

Dilemas éticos contemporáneos en salud

EL CASO COLOMBIANO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA JUSTICIA SOCIAL*

Román Vega Romero

Resumen

El autor hace una reflexión sobre las relaciones entre justicia social, ética y libertad en el contexto del Sistema de seguridad social en salud de Colombia. Algunas evidencias sobre cobertura del aseguramiento, el acceso y uso de los servicios parecen indicar la persistencia de viejas y la aparición de nuevas inequidades, particularmente en la situación de los pobres. Además, las relaciones de mercado y los valores comerciales que orientan la racionalidad política del sistema penetra el conjunto de éste y sus organizaciones y la relación entre médicos y pacientes perjudicando la salud de los pacientes y su libertad. Se sugiere que a pesar de tal situación todavía hay espacio para la resistencia y para introducir transformaciones en el sistema de salud.

Palabras clave: Justicia social y servicios de salud, ética y servicios de salud, libertad y servicios de salud.

Abstract

In the article the author engages in a critical reflection about the relationships between social justice, ethics and freedom in the context of the Colombian Social Insurance System of Health, CSISH. It is said that some evidences on insurance coverage, access and use of health services by the poor, indicate the persistence of broad inequalities and the emergence of new ones. Furthermore, markets relationships and commercial values driving the political rationality of the CSISH pervade doctor and patient relationships, the whole system and its organizations in detriment of people health and freedom. It is suggested that in spite of this situation still there is room for resistance and for transforming the health system.

Key words: Social justice and health services, ethics and health services, freedom and health services.

* Versión transcrita de la conferencia presentada en la Cátedra Manuel Ancizar "Dilemas y perspectivas de la salud pública en Colombia", Auditorio

León de Greiff, abril de 2001, Universidad Nacional de Colombia. El texto será publicado en las memorias de la Cátedra.

Introducción

En un artículo anterior (Vega Romero, 2001a) se ha mostrado que la actual reforma del sistema de salud tuvo como uno de sus objetivos establecer las condiciones para la intervención de las fuerzas del mercado en el sector. Que la acción de estas fuerzas, junto con las de un Estado minimizado, busca el control de la conducta y comportamiento de los individuos para estimular el auto-cuidado de la salud de acuerdo con ciertos patrones preestablecidos, y el control de la demanda y oferta de los servicios médicos y de sus costos para disminuir el gasto público y garantizar las ganancias de los agentes del sistema. He sostenido también que estas fuerzas han legitimado un sistema que, a largo plazo, parece generar nuevas desigualdades, y coartar el desarrollo de la libertad de las comunidades y de los individuos.

Con este artículo se brindan al lector algunos elementos de juicio que le ayuden a reflexionar sobre las implicaciones que en el plano de la ética y la justicia social, tiene la actual reforma del sistema de salud de Colombia. El artículo busca mostrar tales implicaciones en tres esferas del sistema de salud: en cuanto a la exclusión de una parte de la población pobre del acceso al sistema de salud; a las dificultades que se presentan para el acceso de los enfermos a algunos servicios de salud, en particular en situaciones cuando está en riesgo la vida; y a la deshumanización de la relación médico paciente. La hipótesis que maneja el artículo consiste en que tales problemas no son ajenos a la racionalidad política que orienta el actual sistema de seguridad social en salud, que estimula la incorporación de los valores del mercado en el conjunto del sistema, sus instituciones, y el recurso humano. Esos valores, al colocar la rentabilidad económica y el control de costos por enci-

ma de valores humanitarios como la compasión hacia los que sufren, la salvaguarda de la vida, y la garantía del acceso universal a los servicios de salud como ha sido planeado por la Constitución de 1991, generan nuevos retos para los tomadores de decisiones políticas. En la reflexión teórica que el artículo ofrece se busca mostrar que si bien la fuerza de los valores del mercado busca arrastrar al barco en su totalidad, sin embargo hay espacios como los valores hipocráticos de la medicina, y la libertad y autonomía de los sujetos, en este caso la de los médicos y demás personal de salud, que pueden ayudar a resistir y aún cambiar lo que parece una imposición inevitable.

En este artículo la justicia social es entendida desde una perspectiva que relaciona los patrones de distribución con las necesidades, pero también comprende que esos aspectos de alguna manera están conectados con la noción de libertad; con contextos institucionales como la concepción de derecho a la salud, el carácter de los procesos de toma de decisiones políticas, clínicas y administrativas, la división social del trabajo, la cultura, las disputas o juegos de poder, conocimiento y lenguaje en que entran los sujetos y grupos sociales (Lyotard 1983; Young 1990; Foucault 1997). Desde Foucault, por ejemplo, la justicia social puede ser analizada tomando en cuenta las interacciones e interdependencias entre tres dominios principales de la acción humana: el conocimiento (la ciencia), el poder (el gobierno, discurso y práctica política), y la ética (entendida como moral).

Desde esta misma perspectiva la ética puede entenderse en dos sentidos: primero, como una relación de libertad y autocontrol frente a nuestros propios deseos y placeres y, segundo, como resistencia ante relaciones de poder y de saber que pueden tomar la forma de patrones éticos, o de modelos



económicos y sociales, científicos o culturales, los que constriñen la posibilidad de la satisfacción de las necesidades y de la libertad y autonomía de los sujetos sociales.

Respecto de la justicia social y de la ética, los problemas del nuevo Sistema de seguridad social en salud se plantean al menos en tres niveles: en las relaciones entre los procesos del conjunto del sistema y la población; entre el personal de salud y el paciente; y entre los servicios de atención médica y el paciente. Para estimular la reflexión acerca de estos problemas emergentes se hará referencia a tres aspectos que vulneran la dimensión de justicia y de la ética y que en la experiencia hasta ahora transcurrida del actual sistema de salud generan amplia preocupación en la opinión pública: la cobertura del aseguramiento, la focalización de subsidios a la demanda y el uso de los servicios de urgencias. Es de notar que en el actual modelo del sistema de salud el uso de los servicios según necesidad depende del aseguramiento y éste a su vez del ingreso de las personas y de la voluntad política de los gobiernos en cuanto a invertir en la salud de los pobres. Lo que en últimas hace que gran parte de las necesidades de salud, por lo menos aquellas que se refieren a la atención médica, sólo puedan ser satisfechas en función de la capacidad de cotización de las personas y del gasto público destinado a subsidiar a los pobres, es decir, de la capacidad de demanda de los individuos y de las

familias. Esas condiciones impuestas al acceso al aseguramiento generan una serie de males que se explorarán a continuación.

1. La cobertura

A pesar de que el gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto ha aumentado de manera sustancial (ahora es más o menos alrededor de 9% del PIB cuando al inicio de la década del noventa era del 7%, (Barón Leguizamón, 2001), sin embargo, las coberturas del aseguramiento no sólo están por debajo del 60% para la población general, sino que protegen menos a los sectores pobres, de los cuales aproximadamente 60% no está afiliado, como se desprende de la encuesta hecha por Fedesarrollo (2002) en las cuatro principales ciudades del país en octubre de 2001, que es donde mejor aumento de la cobertura ha mostrado el actual sistema.

Esa misma situación de inequidad en la cobertura de los pobres respecto de la población total afiliada al Sistema general de seguridad social en salud, medida por quintiles de ingreso, puede observarse, con una tendencia a agravarse, con los datos de Moreno Guerrero (2001), en el Cuadro 1, donde los sectores pobres tienen sustancialmente una menor cobertura que los de la población de mayores ingresos medida tanto por la Encuesta de calidad de vida de

Cuadro 1. Cobertura de la seguridad social según quintiles de ingreso, regímenes contributivo y subsidiado 1997-2000

Cobertura	Quintiles de ingreso				
	1	2	3	4	5
ECV-97	43.2	46.0	54.0	64.0	78.8
ENH-2000	35.0	43.9	48.9	59.4	74.8

Fuente: *Revista Salud Colombia*, n. 58, 2001, con base en resultados de Moreno Guerrero, 2001.



Cuadro 2. Evolución de la cobertura en el régimen subsidiado según pobreza

Año	Beneficiarios	Población NBI	Cobertura NBI	Población LP	Cobertura
1996	5981774	14936469	40,0	20373774	29,4
1997	7026690	14938470	47,0	19773975	35,5
1998	8527061	15357180	55,5	20363779	41,9
1999	9325832	15626327	59,7	22647877	41,2
2000	9510566*	15900191	59,8	25500000**	37,3

Fuente: Elaborados propios con base en cálculos de Fedesarrollo, 2000; Informe de Coyuntura Económica, DNP, julio de 2000b. *Ministerio de Salud. Informe del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Cámara y Senado años 1999-2000 y 2000-2001. **Cepal, Panorama social de América Latina 2000-2001.

1997, como por la Encuesta nacional de hogares de 2000.

Si se observa la cobertura del régimen subsidiado (Cuadro 2), que ofrece un paquete de beneficios mucho menor del que brinda el régimen contributivo, la cobertura de los pobres medida en términos de línea de pobreza, LP¹ está muy por debajo de la cobertura del conjunto de la población pobre medida por necesidades básicas insatisfechas, NBI², a tal grado que pudiera decirse, de acuerdo con los últimos datos, que sólo entre 42% y 37% de los pobres por línea de pobreza estaban cubiertos por el régimen subsidiado entre 1998 y 2000.

Esta última observación indica que la cobertura de los pobres varía según la definición de la pobreza y del indicador usado para medirla. En este caso la cobertura se hace aparecer mayor si se usa NBI en vez de LP. Por eso, la definición de pobreza y el indicador usado para su medición es un elemento crucial en el debate sobre la cobertura de los pobres y los análisis de desigualdad en el acceso y uso de los servicios de salud. Es este debate el que ha planteado Sen al señalar el carácter relativo y contingente de la definición de la pobreza y de sus mediciones, y el uso que los gobiernos hacen, para su conveniencia, de los mismos. En efecto, si realmente se concibiera la pobreza como *“la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos”* (Sen, 2000a, p. 114) como en el caso de la LP, ni se restringiera a la definición de un puñado de variables usadas en forma indiscriminada para el conjunto de la población como en el caso de NBI, probablemente los pobres serían mucho más de lo que muestra su medición por ingresos o por necesidades básicas insatisfechas, la cobertura sería menor y mayores las desigualdades de lo que exhiben las estadísticas oficiales. Lo mismo sucedería con la desigualdad de cobertura del aseguramiento si no se restringiera a medirla por quintiles de ingreso, como en el caso anterior, ya que como también señala Sen (2000a) *“una persona que sea más rica que*

- 1 Línea de pobreza, LP y necesidades básicas insatisfechas, NBI, son los indicadores más comúnmente usados en la medición y análisis de la pobreza en Colombia. Se entiende por línea de pobreza “el ingreso mínimo necesario para que una persona o un hogar satisfagan sus necesidades básicas, y clasifica como pobres a todos aquellos que no alcancen este ingreso” (Muñoz Conde, 1999).
- 2 El NBI es un indicador de estándar de vida que combina características de la vivienda y acceso a servicios públicos, capital humano presente y potencial, hacinamiento y proporción de niños menores de seis años. El indicador “capta o pretende captar hogares que carecen de servicios básicos; hogares cuyos lugares de alojamiento no cumplen con especificaciones mínimas de habitabilidad u hogares que, por ciertas características, tienen residentes con importantes desventajas en el mercado laboral” (Muñoz Conde, 1999).



casi todas las demás pero padezca de una enfermedad cuyo tratamiento sea muy caro, evidentemente es pobre en un importante sentido, aun cuando no se considere como tal en las estadísticas habituales de la distribución de la renta” (p. 122). La concepción y el enfoque metodológico de medición de la pobreza y de la desigualdad se han convertido en un punto importante de discusión acerca del alcance de la cobertura del aseguramiento del sistema de seguridad social en salud y del acceso y uso de los servicios que ella determina.

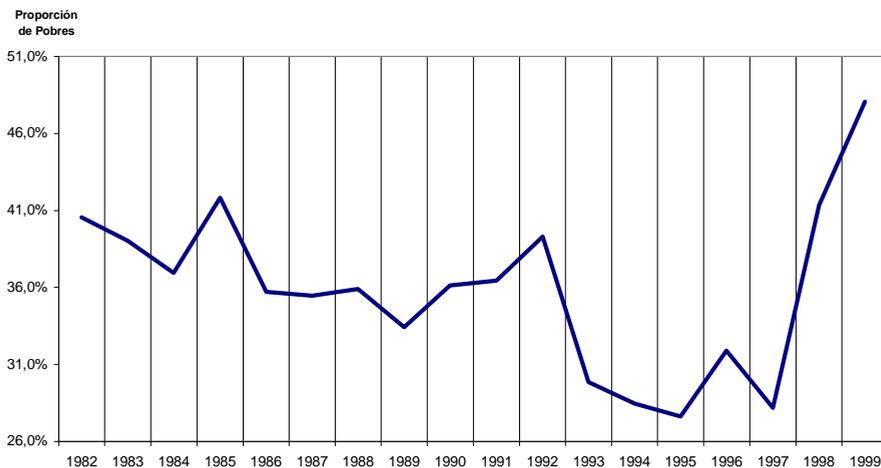
La racionalidad política del modelo define que el derecho al aseguramiento en salud se garantiza a partir del ingreso de las personas, y aquellos que no tienen ingresos suficientes pueden recibir un subsidio del Estado. Pero hay dos grandes restricciones adicionales a la concepción de pobreza y su medición para que se cumpla con ese objetivo: por un lado, la dependencia del aumento de la cobertura del crecimiento económico, del acceso a los factores de producción y del comportamiento del empleo. Por otro, las políticas internacional de re-

ducción del gasto fiscal e impositiva nacional, que evita gravar más ampliamente y con impuestos progresivos a los sectores de más altos ingresos y más ricos del país.

El comportamiento de algunos indicadores sociales en la última década indica que en el curso del actual modelo económico y social se ha disparado la pobreza (Gráfico 1) y se ha generado mucho más desempleo y subempleo del que se tenía previsto (Gráfico 2), con lo que naturalmente se desincentiva la afiliación al régimen contributivo del sistema y se hace necesario, como consecuencia, un mayor volumen de subsidios para asegurar a la población pobre.

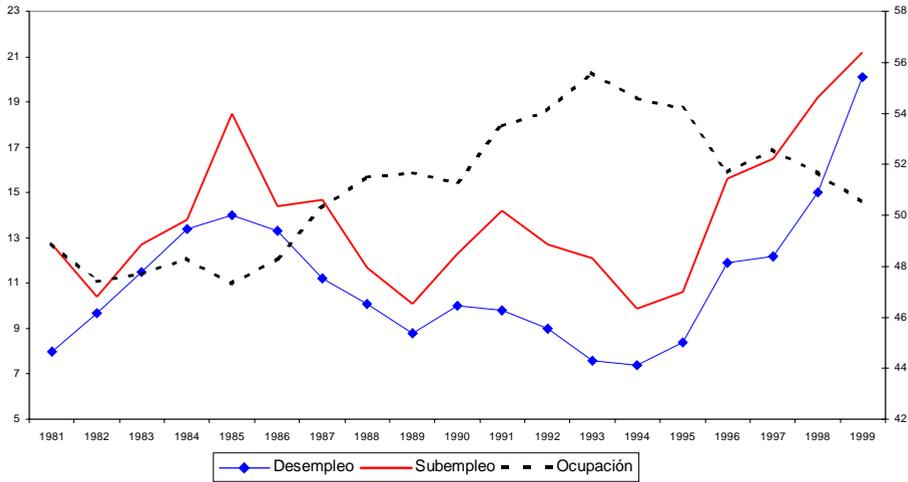
De otra parte, los acuerdos recientes suscritos entre Colombia y el Fondo Monetario Internacional (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1999) se han hecho sobre la base de un conjunto de mecanismos de ajuste que han obligado a la elite gobernante a disminuir el gasto público y la inversión social del Estado, ejemplo de lo cual son la ley 012 de transferencias fiscales territoriales y el proceso de reformas a la ley 60, con

Gráfico 1. Comportamiento de la pobreza 1982-1999



Fuente: Vivas (2000). "Política social de Estado en Colombia" (mimeo). Bogotá, Universidad Javeriana.



Gráfico 2. Tasa de desempleo, subempleo y ocupación

Fuente: Vivas (2000). "Política social de Estado en Colombia" (mimeo). Bogotá, Universidad Javeriana.

lo cual se disminuyen las posibilidades de ampliar la afiliación de los pobres en un escenario donde crece cada vez más la pobreza, el desempleo y el subempleo.

2. La focalización de subsidios y el Sisben

Hallazgos empíricos sobre el acceso a los servicios de salud y la distribución de subsidios para 1992, que mostraban inequidades en detrimento de los pobres, empujaron a la suposición de que la focalización del gasto social era la vía para superar tales injusticias (Vélez, 1996). Ello influyó en la definición de una política y normatividad de ampliación de la cobertura fundada en la reducción del derecho a la salud a un derecho-prestación que garantizaría el acceso de los sectores de menores ingresos por la vía de la focalización de subsidios a la demanda en los más pobres (leyes 60 y 100 de 1993). Consustancial a tal enfoque *focalizador* fue el diseño del Sisben y del procedimiento de toma de decisiones para la selección de beneficiarios.

Por la vía de la adopción de políticas de focalización de subsidios en los más pobres para acceder al aseguramiento en salud (artículos 157, 211 y 213 de la ley 100 de 1993; además ver en esta edición de la *Revista Gerencia y Políticas de Salud* el artículo de Vega y Jara), la elite del país ha resuelto uno de los factores que está en la génesis de la pobreza, el problema de la redistribución de los ingresos y de la riqueza, excluyendo del derecho a la salud a amplios sectores de la población también pobres y quizás más necesitados de asistencia sanitaria.

En un estudio de caso realizado con el objetivo de evaluar los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del Sisben sobre la población sin capacidad de pago de cuatro localidades de Bogotá (Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández Bello y Cantor, 2001) se han encontrado evidencias las cuales indican que para efectos de la selección de beneficiarios de subsidios para aseguramiento en salud, la pobreza no puede ser reducida a una noción estrecha y utilitarista del bienestar y de los ingresos,



haciendo abstracción del espacio específico de la salud y de otros factores económicos, sociales y políticos.

En efecto, la focalización de subsidios en los más pobres para aseguramiento en salud se ha hecho con base en enfoques metodológicos excluyentes que como el Sisben propician focalizar subsidios en los más pobres para ahorrar gastos con el argumento de la escasez de recursos, y una postura ética que justifica otorgar el mayor beneficio social posible por lo menos a los más pobres (Sarmiento, González y Rodríguez, 1999). De acuerdo con estos métodos los pobres beneficiarios son seleccionados a expensas de la exclusión de los otros pobres, para lo cual se da gran peso a variables como el nivel educativo y las características de la vivienda como aproximación del nivel de bienestar o de pobreza, en detrimento de otras que se excluyen o que pudieran ser más relevantes para distinguir entre pobres y no pobres.

En el caso de las cuatro localidades de Bogotá se ha encontrado que dada la heterogeneidad de la condición humana, las características de las necesidades de salud, del acceso y uso de los servicios de salud, y las circunstancias de un país como Colombia, amplios sectores de población desempleada y subempleada con medios y altos niveles educativos y con viviendas aceptables, son pobres para efectos de la demanda de atención médica y aseguramiento (Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández Bello y Cantor, 2001; Restrepo Mesa, 2001 para hallazgos similares en la ciudad de Medellín).

Otros estudios (Cendex, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999) también sugieren la existencia de una no correspondencia entre la racionalidad de mercado, *homogenizante* y utilitaria de la política de focalización del gasto social y de su instrumento de aplicación, el Sisben, frente a la diversidad

de necesidades y valores de la población. La racionalidad de la política de focalización y del Sisben está soportada en la idea de la constitución de un sujeto racional que optimiza sus acciones en función del índice de utilidad resultante de las relaciones entre los índices de utilidad del consumo, del ingreso y de la dotación de capital humano (Vélez, Castaño y Deutsch, 1999). Este modelo del actor racional del mercado no es necesariamente compartido por otros actores cuya racionalidad puede estar legítimamente fundada en otros valores.

Los hallazgos también sugieren que no es posible definir solamente desde los escritorios de los expertos y desde las oficinas del gobierno ningún procedimiento metodológico que permita captar las distintas expresiones de la pobreza para efectos de asignar subsidios para aseguramiento en salud, y que si se quiere seguir manteniendo el actual modelo de sistema de seguridad social en salud y avanzar con mayor claridad hacia la universalización de la cobertura del aseguramiento, es pertinente abrir un espacio de amplia participación de la población en los procesos de discusión y toma de decisiones respecto de los mecanismos de selección de beneficiarios de subsidios para aseguramiento en salud (Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández Bello y Cantor, 2001).

En el caso de la atención médica, las barreras financieras para el aseguramiento están obligando a la población excluida y sin capacidad de pago no sólo a la sustitución de la medicina institucional por la automedicación, los remedios caseros y la medicina tradicional, sino a la promoción de un mayor gasto privado de bolsillo y al empeoramiento de sus condiciones de salud (Cendex, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999; Eslava, Hernández, Ruiz y otros, 1999; CID-UN, 2001). Los complejos cambios e inestabilidad en el empleo y los ingresos introducidos por la



situación de recesión económica, por las políticas de ajuste económico y flexibilización laboral, la violencia y la migración, se agravan por las dificultades adicionales que la selección excluyente que métodos tipo Sisben introducen (Lamas 1997; Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández Bello y Cantor, 2001).

Pero la focalización y el Sisben no sólo se han convertido en una barrera más para el acceso a los servicios de salud institucionales por parte de la población pobre que no clasifica como beneficiaria del régimen subsidiado, sino que inducen comportamientos inmorales, ilegales y *clientelistas* para acceder al subsidio, e imponen prácticas de gobierno que colindan con la violación del derecho a la vida, a estar enfermo y ser atendido, y con la libre escogencia de estilos de vida (Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández y Cantor, 2001).

Puede sostenerse que a diez años de la emergencia de tal conjunto político normativo, técnico y gerencial de la política actual de focalización de subsidios para aseguramiento en salud el problema central identificado, desde una perspectiva de justicia social, ha sido la oposición entre universalidad y focalización y, como consecuencia, la oposición entre inclusión y exclusión³ además de los distintos problemas éticos señalados en relación con la conducta de las personas frente a sí mismos, los otros y el sistema de salud.

3. La tragedia de los pacientes que requieren atención urgente

Algunos estudios han mostrado que por lo general los sectores de menores ingresos, y

las poblaciones rurales, es decir, aquella hacia quien debería dirigirse una política redistributiva progresiva, son los que salen más perjudicados, o no han mejorado de manera sustancial las inequidades heredadas del pasado en materia de acceso y uso de los servicios de salud, con el actual sistema de salud (OPS/OMS, 2001; Céspedes *et. al.*, 200; Málaga 2001; Martínez, Rodríguez y Agudelo, 2001).

Para contribuir a la reflexión sobre otros factores que inciden en el uso de los servicios de salud, distintos a las barreras financieras para el acceso al aseguramiento, y que emergen como consecuencia de la racionalidad de mercado de este sistema, se propone la tesis de que con la emergencia del nuevo sistema de seguridad social en salud se ha constituido un nuevo practicante de la medicina, obligado a preocuparse más por los imperativos económicos de la ganancia, el control de costos y la eficiencia, que por la salud del paciente y la equidad. Lo mismo podría decirse de las *nuevas organizaciones* del sector, que han sido reconstituidas para funcionar más como empresas eficientes y rentables económicamente que para dar respuesta a las necesidades de salud de la gente.

Para ilustrar esta discusión se tomarán como ejemplo algunas experiencias recogidas de las denuncias públicas de lo que en el lenguaje popular y de los medios se ha dado en llamar *los paseos de la muerte*. Algunos de estos casos ayudan a esclarecer el peso que ejercen las presiones financieras, el ánimo de lucro y el *eficientismo* en la conducta de los médicos y de las instituciones de salud, y ponen sobre el tapete problemas recientes como el de la confianza, el trato igual y no discriminatorio de los pacientes.

Entre los casos existentes se hace referencia a tres, en particular:

3 Para una ilustración teórica y metodológica general del tema de la inclusión y de la exclusión véase Castel (1997), Sen (2000b) y Midgley (2000).



- i) El de un menor de 16 años que sufrió un accidente de tránsito con politraumatismo y compromiso cráneo encefálico severo que ameritaba la realización de una cirugía de urgencias en una institución con unidad de cuidados intensivos y que murió por la no prestación oportuna de los cuidados requeridos. A pesar de que el paciente tenía derecho no sólo a la atención inicial de urgencias sino a toda la necesaria para salvar su vida, ésta le es negada en forma reiterada por los médicos e instituciones que tenían el poder de hacerlo por anteposición del interés económico particular al deber moral de salvar la vida de una persona.
- ii) Aquel paciente de 14 años que murió en *shock* hipovolémico debido a la hemorragia causada por una fractura ósea con compromiso vascular en miembros inferiores fruto de un accidente de tránsito y a quien se le negó la oportuna e integral atención médica requerida por no presentar al momento del ingreso a las instituciones de salud donde fue llevado por sus angustiados familiares, el certificado Soat, como tampoco su familia disponer de los recursos monetarios líquidos para hacer el depósito exigido previo el inicio de la atención.
- iii) Otro caso es el de una mujer de 37 años, muy pobre, en estado de desnutrición severa, quien consulta por un episodio diarreico agudo en una institución de primer nivel de atención. Por coexistir factores de riesgo sugestivos de VIH (+), y por no tener recursos ni apoyo familiar capaz de procurárselos, la paciente es remitida a la institución pública de segundo nivel de la localidad para disponer sobre hospitalización, valoración por especialistas y manejo de tercer nivel, si fuese el caso.

La paciente es contra remitida al primer nivel de atención en forma sucesiva en los dos

días subsiguientes por el médico de turno del servicio de urgencias de la institución pública de segundo nivel con el argumento de que su patología no ameritaba manejo de segundo o de tercer nivel.

Al ser rechazada, la paciente es trasladada por el conductor de la ambulancia que la transportaba a las instituciones privadas con las cuales la autoridad local de salud al parecer tenía contrato vigente de prestación de servicios, donde tampoco es recibida.

En el proceso, al fracasar los intentos de hospitalización en las instituciones de prestación de servicios de segundo o de tercer nivel tanto públicas como privadas, y ante la tentativa de ser reubicada de manera transitoria en la institución de primer nivel de atención que originalmente la remitió, la comunidad de la localidad se opone con el argumento de que la paciente es una amenaza para la salud de la población que demandaba servicios de asistencia en ese centro.

En este recorrido hacia la muerte, la paciente fue dejada abandonada por el conductor de la ambulancia a la entrada del servicio de urgencias del hospital público de segundo nivel, ante lo cual esta institución se ve obligada a recogerla, no sin antes someterla al escarnio de un baño callejero por parte de uno de los vigilantes de la misma.

Por las notas de enfermería se conoce que la paciente luego de ser recogida de la entrada del servicio de urgencias y bañada en la calle, no fue inmediatamente hospitalizada sino que permaneció en el patio de la institución por tiempo indeterminado hasta cuando fue pasada a la unidad de observación.

Una vez ingresada, la paciente es valorada por el médico de turno quien, reconociendo su estado caquético y anotando los factores de riesgo para VIH, sin embargo sólo



hace impresión diagnóstica de enfermedad diarreica aguda y VIH (+). Ordena tratamiento con líquidos endovenosos a chorro, un antimicótico oral, dieta normal y solicita hemograma, coprológico y VIH.

Al día siguiente de su hospitalización sin que se le hubiesen practicado las pruebas de laboratorio ni haber sido valorada por los especialistas y sin haber terminado su tratamiento, pero ante la constatación de la mejoría de la diarrea, se decide dar salida a la paciente con indicación de soporte nutricional.

Por las mismas notas de enfermería se sabe que su cuerpo era maloliente, pálido, daba la impresión de mal estado de salud nutricional, y que al momento de ser emitida la orden de salida, la paciente no tenía familiares ni amigos que se hiciesen cargo de ella.

Ante la imposibilidad de abandonar el hospital al no poderse valer por sí misma, la paciente permanece en el pasillo de la institución sobre una colchoneta tirada en el suelo, sin recibir tratamiento al no haberle sido ordenado alguno. Luego de la orden de salida, la paciente solo fue valorada por las enfermeras, las cuales, especialmente en los últimos días de su estancia, siguen anotando su mal estado nutricional y de salud. A los doce días de privación de la atención médica, los médicos reaparecen en el escenario cuando la paciente presenta un paro cardio respiratorio de infructuosa reanimación.

A pesar de las reiteradas omisiones en la atención médica y de la despreocupación humana por la persona de esta paciente, la institución pública pasa la cuenta de cobro por valor superior a un millón de pesos por los días de estancia y por la supuesta atención prestada a la paciente. Al ser increpado el gerente del hospital por las fallas científicas y éticas detectadas en la atención

de esta mujer, él se defiende con el argumento de que dadas las condiciones tecnológicas y circunstancias económicas de la institución se hizo todo lo que se pudo, puesto que incluso se le pudo brindar "cristiana sepultura".

Se sabe de la honda crisis económica de la red pública de servicios de salud, del cierre al que constantemente son sometidos los hospitales, de la bajísima cobertura del aseguramiento de los pobres, y de la falta de compromiso del alto gobierno para entregar recursos suficientes para sacar de la crisis a las instituciones de salud y garantizar la atención de la población pobre.

A pesar de los factores contextuales que explican las dificultades de la atención de los pobres y de la crisis económica que explica en parte el bajo desempeño de los hospitales y la desmotivación del recurso humano, se deben tener en cuenta las presiones comerciales y financieras con que las políticas generales de salud vigentes y las gerencias de estas instituciones condicionan a los practicantes de la medicina. Las siguientes preguntas emergen frente a estos casos: ¿Es éticamente justificada la conducta de los médicos de urgencias de no recibir a los pacientes por no tener recursos para pagar y preferir, en su defecto, contra-remitirlos?

- ¿Es éticamente justificado el alegato de los gerentes de los hospitales en el sentido de que las presiones financieras de las instituciones, las políticas de control de costos, o los intereses de asociaciones particulares de médicos, les impiden legítimamente cumplir con su obligación de abrir las puertas de las instituciones a quienes las necesitan?
- ¿Es éticamente justificable la conducta de la comunidad de rechazar a un paciente por presentar sida?



- ¿Es éticamente justificable la conducta de quienes dirigen las redes de ambulancias o la de sus conductores al retrasar el transporte de los pacientes o dejarlos abandonados a las puertas de los servicios de urgencias de los hospitales?
- ¿Existe alguna relación entre la conducta de los médicos, la de las direcciones de los hospitales y servicios de salud, y la de los conductores de las ambulancias, -cuál es esa relación?

4. Una respuesta desde la reflexión teórica

Estos casos no son fenómenos fruto de la mala fe e inmoralidad de sujetos aislados que actúan por sí solos, sino resultado de la influencia de los valores y códigos de comportamiento dominantes en el conjunto del actual modelo de desarrollo económico, político y social, de los incentivos y constreñimientos que el sistema de salud impone sobre el comportamiento de los médicos y las organizaciones de salud, y de una filosofía gerencial del sistema y de las organizaciones que lo componen, que antepone valores comerciales, utilitaristas y de rentabilidad económica sobre valores éticos que tienen que ver con el bienestar de la población y de los pacientes y con la probidad moral y científica de los practicantes de la medicina (Vega Romero, 2001a; Bowles, 1998).

Al comparar la experiencia del *modelo de desarrollo económico* con amplios y universales sistemas de seguridad social de los países capitalistas europeos asentados a la orilla del Rin con el modelo de capitalismo de mercado instaurado por Ronald Reagan en Estados Unidos, Albert (1992) ha hecho dos planteamientos sobre los efectos de los valores del mercado en la conducta de los médicos, las organizaciones de salud y los sistemas sanitarios, que ilustran en estos casos:

i) “... *En materia sanitaria, el sistema de mercado, fundado en el interés pecuniario personal del médico (y se podría añadir, en el interés pecuniario del capital financiero impuesto al sistema de salud como un todo), no es siempre el más eficaz sino todo lo contrario... La salud no es ciertamente un terreno que pueda, sin discernimiento, librarse a las leyes del mercado*” (p. 139). ii) “... *a partir del momento en que, siguiendo la misma lógica capitalista, su médico lo trata como a una fuente de ganancias, ¿en quién puede confiar? ¿Y qué valor tiene una sociedad que destruye la confianza?*” (p. 101).

Por ello es necesario reflexionar en la relación entre *libertad y justicia social*, en particular en la relación entre libertad del mercado, defendida en la racionalidad política actualmente dominante en el Sistema de seguridad social en salud de Colombia, y el principio de distribución según necesidad como un componente de la libertad, noción más extensa y rica que la de distribución según la libertad del mercado, al poder hacer confluir igualdad y autonomía, es decir, igualdad y pluralidad (Sen 2000a; Gillon 2001; Vega Romero, 2001a, 2001b; Vega Romero y Hernández Bello, 2001). Desde esta perspectiva es importante la concepción que subraya la justicia distributiva como un componente de la libertad porque valora tanto los aspectos positivos (la respuesta a la necesidad) como los negativos de la libertad, y no es solo el resultado de la libertad de escogencia y competencia del mercado y de sus asignaciones y distribuciones naturales, sino un compromiso social. En efecto, Sen (1996) sostiene que:

el contenido de la libertad individual incluye, de un lado, aquellos medios e instrumentos positivos que nos hacen posible actuar como individuos viables y responsables, incluyendo cuidados básicos de salud, educación básica, estar libre del hambre y de la pobreza extrema, etc.



Como también:

nuestras libertades y derechos básicos, la libertad y oportunidad de participar en los procesos políticos y sociales que afectan a nuestras vidas (p. 35).

De otra parte, un mes antes de su muerte, Donabedian (2001), ilustre médico, salubrista, poeta y académico, pionero en el estudio de la calidad de los sistemas de salud, sostuvo, al observar la conducta de los médicos que lo atendían como enfermo terminal de cáncer en un hospital de Estados Unidos, que a pesar de las presiones e incentivos financieros impuestos sobre la conducta de los médicos para la reducción a ultranza de costos, éstos aún tenían la posibilidad, si se lo propusieran, de resistir y de preservar su libertad y la de los pacientes, sobre la base de la conciencia de su misión médica y humanitaria, conciencia que por lo menos debería hacerlos capaces de reflexionar de manera autónoma e “*identificar las fallas y ponerlas a la vista de quienes pueden resolverlas*” (p. 2).

Además de señalar el fracaso de la práctica médica para incorporar mecanismos de atención que promuevan el respeto por la autonomía del paciente y su participación en las decisiones clínicas, Donabedian sostuvo que “*la comercialización de la medicina es un gran error*”, no sólo porque “*la salud es una misión sagrada*”, sino porque la comercialización de la medicina pervierte la práctica médica (p. 2).

Donabedian nos enseñó también que el diseño de los sistemas de salud y de sus organizaciones sólo deben ser mecanismos potenciadores de la acción de los médicos y de las enfermeras, es decir, que esta dimensión no explica por sí sola todo lo que éstos hacen o pudieran hacer por los pacientes; que aún a pesar de los valores comerciales que pueden regir la racionalidad política que

determina el diseño de un sistema de salud y de sus organizaciones, todavía queda un espacio para la libertad que puede no ser invadido por aquellos imperativos instrumentales de la racionalidad del capitalismo de mercado: ese es el espacio de la dimensión ética de los individuos. Para Donabedian, en el caso de la misión de la profesión médica, esa dimensión ética debe estar regida por los valores del amor y de la equidad.

Los anteriores argumentos presentan orientaciones en dos direcciones: primero, los alcances de la justicia sanitaria están en estrecha relación con la lógica del diseño de un modelo económico, social y de salud, y con la praxis que ésta determina entre sus actores. Segundo, la ética de la relación entre médicos, organizaciones de salud y pacientes deriva, por un lado, de los valores dominantes en el sistema y, por otro, de los valores propios de los actores del sistema no sometidos a los primeros.

Con el fin de clarificar este planteamiento resulta apropiado acudir al enfoque el cual postula que en el campo de la justicia social y de la ética, el sujeto es de una parte constituido por las relaciones dominantes de saber y de poder y, de otra, por la resistencia que éstos oponen a las anteriores y por su propia auto constitución como sujetos (Deleuze, 1988; Vega Romero 2002a).

He adoptado la tesis de Donzelot (1991) en el sentido de que en el plano de la justicia social históricamente los sujetos sociales han venido siendo constituidos a través de un doble mecanismo: uno jurídico, que constituye sujetos de derechos para efectos de solidaridad, y otro científico y tecnológico, que constituye sujetos de deberes para efectos de la optimización de la economía y de la regulación del comportamiento individual y colectivo. Por ejemplo, en los inicios del Estado de bienestar, una noción jurídica de



solidaridad social (igualdad de derechos) había sido articulada con una concepción científica del individuo y de la población en materia de necesidades de salud que giraba alrededor de las nociones bio médicas de lo normal y de lo patológico, como bien lo ha descrito Canguilhem (1991), y de tecnologías de gobierno del cuerpo de los individuos y de los riesgos a los que está expuesta una población como el taylorismo y la seguridad social.

Con la emergencia del neoliberalismo (Castel, 1991), concepciones gerencialistas del gobierno de lo social fundamentadas en relaciones de mercado y el utilitarismo (costo-efectividad, control de costos, ganancia, maximización de la utilidad o del bienestar) han sido articuladas con nociones científicas que gobiernan los individuos y las colectividades con mecanismos epidemiológicos orientados al control de riesgos, con una concepción jurídica de solidaridad complementada con la noción de responsabilidad cívica, con métodos de distribución y asignación de recursos como la focalización, y con tecnologías de gobierno de lo social como el aseguramiento.

Así, las relaciones entre los sujetos, los expertos y las tecnologías de gobierno no pueden ser definidas y entendidas sin tomar en cuenta las mutaciones e interacciones históricas entre saber y poder en la constitución de racionalidades y prácticas hegemónicas usadas como medios para gobernar los individuos, la población, la salud y los servicios de salud.

De acuerdo con Foucault (1991a), toda racionalidad contiene un significado instrumental y relativo. A su vez, cada racionalidad se inscribe en una práctica, sistema o régimen de prácticas que es, a su vez, la expresión de un cierto régimen de racionalidad. Tanto el régimen de racionalidad como el de prácticas contiene dos ejes: de una parte, el eje *codificación-prescripción*, formado por un conjunto de reglas, procedimientos, re-

laciones de medios a fines y, de otra, el eje de *formulaciones de verdad-falsedad*, que determina el dominio de los objetos acerca de los cuales es posible articular proposiciones verdaderas y falsas.

Podría decirse que, para facilitar su análisis, Foucault (1991b) divide las racionalidades y prácticas en tres ejes: primero, el de los regímenes de verdad y sus efectos en materia de verdaderas y falsas formulaciones de un discurso; segundo, el del poder, cuyas racionalidades políticas definen las prácticas de los gobiernos, el ordenamiento, control y regulación que éstos hacen de los individuos y de las poblaciones, fundamentándose en procedimientos como la disciplina, la división y la inclusión o exclusión de los mismos; y tercero, el eje de la ética, que analiza la práctica de establecer códigos universales con efectos morales obligatorios sobre los individuos.

Esas racionalidades y prácticas no son el resultado de un proceso natural, evolutivo, siempre progresivo, de perfeccionamiento de la razón y de la acción humana. Ellos son eventos contingentes, transitorios e históricos que, en un proceso de ensayo y error, pretenden dar respuesta a ciertas demandas y circunstancias, sobre la base de relaciones de fuerza constituidas por la lucha entre diferentes actores sociopolíticos, y sobre la base de su posicionamiento estratégico en ciertos dominios del saber (la economía política, por ejemplo), de las tecnologías sociales (por ejemplo, la seguridad social), y de instituciones de poder (el Estado, las organizaciones), todo lo cual tiene como blanco el control del cuerpo de los individuos y la regulación de la población como especie. A partir de allí, estas racionalidades y prácticas, una vez constituidas, dan forma al orden social, a nuevas instituciones, constituyen la identidad de los sujetos, gobiernan y regulan sus comportamientos, conductas y acciones.



Foucault (1988a) ha descrito y analizado las implicaciones de este doble mecanismo para la constitución de los sujetos sociales: sujeción, cosificación y dominación, individualización y totalización, exclusión e integración, control y normalización de los individuos y de las poblaciones. En el caso de la salud ha descrito los efectos de una política que medicaliza, normaliza, totaliza e individualiza, incluye y excluye. Pero también se ha referido a los efectos iatrogénicos como límites de la eficacia del saber médico, a la comercialización de la medicina, de la enfermedad y de la salud, a sus costos, y a mecanismos reguladores que pueden constreñir aun más la libertad y autonomía de distintos sujetos sociales.

Sin embargo, la acción de las fuerzas que constituyen esa relación entre saber y poder sobre el sujeto, sin bien puede ser asimétrica, no es necesariamente unilateral, es decir, el sujeto no queda totalmente sometido a sus designios, sin ninguna opción de resistencia, de preservar o reinventar su libertad. Es esta opción lo que en esta perspectiva puede ser entendido como el campo de una nueva concepción de la ética: la estética de la existencia.

Foucault (1997e) no sólo rompió con los patrones éticos fundamentados en sistemas autoritarios y en estructuras disciplinarias científicas, morales o jurídicas, que reducen la justicia social a los intereses, desarrollos y mandatos de ciertos modelos de sociedad, de estructuras y poderes económicos y políticos que constriñen las posibilidades de acceso personal y la escogencia de sistemas de cuidados médicos (Foucault, 1997e), sino que desarrolló las bases de una concepción plural de la ética que es una estética de la existencia, que defiende y promueve relaciones de autonomía y libertad entre los sujetos sociales (Foucault, 1988b, 1988c, y 1997e).

Ese enfoque hace dos cosas: de una parte, promueve la resistencia contra las relacio-

nes coercitivas o controladoras de poder y saber sobre el sujeto y, de otra parte, estimula el desarrollo de nuevas relaciones éticas con uno mismo y con otros (Foucault, 1988a, 1988b, y 1997e).

El punto nodal de su ética es una concepción que estimula prácticas de libertad o relaciones de autonomía entre los sujetos, mediante el auto conocimiento y la auto regulación de los sentimientos, de los deseos y de los placeres propios (Foucault, 1997e). Así, al contrario de Kant (1949), quien fundamenta la moralidad en imperativos categóricos universales de la razón práctica pura, la ética de Foucault se funda en la estética de la existencia. O sea, en el arte del uso de distintas técnicas de auto constitución del sujeto: a través de la forma en que reconocemos nuestras obligaciones morales con otros y con nosotros mismos; mediante la transformación de nosotros mismos por medio de actividades de auto conocimiento y de auto formación; y mediante la auto definición de la clase de fin a que aspiramos o de la clase de sujeto que deseamos ser.

Ese arte es el que debe definir, según Foucault, el contenido moral de nuestras relaciones con nosotros mismos, con otros, y con el ambiente. La libertad es el centro de esa ética en relación con otros porque es el riesgo de dominación materializado en las relaciones de poder y sus conexiones con los juegos de verdad, lo que debe ser resistido (Foucault, 1997a).

A través de esta ética, Foucault busca ayudar a constituir nuevas prácticas de gobierno, de la toma de decisiones, fundamentadas en la participación, en la libre escogencia, y en un diálogo que conduzca hacia un “consenso ético” (Foucault, 1988c, p. 174) no orientado por la discusión de los supuestos de la comunicación ideal, como las condiciones ideales de los actos de habla del con-



senso Habermasiano (1992) ni por el recurso a ninguna teoría de la naturaleza humana, de la razón universal, o de la verdad absoluta, que lo hacen universal, sino por los compromisos y acuerdos que emergen de la lucha política y social, de la posición ética de responsabilidad hacia otros.

Conclusión

Así pues, teniendo en cuenta nuestra experiencia y la reflexión teórica intentada, puede concluirse que los principios que actualmente rigen la distribución de recursos, acceso y uso de los servicios y cuidados referentes a la salud de los individuos y de la población en el actual Sistema de seguridad social han sido más el resultado de la imposición y generalización de una racionalidad política que sujeta la justicia social a las leyes del mercado, que de un compromiso social orientado a garantizar la satisfacción de las necesidades y las libertades sustanciales de los individuos y la población.

Pero la justicia y la libertad no son el resultado mecánico de un contrato social trazado a través de un procedimiento puramente racional ni es la expresión lógica de la aplicación de un modelo teórico de sociedad basado en el mercado, sino la consecuencia de la victoria de fuerzas, o del acuerdo y del compromiso entre fuerzas, que se articulan de manera estratégica a posiciones dentro de los dominios del saber, de las tecnologías sociales y de gobierno, y que construyen una racionalidad política que valora en serio los principios de distribución según necesidad como un componente de la libertad.

Desde esta perspectiva el mejoramiento de los problemas éticos y de justicia identificados pasa por la generación de un nuevo discurso de la política social y de salud creado conjuntamente por distintas voces y racio-

nalidades a partir del diálogo. Discurso capaz de propiciar el cambio del modelo de desarrollo económico adoptado en el país en la última década, la transformación de los fundamentos y valores del sistema de salud, y la incorporación y desarrollo de una nueva ética de la práctica médica fundada en la igualdad y la libertad.

En un ensayo anterior (Vega Romero 2002b) se propone que el cambio en el sistema de salud debe apoyarse en tres elementos centrales: primero, la declaración del derecho a la salud como un derecho humano fundamental; segundo, la ampliación de la intervención del Estado en la producción y distribución de los medios de la salud; y tercero, la apertura de espacios para una más amplia, diversa y dinámica participación social en los procesos de toma de decisiones, control y vigilancia del sistema, y de la práctica médica.

La nueva ética de la práctica médica y del sistema debe estar afianzada en una concepción de justicia que promueva el respeto y desarrollo de la libertad del paciente, en la igualdad de acceso y uso de los servicios médicos según necesidad, y en una concepción progresiva del financiamiento y distribución de los recursos del sector (Vega Romero y Hernández Bello, 2001).

Referencias bibliográficas

- Albert, M., 1992 [1991]. *Capitalismo contra capitalismo*, Barcelona, Piados.
- Barón Leguizamón, G., 2001. *Proyecto cuentas nacionales en salud de Colombia*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social, Subdirección de Salud.
- Bowles, S., 1998. Endogenous Preferences: The cultural consequences of markets and other economic institutions, en: *Journal of Economic Literature*, v. 36, n. 1, p. 75-111.
- Canguilhem, G., 1991. *The Normal and the Pathological*, New York, Zone Books.



- Castel, R., 1991. From dangerousness to Risk, en: Burchell G., Gordon C., y Miller P., (Eds) 1991, *The Foucault Effect. Studies in governmentality*. London, Harvester Wheatsheaf.
- _____, 1997. *Las metamorfosis de la cuestión social, Una crónica del asalariado*. Buenos Aires, Piados.
- Cendex (Centro de Estudios para el Desarrollo), Fundación Corona, Fundación Ford, 1999. *Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado de salud en Colombia: Seis estudios de caso*, Bogotá.
- Céspedes, J.H.; Jaramillo, I.; Martínez Olaya, S.; y otros, 2000. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud., en: *Revista de Salud Pública*. 2 (2): 145-164, Bogotá.
- CID-UN, 2001. "Sisben: identificación y afiliación al RS", Bogotá, Ministerio de Salud-Programa de apoyo a la reforma (borrador).
- Daniels, N., 1985. *Just Health Care*, USA, Cambridge University Press.
- Deleuze, G., 1988. *Foucault*. London, Athlone.
- Donabedian, A., 2001. Avedis Donabedian: una experiencia directa con la calidad de la atención, en: *Informando & reformando*., Abril- junio, n 8.
- Donzelot, J., 1991. Pleasure in Work, en: Burchell G., Gordon C., y Miller P., (Ed.) 1991. *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. London: Harvester Weatsheaf.
- Foucault, M., 1973. *The Birth of the Clinic. An archaeology of medical perception*. London, Tavistock Publications.
- Eslava, J.; Hernández, A.; Ruiz, F.; y otros, 1999. *Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III de Sisben de 14 localidades del Distrito*, Bogotá, Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud, Documento técnico ASS/691B-99.
- Fedesarrollo, 2002. Indicadores de Encuesta social etapa V, en: *Coyuntura Social*.
- Foucault, M., and Chomsky, N., 1974. Human Nature: Justice vs Power, en: Fons Elders (ed) 1974, *Reflexive Water. The basic concerns of humankind*, London, Souvenir Press.
- _____, 1976. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina, *Educación Médica y Salud*, 10 (2).
- _____, 1988a. Social Security, en: Kritzman LD, «(Ed.) 1988, *Michel Foucault. Politics, philosophy, culture*, USA, Routledge.
- _____, 1988b. Critical Theory/Intellectual History, en: Kritzman LD, 1988, *Michel Foucault. Politics, philosophy, culture*, USA, Routledge.
- _____, 1988c. Social Security, en: Kritzman LD, 1988, *Michel Foucault. Politics, philosophy, culture*, USA, Routledge.
- _____, 1991a. Questions of Method, en: Burchell G., Gordon C., y Miller P., (Eds) 1991, *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, London, Harvester Weatsheaf.
- _____, 1991b. Governmentality, en: Burchell G., Gordon C., y Miller P., (Eds) 1991, *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, London, Harvester Weatsheaf.
- _____, 1997. Polemics, Politics and Problematisations, en: Rabinow P., 1997, *Michel Foucault. Ethics, subjectivity and truth*. (The essential works of Michel Foucault 1954-1984, v. 1), London, Allen Lane.
- _____, 1997a. The Ethics of the Concern of the Self as a Practice of Freedom, en: Rabinow P., 1997, *Michel Foucault. Ethics, subjectivity and truth*. (The essential works of Michel Foucault 1954-1984, v. 1), London, Allen Lane.
- _____, 1997e. On the Genealogy of Ethics: An overview of work in progress, en: Rabinow P., 1997, *Michel Foucault. Ethics, subjectivity and truth*. (The essential works of Michel Foucault 1954-1984, v 1), London, Allen Lane.
- Gillon, R., 2001. Value Judgments about Equity in Health. London: Imperial College.
- Habermas, J., 1992. *Moral Consciousness and Communicative Action*, Great Britain, Polity Press.
- Kant, I., 1949. *The Critique of Practical Reason*, Chicago, University of Chicago Press
- Lamas AE, 1997, Mitos y desafíos de la política social., en: Rojas M.C., y Delgado A., (Ed.) 1997. *Política social. Desafíos y utopía*., Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Ley 60 de 1993. "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones", Bogotá, agosto.
- Lyotard, J.F., (1983). "The Differend. Phrases in Dispute", University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Málaga, H., 2001. Equidad y reforma de salud en Colombia, en: ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud, p. 179-182, Bogotá, Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida (UN), Alames, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- Martínez, P.; Rodríguez L.A.; Agudelo, C. CA, 2001. Equidad en la política de reforma del Sistema de salud, en: ¿Equidad? El problema de la equidad



- financiera en salud, p. 183-204, Bogotá, Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida (UN), Alames, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- Midgley, G., 2000. *Systemic Intervention: philosophy, methodology and practice*. New York: Kluwer/Plenum.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1999. "Acuerdo extendido de Colombia con el Fondo Monetario Internacional", (mimeo), Bogotá.
- Moreno Guerrero, H., 2001. La afiliación a la salud y los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda, en: *Archivos de Economía*, n. 145, Dirección de Estudios Económicos, Departamento Nacional de Planeación, p. 25.
- Muñoz Conde, M., 1999. Los indicadores de pobreza utilizados en Colombia, en: Corredor, C., (Ed.) 1999, *Pobreza y desigualdad*, Bogotá, Universidad Nacional, Colciencias, Cinep, GTZ, marzo de 1999.
- OPS, OMS, 2001. *Hoja resumen sobre desigualdades en salud, Colombia*, <http://www.org/Spanish/HDP/HDD/colombia-res.pdf>.
- Rawls, J., 1972. *A Theory of Justice*, Great Britain, Oxford University Press.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, 1993. *Ley 100 de 1993*, Bogotá, Publigráficas.
- Restrepo Mesa, C.I., 2001. La focalización en acceso a los servicios de salud para la población más pobre. Un análisis participativo de los resultados del Sisben, en: Facultad Nacional de Salud Pública (ED), 2001, *Pensamiento en salud pública. El derecho a la salud*, p. 142-163, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Sarmiento, G.A.; González, J.I.; Rodríguez, L.A., 1999. Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de selección de beneficiarios, Sisben, en: *Coyuntura Social*, no. 21.
- Sen, A., 2000a. *Desarrollo como libertad*, Planeta, Bogotá.
- _____, 2000b, *Social exclusion: concept, application, and scrutiny*. Social Development Papers n. 1, Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank.
- _____, 1996. Compromiso social y democracia. Las demandas de equidad y el conservadurismo financiero, en: Barker P (comp.), 1996, *Vivir como iguales*, Barcelona, Paidós Studio.
- Vega Romero, R., 2001a. Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social, en: *Revista de Salud Pública*, v3, n 2, p.97-126, Bogotá.
- _____, 2001b. Justicia sanitaria como igualdad: ¿universalismo o pluralismo? en: Facultad Nacional de Salud Pública (ED), 2001, *Pensamiento en Salud Pública*, El derecho a la salud, p. 54-89, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Vega Romero, R.R; Jara Navarro, M.I., 2001. "Análisis del discurso de focalización de subsidios en salud y del Sisben en Colombia durante la década de los noventa (mimeo), Pontificia Universidad Javeriana (Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Programas de Posgrados en Administración en salud y Seguridad Social), , Secretaría Distrital de Salud, Red de Hospitales del Sur-occidente de Bogotá.
- Vega Romero, R.R., 2002a. "The Relevance of Ulrich's Critical Systems Heuristics for Social Planning and Evaluation", mimeo.; En proceso de edición para publicación en *Cuadernos de Administración* n. 23, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.
- _____, 2002b. El derecho a la salud y las reformas del sector. En proceso de edición para publicación en *Cartilla de seguridad social*, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Vega Romero, Hernández Bello, 2001. El Sistema colombiano de seguridad social en salud: Desigualdad y exclusión, en: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, p. 48-73, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.
- Vega Romero, R.; Barajas, L.C.; Conversa, L.; Hernández Bello, A.; Cantor, B., 2001. *Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios y del Sisben sobre la población vinculada, sin capacidad de pago, de las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda de Bogotá* (mimeo), Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Programas de Posgrados en Administración en salud y Seguridad Social, Secretaría Distrital de Salud, Red de Hospitales del Sur-occidente de Bogotá.
- Vélez, C.E., 1996. *Gasto social y desigualdad. Logros y extravío*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, Misión Social.
- Vélez, C.E.; Castaño, E.; Deutsch, R.; 1999. Una interpretación económica del Sistema de focalización de programas sociales: el caso Sisben en Colombia, en: *Coyuntura Social*, n. 21.
- Vivas, A., 2000. "Política social de Estado en Colombia" (mimeo), Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
- Young, I.M., 1990. *Justice and Politics of Difference*, Princeton New Jersey, Princeton University Press.

