 71-85.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL. Documento Conpes social 100: Lineamientos para la focalización del gasto publico social. Bogotá D.C: junio, 29, 2006. 26 p. [Online] Disponible en Internet en http://www.proseanfao.org/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=11&Itemid=93

GALEANO MARIN, María Eumelia. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2004. 76 p.

JODELET, Dense. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: MOSCOVICI, Serge. Psicología social. Barcelona: Paidós, 1988, p. 469-494.

LALINDE ANGEL, María Isabel, *et al.* Políticas de salud desde la perspectiva de los pobladores del municipio de Carmen de Viboral. Trabajo de grado Magíster en Salud de Colectiva. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2002. 170 p.

MUÑOZ FRANCO, Nora Eugenia. Representaciones sociales del cuidado de sí en salud en adultos jóvenes universitarios. Trabajo de grado Magíster en Salud Colectiva. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2006. 179 p.

MUÑOZ LOPERA, Jhon Mario. Desarrollo y política social en tiempos de incertidumbre: papel del Trabajo Social. En: Revista de Trabajo Social. Julio - Diciembre, 2005. no. 2, p. 45-64.

NETTO, José Paulo, *et al.* Nuevos escenarios y práctica profesional: una mirada crítica desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2002. p. 159-193.

PEÑALOZA, Enrique y HENAO, Elsa Victoria. Régimen subsidiado en Colombia, ajuste y revisión. Bogotá: Fundación Corona, 2002. 57p.

POSADA ROMERO, Luisa Fernanda y ZULUAGA ISAZA, Lina Marcela. Representaciones sociales sobre la política de focalización en salud, una aproximación a los usuarios del Consultorio de Seguridad Social Integral de la

Universidad de Antioquia. Trabajo de grado. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Trabajo Social, 2009. 151p.

SEN, Amartya Kumar; ROBASCO Ester y TOHARIA, Luis. Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta, 2000. 440p.

VEGA ROMERO, Román, *et al.* Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud, sobre la población vinculada y sin capacidad de pago de las localidades de Kenedy, Bosa, Fontibón, y Puente Aranda, Bogotá. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Junio, 2002. vol. 2, no. 4, p. 72-98

----- . Década de los noventa: discurso de la focalización de subsidios en salud. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Septiembre, 2002. vol. 1, no. 2, p. 82-112

----- . La focalización de subsidios para aseguramiento en salud: Percepción de usuarios, funcionarios y autoridades locales y distritales. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Diciembre, 2002. vol. 1, no. 3, p. 96-115.