

Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social¹

Román Vega Romero

Ph. D. Profesor Asociado de los Programas de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Javeriana, Bogotá – Colombia.

RESUMEN

Este trabajo propone un enfoque metodológico crítico, igualitario y pluralista para la evaluación del contenido en justicia social de las políticas de salud. Es el resultado de una reflexión que a partir de los retos de la reforma del sistema de salud colombiano en materia de justicia sanitaria se apoya en el post-estructuralismo y en el pensamiento de crítico de sistemas para ofrecer una perspectiva evaluativa crítica que estimula la deconstrucción de las actuales políticas neo-liberales en salud y promueve relaciones de igualdad y pluralidad en relación con los medios de salud. Desarrolla el juicio evaluativo a partir de un procedimiento con tres lineamientos metodológicos principales: primero, una concepción descentrada de la crítica en relación con los problemas y efectos de una política de salud; segundo, la promoción de la subjetividad (autonomía, diversidad, solidaridad) a través del autoconocimiento y de la autorregulación ética de los sujetos sociales; y tercero, la participación de los sujetos sociales en la toma de decisiones, la evaluación y en el mejoramiento o reordenamiento de la sociedad mediante procesos fundamentados en relaciones éticas y políticas. Estos lineamientos son interrelacionados en una forma iterativa y compleja. Incluyen la exploración, escogencia y combinación de los métodos y técnicas de investigación, o de las posiciones estratégicas de un discurso, estimulando la reflexión y participación de los sujetos afectados por las políticas de salud.

¹ Trabajo presentado en el 11th Congress of the International Association of Health Policy, y en el VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. 3 al 7 de Julio del 2000, La Habana – Cuba.

Palabras Claves: Políticas de salud, justicia sanitaria, evaluación, postes-structuralismo.

ABSTRACT

Health policy and social justice evaluation

I propose in this work a critical, egalitarian, and pluralist methodological perspective for health policy and social justice evaluation. It is the result of a reflection departing from the challenges posed to social justice by the actual Colombian Health System Reform. This methodological approach is grounded in a post-structuralist and critical systems thinking perspective of evaluation, looks for the deconstruction of neo-liberal health policies, and promotes, at the same time, plural and egalitarian relationships with the means of health. It develops the evaluative judgement through a procedure that includes three methodological guidelines: First, a descentered conception of critique before the problems and social effects of a health policy. Second, it understands subjectivity as autonomy, diversity and solidarity, and promotes it through the self-knowledge and ethical self-regulation of the social subjects. And third, it promotes people's participation in the process of policy-making and evaluation, looking for the improvement and reordering of society. These three methodological guidelines are interrelated in an iterative and complex way. They include the participation of affected social subjects in the exploration, choice and combination of methods and techniques, and of the strategic theoretical positions of a discourse, in the process of research and policymaking.

Key Words: Heath policy, social justice, evaluation, post-structuralism.

El presente trabajo tiene como objetivo proponer una concepción metodológica crítica, igualitaria y pluralista para la evaluación de problemas de justicia social en relación con el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud de Colombia iniciado en 1990. Esta reforma tiene entre sus objetivos responder a los clamores de justicia de la población excluida de asistencia médica y de garantías de salud. La metodología incorpora una concepción que, desde una perspectiva post-estructuralista, busca estimular la igualdad y la pluralidad.

Mi experiencia en las luchas por la justicia social en Colombia y mis reflexiones sobre el declinamiento posterior de los modelos socialistas europeo-orientales, me estimularon a pensar sobre las incompatibilidades aparentes entre pluralismo e igualdad cuando intentamos construir una sociedad en la cual todos nosotros, a pesar de nuestras diferencias, podamos vivir juntos en una forma justa. Desde entonces ha rondado en mi mente una pre-

gunta crucial: ¿Cómo deberían ser concebidas la igualdad y la pluralidad si intentáramos desarrollar una perspectiva de justicia sanitaria en un país donde tantos han sido asesinados en razón de su deseo de pensar y actuar de una manera diferente o en razón de sus reclamos de igualdad?

Mi investigación comenzó por reconocer que las posibilidades de la justicia social emergen de condiciones tangibles y contingentes de la existencia humana que son explicables sobre la base de relaciones entre los individuos y grupos sociales que tienen un carácter económico, político y cultural pero que también son mediadas por relaciones de poder y saber. En este proceso también llegué a ser consciente de que, como seres históricos que creamos las condiciones de nuestra vida, todos nosotros merecemos ser considerados con igual derecho a los medios que garanticen una existencia honorable. Pero siempre he pensado que, al mismo tiempo, más allá de garantizar condiciones comunes iguales para una existencia digna, nosotros somos diferentes, y que es importante preservar, cultivar y respetar nuestras justas diferencias.

Sin embargo, lo que sucede en países como Colombia es que las diferencias existentes han sido mantenidas históricamente como un motivo para legitimar injusticias, y los reclamos de igualdad han sido usados también para imponer discriminaciones odiosas, exclusiones y dominaciones. De esta forma, ha sido el sueño de lograr la igualdad y el de preservar y promover las diferencias justas lo que me ha orientado en este esfuerzo. Seguir el camino de este ideal es lo que me ha permitido hacer estas preguntas difíciles de responder: ¿Por qué la relación entre pluralidad e igualdad es algo clave para la justicia sanitaria? ¿Cuáles son las connotaciones de una respuesta a esta pregunta para evaluar la reforma del sistema de salud colombiano?

La elaboración de esta aproximación metodológica para la evaluación de la actual reforma del sistema de salud colombiano ha sido el resultado del examen cuidadoso de los siguientes elementos: primero, carácter y contenido de la reforma en lo que respecta a sus bases científicas, morales y políticas y cómo ellas determinan los enfoques evaluativos de quienes la han puesto en práctica; segundo, implicaciones que para los sujetos sociales tiene el carácter universalista o pluralista de enfoques y experiencias históricas en el plano de la justicia sanitaria; tercero, enseñanzas de los enfoques metodológicos de evaluación de programas sociales, particularmente de la experiencia británica de evaluación de inequidades en el campo de la salud; tercero, la búsqueda de una aproximación teórica y metodológica para comprender el contenido y evaluar los efectos de las políticas de salud desde una perspectiva

de la justicia sanitaria que coloque en el centro del análisis la igualdad y la pluralidad.

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

La descripción y análisis de la reforma sanitaria desarrollada durante los gobiernos de Virgilio Barco Vargas (1986-1990) y de César Gaviria Trujillo (1990-1994) llevan a la conclusión de que ellos introdujeron una aproximación a los problemas de justicia social y de gobierno de los servicios de salud a tono con enfoques de carácter neo-liberal. Si bien la reforma no expresa en forma pura el ideal modernizante neo-liberal, constituye una racionalidad hegemónica que por su contenido en el plano del conocimiento, por sus técnicas de gobierno, y por sus iniciales efectos en distintos sectores de la población, puede ser identificada con la política neo-liberal que ha pretendido liderar la reforma de los sistemas de salud en distintas partes del mundo. Mi trabajo presenta una interpretación de la reforma a partir del análisis de los elementos discursivos y no discursivos que soportan esta racionalidad, y explora algunos de sus efectos iniciales en materia de igualdad y pluralidad.

El examen de los discursos y prácticas sobre aspectos administrativos, jurídicos, económicos, médicos, sociales y políticos de la salud y de los servicios de salud muestra que la reforma ha construido un modelo de sistema de salud distinto del prevaleciente hasta entonces. La racionalidad del nuevo sistema constituye una ruptura con la tendencia liberal intervencionista latinoamericana inaugurada en los sesenta con el Plan Decenal de Salud de las Américas (1) y concretada en Colombia con la creación, en la década del setenta, del Sistema Nacional de Salud (2).

El viejo modelo se apoyó en el Estado para ampliar la cobertura de los servicios médicos para pobres y poblaciones rurales e indígenas mediante subsidios a la oferta a través de programas de asistencia pública, el estímulo al desarrollo de un modelo Bismarckiano de seguridad social para trabajadores asalariados, la producción y entrega directa por parte del gobierno de servicios de salud a la población y la aplicación de medidas de salud pública, la promoción del desarrollo de servicios de atención médica de carácter privado, y la administración del conjunto del sistema de salud a través de un procedimiento centralista y sistémico en manos del Estado.

Por el contrario, la nueva racionalidad política ha enfatizado la descentralización y privatización de los servicios públicos de salud y de la seguridad social, la asignación y distribución de los recursos mediante relaciones de mercado, el uso extensivo de técnicas gerencialistas, de modelos econó-

micos de resultado (técnicas de análisis de costo-efectividad, etc) para la toma de decisiones y evaluación, la distribución de subsidios mediante procedimientos de focalización y a través de la demanda, y por la aplicación generalizada de procedimientos focalizadores como mecanismo de intervención (3-7).

Con el argumento de hacer más eficiente el sistema se definieron las reglas de juego para la operación de un Estado mínimo y de amplias relaciones de mercado. El nuevo modelo fue concebido como un mercado regulado entre agentes públicos y privados, en competencia por la administración de los fondos financieros del seguro y por la producción y entrega a la población de los servicios médicos y de salud. Preferiblemente, el Estado debería centrar su atención en financiar los bienes públicos con altas externalidades y un conjunto de servicios clínicos esenciales para pobres caracterizados como bienes privados, a través de subsidios a la demanda. Las Empresas Promotoras de Salud, que administran los fondos del seguro, deben actuar como agencias mediadoras entre los pacientes y los prestadores de servicios, tanto públicos como privados. De esta manera, estas agencias y el Estado fueron empoderados para tomar decisiones en materias relacionadas con la escogencia de la población a afiliar, delimitar las posibilidades de escogencia de servicios médicos por parte de los pacientes y de toma de decisiones por parte de los médicos, hacer participar a los pacientes en el control de factores de riesgo y de costos de los servicios, y establecer criterios de producción, eficiencia y desempeño de los prestadores de servicios médicos tanto en el campo de la práctica profesional como en el institucional.

En materia de aseguramiento la población puede ser afiliada a un régimen de seguro de carácter contributivo o a un régimen de seguro subsidiado, lo que le otorga derecho a recibir un plan obligatorio de beneficios conexo al régimen contributivo, un plan complementario del régimen contributivo que amplía los beneficios obligatorios, o un plan subsidiado que inicialmente estuvo restringido a cuidados primarios de salud de acuerdo con el estatus socioeconómico del afiliado. El Sistema permite, además, la amplia operación de seguros y servicios médicos privados.

Esta racionalidad dividió a la población en tres grandes categorías de usuarios de acuerdo con el régimen de aseguramiento y los beneficios a ser recibidos: los ricos y la clase media alta, la clase media baja y los trabajadores asalariados, y los pobres. Los primeros pueden hacer uso de los planes obligatorios (POS) y de los planes complementarios más allá de los cuales el afiliado puede escoger seguros privados; los segundos hacen uso del plan obligatorio (POS), que es un plan limitado o básico diseñado para garantizar

un funcionamiento normal de los individuos de acuerdo con las prescripciones del modelo bio-médico de medicina y de técnicas de costo-efectividad para la selección de los procedimientos y tratamientos médicos a ser garantizados; y los terceros tienen derecho a un plan de beneficios subsidiado oscilante entre los cuidados primarios y los beneficios ofrecidos por el plan obligatorio, de acuerdo con la disponibilidad de recursos financieros públicos (8).

Los saberes y poderes detrás de la nueva racionalidad política y de sus prácticas de gobierno

Como sucedió en el pasado con las políticas del Plan Decenal de Salud de las Américas, que fueron parte del paquete de medidas políticas de índole estratégico y geopolítico de la administración Norte Americana y de las élites latinoamericanas para frenar la amenazas de revolución social en el contexto de la guerra fría (9), la aparición en los años ochenta y noventa de este estilo neoliberal de gobernar la salud y los servicios de salud ha estado relacionado con las presiones económicas y políticas impuestas sobre los pueblos latinoamericanos por las agencias financieras internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, y por los organismos especializados del sector (10) en asocio con los gobiernos y tecnocracias locales.

Estas políticas han sido promovidas para responder a las demandas populares de justicia social y democratización política, pero especialmente con el fin de adaptar el sector salud a los nuevos imperativos de modernización económica y política de los Estados latinoamericanos para hacerlos más eficientes frente a las exigencias competitivas y de acumulación de capital del modelo de desarrollo económico dominante (11). Ligadas a esas relaciones de poder están las importantes mutaciones producidas en el plano del saber y de las tecnologías, que también han ayudado a dar origen a las racionalidades y prácticas de gobierno neo-liberales en el campo de la salud. Así, por ejemplo, de un período a otro se han producido transformaciones en los dominios del saber médico y epidemiológico, de la salud pública y de la economía, de las concepciones teóricas de justicia social, de las técnicas y tecnologías de administración y de seguridad social, algunas de las cuales han sido estratégicamente seleccionadas, articuladas en discursos, y generalizadas por las élites nacionales e internacionales.

Esas concepciones han sido presentadas y difundidas en estos países por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y, más recientemente, por la OPS, como correspondientes a procesos evolutivos naturales, univer-

sales y necesarios, para la reforma de los sistemas de salud. Sin embargo, en realidad ellos han sido concebidos por estas organizaciones como las mejores estrategias políticas en el sector de la salud para reducir el gasto público y luchar contra la pobreza en el contexto de la globalización y de las presiones económicas y políticas de la banca mundial sobre los países en desarrollo para garantizar el pago de la deuda externa (10-13).

El Banco Mundial (13), por ejemplo, ha justificado intervenciones directas del gobierno en el campo de la salud sólo en tres casos: primero, para la financiación de un conjunto de servicios clínicos “esenciales” como una estrategia para reducir o aliviar la pobreza. Segundo, para suministrar un conjunto de bienes públicos tales como las inmunizaciones y educación en salud, que no pueden ser provistos por el mercado dado que éstos no son bienes privados. Tercero, para corregir las deficiencias del mercado en materia de equidad y eficiencia en las áreas de cuidados de la salud y seguros médicos; éstas deficiencias se refieren a problemas de selección adversa, riesgo moral, y otras tales como externalidades y competencia imperfecta entre los proveedores de servicios médicos, los pacientes, y aseguradores. A partir de estos criterios, que delimitan el perfil de un sistema de salud gobernado por relaciones de mercado y un Estado mínimo (14), el Banco Mundial ha recomendado crear un seguro universal con competencia regulada entre agencias aseguradoras y prestadoras de servicios médicos, privadas y públicas, como la mejor forma para resolver los problemas de ineficiencia e inequidad.

Las prescripciones del Banco Mundial han sido asumidas por los gobiernos y fueron introducidas al sistema de salud colombiano con la ayuda de una nueva generación de administradores públicos, economistas, administradores de salud, algunos salubristas y otros expertos. Aunque algunos de los defensores de esta nueva racionalidad como Díaz Uribe (3), Jaramillo Pérez (15), y Londoño De la Cuesta (16), han sostenido que la constitución de las nuevas políticas de salud ha sido el resultado de un proceso político democrático, pluralista y participativo, lo que parece claro es que ellos han traído a existencia una reforma cuyo contenido ha estado predominantemente vinculado a las fuertes posiciones de poderosos actores internacionales y locales. De hecho, las demandas de justicia social de la población y las posturas de intelectuales locales no vinculados a esos actores, fueron interpretadas desde la perspectiva de esas estrategias o excluidos desde el comienzo (17-19).

Los tecnócratas de la nueva racionalidad comenzaron por destruir los valores del viejo Sistema Nacional de Salud, el cual pretendía hacer convivir, mediante relaciones funcionales entre subsistemas, todas las formas de

prestación de servicios de salud hasta entonces existentes en Colombia: los servicios médicos privados, la medicina de beneficencia o caridad privada, la asistencia pública del Estado, y los seguros sociales que agrupaban a una parte de los trabajadores del sector privado y a los del sector público (9). Los blancos contra los cuales se dirigió su ataque fueron, de una parte, la Reforma Constitucional de 1968, que creó las condiciones para el establecimiento del Sistema Nacional de Salud en 1975. Ellos identificaron este sistema como la más grande expresión de un estilo de gobierno estatista, centralista e ineficiente, en los campos de la salud y de la seguridad social.

De otra parte, su crítica también se dirigió contra la forma como el Estado buscó articular y regular el Sistema Nacional de Salud y contra el modelo de intervención estatal contra la pobreza basado en subsidios a la oferta. De acuerdo con esta crítica, la intervención del Estado a través del Sistema Nacional de Salud se había basado en una teoría sistémica en desuso y en una noción de salud también añeja, las cuales en vez de facilitar el gobierno directo de las acciones de los individuos, de las familias y de las comunidades con el propósito de promover el auto cuidado, el autofinanciamiento y el control del comportamiento de la población en relación con el uso de los servicios de salud, se había centrado en la regulación de la conducta de las organizaciones de salud (3).

La crítica contra la Teoría General de Sistemas fue en verdad una crítica contra aquellos discursos que pretendieron usarla, primero, para defender la creación del Sistema Nacional de Salud como un ente centralizado y, segundo, para reestructurarla y mantenerla por vía de un Sistema Nacional de Salud descentralizado. De esta forma, el ataque tomó como blancos aquellos aspectos organizacionales de la teoría de sistemas que servían estratégicamente para estimular un estilo intervencionista de gobierno ya fuese por vía de la centralización o de la descentralización de los servicios de salud. De acuerdo con los críticos, los gobiernos habían fundamentado sus intervenciones construyendo un modelo cerrado, estructural/funcionalista de servicios de salud, inoperante en las condiciones del mercado. Ellos sostenían que, por el contrario, dada su complejidad, el nuevo enfoque sistémico debería ser abierto y “plural”, capaz de coordinar, mediante su funcionamiento, las fuerzas reguladoras del gobierno y la iniciativa del mercado y de la actividad privada. Eran útiles a estos propósitos aspectos estratégicos de las concepciones sistémicas de teóricos como Talcott Parsons, Daniel Katz, Robert L Kahn, y Lapierre JW (3).

Díaz Uribe (3) y otros expertos (20) del área de la administración y de la salud pública articularon a esta concepción administrativa y política algunos

aspectos del discurso de la nueva salud pública, haciendo énfasis en el comportamiento y conducta individual de los seres humanos como el más importante factor explicativo de muchos de los problemas de salud. El discurso de Díaz Uribe (3) resaltó el comportamiento humano sobre los otros factores biológicos, ambientales o médicos, asegurando -sin evidencias- que éste explicaba el 40% de los problemas de salud de la población colombiana. La escogencia estratégica del comportamiento humano hecha por el ex ministro, se basó en una extrapolación mecánica de la teoría multicausal de la salud establecida a partir de la experiencia particular de países desarrollados como Estados Unidos y Canadá, a través de los trabajos de Leavell y Clark (21), Lalonde (22) y Blum (23).

Otro punto importante en la constitución de la línea de pensamiento que orientó el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud en la dirección hoy ampliamente conocida fue la escogencia y el uso hecho de algunos de los desarrollos de la economía de la salud, que entienden la salud como un valor de la producción y del mercado. Algunas tendencias del saber económico reciente han clasificado los cuidados médicos y de salud en un continuo extendido entre las fronteras de los llamados bienes privados, bienes no privados y bienes públicos, que ha servido para ayudar a delimitar los márgenes de acción entre el Estado y el mercado, con miras a su producción, distribución y definición de responsabilidades.

Tomando en cuenta la necesidad de diseñar una política social orientada a aliviar las demandas de los más pobres, y el hecho de que, de acuerdo con esa teoría económica, algunos bienes no son aptos para garantizar la rentabilidad y beneficio privado, se decidió categorizar el conjunto de los cuidados médicos en Colombia como un bien no privado (una mezcla de bienes públicos y privados que el Estado puede regular). Esta decisión clarificó las posibilidades jurídicas para proveer cuidados primarios universales y de libre acceso, permitir a los más pobres acceder (a través de un subsidio) a otros niveles de complejidad de la atención médica clasificados como servicios clínicos esenciales, y definir un mecanismo de pago mediante aseguramiento a los sectores de la población considerados como no pobres para acceder a los servicios médicos curativos clasificados como bienes privados. La noción jurídica utilizada para enmarcar esta concepción fue la de servicio público, un concepto que permite al gobierno un tipo de intervención de carácter regulador dentro de los límites del conjunto de bienes clasificados como no públicos (24-25).

Esas tendencias del conocimiento económico y jurídico también fueron de utilidad estratégica para definir procedimientos "eficientes y equitativos"

para la asignación de recursos. De acuerdo con Jaramillo Pérez (26), en las condiciones de la Ley 10 de 1990, la eficiencia en la asignación de recursos debería ser lograda en dos formas: primero, mediante un procedimiento macro-administrativo a través del cual los recursos deberían ser asignados a los niveles básicos de salud como resultado de su descentralización y, segundo, mediante un procedimiento micro-administrativo fundamentado en la contención de costos y el control de gestión usando técnicas gerenciales específicas. La equidad, concebida como distribución justa de beneficios entre distintos grupos sociales, regiones y localidades, fue considerada como dependiente de la eficiencia en la medida en que se ató la entrega de mayores recursos a un desempeño eficiente de las instituciones. Estos procedimientos y técnicas fueron incorporados en la Ley 100 de 1993 que, como se dijo antes, los enmarcó dentro de una más poderosa racionalidad (neoliberal), la de la política de focalización de subsidios y el mercado para la asignación y distribución de recursos.

En materia de justicia sanitaria, además de las concepciones utilitaristas que rondan el contenido global de la reforma, a ella también se articulan algunos elementos de la propuesta de Daniels (27-28) acerca de un “*just health care*” fundamentado en el principio Rawlsiano (29) de igualdad de oportunidades y en la concepción bio-médica que define necesidad a partir de la noción de funcionamiento típico normal de la especie. De esta visión parecen desprenderse “modelos innovadores” para la reforma de los sistemas de salud en América Latina como la del pluralismo estructurado de Frenk y Londoño de la Cuesta (30). Esta posición, que en el fondo sigue las pautas trazadas por el Banco Mundial (12-13), busca, por un lado, un “equilibrio” entre los servicios de salud públicos y privados con base en un modelo de competencia de mercado regulado por el Estado y, por el otro, un “equilibrio” entre los grupos sociales sobre la base de hacer más funcionales las relaciones entre ellos mediante una lógica de mercado que divide a la población entre asegurados con capacidad de pago y sin capacidad de pago, los más pobres y los menos pobres, y de mantener la segmentación según clase social de los beneficios del aseguramiento con base en el diseño de paquetes de beneficios diferentes según el beneficiario.

Ejemplos del uso de diversas técnicas y saberes articuladas a concepciones de justicia social en el plano de la justicia sanitaria lo constituyen, de una parte, los criterios mediante los cuales han sido diseñados los planes de beneficios y, de otra parte, la política de focalización de subsidios y la manera como son seleccionados los beneficiarios de éstos para el aseguramiento en el régimen subsidiado.

Para el diseño del Plan Obligatorio de Salud, POS, se relacionan criterios de costo-efectividad con los indicadores de carga de enfermedad (años de vida saludable perdidos, AVISA) según edad y sexo, y con otras variables que identifican características regionales de la población. Mediante esta operación se definieron los tratamientos y procedimientos médicos más costo-efectivos a ser incluidos en el plan obligatorio. Se ha dicho que estos mismos criterios deben ser usados para definir un modelo económico de resultado (análisis costo-efectividad) para evaluar el éxito del plan obligatorio de salud (31).

La combinación de información epidemiológica acerca de problemas relevantes de morbilidad y de mortalidad con indicadores de pobreza y con técnicas de costo-efectividad también ha sido usada para definir las características del plan subsidiado. Por ejemplo, se ha decidido que hasta el año dos mil uno este plan debe garantizar la realización de intervenciones de salud al nivel primario de los cuidados médicos y un número reducido de intervenciones costo-efectivas en otros niveles de los servicios de salud. El Plan ha sido organizado y entregado preferiblemente a través de programas especiales para los grupos más vulnerables como mujeres embarazadas y niños. Se ha enfatizado que los más grandes problemas de los grupos sociales más pobres deben ser solucionados mediante el uso de servicios de carácter primario y que cualquier cuidado adicional debe ser incluido sólo si éste es costo-efectivo y teniendo en cuenta los recursos disponibles (31).

Los beneficiarios del régimen subsidiado son seleccionados usando como método de selección el Sisben. Según Londoño De la Cuesta (16) el sistema para la selección de beneficiarios Sisben “ha sido desarrollado para identificar al 20 por ciento más pobre de la población colombiana” (p. 40). De acuerdo con Sarmiento, González y Rodríguez (32), el Sisben tiene tres niveles de análisis: “el primero tiene que ver con las características del índice Sisben (I-Sisben). El segundo con la línea de corte. Y el tercero con la política de focalización” (p. 107). El I-Sisben define las características socioeconómicas de la población y la ordena. La línea de corte traza la frontera entre pobres y no pobres. La política de focalización está orientada a focalizar los subsidios en el 20 por ciento más pobre de la población, al menor costo y con el mayor beneficio social posible, en una típica visión utilitarista de justicia distributiva.

De esta manera, ha sido creado un sistema enmarcado entre las esferas del mercado y el Estado mínimo, conducido por los afanes de la competencia, la obsesión “eficientista” de técnicas gerenciales para el control de gestión y de costos, las exclusiones del discurso de focalización del gasto social

y sus técnicas para la selección y la asignación de subsidios para la demanda de atención médica de los sectores más pobres de la población, técnicas gerenciales para el control de factores de riesgo en manos de agencias privadas y públicas autónomas, la combinación de diferentes técnicas de aseguramiento, y el uso de modelos y técnicas de toma de decisiones y de evaluación con base en criterios de costo-eficiencia, costo-beneficio y costo-efectividad. Este constituye el poderoso arsenal discursivo del que “echaron mano” las élites locales e internacionales para imponer el sentido de la nueva concepción del sistema de salud colombiano y responder a los retos de justicia social y eficiencia.

No hay duda que la reforma ha abierto espacio para la privatización de los servicios de salud, para una amplia operación de relaciones de mercado, para la inversión monetaria y la ganancia de los más importantes sectores del capital privado colombiano y transnacional, y para una mayor flexibilización y mejor explotación de la fuerza de trabajo. De igual manera, redujo la justicia social a una concepción de ampliación de la cobertura del aseguramiento para garantizar la asignación del subsidio a la demanda con base en una estrategia fundada en criterios de eficiencia, focalización del gasto social y entrega a la población más pobre de servicios primarios y clínicos esenciales baratos. Creó “libertad” y “autonomía” pero sólo en orden a lograr una mejor operación de las relaciones entre el mercado y el Estado.

Esta reforma estableció las condiciones para la intervención de las fuerzas de un Estado mínimo y de un mercado cuya acción se fundamenta en el control de la conducta y comportamiento de los individuos para lograr el auto cuidado de la salud de acuerdo con ciertos patrones preestablecidos, y el control de la demanda de los servicios médicos orientado a disminuir el gasto público y a garantizar las ganancias de los agentes privados del sistema. Ha legitimado un sistema que, a la larga, parece estar generando más y nuevas desigualdades, y coartando las posibilidades de desarrollo de la libertad y autonomía de las comunidades y de los individuos. Esta hipótesis puede comenzar a tomar forma en la realidad si se consideran los siguientes elementos de juicio fruto de la experiencia hasta ahora vivida.

¿Es bueno este sistema para los sueños de justicia social y pluralidad?

No hay razones para pensar que la racionalidad que orienta el actual Sistema de Seguridad Social en Salud es la mejor alternativa para los colombianos y que lo que habría que hacer es perfeccionar su aplicación. Por el contrario, las evidencias acumuladas por el discurso popular y por las investigaciones de los expertos durante los años de su implementación enseñan que algo esencial anda mal en su modo de hacer las cosas y que es necesario constituir un nuevo discurso capaz de garantizar relaciones de libertad y autonomía entre los sujetos sociales, y universalidad del acceso e igualdad en el uso de los más diversos y aceptados medios de salud de acuerdo con las necesidades y escogencia de la población. No es bueno sino por el contrario es peligroso para los deseos de justicia social y pluralidad, un sistema de atención médica que:

1. Excluye una alta proporción de pobres, es inequitativo en el plan de beneficios con los pobres que incluye, y convierte sus políticas y métodos de acción contra la pobreza en instrumentos para la exclusión social, para la manipulación política y para la corrupción que desvían y expropian los fondos públicos (33). De acuerdo con una investigación realizada por Estadística SA (34) sólo en Bogotá, una de las ciudades con más alta cobertura del régimen subsidiado, en 1997 habían sido excluidos por el Sisben cerca de un millón y medio de personas sin capacidad para pagar las cotizaciones del régimen contributivo de seguridad social en salud.
2. Genera más pérdidas a los aseguradores y prestadores públicos de servicios de salud, colocándolos en desventaja para competir, mientras crea las condiciones para incrementar las ganancias del sector privado (35). Sin duda alguna el principal beneficiario de los recursos disponibles es el sector privado cuya participación en el manejo de los recursos del aseguramiento y en la prestación de los servicios es significativamente creciente. A junio de 1999 (36), el 81.5 por ciento de las IPS registradas eran privadas, el 16.1 por ciento públicas de las cuales sólo el 1.9 por ciento se habían transformado en Empresas Sociales del Estado (10 por ciento del total de 641 entidades públicas). En el mismo período, dieciocho de las 29 EPS existentes pertenecían al sector privado, cuya rentabilidad superaba con creces a las EPS públicas: 20.2 por ciento frente a 5.9 por ciento.
3. Destruye el capital físico, tecnológico y humano acumulado por el sector público de servicios de salud con el esfuerzo de siglos, en un país en donde la emergencia, preservación y desarrollo de lo público ha sido la

mejor garantía para satisfacer las necesidades de los pobres, de los desempleados, de los marginados y excluidos de todo tipo, y de las poblaciones dispersas en la geografía nacional.

4. Desincentiva la calidad científica y técnica de la práctica médica occidental. Hace a los médicos y demás profesionales de la salud dependientes de unas relaciones de mercado que los explotan y debilitan su autonomía profesional, y convierte la relación médico-paciente en un mecanismo para el control de costos (37).
5. Al mismo tiempo excluye los conocimientos y prácticas ancestrales de los indígenas, los margina frente a los beneficios y la toma de decisiones, y los hace objeto de la manipulación científica, económica y política, y del engaño (38-42).
6. Responsabiliza al paciente de preservar su salud mientras deteriora la acción del Estado para controlar los factores de riesgo no dependientes del comportamiento y hábitos de los individuos y de las comunidades. En nombre de la libre elección somete al paciente a las reglas de juego de la competencia, al cálculo frío de una racionalidad económica utilitarista y controladora, y a la inmoralidad de los agentes y agencias de un mercado por naturaleza el más imperfecto.
7. Niega la participación social en la toma de decisiones para el diseño de las políticas fundamentales de salud cuando la falta de democracia como ejercicio participativo no discriminante está en la base de la violencia, de la corrupción y de la crisis política y social que vivimos.
8. Incentiva, o al menos es permisiva, con una variedad alarmante de actos fraudulentos que comprometen a gran parte de sus actores (43), y que acumulan cifras inimaginables de despilfarro de recursos públicos en un país en crisis económica y con una enorme cantidad de población pobre y necesitada.
9. Se ha mostrado incapaz de garantizar igualdad de acceso a la atención médica, equidad en el uso de los servicios, y de generar satisfacción en los pacientes y en los practicantes de la medicina disponiendo de recursos financieros como nunca antes (44). Por el contrario, en un país donde la pobreza se extiende cada vez más, en vez de servir como medio para la redistribución de la riqueza y de los ingresos, parece concentrarlos aún más en los grandes grupos financieros por vía de las prácticas maximizadoras de la ganancia de sus intermediarios aseguradores y mediante el lucro personal y político de sus agentes (43).

JUSTICIA SANITARIA: ¿UNIVERSALISMO O PLURALISMO?

El contenido de la reforma no ha sido el resultado de una verdad científica y/o moral, universal e inevitable, a la que se llega a través de un procedi-

miento puramente racional, o mediante un proceso político participativo y consensual, acerca de lo que debería hacerse en Colombia en materia de justicia sanitaria en las condiciones del mundo actual. Ella ha sido, por el contrario, el resultado de la articulación de una serie de fuerzas locales y mundiales alrededor de las posiciones estratégicas de un predefinido discurso para la reforma sanitaria, que como se ha mostrado, ha sido elaborado, con un gran ingrediente de índole neo-liberal, por las agencias financieras internacionales, en particular, por el Banco Mundial.

En Colombia, el contenido actual de las políticas de salud en materia de justicia sanitaria no es el resultado de la aplicación de una ley moral universal a la que pudiera llegarse por procedimientos racionales monológicos como en Kant (45), ni el resultado natural de la aplicación lógica de la correspondiente visión de justicia de un modelo teórico de sociedad como el Marxismo (46-47), pero tampoco el resultado de un contrato social aceptado por todos y establecido sobre la base de un procedimiento racional monológico y universalizante como en Rawls (29) o mediante un procedimiento dialógico como en Habermas (48-49). Por el contrario, parece ser que la emergencia e imposición de la nueva racionalidad discursiva y de gobierno de corte neo-liberal en materia de justicia sanitaria, ha sido la consecuencia de la constitución de un complejo Poder-Saber construido a partir de la selección y el entrelazamiento, hecho por las fuerzas dominantes internacionales y locales, de posiciones estratégicas específicas dentro de los dominios discursivos del saber científico, técnico, moral (de las teorías de justicia), y político.

Este discurso ha sido generalizado e impuesto en el país por fuerzas que no sólo han excluido otras opciones discursivas de reforma sino que, mediante el recurso a la violencia de que es tradicional el ejercicio de la política y de la lucha social en Colombia, han logrado, hasta ahora, impedir la articulación de alternativas políticas para el cambio que logren materializar anhelos ancestrales de igualdad y pluralidad. Así pues, lo que está en el centro de este enfoque de evaluación es una actitud crítica frente a los efectos negativos de las relaciones de saber y poder sobre los sujetos sociales en materia de justicia sanitaria (igualdad y pluralidad), efectos no sólo típicos del neo-liberalismo sino también, de alguna manera, del Estado de Bienestar.

Esta interpretación se apoya en el trabajo filosófico de Michel Foucault y, especialmente, en sus reflexiones históricas acerca de la cambiante constitución de racionalidades y prácticas para el gobierno de la salud y de los servicios de salud en el mundo occidental, del cual nosotros somos parte integrante. La materialización política y social de la lógica discursiva y de las

prácticas de gobierno universalistas derivadas de las relaciones entre poder y saber es asociado por Foucault al espíritu universalista de la ilustración, y es llamado por él nosopolítos y police cuando se refiere a la experiencia iniciada a finales del siglo XVIII, y biopoder (biopower) y biopolítica (biopolitics) cuando se refiere a la experiencia de finales de los siglos XIX y siglo XX, que ha sido asociada con el Estado de Bienestar y el neo-liberalismo (50-54).

Para efectos del análisis de políticas de salud, en Foucault es central la categoría de biopoder. Para Foucault (52,55), el biopoder es la organización y empleo del poder sobre la vida con la intención de disciplinar el cuerpo y regular las poblaciones. Esta es una tecnología bipolar que actúa sobre los individuos y las especies, sobre los aspectos anatómicos y biológicos del cuerpo, con el propósito de controlar el desempeño del cuerpo y los procesos de la vida. Así, el biopoder se expresa bajo dos formas complementarias: primero, como un poder disciplinario, que se centra en el cuerpo, que es considerado como una máquina. En esta forma el biopoder constituye lo que Foucault llama “una anatomía política del cuerpo humano”. Y segundo, como una biopolítica de las poblaciones, un poder que se enfoca sobre el cuerpo de las especies (la raza, la vida colectiva, la población) y concierne la mecánica de la vida y sus procesos biológicos: “la propagación, el nacimiento y la mortalidad, el nivel de salud, la esperanza de vida y la longevidad” (p. 139).

Aunque Foucault no usa un calificativo específico para identificar los cambios globales del tiempo presente, me refiero a estos como la sociedad de los riesgos (risk society), como ha sido llamado por varios autores como Castel (56), Beck (57), y Petersen (58), además de Michel Foucault (51, 59). Como Foucault describe, la constitución de estas racionalidades y prácticas no ha sido el resultado de un procedimiento racional puro en búsqueda de una verdad cualificada (el mejor argumento y la mejor forma de hacer las cosas), sino de la lucha entre racionalidades y prácticas de gobierno diferentes, y de la constitución, como resultado de esa lucha, de una relación de fuerzas dominante que impone su concepción, dentro de los límites de una determinada formación histórica, haciéndola aparecer como una tendencia universal y necesaria.

En el fondo de las relaciones entre poder y saber, de las formas de pensar y actuar que emergen de la ilustración, hay una tendencia a universalizar cierta verdad, cierto saber, una racionalidad, una forma de hacer las cosas, a través de procedimientos totalizantes, normalizantes y cosificantes del conocer y del ejercicio del poder que se refuerzan uno a otro. Este fenómeno se

reproduce no sólo en el plano de la toma de decisiones para la formulación de políticas sino también en los enfoques de su evaluación. Este espíritu universalista atenta contra la diversidad biológica, étnica, social y cultural de los sujetos sociales y, particularmente, contra las posibilidades de transformar el orden normativo establecido por quienes se ven injustamente afectados por el mismo.

Adopto la tesis expresada en Donzelot (60) en el sentido de que en el plano de la toma de decisiones en materia de justicia social históricamente los sujetos sociales vienen 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 el caso del Estado de Bienestar, una noción jurídica de solidaridad social (igualdad de derechos) ha sido articulada con una concepción científica del individuo y de la población en materia de necesidades de salud que ha girado alrededor de las nocións bio-médicas de lo normal y de lo patológico, como bien lo ha descrito Canguilhem (61), y de tecnologías de gobierno como las de la seguridad social y el taylorismo.

De acuerdo con Castel (56), en otro momento histórico, con la emergencia del neo-liberalismo, concepciones gerencialistas del gobierno de lo social fundamentadas en relaciones de mercado y el utilitarismo (costo-efectividad, control de costos, ganancia, focalización, etc) han sido articuladas con nocións científicas que gobiernan los individuos y las colectividades con mecanismos epidemiológicos orientados al control de riesgos, y con una concepción jurídica de solidaridad complementada con la noción de responsabilidad cívica.

Así, parece que las relaciones entre los sujetos, los expertos y las tecnologías de gobierno no pudieran ser definidas y entendidas sin tomar en cuenta las mutaciones e interacciones históricas entre saber y poder en la constitución de racionalidades dominantes (universalizantes) como medios para gobernar los individuos, la población, la salud y los servicios de salud. Las implicaciones negativas de este doble mecanismo para la constitución de los sujetos sociales fluyen gradualmente de los análisis de Michel Foucault (51, 62,63): sujeción, cosificación y dominación, individualización y totalización, exclusión e integración, control y normalización de los individuos y de las poblaciones a través de las racionalidades y estrategias que emergen de esas relaciones entre saber y poder.

NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE EVALUATIVO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

Esta tendencia parece no sólo comprometer la toma de decisiones para la formulación de políticas en materia de justicia sanitaria sino la evaluación de las mismas. Eso se hace perceptible tanto en la experiencia igualitarista de un sistema de salud como el británico, como en las concepciones metodológicas impuestas por los actuales reformadores neo-liberales del sistema de salud colombiano. No vamos a describir en detalle esas concepciones en este ensayo. Sólo me referiré al caso de la Gran Bretaña ya que no es necesario abundar sobre los modelos económicos de resultado (costo-efectividad, etc) que incorpora la reforma colombiana.

Revisando los trabajos de Townsend y Davidson (64), Whitehead (65), y Popay, Williams, Thomas y Gatrell (66) a luz del enfoque posestructuralista uno puede concluir que en el caso de la Gran Bretaña las relaciones entre las concepciones de desigualdad en salud, las aproximaciones metodológicas para su evaluación, y las bases teóricas del debate sobre la causas de tales desigualdades, han estado inmersas en apreciaciones universalizantes de los sujetos sociales. Así, las desigualdades de salud tienden a ser definidas en función de una concepción de igualdad montada con base en criterios científicos universalizantes de lo que debe ser la salud de la población y sus necesidades, excluyendo la propia apreciación de los individuos, de los grupos sociales y de las comunidades sobre sus aspiraciones de salud. De la misma manera, la metodología evaluativa se fundamenta en formas objetivas también universalizantes de provisión de evidencias empíricas y explicaciones de relaciones de causalidad de índole estructuralista. De acuerdo con Popay, Williams, Thomas y Gatrell (66), este enfoque resulta en modelos totalizantes de la evaluación de inequidades en salud que amenazan relaciones de pluralidad por negar agencia a los sujetos sociales.

Los intentos de superar estos problemas mediante enfoques de evaluación de programas sociales como los de Guba y Lincoln (67), Shadish, Cook y Leviton (68), Vanderplaat (69), y Fox (70), entre otros, tampoco han sido exitosos en el sentido de preservar y promover el pluralismo y/o la igualdad. Por eso en mi Tesis de doctorado (71) hago amplia y documentada referencia a este punto y muestro que tanto el positivismo y el pragmatismo como el interpretivismo y la ciencia normativa crítica, así como posturas postmodernas como las de Fox (70), a pesar de que promueven el uso y la combinación de múltiples métodos cuantitativos o cualitativos durante un mismo proceso evaluativo, sin embargo fallan en promover el pluralismo o la igualdad debido a su tendencia a generalizar la verdad o a caer en posiciones relativistas

absolutas, cualquiera la racionalidad evaluativa usada (objetivismo, perspectivismo múltiple, generalización naturalística, consenso dialógico, o estudios sólo basados en procedimientos de deconstrucción de textos).

Lo que se discute entre las concepciones universalistas y las no universalistas de toma de decisiones y evaluación de justicia social es la referencia al Otro (Other) como diferente de lo Mismo (self o Same), lo cual impone limitaciones a la toma de decisiones, a la aplicación de normas y códigos universales de justicia, y al uso de estándares de evaluación, en términos de las singularidades y particularidades de cada caso y de cada sujeto social. Esta es una discusión que se desarrollada en las condiciones del mundo actual (caracterizado por una gran fragmentación de la sociedad, por la lucha o el conflicto entre identidades distintas y cambiantes, y por la indeterminación de lo político, la globalización y el desarrollo de nuevas tecnologías) como parte de los cuestionamientos hechos a algunos énfasis universalistas del discurso de la ilustración tales como los que se refieren a nociones de racionalidad (racionalismo) fundadas en leyes objetivas, procedimientos teleológicos, y en la suposición de que el individuo puede actuar con las características de un sujeto universal, transparente o neutral, en el plano de las reglas de juego que llevan a la producción del conocimiento y de las normas morales, porque se considera que ellos podrían obstruir el desarrollo de relaciones de pluralidad (autonomía, libertad).

Como se desprende de los trabajos de Campbell (72-73), el sistema de pensamiento establecido por la ilustración ha probado ser insuficiente para resolver los problemas producidos por la crisis de identidad de las sociedades modernas y por su falta de definición implícita en las prácticas éticas y morales. La comprensión de la naturaleza de las luchas y de los conflictos de las sociedades contemporáneas (que eventualmente llevarán a formulaciones nuevas de las prácticas políticas y de gobierno) sólo es posible si analizamos los sujetos y sus relaciones con el otro, y las normas morales y éticas que regulan el comportamiento humano, más en consonancia con los eventos y circunstancias de hoy.

UN ENFOQUE METODOLÓGICO CRÍTICO, IGUALITARIO Y PLURALISTA PARA LA EVALUACIÓN DE POLÍTICAS SOBRE JUSTICIA SANITARIA

Buscando una salida a esos problemas para diseñar una metodología evaluativa que estimule el pluralismo y la igualdad en términos de la justicia sanitaria, he encontrado una alternativa promisoria en los trabajos de Michel

Foucault y sus seguidores, y en los desarrollos más a tono con el pluralismo del pensamiento crítico de sistemas.

A pesar de los ataques a que ha sido sometido el trabajo filosófico de Michel Foucault, especialmente en el sentido de que a través de sus concepciones sería imposible crear un patrón normativo general para juzgar acerca de situaciones de justicia social [ver por ejemplo, Habermas, (74), Haber (75), y McCarthy (76)], Foucault (62,77-80) ha desarrollado importantes elementos metodológicos no sólo en términos de una posición crítica y de resistencia efectiva contra los efectos negativos de las concepciones hegemónicas o universalizantes surgidas de las relaciones de poder y saber, sino también una concepción de la subjetividad y de la interacción social no fundamentados en narrativas y normativas fundacionales sino en prácticas de libertad y autonomía a través de su concepción de una ética que asume el carácter de una estética de la existencia (52,81-85).

Pero su posición también puede ser claramente diferenciada de implicaciones relativistas absolutas (86,87) en la medida en que a través de las luchas sociales, y del diálogo ético y político que las acompaña (88), pudiera llegar a la construcción de alternativas hegemónicas, si bien transitorias, a través de procesos abiertos y participativos de constitución y reconstitución de lo político, de los discursos sobre igualdad y democracia y, como consecuencia, de lo social. Para ampliar este punto de vista, ver, por ejemplo, Laclau y Mouffe (89).

Para elaborar un discurso dialógico alternativo, exento de implicaciones universalistas como en Habermas, se podría partir de discutir, entre otros aspectos, el tema de cómo conciliar las relaciones entre igualdad y pluralidad dentro de una política de justicia sanitaria que busque superar los efectos de dominación y de cosificación de los sujetos sociales incorporados en el lado controlador de las racionalidades que han dominado las experiencias del estado de bienestar y del modelo neoliberal de reformas sanitarias. Para ello se debería tener en cuenta lo siguiente:

Primero, en el plano de igualdad y salud, la constitución de un nuevo discurso debería partir de preguntar qué entender por igualdad en relación con salud, cuáles serían las condiciones para lograrla, qué podría ser demandado como tal, y qué podría ser constituido como un derecho de obligatorio cumplimiento para todos. Insinuando elementos para esa discusión, podríamos adelantar que para evitar la “cosificación” y dominación de los sujetos sociales, las relaciones de igualdad deberían ser construidas desde una perspectiva que se centre más en la escogencia, acceso y uso de los medios para

lograr y promover la salud de acuerdo con las necesidades y deseos de los individuos, comunidades y otros grupos de la población, que en los resultados de salud que promueva una ciencia o teoría de justicia particular.

Por medios de salud podría entenderse al menos el conjunto de factores directamente implicados en la producción de la salud, como por ejemplo, el saber y tecnologías médicas en su amplia gama de expresiones científicas y culturales, los recursos humanos, las instituciones de salud, los saberes y procedimientos de salud pública, la infraestructura sanitaria, la seguridad social, y la creación de oportunidades iguales para el acceso a medios tales como adecuada vivienda, alimentos, medio ambiente sano, entre otros, que en circunstancias históricas concretas pudieran llegar a ser identificados, reconocidos y demandados por individuos, comunidades específicas o grupos sociales de la población para la producción de su salud.

Mi énfasis en tipificar una posición frente a la igualdad a partir de los medios de salud no significa que la igualdad en términos de resultado de salud no deba ser tomada en cuenta. Simplemente, deseo subrayar que lo que pudiera ser considerado como un resultado en materia de salud debe consultar el punto de vista de sujetos descentrados o concretos en vez de tomar como punto de referencia exclusivo la pretensión universalista de una racionalidad científica, moral o política como la del modelo biomédico o de la eugenética.

Las consecuencias de la absolutización o de la "esencialización" de la salud como un resultado igual para todos desde posiciones racionalizadoras universalizantes de carácter moral, político, teórico o científico, podría llevarnos a repetir las viejas experiencias de normalización y "cosificación" de los sujetos sociales cuyas consecuencias controladoras y reguladoras del cuerpo, de la vida, de la salud y de la enfermedad de los individuos y de las poblaciones en función de los intereses de poderes económicos, políticos, científicos o morales que coartan la libertad humana, han sido ampliamente documentados y denunciados por Canguilhem (61) y Foucault (52-53, 55), entre otros.

Como ha sostenido Sen (90), lo que pudiera ser demandado como igualdad debe consultar no sólo la contingencia de lo que deba ser considerado como medio de salud, sino también el avatar de las interpretaciones conflictivas de la igualdad como resultado de salud, dada la diversidad de las condiciones y necesidades humanas. Por eso reconozco que la definición de lo que pudiera ser asumido como medios de salud consulta la disponibilidad de recursos económicos, científicos, tecnológicos y culturales; y, sobre todo, el grado de madurez de la conciencia y disposición ética, política y cultural de

los individuos, comunidades, grupos y movimientos sociales de un país para actuar en defensa y estímulo de la puesta en práctica de una concepción de igualdad, y para constituir una relación de fuerzas capaz de lograr tales aspiraciones. En este sentido, la igualdad frente a los medios de salud sería el resultado del estímulo al desarrollo de amplias relaciones de solidaridad y de políticas orientadas a la participación y a la redistribución de los ingresos y de la riqueza.

Esta posición frente a la igualdad está sólidamente enraizada en una concepción pluralista. Pero el pluralismo, en materia de justicia sanitaria, rebasa el mero campo de la igualdad frente a los medios de salud y de la salud como un resultado, y consulta la manera como las relaciones entre poder y saber contenidos en las racionalidades y prácticas que constituyen el discurso de una política de salud, afectan la autonomía y la libertad de los individuos, de las comunidades y de los grupos sociales, en términos de sus relaciones de dependencia frente al Estado, al mercado, a los sitios de trabajo, a los espacios geográficos y territorios, a las familias, los médicos, las instituciones de salud, las agencias aseguradoras, entre otros, y en términos del valor dado a sus tradiciones, saberes y necesidades para participar en los procesos de evaluación, de toma de decisiones políticas, y de la asignación y distribución de los recursos sociales.

Segundo, en el plano del enfoque metodológico de evaluación he buscado sostener una posición crítica y pluralista. Del pensamiento crítico de sistemas he extraído ideas que han iluminado cómo usar la metodología (arqueología y crítica genealógica) y las herramientas metodológicas de Foucault (su escepticismo frente a verdades universales y su método de reversar tales verdades a través de los sujetos que las resisten) en procesos de intervención orientados a promover relaciones de diversidad e igualdad mediante la crítica de los límites normativos establecidos por las relaciones de poder y saber en situaciones específicas de evaluación de políticas, planes y programas de salud.

Los trabajos de Ulrich (91-92) sobre el uso polémico de juicios límites, los de Midgley (93-94) sobre límites y marginalización y el uso de múltiples métodos, y los de Taket y White (95-97) sobre procesos participativos de autoconocimiento y autoteorización, consenso local y el respeto y promoción de diversidad de puntos de vista, fueron decisivos en este sentido, luego de someterlos a crítica y escoger, de sus perspectivas, aquellos aspectos más a tono con los propósitos de este trabajo. Ellos sirvieron para pragmatizar el diseño de la racionalidad metodológica y la visión sobre la manera de esco-

gencia y combinación de métodos o de sus partes y de las técnicas que acompañan esta propuesta.

Los lineamientos metodológicos propuestos para la evaluación de problemas de justicia social en el sistema de salud colombiano han sido diseñados como una estrategia que a través de la crítica promueve la igualdad y la pluralidad. En este sentido, crítica es la resistencia a situaciones de opresión, explotación y subyugación, la identificación y búsqueda de alternativas a una situación problemática. Pluralidad es la preservación y promoción de relaciones de pluralidad (diversidad, autonomía y solidaridad), condición de una participación efectiva, política y ética, en los procesos de toma de decisiones para la formulación y evaluación de políticas de salud. Igualdad es la expresión de una posición ética y política más general en términos de la escogencia, acceso uso de los medios de salud.

De esta forma, en mi trabajo (71), la racionalidad evaluativa propuesta incluye tres lineamientos metodológicos principales: crítica (*unfolding in reverse*), la promoción de la subjetividad (*folding*), y participación (*ethical and political unfolding*).

El primer elemento es el punto de partida de cualquier proceso de evaluación que se plantee identificar las fallas y cuestionar los límites de cualquier orden social dado como necesario y del discurso que lo constituye; tiene entre sus objetivos definir la situación problemática, e identificar y estimular la participación de los sujetos que resisten los efectos negativos de una política o programa de salud.

El siguiente elemento, la promoción de la subjetividad, se propone lograr, mediante procesos de auto-conocimiento de los sujetos sociales, la construcción de una verdad que es descentrada, perspectiva y estratégica y, mediante la auto-regulación, la escogencia o elaboración de reglas morales y de solidaridad que gobiernen su relación con otros mediante procedimientos que reconozcan el carácter descentrado de los sujetos morales, y el carácter no universal, sino contingente, transitorio y local de las verdades morales.

El último elemento promueve distintas formas y procesos participativos, éticos y políticos, de toma de decisiones sobre políticas y normas sobre justicia que guían la forma como sujetos individuales, o una coalición o hegemonía de los mismos, actúan respecto de otros. Los tres elementos interactúan a través de interrelaciones e iteraciones complejas, de acuerdo con las demandas de la situación problemática y los requerimientos de cambio percibidos por los sujetos. La búsqueda de relaciones de pluralidad (autonomía,

diversidad, pluralidad) e igualdad entre los sujetos es estimulada a través de procesos y métodos que promueven ejercicios reflexivos críticos, de formación de puntos de vista propios, de auto-regulación ética, y de toma de decisiones participativas.

Por eso la metodología se apoya en métodos y técnicas de investigación que estimulan el diálogo y dan voz y buscan establecer conexiones entre los saberes populares y eruditos subyugados, las memorias históricas de las luchas de resistencia locales, la libre escogencia de puntos de vista, negociaciones, acuerdos y consensos locales sobre la base de la solidaridad y la responsabilidad por el otro.

El diálogo puede cambiar de acuerdo a las circunstancias, a las situaciones y demandas de los sujetos. Así, por ejemplo, en unfolding in reverse el diálogo puede orientarse más a escuchar y “ver” en orden a identificar y promover la resistencia y la crítica. En folding el diálogo puede referirse más a la actividad de co-investigadores (expertos y legos) que buscan garantizar las condiciones para el rescate o la producción de un saber que promueve la subjetividad. En political and ethical unfolding se orienta a estimular la emergencia, mediante procedimientos participativos, de plataformas políticas de cambio que hagan posible la acción social, cultural, ética y política conjunta de una diversidad de sujetos (relación intersubjetiva) comprometidos en el mejoramiento o en la reconstitución radical de lo social.

El proceso metodológico debe estimular la participación para la exploración, escogencia y combinación de métodos y/o sus partes, de técnicas, y de las posiciones estratégicas de los discursos éticos y políticos, pensando de una forma crítica, y actuando de una manera situada. Una diversidad de métodos y técnicas pueden ser escogidos y utilizados en un mismo proceso de investigación atendiendo al punto de vista y demandas de los sujetos.

Siguiendo esta metodología la evaluación puede ser el resultado de un logos plural que, primero, problematiza el presente en términos de un juicio crítico acerca de los efectos de los juegos de verdad, de las prácticas de gobierno, y de las normas morales de una política, plan o programa de salud y, segundo, estimula un proceso estético que ayuda a constituir un sujeto capaz de resistir los efectos subyugadores de las relaciones de saber y poder, y de crear, descubrir y/o experimentar activamente puntos de vista y formas de hacer las cosas alternativos de aquellos de las racionalidades y prácticas de gobierno dominantes. Este proceso resulta del auto-conocimiento, la auto-regulación, la libre escogencia y la participación. Desde este punto de vista, las escogencias y las decisiones deben ser el resultado de un proceso ético de

“deliberación”, “persuasión”, “reflexión” y “prudencia” en vez de lo impuesto por el imperativo de una ley moral, de una verdad científica o teórica, o de procedimientos comunicativos consensuales universales ♦

REFERENCIAS

1. OPS/OMS, 1973. Plan Decenal de Salud de las Américas. Informe Final de la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas. Washington: OPS/OMS, Doc. No. 118;1973.
2. Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. El Sistema Nacional de Salud. Bogotá: Fedesarrollo/OPS; 1988.
3. Díaz Uribe E, 1990. Lineamientos para la Reestructuración del Sistema Nacional de Salud. En: Ministerio de Salud/Acomsap (Ed.). Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Vol. 1. Bogotá- Colombia; 1990.
4. Departamento Nacional de Planeación -DNP. Unidad de desarrollo Social -UDS, Misión de Apoyo a la Descentralización y Focalización de los Servicios Sociales - Misión Social. Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales. Santa Fe de Bogotá; noviembre de 1994.
5. Plaza B y Barona AB. Afiliación de Población Pobre al Sistema de Salud: El caso colombiano. Santa Fe de Bogotá: DNP, Fundación Corona, NAADIR; 1999.
6. Vélez CE, Castano E, Deutsch R. Una Interpretación Económica del Sistema de Focalización de Programas Sociales: El caso SISBEN en Colombia. Coyuntura Social; 1999. No. 21.
7. Tono MT, 2000. La Evolución del Acceso a la Salud en Colombia ¿Subsidios a la oferta o la demanda? Vía Salud. 2000. No. 12, p. 30-35.
8. Jaramillo I, Olano G, Yepes FJ. Ley 100. Cuatro años de implementación. Santa Fe de Bogotá: Assalud, Fescol y otros; 1998.
9. Quevedo E, Hernández M, Miranda N, Cárdenas H, Wiesner C. La Salud y el Desarrollo (1958-1974) En: Papel Político; 1998. (7) p. 37-67.
10. OPS/OMS. Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. Reunión especial sobre Reforma del Sector salud. Washington; Septiembre 29-30, 1995.
11. Ahumada C. El Modelo Neoliberal y su Impacto en la Sociedad Colombiana. Santa Fe de Bogotá: Ancora Editores;1996.
12. World Bank. Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank policy study. Washington, D.C.;1987.

13. World Bank. World Development Report 1993 (Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud). Washington, D.C: Oxford University Press; 1993.
14. Vega R, Cardona JF. Revisión Teórica Acerca de la relación Mercado-Estado a propósito de la Privatización de los Servicios de salud en Colombia. En: Cardona A (compilador). Salud y Sociedad. Bogotá: Zeus Asesores Ltda.;1992.
15. Ministerio de Salud/Acomsap. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social, Vol. 1. Santa Fe de Bogotá – Colombia; 1990.
16. Londoño de la Cuesta JL. Presente y Futuro de la Reforma de Seguridad Social en Salud. Salud y Gerencia.15. Santa fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1997.
17. Cárdenas ME, Olano G. Reforma de la Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: Fescol, FES, Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona; 1992.
18. Hernández M. Proceso Socio-Político y Salud en Colombia: 1958-1993. En: Guerrero J (compilador). Medicina y Salud en la Historia de Colombia.Santa Fe de Bogotá: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Archivo General de la Nación, y Asociación Colombiana de Historiadores;1999.
19. Hernández M, 2000. La Salud en el Proceso de Paz. En: Corporación Salud y Desarrollo (Ed.). Conversaciones de Paz. La salud en la agenda para la paz. Santa Fe de Bogotá – Colombia; 2000.
20. Contreras N. Apuntalar el Cambio del Modelo de Salud. En: Ministerio de Salud/Acomsap (Ed.).Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social, Vol. 1, Bogotá – Colombia; 1990.
21. Leavell HR, Clark EG. Texbook of Preventive Medicine for the Doctor and His Community. New York: McGraw-Hill; 1965.
22. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.
23. Blum HL, 1976. From a Concept of Health to a National Health Planning Policy. American Journal of Health Planning, 1 (1), p. 3-22.
24. Jaramillo PI. Institucionalización de la Descentralización Administrativa y la Participación Comunitaria. En: Ministerio de Salud/Acomsap (Ed.). Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social, Vol. 1, Bogotá – Colombia; 1990
25. Jaramillo PI. Reforzar la Salud como Servicio Público. En: Ministerio de Salud/Acomsap (Ed.). Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social, Vol. 1, Bogotá – Colombia; 1990.
26. Jaramillo PI. Concepto de Eficiencia y Equidad. En: Ministerio de Salud/Acomsap (Ed.). Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social, Vol. 1, Bogotá – Colombia; 1990.
27. Daniels N. Just Health Care. USA: Cambridge University Press; 1985.
28. Daniels N, 1998. Parámetros de Justicia y Monitoreo de Equidad: Apoyo a un programa de la OMS. Salud y Gerencia, No. 16; Enero-Junio 1998. Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

29. Rawls J. *A Theory of Justice*. Great Britain: Oxford University Press; 1972.
30. Frenk MJ, Londoño de la Cuesta JL. Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*, No. 15; Julio-Diciembre de 1997. Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
31. República de Colombia/Ministerio de Salud. *La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Antecedentes y resultados, Tomo I*. Bogotá-Colombia; 1994.
32. Sarmiento GA, González JI, Rodríguez LA. Eficiencia Horizontal y Eficiencia Vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (Sisben). En: *Coyuntura Social*, No. 21; 1999.
33. Contraloría General de la República. *Evaluación del Funcionamiento del Régimen Subsidiado en Salud*. Santa Fe de Bogotá; Septiembre 1999.
34. Estadística S.A. Dimensionamiento y Caracterización de la Población de Participantes Vinculados en Santa Fe de Bogotá D. C. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Área de Aseguramiento; 1997.
35. Londoño de la Cuesta JL. *Economía, Salud y Finanzas: ¿Qué esperar en estos tiempos difíciles?* Vía Salud;2000. No. 11, p. 6-12.
36. Superintendencia Nacional de Salud. *Resultados del proceso de inspección, vigilancia y control. Serie Resultados No. 1*, Santa Fe de Bogotá; 1999.
37. Academia Nacional de Medicina. *Ley 100 de 19993: Reforma y crisis de la salud. Impacto de la reforma de la Seguridad Social en Salud sobre la medicina como profesión y como ciencia*. Santa Fe de Bogotá; 1999.
38. Villa PE. *Primer Seminario de Antropología de la Salud*. Univ: Hum; 1989. 18 (30), Santa Fe de Bogotá.
39. Garay AG. *Elementos para un Diálogo Intercultural*. En: *Memoria del I Seminario de Antropología Médica*. Pontificia Universidad Javeriana. Santa Fe de Bogotá; 1990.
40. Wade P. *Race and Ethnicity in Latin America*. London: Pluto Press; 1997.
41. Organización Nacional Indígena de Colombia. *Propuesta de Adecuación a la Ley 100 en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Santa Fe de Bogotá; Febrero de 1999.
42. Discurso Embera-Katío. *La salud y los Pueblos Indígenas: El caso de los Embera-Katío del Alto Sinú en la zona de Urrá - Córdoba*. Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; Mayo de 1999.
43. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas 1999. *Posición de la ACHC Frente a la Reforma de la Ley 100 y la Corrupción Dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud*. Santa Fe de Bogotá; 1999. *Hospitalaria* (1)6:6-8.
44. Yepes JF. *Se Desarrolla en Colombia una Cultura de Aseguramiento. Informando y Reformando*. Boletín Trimestral del NAADIR; 1999. No. 2, p. 3-4.
45. Kant I. *Critique of Practical Reason*. London: William Pickering; 1949.
46. Marx C. *Critique of the Gotha Programme*. New York: International Publishers; 1993.
47. Marx C. *Capital. A critical analysis of capitalist production*. 6th edition, London: Swan Sonneschein; 1990.

48. Habermas J. *Moral Consciousness and Communicative Action*. Cambridge: polity Press; 1990.
49. Habermas J. *Justification and Application. Remarks on Discourse Ethics*. Cambridge: polity Press; 1993.
50. Foucault M. *The Politics of Health in the Eighteenth Century*. In: Gordon C. Michel Foucault. *Power/Knowledge. Selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press; 1980.
51. Foucault M. *Social Security*. In: Kritzman, LD, (Ed.). *Michel Foucault. Politics, philosophy, culture*. USA: Routledge; 1988.
52. Foucault M. *The History of Sexuality, Vol 1*. London: Penguin Books; 1990.
53. Foucault M. *Genealogía del Racismo. De la guerra de las razas al racismo de Estado*. Madrid: Ediciones de la Piqueta; 1992.
54. Foucault M. *The Birth of the Biopolitics*. In: Rabinow, P, (Ed). *Michel Foucault. Ethics, subjectivity and truth (The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984)*. London: Allen Lane; 1997.
55. Foucault M. *Security, Territory, and Population*. In: Rabinow, P, (Ed). *Michel Foucault. Ethics, subjectivity and truth (The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984)*. London: Allen Lane; 1997.
56. Castel R. *From dangerousness to Risk*. In: Burchell G, Gordon C, Miller P (Eds). *The Foucault Effect. Studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf; 1991.
57. Beck U. *Risk Society. Towards a new modernity*. London: Sage; 1992.
58. Petersen A. *Risk, Governance and the New Public Health*. In: Petersen A, Buntton R (Ed.). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge; 1997.
59. Foucault M. *The Dangerous Individual*. In: Kritzman LD (Ed.). *Michel Foucault. Politics, philosophy, culture*. USA: Routledge; 1988.
60. Donzelot J. *Pleasure in Work*. In: Burchel G, Gordon C, Miller P (Ed.). *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf; 1991.
61. Canguilhem G. *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books; 1991.
62. Foucault M. *The Subjet and Power*. In: Dreyfus HL, Rabinow P (Eds). *Michel Foucault. Beyond structuralism and hermeneutics*. Brighton: Harvester; 1982.
63. Foucault M. *Discipline and Punish. The Birth of the prison*. London: Penguin Books; 1991.
64. Townsend P, Davidson N. *Inequalities in Health. The Black report*. Great Britain: Penguin Books; 1992.
65. Whitehead M. *Tackling Inequalities: a review of policy initiatives*. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M. *Tackling Inequalities in Health. An agenda for action*. London: King's Fund; 1995.
66. Popay J, Williams G, Thomas C, Gatrell A. *Theorising Inequalities in Health. The play of lay knowledge*. *Sociology of Health and Illness*; 1998. 20 (5): 619-644.
67. Guba E, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage; 1989.

68. Shadish WR, Cook DT, Leviton CL. Foundations of Program Evaluation. Theories of practice. USA: Sage Publications; 1995.
69. Vanderplaat M. Beyond Technique. Issues in evaluating for empowerment. Evaluation; 1995.1 (1):81-96.
70. Fox NJ. Postmodernism, Rationality and the Evaluation of Health Care. Sociological Review; 1991.39:709-744.
71. Vega RR. Health Care and Social Justice Evaluation. A critical and pluralist approach. PhD Thesis. The University of Hull, Hull, England, UK; 1999.
72. Campbell D. Politics without Principle. Sovereignty, ethics and the narratives of the Gulf War. London: Lynne Rienner; 1993.
73. Campbell D. National Deconstruction. Violence, identity and justice in Bosnia. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1998.
74. Habermas J. The Philosophical Discourse of Modernity. Cambridge: Polity Press; 1987.
75. Haber FJ. Beyond Postmodern Politics. Lyotard, Rorty, Foucault. New York: Routledge; 1994.
76. McCarthy T. The Critique of Impure Reason: Foucault and the Frankfurt School. In: Kelly M (Ed.). Critique and Power. Recasting the Foucault/Habermas Debate. Cambridge: The MIT Press; 1998.
77. Foucault M. The Archaeology of Knowledge. London: Tavistock Publications; 1972.
78. Foucault M. Two Lectures. In: Gordon C. Michel Foucault. Power/Knowledge. Selected interviews and other writings 1972-1977. Brighton: Harvester Press; 1980.
79. Foucault M. Questions of Method. In: Burchell G, Gordon C, Miller P. The Foucault Effect. Studies in Governmentality. London: Harvester Wheatsheaf; 1991.
80. Foucault M. Politics and Study of Discourse. In: Burchell G, Gordon C, and Miller P. The Foucault Effect. Studies in Governmentality. London: Harvester Wheatsheaf; 1991.
81. Foucault M. The Ethic of Care for the Self as a Practice of Freedom. In: Bernalawer J, Rasmussen D. The final Foucault. Cambridge MA: The MIT Press; 1988.
82. Foucault M. The Care of the Self. The history of sexuality, Vol 3. London: Penguin Books; 1990.
83. Foucault M. The Use of Pleasure. The history of sexuality, Vol 2. London: Penguin Books; 1992.
84. Foucault M. What is Enlightenment? In: Rabinow P (Ed). Michel Foucault. Ethics, subjectivity and truth (The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984). London: Allen Lane; 1997.
85. Foucault M. Technologies of the Self. In: Rabinow P (Ed). Michel Foucault. Ethics, subjectivity and truth (The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984). London: Allen Lane; 1997.
86. Deleuze G. Foucault. London: The Athlone Press; 1988.

87. Kelly M. Foucault, Habermas and the Self-Referentiality of Critique. In: Kelly M. Critique and Power. Recasting the Foucault/Habermas debate. Cambridge: The MIT Press; 1994.
88. Falzon C. Foucault and Social Dialogue. London: Routledge; 1998.
89. Laclau E, Mouffe Ch. Hegemony and Socialist Strategy. Towards a radical democratic politics. London: Verso; 1985.
90. Sen A. Inequality Reexamined. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1992.
91. Ulrich W. Critical Heuristics of Social Planning, A new approach to practical philosophy. Berne: Haupt; 1983.
92. Ulrich W. Churchman's "Process of Unfolding" – Its significance for policy analysis and evaluation. *Systems Practice*; 1988. 1 (4): 415-428.
93. Midgley G. The Sacred and Profane in Critical Systems Thinking. *Systems Practice*; 1992. 5 (1):5-16.
94. Midgley G. Mixing Methods: developing systemic intervention. In: Mingers J, Gill A (Eds). *Multimethodology*. England: Wiley; 1997.
95. Taket A, White L. After OR: an agenda for postmodernism and poststructuralism in OR. *Journal of the Operational Research Society*; 1993.44 (9): 867-881.
96. Taket A, White L. Doing Community Operational Research with Multicultural Groups. *Omega, Int. J. Mgmt. Sci.*; 1994. 22 (6):579-588.
97. Taket A, White L. Working with Heterogeneity. A pluralist strategy for evaluation. *Systems Research and Behavioral Science*; 1997. 14 (2):101-111.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas.asp>