

# POLÍTICA PÚBLICA Y TRANSFORMACIÓN MORAL<sup>1</sup>

## PUBLIC POLICY AND MORAL TRANSFORMATION

Inicio esta presentación con unas reflexiones sobre las conexiones entre la política pública y la transformación moral. En la primera parte comentaré varios elementos teóricos importantes sobre los que estamos reflexionando, y en la segunda parte presentaré algunos datos específicos sobre salud. Intentaré explicar cuáles serían algunos posibles vínculos entre las políticas públicas y eso que estamos llamando “transformación moral”, y cuáles serían las implicaciones sociales para el ejercicio ciudadano, intentando señalar algunas conexiones entre moralidad y orden neoliberal.

Cesar Abadía<sup>2</sup>

Recibido: Mayo 15 de 2015  
Aprobado: Julio 15 de 2015

- 
1. Abadía, C. (2013, septiembre) Ponencia en el Foro *Construcción de nuevas ciudadanías: un diálogo de la Universidad con la sociedad*. Universidad Piloto de Colombia. Bogotá.
  2. Grupo de Antropología Médica Crítica – Universidad Nacional de Colombia.

Empecemos con la política pública. Desde un punto de vista antropológico, la política pública no es un ejercicio estático que represente directamente las formas como la ciudadanía actúa o se expresa a través del Estado, ni es tampoco la expresión final de la participación ciudadana. Las políticas públicas se entienden como la expresión de dinámicas históricas ancladas al poder o la materialización en textos de intereses políticos y económicos pero, a su vez, el texto de la política pública continúa con vida en sus procesos de interpretación, de ejecución e, inclusive, de transgresión, en la medida en que esa relación entre política pública como texto escrito (es decir, como símbolo) y como ejecución (es decir, como práctica) ancla una cadena de sujetos, instituciones y poderes que pasan no solo por la administración y las burocracias tanto públicas como privadas, sino igualmente por los ejercicios ciudadanos en tanto que todas y todos actuamos con base en esa política, la seguimos pero también la usamos a nuestro acomodo, para tratar de sacar ventajas específicas o dinamizar agendas particulares o de colectividades.

Este primer marco analítico sobre la política pública, que es compartido y mucho mejor analizado por las disciplinas de la administración y gobierno, se entiende desde la antropología como una posibilidad para indagar por esas dinámicas sociales alrededor de los procesos legislativos o de administración pública, y por los marcos históricos y culturales en donde se desarrollan multiplicidad de dinámicas institucionales e individuales.

Las reformas constitucionales de finales de siglo XX en varios países de América Latina marcaron el deseo de estas poscolonias de transformar sus estados de derecho en estados sociales de derecho. Dentro de este proceso no solo se reconoce que las desigualdades sociales condicionan la garantía de los derechos, sino que también se introducen mecanismos individuales de reivindicación de derechos en donde ciudadanas y ciudadanos elevan peticiones a los jueces para proteger sus derechos, tanto los fundamentales como los llamados de segunda generación (sociales, económicos y culturales). Las peticiones ciudadanas por vía jurídica se han tornado tan importantes y visibles (tanto cuantitativa como cualitativamente) que ya se plantea el término de judicialización de la política, entendida como el creciente papel del sector judicial en modificar y alterar los órdenes legislativos e inclusive la administración pública. Cuando un juez confiere un derecho a un ciudadano/a, altera la justicia distributiva ya que también obliga a la administración pública a encontrar mecanismos para hacer viable el pleno

ejercicio del derecho, incluyendo un reordenamiento en los recursos y la alteración de los planes de ejecución presupuestal.

La judicialización de la política pública también ocurre en el sector salud, particularmente mediante el uso de la tutela. Esto se ha descrito en Brasil en donde las tutelas son interpuestas al Estado por incumplir sus obligaciones en el sistema público de salud (conocido en ese país como SUS). Para el caso colombiano, la Defensoría del Pueblo reporta que ya se han interpuesto más de un millón de tutelas exigiendo la garantía del derecho a la salud, desde que este mecanismo empezó a utilizarse. El uso en aumento de las tutelas puede entenderse como una respuesta ciudadana en defensa del derecho a la salud, a través de las cuales se enfrentan las lógicas de mercado de la Ley 100 de 1993, que introdujo la intermediación financiera en el sistema de salud, visible en las aseguradoras en salud o EPS (Empresas Promotoras de Salud). Cuando la atención es deficiente, faltan insumos, no existe personal idóneo o se niegan directamente los servicios requeridos, generalmente bajo el falso argumento que lo requerido no está contemplado en el plan de seguros (conocido en Colombia como POS o Plan Obligatorio de Salud), ciudadanos y ciudadanas elevan sus peticiones a los jueces para que su necesidad de atención sea resuelta. Si bien las fallas pueden estar a nivel local (del hospital o de la institución que está prestando el servicio), ya existen sendos estudios en donde se demuestra que la falla no es de las instituciones de salud, sino que los problemas de acceso obedecen a las lógicas de lucro de las aseguradoras, las cuales manejan y controlan todos los recursos del sistema, utilizan y transforman los marcos legales según su conveniencia y son reconocidas por sus prácticas de corrupción y por atentar contra la salud de las personas.

Entonces, cuando se fallan estas acciones individuales de reclamación de derechos, el juez se enfrenta a una decisión que refleja una tensión moral. Otorgar la garantía del derecho a la salud de forma individual entra en tensión con los procesos de justicia distributiva y solidaridad que han sido consignados en las leyes y en la administración pública. Es decir, cuando un juez le garantiza a una persona su derecho a la salud y le exige a quien está demandando, bien sea el Estado o las empresas privadas, que presten el servicio, se tienen que gestionar los recursos para esa atención, los cuales generalmente provienen de un fondo público (llamado Fosyga) financiado por impuestos y por contribuciones obligatorias de las personas afiliadas al sistema de salud que tengan capacidad de pago. El fallo del



juez o jueza está alterando lo que se había diseñado como límites tope de recursos para el funcionamiento del sistema de salud en términos generales. Los fallos conferidos también empiezan a generar jurisprudencia en los procesos de salud alterando de esta forma el marco de las leyes preestablecidas, por lo menos en sus posibilidades de interpretación y reinterpretación.

Lo interesante en este proceso de judicialización de la política en salud es que muestra una nueva dinámica de la política pública, en donde es a través de las acciones ciudadanas como se logra transgredir, transformar y recrear esas políticas. Desde una perspectiva crítica, la judicialización de la política en salud también permite entender un campo de poder contestado en donde los intereses de sectores capitalistas están protegidos por la ley y amenazados por la judicialización de la política, si la garantía de derechos inviabiliza el flujo de recursos del sistema o no logra controlar el descontento social ocasionado por la precarización de la salud en el país.

En esta tensión entre marcos legales, judicialización de la política y dinámicas cotidianas, en donde el lucro entra en contradicción con la respuesta efectiva a las necesidades en salud, es posible identificar una tensión moral en constante desenlace. Aquí, entonces, es pertinente explicar brevemente el tercer concepto: la moralidad.

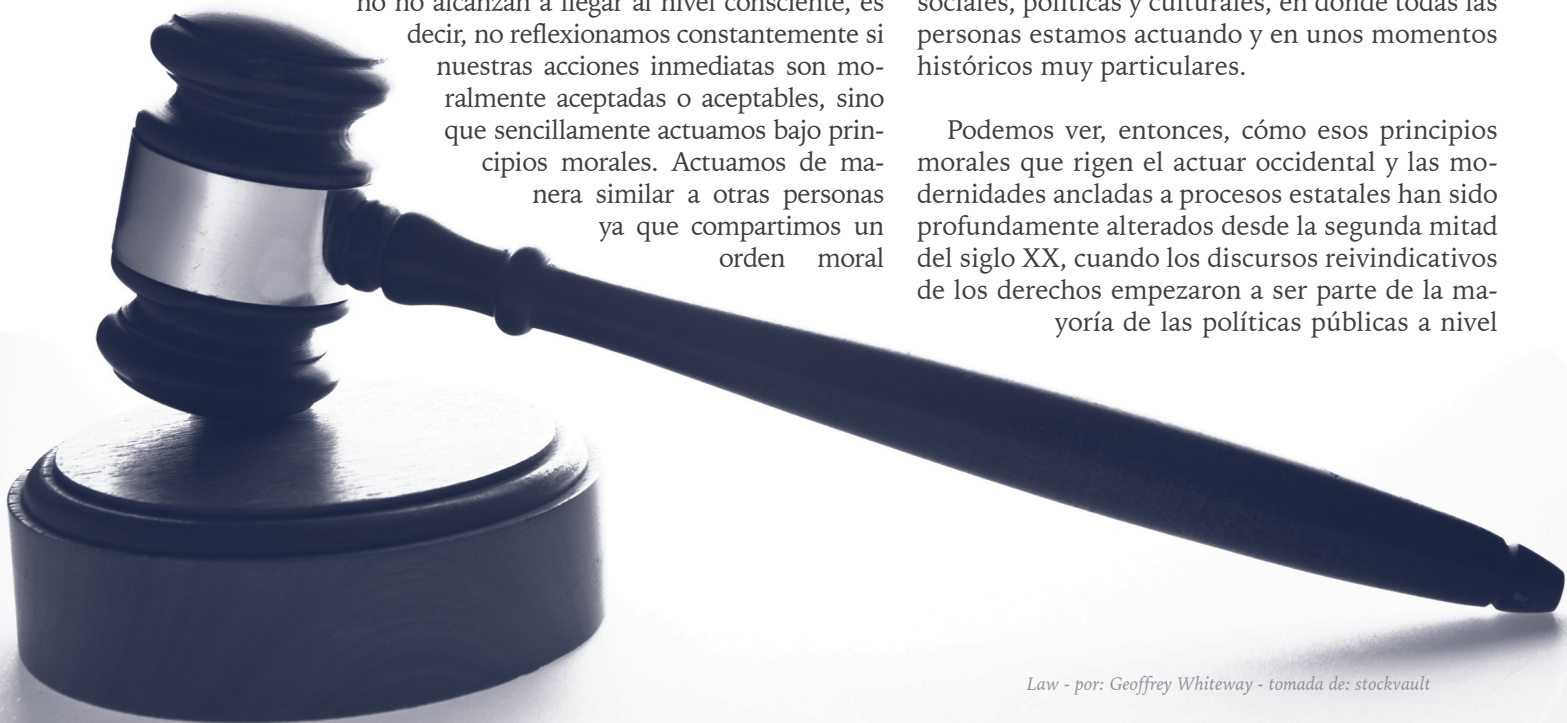
La moralidad, en una síntesis muy brusca de esta tradición que viene de la filosofía pero que ahora está siendo analizada por algunos representantes de las ciencias sociales, se entiende clásicamente como aquellos procesos bajo los cuales obramos bien: las buenas acciones, las acciones que son moralmente aceptables. Son procesos que en el accionar cotidiano

no alcanzan a llegar al nivel consciente, es decir, no reflexionamos constantemente si nuestras acciones inmediatas son moralmente aceptadas o aceptables, sino que sencillamente actuamos bajo principios morales. Actuamos de manera similar a otras personas ya que compartimos un orden moral

establecido, cuya contraparte sería lo reprochable. Una forma de facilitar la comprensión de la moralidad es mirar la diferencia entre lo reprochable y lo ilegal. Por ejemplo, es reprochable una conducta no moral, pero no es necesariamente sancionable por elementos de la ley (por ejemplo reír a carcajadas en un templo o sitio de recogimiento espiritual en donde la norma sea guardar silencio). Lógicamente hay elementos moralmente sancionables que son también ilegales (por ejemplo, el acoso sexual), así como hay elementos ilegales que algunos consideraríamos no necesariamente reprochables (por ejemplo, robar para comer). De estos elementos y ejemplos se desprende que los órdenes morales están histórica y socialmente constituidos.

Entonces, lo que es interesante de discusiones recientes sobre moralidad es que esta se ve como un ejercicio doble que implica construcciones individuales, aquellas construcciones subjetivas que hacen actuar de una forma moralmente aceptable frente al mundo, ancladas al entendimiento que lo aceptable para cada persona, según sus principios morales, responde a un ordenamiento social moral. Lo que ahora se discute es que esa valoración de los principios sobre actuar bien en el mundo, de actuar de una forma moralmente aceptable, está anclada a todo un proceso y un contexto histórico y cultural que hace que esas formas que aparentemente son tan intuitivas y personales, en realidad reflejen una interconexión de procesos que se adquieren de formas no conscientes, que se viven y se encarnan en cada persona, pero que están ancladas al mismo tiempo a un orden social moral que las hace posibles. Los debates actuales apuntan a que hay varias formas de entender esa interconexión entre formas no conscientes del actuar moral y unos procesos históricos que tienen que ver con las dinámicas sociales, políticas y culturales, en donde todas las personas estamos actuando y en unos momentos históricos muy particulares.

Podemos ver, entonces, cómo esos principios morales que rigen el actuar occidental y las modernidades ancladas a procesos estatales han sido profundamente alterados desde la segunda mitad del siglo XX, cuando los discursos reivindicativos de los derechos empezaron a ser parte de la mayoría de las políticas públicas a nivel



mundial. La reivindicación de derechos de las minorías, de grupos llamados vulnerables, que inició por ejemplo como movimientos antirracistas, antisexistas, etc., terminó transformando no sólo los principios morales con los que actuamos sino que, ahora es cada vez más reprochable discriminar o atentar contra la buena honra de otras personas por sus diferencias, por sus características particulares, bien sean de raza, género, orientación sexual, etc., situación que incluso termina reflejándose en leyes, políticas y programas anti-discriminación. En este sentido es fácil establecer cómo la moralidad, entendida como un “campo histórico”, se ha ido transformando y cómo las luchas y las reivindicaciones, las leyes y las nuevas prácticas sociales han logrado transformar el orden moral. Solo por citar un ejemplo, las nuevas generaciones se están socializando en escuelas en donde la diversidad se valora y se critica fuertemente. Este orden moral, sin embargo, se diferencia según las dinámicas de clase y los capitales culturales que se manejen en cada región particular. Ahora sabemos que todas las políticas públicas incluyen esos elementos de inclusión, de progresividad, de no vulneración de las minorías, etc., y que en algunos países, como en Colombia, terminan siendo letra muerta pero que, a pesar de esto, reflejan un momento histórico del cambio dinámico de las políticas públicas, de la acción que se ha ejercido sobre esos principios y su relación con la transformación del orden moral.

Para cerrar esta parte teórica y pasar a los datos, quiero señalar la manera en que este avance

del discurso de los derechos reflejados en políticas públicas y transformadores del orden moral, hacia uno más inclusivo, más respetuoso de la diversidad, que tendería históricamente a favorecer la integridad de los derechos sociales, económicos y culturales ocurre desde la segunda mitad del siglo XX, época en que la fase de acumulación de capital entra al orden global conocido como neoliberal, y empieza a dismantelar todas las redes de bienestar social en el mundo, en las cuales se afianzaba gran parte de la posibilidad de garantizar derechos.

Es decir, mientras que el conjunto de ciudadanos y ciudadanas reclama a los Estados el respeto por los derechos y en las nuevas constituciones se reconoce la importancia de las desigualdades sociales como impedimento para el disfrute pleno de los derechos y se implementan mecanismos jurídicos reivindicativos de ellos, el Estado se vuelve incapaz para responder a esta relación entre derechos y condiciones sociales, en tanto la lógica del libre mercado es la que va a hacer que estos principios de justicia redistributiva se cumplan; es decir, el principio de justicia depende ahora en gran medida de la autorregulación del libre mercado, y ya sabemos bien que los principios de mercado tienen como lógica estructurante la generación de desigualdades sociales, en tanto que es la capacidad de pago la que permitirá a la ciudadanía en general comprar o no servicios para satisfacer sus necesidades particulares, o bien convertirse en receptores de subsidios para poder entrar en esas redes de consumo, a través de las cuales se satisfacen los derechos.

## *Experiencias y leyes*

Los tres elementos centrales que hemos querido destacar (política pública, judicialización de la política y moralidad) nos hablan de esa imbricación entre un proceso subjetivo y un contexto histórico del actuar bien en el mundo. Ahora presentaré algunos datos de lo que ha pasado con esa judicialización del proceso de la salud en Colombia, comentaré brevemente la transformación de las leyes y reflexionaré sobre su relación con el orden moral de todos los colombianos alrededor de un asunto vital como es el derecho a la salud.

Tenemos el caso de Esperanza, la cuidadora principal de su hermano Emiliano, un químico que desafortunadamente diez meses después de haber adquirido su pensión sufrió un accidente cerebrovascular muy fuerte. Después de dos intervenciones de neurocirugía terminó algunos meses en la unidad de cuidado intensivo y su estado empezó a declararse como sin posibilidad de mejoría por el tipo de daño cerebral. El médico tratante quería darle salida hospitalaria e iniciar cuidados en la casa a cargo de Esperanza porque la compañía de

seguros en salud lo estaba presionando para dejar de pagar su hospitalización. Lo primero que hace Esperanza es pedir consejo de un amigo médico intensivista, es decir especialista en el manejo médico de personas que necesitan unidades de cuidado intensivo. Este amigo le dice a Esperanza que existen unas unidades que se llaman de cuidados intermedios en donde pueden brindarle mucho apoyo principalmente de enfermería.

Inclusive el médico tratante del hospital le dice a nuestra amiga Esperanza que Emiliano necesita una enfermera permanente, las veinticuatro horas del día para supervisión y evitar complicaciones. Sin embargo, este médico también le dice que en el plan de salud al que tenemos derecho todos los colombianos y colombianas, no se contempla servicio de enfermería veinticuatro horas, ni unidad de cuidado intermedio. Entonces a Esperanza le toca pagar tanto por la unidad de cuidado intermedio como por el servicio de enfermería hasta que la cantidad de trámites la tienen muy agobiada, y las cuentas y deudas ya no la dejan estar en



paz. Finalmente, Esperanza interpone una tutela solicitándole al juez que le autorice el servicio de enfermería veinticuatro horas para poder atender las necesidades de Emiliano y que no se ponga en riesgo su derecho a la salud y a la vida. El juez falla a favor de ella, obligando a la EPS a enviar una enfermera veinticuatro horas al día, si bien también la autoriza a cobrar al fondo público por este gasto, ya que no está contemplado en la póliza de salud (es decir en el POS).

Lo que quiero resaltar en este relato es el asunto moral en cuestión. En este caso, el juez entiende el derecho a la salud como un asunto fundamental de la vida y la dignidad humana. A pesar que la orden de enfermería no viene del médico tratante sino del amigo de Esperanza, el juez falla a favor para proteger los derechos de Emiliano.

Tres años más tarde Esperanza sigue pagando por la unidad de cuidados intermedios y por otros gastos relacionados con los cuidados de Emiliano hasta que su situación financiera y emocional se vuelve nuevamente insostenible. Entonces decide interponer una nueva tutela para que la EPS le suministre la unidad de cuidado intermedio (por la cual paga un millón ochocientos mil pesos mensuales) y los pañales desechables para adulto (cuyo costo asciende a casi un millón de pesos mensuales). Esperanza sigue la lógica legal sobre garantía de derecho y capacidad de pago ya que la ley es explícita en señalar que elementos no cubiertos por el plan de salud (lo que conocemos en Colombia como No-POS) solo pueden ser suministrados si la persona demuestra que no tiene suficiente capacidad de pago. Entonces Esperanza incluye pruebas en las que muestra que la pensión de su hermano es insuficiente para pagar la unidad de cuidados intermedios y los pañales desechables. El juez 51 Civil Municipal de Bogotá le niega el amparo de tutela porque considera que “la actora en la declaración visible señala que el médico tratante no ha expedido la fórmula médica para el suministro de los implementos peticionados ni tampoco ha ordenado la internación del señor Emiliano en la clínica, *pues ha sido ella quien consideró necesaria dicha reclusión debido a que no tiene tiempo de atender sus cuidados*, lo anterior conlleva a determinar la improcedencia del amparo invocado”. En este nuevo fallo ya empezamos a ver una sanción moral por parte del juez, en tanto advierte que es ella quien quiere hacer trucos al sistema porque no tiene tiempo de cuidar de su hermano. En este dictamen hay un abandono de la lógica del fallo basado en necesidades de salud y de dignidad humana, y se pasa a fallar siguiendo elementos técnico-legales, como no ser médico tratante, y defender la lógica de mercado que sustenta este tipo de sistemas de salud, como versa en varias tutelas, sobre la viabilidad financiera del sistema.

Cuando hay un fallo negativo de tutela los ciudadanos pueden interponer una impugnación. Impugnar la decisión de un juez significa que un juez o jueza en la jerarquía inmediatamente superior al primero revisa el fallo de tutela y emite una nueva sentencia. En este nuevo fallo es ahora el juez 18 Civil del Circuito quien ratifica la negación y establece un mayor juicio moral al sustentar que es Esperanza quien ha decidido internar a su hermano para librarse de esa responsabilidad, pero además crea una jerarquía moral más clara al decir que la aseguradora “no sólo ha venido prestando todos los servicios a los que tiene derecho el paciente Emiliano como afiliado de dicha entidad, sino que además en cumplimiento del fallo de tutela le ha prestado otros que no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud y con ello se le están garantizando sus derechos fundamentales y se le está cubriendo integralmente, al punto que se le está ofreciendo además un servicio de atención en casa”. En esta jerarquía moral no solo se señala que Esperanza no quiere cumplir sus obligaciones, que desea que el sistema pague por algo que supuestamente es su responsabilidad, sino que también se exalta la labor de la aseguradora la que, siguiendo esta lógica argumentativa moral, se ha excedido en sus funciones y servicios, insinuando que inclusive, una empresa con ánimo lucrativo ha utilizado recursos adicionales que no le correspondían con el fin de brindar mayor atención que la requerida.

No conforme con el segundo fallo, Esperanza decide hacer algo que llaman en derecho insistencia. Una insistencia significa que un ciudadano solicita a la Corte Constitucional que revise la tutela porque sigue en desacuerdo con el fallo del juez de primera instancia y de segunda instancia. Podemos pensar en la Corte Constitucional como la instancia de mayor orden moral en el país, en tanto son los magistrados los que expiden el deber ser dentro de la acción ciudadana de los deberes, compromisos y derechos. Son muy pocas las tutelas que la Corte Constitucional accede a revisar cada año, ya que tienen que cumplir ciertos méritos. Finalmente, la Corte Constitucional revisa la tutela de Esperanza y dictamina que sí le otorga la unidad de cuidado intermedio pero no los pañales; lo interesante de esta sentencia de la Corte Constitucional es que muestra cómo la lógica de mercado y su relación con el derecho hace parte del discurso moral empleado en el fallo. La Corte Constitucional señala en relación con la Unidad de Cuidados Intermedios que “dentro de este panorama la erogación por el servicio requerido sería superior a la mitad de sus ingresos, valor que afectaría desproporcionadamente el mínimo vital del agenciado”, o sea Emiliano. Este servicio requerido, sigue el argumento de los magistrados, si no se le cubre, le afectaría a Emiliano



su mínimo vital ya que es más de la mitad de lo que él gana. Sin embargo, dice la Corte Constitucional, “no sucede lo mismo con el suministro de pañales u otros insumos indispensables para el cuidado personal del paciente por cuanto su costo no resulta exagerado”.

Lo que queremos resaltar es cómo los principios del orden moral se han metido en el mercado de la salud, inclusive en la lógica bajo la cual la Corte Constitucional imparte justicia, señalando lo que implica acceder o no al derecho a la salud en Colombia. Es decir, esta fórmula matemática de costos es reflejo de las lógicas económicas bajo las cuales opera el sistema de salud y esto transforma el discurso moral sobre a qué se tiene derecho y quién es responsable por el pago de esos derechos.

Para finalizar, quiero comentar brevemente esta relación entre transformación moral enmarcada en la judicialización de la política en salud con las distintas reformas al sistema de salud que se han implementado: en el 2007 con la Ley 1122, la tentativa de Uribe en 2009/2010 con la declaratoria de emergencia social en salud, la Ley 1438 de 2011 y las leyes generales y ordinarias de 2013. En todas ellas se ve cómo se profundiza el modelo de mercado, pero lo que quiero señalar específicamente son los ajustes al discurso moral que se vienen desarrollando. Me detendré brevemente en la emergencia social y en la Ley 1438 de 2011.

El modelo de intermediación y aseguramiento individual opera bajo la lógica que se llama “riesgo moral”, cuyo argumento es que las personas que tienen un seguro médico, por tenerlo, van a hacer uso inadecuado del mismo pues van a solicitar más servicios de salud de los que necesitan. Es decir, el seguro médico es malo en tanto las personas lo usan más y al usarlo más, gastan los recursos destinados por la sociedad para atender a las funciones en salud. Por tanto, bajo esta lógica se necesitan imponer barreras administrativas que funcionen como contención de costos, bien sea como incentivos o castigos económicos. Resulta posible ver que esta lógica argumentativa bajo la cual las personas perversamente quieren utilizar los recursos del sistema para beneficios personales es evidente en Esperanza, pero también nutrieron las discusiones sobre los últimos procesos de reforma del sistema de salud. Vale la pena recordar cómo en los decretos de emergencia social de 2009 se señalaba que el sistema de salud estaba en crisis económica, no por las lógicas corruptas y de lucro de las aseguradoras, sino porque ciudadanos, jueces y médicos estaban solicitando demasiados servicios No-POS, lo cual estaba llevando a que el sistema fuese inviable. Estos decretos generaron gran controversia y protesta social porque en su lenguaje se incluían multas y otras amenazas económicas tanto para pacientes con necesidades no cubiertas por el sistema, como para médicos que ordenaran por



fuera de los límites del POS. Finalmente, estos decretos fueron declarados inexecutable por la Corte Constitucional, pero en 2011 se presentó por vía del Congreso un proyecto de ley con gran parte de los principios propuestos en la emergencia social, si bien eliminando los puntos que habían generado mayor conflicto social y mejorando la parte técnica para viabilizar el sistema. El punto interesante de la Ley 1438 de 2011, es que los ministros de Salud y Finanzas argumentaron que al brindar servicios de salud a algunos pocos se afectaban las posibilidades para que el Estado atendiera a la mayoría de la población y, particularmente, a los más vulnerables. En este último proceso legislativo es interesante apreciar que la lógica de la sanción moral ya alcanza nuevos niveles al señalar que quienes soliciten servicios no cubiertos por el sistema no solo quieren hacer un mal uso del mismo y obligar a la sociedad a pagar por algo que supuestamente se define ahora como de competencia de ellos, sino que estas personas impedirían al Estado cumplir con la ley. La sanción moral entonces adquiere una nueva faceta al plantear el debate moral no solo en términos de capacidad de pago, sino en ser “culpable”

de la falta de salud de los con-ciudadanos. Aún más, cooptando las lógicas discursivas de reivindicación de derechos, utiliza la lógica de la mayor necesidad para señalar las consecuencias de las acciones de individuos “egoístas” frente al conjunto de la población considerada como con mayor “vulnerabilidad moral”.

Es decir, a través de las leyes se está impulsando un nuevo orden moral en el cual la justicia (los jueces y la Corte) no solamente van a tener que hacer una fórmula matemática de saber cuánto puede pagar una persona para garantizarle o no su derecho sin atentar contra su propia seguridad económica que le permita el mínimo de existencia digna, sino también para evaluar que tan moralmente aceptable es que alguien solicite un servicio cuando cada fallo favorable conllevaría, bajo esta nueva lógica, a la vulneración del derecho de un sector social completo: la población vulnerable. Este nuevo orden legislativo va a tener todavía una carga moral más profunda en tanto que quien pida la garantía de su derecho y quien la conceda se convierten en culpables de la imposibilidad de garantizar lo mínimo a las personas más vulnerables de la sociedad.

## Conclusión

Lo que esta discusión sobre política pública, judicialización de la política y moralidad nos indica es que enfrentamos un proceso muy fuerte de lógicas de control poblacional que abarca los mecanismos legales y las luchas reivindicativas de derechos. Con estos datos es evidente el control que se ejerce sobre la justicia, en la cual la valoración moral cumple un papel fundamental para regular los mercados en los cuales se adscriben los derechos. Para que estas estructuras de mercado logren permanecer en el tiempo, necesitan varios ajustes técnicos legislativos que atiendan a las dinámicas cotidianas de un mercado difícil de controlar: venta de servicios de salud frente a necesidades imposibles de reducir a una lista de procedimientos e impagables por la escasa capacidad de pago y el lucro que se desprende de los precios y las prácticas de corrupción del capital financiero y del capital industrial en salud. Pero además de esto, lo

que empezamos a evidenciar es que la viabilidad de estas nuevas formas de acumulación de capital implica transformar los valores de la sociedad; en este caso, el orden moral bajo el cual las personas reinterpretan lo que son los derechos a la atención en salud, cuyo objetivo es la reproducción de la ideología dominante. Lógicamente la validación del orden moral bajo el que terminemos juzgando si el acceso a servicios de salud depende de necesidades particulares, de cálculos económicos individuales y sociales, o de posible daño a otros conciudadanos, representa el conflicto social propio de la lucha de clases, ahora expresado en el campo de la salud bajo el dominio de las aseguradoras. La ideología de mercado en salud tendrá un largo recorrido para convertirse en hegemónica, ya que la seguiremos contrarrestando desde la ciudadanía y la movilización social, que es otro de los ejes que se debatieron en esta jornada.



## Referencias bibliográficas

- Abadía-Barrero, C. and D. Oviedo. 2010. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas en Salud* Sup 9 (18):86-102.
- Abadía Barrero, C, M. Melo, M. Y. Pinilla, K. Ariza, and C. Ruíz. 2011. Algunas violencias del capitalismo en Colombia. Dispositivos de tortura y autodestrucción. *Maguaré* 25 (1):203-240.
- Biehl, J., J. J. Amon, M. P. Socal, and A. Petryna. 2012. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health and Human Rights: An International Journal* 14 (1):484.
- Defensoría del Pueblo. 2007. *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo. 2012. *La Tutela y el Derecho a la Salud 2011. 20 años del uso efectivo de la Tutela 1992-2011*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Fassin, D. 2011. A contribution to the critique of moral reason. *Anthropological Theory* 11 (4):481-491.
- Fassin, D. 2009. Another Politics of Life is Possible. *Theory Culture Society* 26 (5):44-60.
- Giraldo, Cesar. 2007. *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Ediciones Desde Abajo.
- Gonçalves, T.M., and J.A. Machado. 2010. Judicialization of Health Policy in the Definition of Access to Public Goods: Individual Rights versus Collective Rights. *Brazilian Political Science Review* 4 (1):33-68.
- Hernández, M., and M. Tovar. 2010. Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Medicina Social* 5 (4):241-245.
- Iriart, C., T. Franco, and E. E. Merhy. 2011. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health* 7.
- Lamphere, L. 2005. Providers and Staff Respond to Medicaid Managed Care: The Unintended Consequences of Reform in New Mexico. *Medical Anthropology Quarterly* 9 (1):3-25.
- Molina, G., I. Muñoz, and A. Ramírez, eds. 2009. *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público, COLCIENCIAS, Universidad Industrial de Santander.
- Robledo, J. E. 2012. El verdadero Ministerio de salud es el "Cartel de las EPS". *Economía Colombiana*. 336 (Sistema Nacional de Salud: inmensamente rico en su miseria):35-46.
- Rose, N. 2007. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Edited by P. Rabinow. Princeton: Princeton University Press.
- Stone, D. 2011. Behind the Jargon Moral Hazard. *Journal of Health Politics Policy and Law* 36 (5):887-896.
- Sunder Rajan, K. 2006. Biocapital. *The Constitution of Postgenomic Life*. Durham and London: Duke University Press.
- Yepes, J. F., M. Ramírez, L. H. Sánchez, M. L. Ramírez, and I. Jaramillo. 2010. *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Bogotá: Assalud; Universidad del Rosario, Facultad de Economía; Mayol Ediciones.
- Zigon, J. 2010. Moral and ethical assemblages A response to Fassin and Stoczkowski. *Anthropological Theory* 10 (1-2):3-15.

