

**EXCLUSIÓN SOCIAL Y EQUIDAD EN LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD COLOMBIA 2016**

Línea de Investigación: Ética y Política



RAÚL ARTURO LASSO LÓPEZ

**MAESTRÍA EN ÉTICA Y FILOSOFÍA POLÍTICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
POPAYÁN, 2018**

**EXCLUSIÓN Y EQUIDAD EN LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
COLOMBIA 2016**



RAÚL ARTURO LASSO LÓPEZ

Trabajo de Grado en la modalidad de Monografía
Para optar al título de Magister en Ética y Filosofía Política

Dr. JOSÉ RAFAEL ROSERO MORALES
Director

**MAESTRÍA EN ÉTICA Y FILOSOFÍA POLÍTICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
POPAYÁN, 2018**

Nota de aceptación

Firma del Presidente de Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

DEDICATORIA

Es una mínima retribución dedicar este trabajo monográfico a mi querida madrecita, hermanitos y a mi núcleo familiar (esposa e hijas) que me apoyaron permanentemente en este viaje maravilloso de obtener conceptos, conocimientos y avanzar a críticas razonadas desde la ética y filosofía política hacia el diario vivir, con especial afecto por el sector salud.

AGRADECIMIENTOS

A mi maestro Doctor Rafael Rosero Morales Director de la Maestría en Ética y Filosofía Política y del grupo de Investigaciones Cultura y Política de la Universidad del Cauca, considerado un ejemplo para el sentipensar nuestroamericano, amigo deseable de muchos. Sus luchas por la emancipación del saber, ser y del poder, me enseñan cada día que existen formas otras, saberes otros y pensamientos otros; que nos reconocen como comunidades diversas.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. OBJETIVOS	5
2.1 GENERAL	5
2.2 ESPECÍFICOS	5
3. METODOLOGÍA	6
3.1 TIPO DE ESTUDIO	6
3.2 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	6
4. MARCO DE REFERENCIA	7
4.1 EL CONCEPTO DE EQUIDAD	7
4.2 EL CONCEPTO DE EXCLUSIÓN SOCIAL	9
4.3 HACIA EL CONCEPTO DE SALUD	11
4.4 REFERENTES DOCUMENTALES DE EXCLUSION Y EQUIDAD EN EL MARCO LEGAL DE SALUD EN COLOMBIA	12
4.5 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD 2016	17
4.5.1 Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud	20
4.5.2 Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS	22
4.6 LA IDEA DE JUSTICIA EN LUIS VILLORO TORANZO	25
4.6.1 Condiciones Generales de la Exclusión.....	26
4.6.2 Exclusión, Libertad e Igualdad.....	33
4.6.3 Exclusión y el Bien Común	37
4.7 EI MODELO DE JUSTICIA EN AMARTYA SEN	39
4.7.1 Equidad en Salud y Justicia Social	39
4.7.2 La Idea de Justicia de Sen.....	41
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	45
6. RESULTADOS	46
6.1 CARACTERIZACIÓN: RELACIONES DE EXCLUSION SOCIAL Y EQUIDAD EN LA PAIS SEGÚN MODELOS ESTUDIADOS	46
6.2 MÍNIMOS TEÓRICOS DESDE LA FILOSOFÍA POLÍTICA PARA SALUD	52
6.2.1. Generalidades de los diferentes enfoques investigativos en salud.....	52
6.2.2 Filosofía política y salud.....	53
7. DISCUSIÓN	57
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
10. ANEXOS	68

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Relaciones e interdependencias en el Sistema de Salud Colombiano	17
Gráfico 2 Política Integral de Atención en Salud, PAIS	20

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Riesgos Colectivos e Individuales	68
Anexo 2 Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS	69
Anexo 3 Redefinición del Esquema de Incentivos	70

CUADRO DE SIGLAS

SIGNIFICADO	
Organizaciones /Entidades /Empresas	
SSSI	Sistema de Seguridad Social Integral
APB	Administradora de Planes de Beneficios (Antiguas EPS)
EPS	Empresa Promotora de Salud (Actualmente Administradora de Planes de Beneficios)
MINSALUD	Ministerio de Salud y Protección Social
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
Otras	
SISS	Sistema Integral de Seguridad Social
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud

Nota: Se usan siglas para reducción de texto, son reconocidas a nivel mundial, país y otras producto de la investigación

Fuente: Elaboración propia

RESUMEN

La presente monografía aborda el tema de justicia en salud desde dos autores Luis Villoro Toranzo (Exclusión como principio de la justicia) y Amartya Sen la justicia social; su relación con la política de atención integral en salud (PAIS) promulgada en el año 2016 para Colombia, misma que fundamenta en el acceso a servicios de salud procesos de equidad erróneamente esperados.

Incluye antecedentes generales sobre la justicia social en Colombia desde la reforma de la Ley 100 de 1993, las realidades de un sistema de aseguramiento que se profundiza en la nueva política de salud, el precario estado de bienestar y libertades casi nulas de la comunidad para afrontar este problema. El enfoque se centra en las ideas de justicia basado en las necesidades y capacidades en salud, se analiza de manera razonada, las precondiciones para su aplicación y se evidencia en crítica constructiva lo que se espera del nuevo esquema (viejo reforzado) de salud en Colombia. Sirve de base para profundizar diversos tópicos en futuras investigaciones.

Se siguió un enfoque interpretativo comprensivo hacia el concepto de equidad y al mismo tiempo se relacionó con el de exclusión social.

Se evidenció inexistencia de actuaciones políticas para cambiar el esquema de aseguramiento imperante, lo que trae un gran significado político para la salud en términos de entender que la solución para la inclusión en salud aún está por definir.

Diálogos como el presente permitirán visualizar necesidades que permitan movilizar apoyos para el bienestar y libertad e iniciar procesos de neutralización de divergencias que apunten hacia una salud más justa.

INTRODUCCIÓN

El argumento central de la presente monografía parte de aceptar los conceptos de equidad, salud, exclusión y justicia en los referentes sociales e históricos, estos han tenido diversas formas de interpretación y por tanto se considera asuntos no resueltos, sin embargo se presentará una aproximación que los caracterice y permita avanzar en el entendimiento de las relaciones de exclusión y equidad al referirnos a la política de atención integral en salud para Colombia ⁽¹⁾. Pareciera que ponerlos en conflicto permanente es el interés de algunos actores del sistema de salud y con ello distraen, confunden y distorsionan la esencia de los mismos.

A modo de ejercicio, se busca realizar un análisis de la ética y filosofía política de la PAIS en Colombia, que pueda servir de insumo para la deliberación sobre esos asuntos. Sin las pretensiones de una investigación académica acabada, se elabora la presente monografía que pueda enriquecer investigaciones empíricas posibles en forma mediata y elementos para la discusión en forma inmediata. Esta investigación monográfica mantiene un sustento de tesis personal que analiza textos y documenta evidencia a través de análisis documental, especialmente de los contenidos tácitos formulados en la PAIS.

Sigue un hilo conductor desde los inicios de su marco de referencia; aproxima aspectos conceptuales sobre equidad, exclusión social y salud, avanza en la búsqueda de los mínimos referentes documentales de exclusión y equidad en salud para Colombia, presenta un resumen juicioso del marco argumentativo de la PAIS, reseña las principales ideas de Luis Villoro Toranzo y Amarty Sen cuando se trata de argumentar conceptos que engloban el término justicia, en este aspecto el documento monográfico tiene la necesidad de ampliar y argumentar ideas con autores como Jhon Rawls, Jürgen Habermas, Norberto Bobbio, Raymond Aron, Ronald Dworkin, Thomas Nagel, Thomas Scanlon, Marion Young, Boaventura de Sousa Santos, Franz Fanon y otros.

Los resultados finales permiten caracterizar las relaciones de exclusión y equidad en la PAIS según los modelos de justicia estudiados, presentando unos mínimos teóricos

desde la filosofía política para la salud, insumos determinantes para presentar una discusión centrada en la PAIS que permitan al lector entender las conclusiones planteadas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Colombia define la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) 2016 ⁽¹⁾, en el marco de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud ⁽²⁾, compatible en toda su extensión con el sistema de seguridad social integral (SSSI Ley 100 de 1993 ⁽³⁾ y sucedáneas), los fundamentos de la misma están dados en los conceptos de integralidad de la atención, donde el paciente será el centro del sistema. Persigue la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (Principio de equidad) con el abordaje integral de la salud y la enfermedad. El objetivo se cumplirá mediante la articulación de todos los actores, desde los ciudadanos, los gobiernos territoriales, las administradoras de planes de beneficios (Antiguas EPS), los prestadores de servicios, los proveedores y el sector educativo.

El nacimiento de la PAIS puede ser explicado teniendo en cuenta la crisis financiera por el mal comportamiento de los actores, la falta de “incentivos correctos” y la falta de vigilancia y control por parte del Estado y por una crisis general, por fallas estructurales del modelo de aseguramiento con competencia regulada y subsidio a la demanda, con ánimo de lucro en la intermediación financiera (Ministerio de Salud y Protección Social – Minsalud, algunos actores del sistema, sectores de la academia y varias organizaciones sociales y políticas).

Numerosas disyuntivas y tensiones rodean la nueva iniciativa para el sector salud de Colombia, hacen que inevitablemente se tengan que relacionar aspectos de justicia en términos de equidad en salud con los argumentos que define la normatividad frente a la equidad esperada, por tanto, se hace posible abordar dos tipos de enfoques, el primero relacionado con la descripción de los rasgos de equidad incluidos en la PAIS para develar los fundamentos de la norma, en qué contexto se elaboró y para que se hizo, y el segundo abordar unos marcos teóricos desde lo propuesto por Luis Villoro Tranza y Amartya Sen frente a modelos de justicia, que permitan caracterizar las relaciones de exclusión social y equidad en la PAIS y de esta manera se propondrían unos mínimos teóricos desde la filosofía política en salud.

Por lo anterior, el proyecto monográfico dará cuenta de los problemas de interpretación relacionados con el concepto equidad (desde la verdad teórica) y lo contrastará con lo expuesto por los autores escogidos y que está en relación directa con la exclusión (preocupación ética y política), buscando evidencias “objetivas”, es decir aquellas planteadas como razonables para resolver la siguiente pregunta de investigación monográfica:

Contribuye la PAIS a resolver el principio de equidad?

Sin entrar en profundidad con otros modelos de justicia que puedan ser aplicados a la salud, la presente monografía busca realizar un análisis de lo concebido como Filosofía Política desde los autores propuestos y relacionarlos con la PAIS en Colombia, misma que servirá de insumo para mayores deliberaciones y por tanto no se configura como un tema terminado y por demás dará origen a mayores conjeturas en términos de justicia en salud desde una política nacional propuesta.

El Sistema de Salud y su prestación de servicios está hoy en la debacle, caracterizada por: deudas de las EPS que han llevado a la quiebra de Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS); tercerización laboral; imposibilidad de acceso a la atención de los servicios lo que lleva a la congestión de los servicios de urgencias, con afectación a los pacientes reflejada en que nuestra población se está muriendo por la falta o mala atención. Estas afirmaciones hoy en día tienen evidencias, tiene soportes documentales de estudios realizados por el mismo Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Salud (INS), afirmaciones tan crudas como que durante el periodo 1998-2011 se reportaron en Colombia 2.677.170 muertes, 1.427.535 (53%) correspondieron a causas clasificadas como evitables ⁽⁴⁾.

Las desigualdades sociales en la mortalidad evitable señalaron la persistencia de amplias desigualdades relacionadas con eventos en salud en contra de los más vulnerables, reflejo inequívoco de la calidad de vida, así como del acceso y calidad de los servicios de salud ⁽⁴⁾

La sexta edición del Informe Nacional de Desigualdades Sociales en Salud del Observatorio Nacional de Salud, del INS, se demuestra que el modelo de desarrollo económico o modelo neoliberal es permisivo con la oferta en las exenciones tributarias y duro con la demanda, con el desmonte de las políticas cercanas al estado de bienestar, aumentando la brecha entre la clase media y dirigente y privatizando la salud y la educación, al ser entregados a conglomerados económicos lo que define el acceso desigual a la salud y educación.

Situación que se explica a continuación: durante la década de los ochenta, posterior a la crisis del petróleo, el mundo se encaminó en el discurso de minimizar el Estado, considerando que la cobertura estatal de ciertos servicios como salud y educación limita la libre competencia y le genera cargas al Estado. Este discurso de libre mercado y restricción del Estado se aplicó a través de un recetario de políticas conocidas como el Consenso de Washington con la premisa de estabilizar, privatizar y liberalizar la economía. Las políticas del Consenso de Washington buscaban la estabilidad macroeconómica a través de la disciplina fiscal, la limitación del gasto público, la reforma tributaria, la liberalización financiera, la liberalización comercial, la privatización de empresas del Estado, desregulación de la economía permitiendo a nuevas empresas su participación y la libre competencia en nuevas áreas del mercado, derechos de propiedad intelectual y reducir el papel del Estado en la sociedad ⁽⁵⁾.

El Consenso de Washington consolidó el modelo neoliberal en el mundo, teniendo impactos significativos en la economía nacional. En la primera mitad de la década de los noventa, Colombia introdujo varios cambios en el Estado, incluyendo la Ley 100 que cambió el Sistema General de Seguridad Social bajo el modelo Neoliberal ⁽⁵⁾.

Iguals argumentos son demostrados al analizar la tenencia de la tierra, el sistema y régimen político, las condiciones de trabajo y empleo, llegando a concluir que: la estructura misma del modelo del sistema de salud actual, se asocia con la generación, mantenimiento y profundización de las desigualdades en salud, justificado por: la capacidad económica determina la posibilidad de acceso a los servicios; en los

Departamentos, Municipios y áreas rurales, predomina la estratificación; no se reconoce la identidad cultural, ni de género, ni de etnia, ni se antepone la atención a la población especial. Estas condiciones aumentan las iniquidades en salud.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Analizar cuáles serían las relaciones de exclusión social y equidad en el marco de la nueva política de atención integral en salud (PAIS) en Colombia declarada en el año 2016

2.2 ESPECÍFICOS

Describir documentalmente los rasgos de equidad incluidos en las reformas de salud hasta la PAIS 2016, resolviendo las premisas sobre que es esa norma, en qué contexto se elaboró, para que se hizo.

Elaborar un compendio teórico conceptual desde lo propuesto por Luis Villoro Toranzo y Amartya Sen frente a modelos de justicia

Caracterizar las relaciones de exclusión social y equidad en el marco de la nueva PAIS en Colombia declarada en el año 2016 y proponer unos mínimos teóricos desde la filosofía política y salud

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta que la presente monografía busca interpretar y comprender el concepto de equidad y al mismo tiempo relacionarlo con el de exclusión social, las fuentes de información serán de tipo secundario relacionadas con la PAIS 2016, y los argumentos propuestos por Luis Villoro Toranzo y Amartya Sen, esto permitirá al estudiante maestrante esbozar una propuesta que será denominada como “mínimos teóricos desde la filosofía política” a fin de comprender el concepto de equidad en términos de salud.

3.2 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

La información será analizada secuencialmente siguiendo cada objetivo específico planteado y presentando los resultados de los mismos, una discusión y conclusiones con sus recomendaciones finales.

4. MARCO DE REFERENCIA

A continuación se describen las principales contribuciones en torno al tema de la monografía desde los referentes documentales de la norma, hasta los modelos de justicia propuestos por los autores y que contrastan los términos de exclusión y equidad.

El propósito de este capítulo es examinar algunos aspectos básicos relacionados con los modelos de justicia que ampliamente desbordan la percepciones dadas al principio de equidad desde la PAIS, esto permitirá entablar un dialogo coherente, crítico y activo para presentar unos mínimos que aporten en los resultados desde la filosofía política al problema de salud en Colombia.

4.1 EL CONCEPTO DE EQUIDAD

Para entender inicialmente el concepto de equidad me refiero a su raíz etimológica que está estructurada desde el latín *aequitas*, *de aequus*, "igual"; del griego “επιεικεία”, virtud de la justicia del caso en concreto ⁽⁶⁾, es decir, la equidad sustenta en la igualdad su fundamento, sin embargo como lo expreso Amartya Sen ⁽⁷⁾, “*ninguna teoría de la justicia podría tener verdadera credibilidad si no valorara la igualdad en algún espacio, en un espacio que esa teoría considerara importante*”, así las cosas, como idea abstracta, la igualdad no tiene mucha fuerza, y el trabajo real comienza con la especificación de qué es lo que hay que igualar. El paso fundamental consiste, pues, en especificar el ámbito en el que hay que buscar la igualdad y las reglas a seguir para definir lo equitativo en los aspectos tanto agregativo como distributivo. Las respuestas a preguntas como “¿igualdad de qué?” y “¿equidad de qué forma?” dependen del contenido de las respectivas teorías ⁽⁸⁻⁹⁾.

Es en estas preguntas donde el concepto de equidad en salud adquiere un carácter a interpretar, en un sentido mayor para entender el concepto de justicia social,

reconociendo su origen en el pensamiento marxista pero renovado con los trabajos de J. Rawls, A. Sen, R. Dworkin, y otros.

No obstante como lo refiere Amartya Sen “la salud participa en el ámbito de la justicia social de varias formas distintas y que no todas proporcionan exactamente la misma lectura de acuerdos sociales particulares. En consecuencia, la equidad en salud es inevitablemente multidimensional” y se tendrá en cuenta las siguientes consideraciones al abordar el concepto de salud: la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia ⁽⁶⁾.

Por lo anterior, la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la *asignación de recursos y de los acuerdos sociales* ⁽⁶⁾. Se puede entonces afirmar que, “evaluar la equidad en salud centrándose únicamente en la desigualdad es exactamente lo mismo que abordar el problema del hambre en el mundo comiendo menos y obviando el hecho de que se puede usar cualquier recurso natural para alimentar mejor a los hambrientos” ⁽⁶⁾.

Asumiendo lo anterior, el concepto de equidad en sentido multidimensional, sobrepasa algunas definiciones como la establecida por Margareth Whitehead “*la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables*” ⁽¹⁰⁾, por cuanto, definir lo innecesario, injusto y evitable desde la desigualdad como única variable hace más complejo entender el asunto.

4.2 EL CONCEPTO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

La exclusión social, históricamente arraigada en diferentes formas de estigmatización de grupos tradicionalmente identificados por la raza, el origen étnico o el género, ha cambiado tanto como lo ha hecho la región misma y actualmente afecta a grupos mucho más diversos y numerosos de la población, particularmente a aquellos que se ganan la vida a duras penas en empleos precarios sin perspectiva alguna de mejorar.

La cuestión social hoy en Colombia está estrechamente asociada a las profundas desigualdades económicas y sociales, a las diversas expresiones de exclusión social (exclusiones referidas al mercado y las relaciones laborales, la raza, al género, a las creencias, a los territorios, a la edad, a las opciones sexuales y por supuesto a la riqueza y los ingresos), a la falta de garantía universal de los derechos de la comunidad y a los obstáculos en el desarrollo de las capacidades humanas para avanzar en términos de libertad real y de igualdad social.

A los excluidos tradicionales (afrocolombianos, indígenas, campesinos, mujeres), se suman otros excluidos de manera más reciente: trabajadores formales que pierden el empleo y personas de clase media golpeadas por las crisis económicas.

Todo lo anterior pone de manifiesto que hoy hay que entender de manera más amplia la cuestión social y superar el discurso y las prácticas que siguen considerando que la cuestión social es sólo y principalmente, la lucha contra la pobreza extrema, seguir atendiendo a los más pobres entre los pobres. Esta es, como dice Rubén Lo Vuolo (1999), una mirada muy pobre en la lucha contra la pobreza, traducida en su libro *“La pobreza... de la política contra la pobreza”*¹.

¹ (Álvarez Castaño L. S., Google Académico, 2010) Lamentablemente las grandes potencias, las Naciones Unidas y grandes asesores, se limitan a esa “lucha” contra la pobreza extrema y para ello acuerdan metas tan blandas e insostenibles como los llamados Objetivos del Milenio. Es claro que estos objetivos no responden a la actual cuestión social.

En el caso Colombiano, respecto a la Salud, se observan aumentos en coberturas, con severas deficiencias en la calidad de los servicios prestados y en el acceso real a los mismos, producto del aumento de la pobreza de los ingresos. La ley 100 terminó convirtiendo la salud en un negocio del cual se lucran todas las Administradoras de Planes de beneficios (Antiguas EPS). Se ha establecido un desigual acceso y una calidad atada a la capacidad económica del usuario. Existe una salud para ricos y una para pobres. Hoy se enfrenta una grave crisis del sistema de salud, producto de la orientación de esa ley y del afán de lucro de las aseguradoras. En consecuencia hay que avanzar en la garantía real de los derechos de toda la comunidad a la salud; si los niños logran seguridad alimentaria y accedan a una educación superior de calidad se puede esperar que mejoren sus ingresos y vayan superando la trampa de la pobreza.

El inicio del uso del término exclusión social para denominar el amplio conjunto de problemas sociales ocurridos en Europa a raíz de la desaceleración del crecimiento económico, se le atribuye generalmente a René Lenoir, Secretario de Estado de Acción Social de Francia, quien en 1974 hizo un llamado a la necesidad de brindar protección social a ciertos grupos de la población. La denominación de excluidos de Lenoir incluyó a discapacitados físicos y mentales, madres solteras, ancianos abandonados, niños abusados y drogadictos (Silver, 1994). A medida que la crisis iba afectando a nuevos grupos de la población, éstos empezaron a considerarse excluidos sin que claramente se definieran los alcances del término, las categorías que incluía, ni las diferencias con los tradicionales conceptos de pobreza y desigualdad (Silver, 1994).

La extensión del término para denominar las situaciones emergentes en otros países Europeos y en América Latina desde la década de 1990, contribuyó a ahondar sus dificultades conceptuales (Lepore, 2003).

Lo que se intenta es configurar un concepto que supere la carencia relacional del de pobreza, la exclusión —entendida como monopolio de recursos que un grupo ejerce sobre otro u otros— es el más útil para denominar los procesos económicos y sociales

ocurridos en América Latina. Sin embargo, acogiendo la advertencia formulada por Pérez & Mora (2006), es importante tener en cuenta que la definición de exclusión como monopolio no significa que se esté hablando de un proceso definitivo de expulsión o clausura, se trata de una zona de vulnerabilidad en que las personas obviamente continúan haciendo parte de la sociedad, en condiciones precarias, desarrollando también mecanismos de resistencia. El término exclusión social intenta captar una realidad diferente a la pobreza concebida como ausencia o precariedad de bienes materiales, porque connota que el proceso se produce por una acción deliberada de un grupo social sobre otro u otros ⁽¹¹⁾.

4.3 HACIA EL CONCEPTO DE SALUD

No se pretende con este estudio monográfico profundizar sobre el concepto salud, sin embargo su acercamiento lo hace para facilitar el avance sobre las relaciones de exclusión y equidad que se presentan en la política pública estudiada. En este sentido Hernández, define: *“las sociedades han construido diferentes formas de entender la salud y la enfermedad. Si bien, desde el siglo XIX, existe un gran predominio del discurso científico-técnico para definir las, tal discurso no es aceptado por todos los grupos y comunidades, y tampoco es un discurso unívoco. En su interior existen controversias bastante reconocidas. Dependiendo del tipo de concepción sobre lo sano y lo enfermo, el debate sobre equidad en salud queda más o menos delimitado”* ⁽¹²⁾.

La delimitación planteada por Hernández ⁽¹²⁾, permite diferenciar el término equidad cuando se refiere a la salud como lo expresado por la OMS como la ausencia de enfermedad, cuyo eje de análisis estaría en los servicios de atención en salud, que cuando se está pensando en proyectos de vida, y el eje tiende a ser las trayectorias y condiciones de vida. Así las cosas, tampoco es lo mismo concebir la salud y la enfermedad como fenómenos naturales distribuidos entre las poblaciones de manera probabilística o aleatoria en función de grupos de factores, o pensar que la enfermedad es un fenómeno social y, por lo tanto, el orden biológico queda subsumido

jerárquicamente en el orden social ⁽¹²⁾. El debate actual sobre causalidad probabilística o jerárquica de la salud y la enfermedad de las poblaciones se relaciona con la manera de entender las inequidades en salud, su generación y su operación ⁽¹³⁾.

4.4 REFERENTES DOCUMENTALES DE EXCLUSION Y EQUIDAD EN EL MARCO LEGAL DE SALUD EN COLOMBIA

Las medidas de reforma de los sistemas de protección social en la región, comenzaron en la década de 1960, como consecuencia de las transformaciones en las relaciones políticas en algunos países, en los cuales los regímenes populistas fueron sustituidos por dictaduras militares. La ruptura del compromiso político que incluía a los trabajadores urbanos, implicó la búsqueda de su exclusión del juego político que se realizaba a través de la institucionalidad de las políticas sociales. Por otro lado, la institucionalización de un nuevo pacto de poder que privilegiaba los intereses privados se manifestó en diferentes esfuerzos destinados a favorecer estos intereses, en el ámbito de la prestación de los servicios sociales ⁽¹⁴⁾.

De esta manera, puede afirmarse que las reformas de las décadas de 1960 y 1970, en los lugares donde se llevaron a cabo (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) tuvieron como característica fundamental la concentración del poder en manos del gobierno, con esfuerzos (más o menos exitosos, dependiendo de la resistencia) para excluir a los trabajadores del control de las instituciones sociales, y la búsqueda de mecanismos para privilegiar los intereses de las instituciones privadas que prestan servicios (particularmente, en el área de la salud) ⁽¹⁴⁾.

Las reformas de los años ochenta estuvieron caracterizadas por la polarización ideológica, entre el modelo de privatización del sistema de seguridad social (Chile) y el modelo de creación de un sistema de seguridad social público y universal (Brasil y también Costa Rica). El modelo chileno constituyó la ruptura de la espina dorsal del seguro social, al transformar un sistema basado en el régimen de repartición, con un fondo público común que implicaba un cierto nivel de solidaridad entre los que participaban en el sistema, en un sistema de capitalización individual, con una

contribución exclusiva del trabajador, administrada por el sistema financiero a través de empresas aseguradoras privadas. Basándose en los principios de equidad y eficiencia esta reforma se transformó en el experimento más conocido de reorganización de los servicios sociales en la región, siendo ampliamente difundida como un modelo a ser adoptado por los demás países.

La situación colombiana durante el período de modernización nacional ocurrido durante el siglo XX fue muy similar a la del resto de América Latina, aunque presenta ciertos rasgos particulares necesarios de destacar. Según Ocampo & Tovar (2003) el país vivió entre 1930 y 1950 un proceso de desarrollo industrial intensivo, pero la distribución de sus frutos sólo empezó a percibirse en la mejora de algunos indicadores sociales a partir de la segunda mitad del siglo. Hasta 1950 los indicadores de escolaridad, tasas de alfabetismo y mortalidad infantil eran los propios de un país muy subdesarrollado (Ocampo & Tovar, 2003, p. 365), la mortalidad en 1950 era de 124 por 100 mil nacidos vivos, 39% de la población mayor de 14 años era analfabeta, 49% sólo había recibido algún grado de educación primaria y ninguno de los servicios básicos cubría más de 30% de la población. Todos estos indicadores tenían condiciones aún peores en las zonas rurales.

En un lapso de veinte años los indicadores sociales mejoraron ostensiblemente. Para 1970 la mortalidad infantil disminuyó en dos quintas partes, la esperanza de vida aumentó a 60 años, la población mayor de 14 sin escolaridad se redujo a 21% y se elevó el porcentaje de población que tenía nivel de formación secundaria o universitaria (Ocampo & Tovar, 2003, p 366).

Colombia posee el 9 % de la población total de América Latina; según datos de la Comisión Económica Para América Latina CEPAL y el Fondo Monetario Internacional, al 2011 se mantenía como el tercer país en la región de acuerdo con su población total de 46,9 millones de habitantes; con un crecimiento importante en materia de su ingreso per cápita, que creció de los 2000 dólares en el 2004 a más de 8000 dólares en el 2011, pero continúa siendo de los países con menor ingreso per cápita, superando sólo a Perú, Ecuador y Bolivia. A pesar del crecimiento del ingreso del país, medido

en la última década, las inequidades sociales no se han suavizado; datos al 2011 mostraron que el 40 % de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y el 11 % en condiciones de miseria. El coeficiente de Gini¹⁰, indicador aproximado de las inequidades en la distribución del ingreso, se mantiene alrededor del 0,55, por debajo del índice global (Banco Mundial y Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2011) ⁽¹⁵⁾.

Con la promulgación de la Ley 100 en 1993, se adoptó una política de generalización del concepto de seguro social como principio básico de organización de los sistemas de previsión y salud. A diferencia del modelo chileno, el caso colombiano busca combinar los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, garantizando derechos sociales a todos los ciudadanos, a través de su vinculación al sistema de seguro social.

Para tal efecto, se crearon dos sistemas, uno de contribuciones para todos los trabajadores con capacidad de cotizarse y otro subsidiado, que progresivamente va incorporando a aquellos que no pueden contribuir. El financiamiento del sistema subsidiado se realiza a través de una contribución porcentual de los trabajadores vinculados al sistema contributivo y de la recaudación de impuestos específicos que constituyen un fondo de solidaridad.

La dualidad existente en relación con los beneficios ofrecidos en cada uno de los sistemas (En el sistema subsidiado el beneficiario tiene derecho, escasamente a un paquete básico de servicios), que se mantienen paralelos sin alcanzar a integrarse en un sistema de Seguridad Social, no deja, sin embargo, de convertirse en una incorporación diferenciada, al segmentar la población, creando dos órdenes de ciudadanía (de primera y segunda clase) ⁽¹⁴⁾.

Otra interrogante que se plantea en relación con la inserción prometida en un sistema de derechos sociales es que la lucha contra la exclusión, en esta perspectiva, se reduce a las dimensiones de consumo aseguradas en el estatuto de ciudadanía social. O sea que se deja de lado la búsqueda de una estrategia y proyecto de emancipación,

con la construcción de una conciencia ciudadana, como fruto de los procesos participativos ⁽¹⁴⁾.

La reducción del proceso de inclusión a una dimensión económica se refleja tanto en la identificación del ciudadano como un consumidor de servicios sociales -incentivos a la demanda- como en la reducción de la participación social a una perspectiva empresarial de los servicios de protección social, a través de la creación de empresas aseguradoras ⁽¹⁴⁾.

La omisión de la dimensión política va a tener consecuencias también en la propia conducción del proceso de descentralización, puesto que se dan, como parte de la privatización de las funciones de aseguramiento (también llamada de articulación) y de provisión de los servicios sociales. Como consecuencia, los niveles subnacionales de gobierno quedan reducidos a la gerencia y a la asignación de los subsidios del sistema que provee cobertura a los que no alcanzan a contribuir ⁽¹⁴⁾.

En el sector de la salud se adopta la perspectiva de un pluralismo estructurado basado en las ideas de Alain Enthoven para el que "la esencia de la competencia estructurada es utilizar todos los medios e instrumentos disponibles para desarrollar una conciencia de costo-efectividad en la estrategia de selección de los planes de salud por los consumidores, teniendo como objetivo alcanzar la eficiencia y la equidad en el financiamiento y en la prestación de los servicios de salud ⁽¹⁶⁾.

El modelo afirma la función reguladora del Estado en relación con el mercado de aseguradoras y servicios, asociada a una política diseñada desde la perspectiva de incentivos a la demanda y a la existencia de un mercado competitivo en dos niveles, las aseguradoras y los proveedores, son los elementos necesarios para garantizar los objetivos de equidad, eficiencia y calidad de los servicios. Situación que nos conduce de manera directa a procesos de inequidad y exclusión social.

Este supuesto se basa en la necesidad de que la regulación evite la selección adversa a los pacientes de mayor riesgo, y reduzca la segmentación y diferenciación de la oferta de productos. Por otro lado, la asimetría de la información que caracteriza la

imperfección del mercado de la salud sería obviada a través de la presencia de empresas articuladoras que funcionan como compradores inteligentes en la selección de los proveedores. A su vez, la competencia entre estas mismas empresas aseguradoras debería garantizar que los intereses del consumidor fueran mejor alcanzados y ocasionar una disminución de la relación costo-beneficio en la provisión de los servicios de salud.

No obstante lo anterior, el sistema de seguridad social en salud en Colombia acumula a la fecha la más grave crisis de su historia, corrupción, competencia desleal, selección adversa entre actores, cierres y huelgas entre otros “des -atributos”.

El Gráfico No. 1 muestra la estructura del Sistema de Salud a partir del modelo básico propuesto por Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS planteó cambios en la estructura de financiamiento, pero también cambios sustanciales en la provisión de servicios, la cual fue descentralizada en las funciones de salud pública, las redes de prestación y el aseguramiento. Uno de los mayores problemas del sistema es la desconexión entre las funciones de salud pública y las del aseguramiento. En los sistemas centralizados esta dicotomía existe de manera diferente ya que la salud pública y el aseguramiento se manejan en la interacción entre la entidad político administrativa territorial y un único representante de la seguridad social o de manera unificada, cuando no existe la seguridad social. En Colombia la fragmentación se origina en la coexistencia autónoma de más de 1,011 entidades territoriales, 10,051 instituciones prestadoras de servicios de salud y 70 aseguradoras.

Gráfico 1 Relaciones e interdependencias en el Sistema de Salud Colombiano



Fuente: Adaptación de los actores al marco conceptual del WHO World Health Report 2000

4.5 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD 2016

El Ministro de Salud y Protección Social y el Viceministro de Salud Pública, presentaron la nueva PAIS en el año 2016, que busca recoger la esencia de la Ley Estatutaria en Salud, principalmente en la integralidad de la atención, donde el paciente sea el centro del sistema.

Esta política busca eliminar el camino de autorizaciones a los que estaban obligados los pacientes para gestionar propia salud, por eso persigue a través de la integralidad que sea definida una política que comprenda la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (*principio de equidad*) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad.

“El objetivo final para el usuario es que tenga una autorización integral por toda la atención, eliminando los procesos de autorización para acceder a un servicio determinado” ⁽¹⁾, la cual, se hará mediante la articulación de todos los agentes, desde los ciudadanos, los gobiernos territoriales, las EPS, los prestadores de servicios, los proveedores y el sector educativo.

La PAIS, además, se basa en las metas planteadas por el Plan Nacional de Desarrollo. La primera, que busca cerrar las brechas en resultados en salud, que actualmente presenta grandes diferencias entre el centro y la periferia; mediante la creación de un modelo diferencial entre regiones y la segunda, en la disminución del 8% de la mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles que son prevenibles, a través de un enfoque distinto centrado en la prevención y no en la enfermedad.

Se presenta a continuación el resumen textual de la política de atención integral en salud propuesta para Colombia en el año 2016:

El objetivo general de la PAIS es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015).

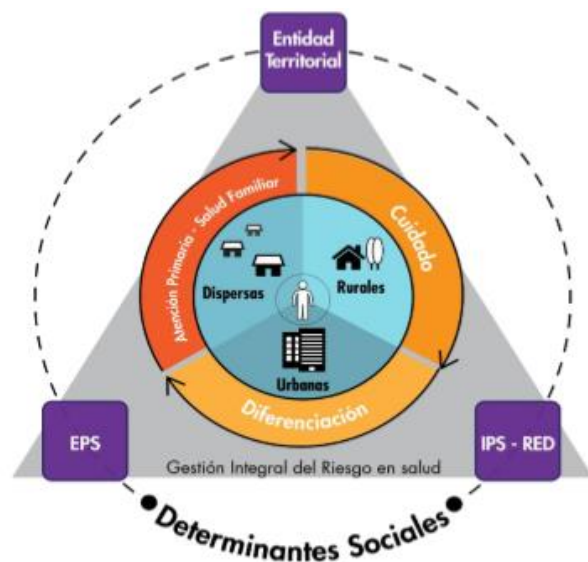
Esta política también se inscribe en el numeral b del artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud, que dice que el Estado se obliga a “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho (...), asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” lo cual expande el ámbito regulatorio del Estado de la mera regulación de las relaciones entre los agentes y la sitúa en el ciudadano, su derecho expresado en el acceso integral como justificación sustancial para la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado. Esto implica, en la formulación de la Ley, subordinación de los agentes del Sistema de Seguridad Social a ese modelo regulado y la implantación del Sistema de Salud como mecanismo central del Estado para operar la garantía del Derecho.

Esto conduce a plantear la hegemonía del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado conforman el núcleo de su intervención. En el Sistema de Seguridad Social el núcleo es la garantía de las prestaciones y contingencias que impedían el acceso del individuo a los servicios. El desarrollo del SGSSS planteado por la Ley 100, el objetivo central era la protección financiera del individuo frente al gasto catastrófico en salud.

En el Sistema de Salud planteado por la Ley Estatutaria, el objetivo es la integralidad y equidad en el acceso a los servicios. En la Ley 100 la acción regulatoria del Estado se orienta a propiciar las condiciones de los agentes que permitan la protección del riesgo financiero. En la Ley Estatutaria esa acción regulatoria se dirige hacia garantizar un acceso integral y equitativo, mediante la conjunción de los objetivos, procesos de atención y mecanismos financieros en el bienestar del individuo y la preservación de su mejor estado de salud. La estructura institucional derivada de la Ley 100 de 1993 debe adaptarse a los objetivos planteados por la Ley Estatutaria.

Esto no supone la generación de un nuevo sistema de seguridad social, pero sí implica necesariamente el cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano. La transición en el SGSSS para fortalecer la rectoría pública e implementar las herramientas regulatorias para la aplicación de los pilares de la PAIS (Ley 1753 de 2015), requiere el desarrollo de incentivos y de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales y de competencias en el talento humano responsable del cuidado de la salud y de los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia. La política exige la interacción coordinada de los entes territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios, a través de la coordinación que implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, y la gestión de los planes integrales de cuidado primario (PICP).

Gráfico 2 Política Integral de Atención en Salud, PAIS



Fuente: MSPS. 2015

La PAIS debe tener tanto un marco estratégico como un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopte los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orienten la intervención de los diferentes agentes del Sistema. Esto comprende la adaptación de dichos agentes a los objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumenten la política más allá de sus propios objetivos institucionales.

4.5.1 Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud

La PAIS debe contener las estrategias e instrumentos que permitan la transformación del modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud, el legislador deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje se considera intersectorial, financiado con recursos diferentes a los destinados a proveer servicios.

Sin embargo se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas en el modelo de atención. La política además supone la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios.

Son cuatro estrategias centrales de la PAIS: 1. Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial.

1. La APS como una estrategia integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.

2. El cuidado entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea , es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad, así como las responsabilidades del Estado del cual se es parte.

3. La gestión integral del riesgo en salud, como articulación de la salud pública, el aseguramiento y la prestación cuya finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad (Ver Anexo 1).

4. El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse con cada uno de los contextos poblacionales y territoriales específicos, así como contar con un enfoque diferencial.

El instrumento que adopta las estrategias y las transforma en procesos se consolida como un modelo integral de atención integral en salud.

4.5.2 Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS

La PAIS requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para orientar la intervención de los diferentes agentes del Sistema de forma que induzcan a la transformación de la atención con miras lograr los resultados en salud a partir del mejoramiento del acceso a los servicios, de manera oportuna, eficaz y con calidad.

El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales.

Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud.

No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias. Desde el gobierno como rector, la implementación de un nuevo modelo de atención exige poner a disposición de los

agentes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los de la Seguridad Social, orienten la respuesta del Sistema y alineen su regulación.

Es por ello que se requiere la conducción de una autoridad sanitaria que lidere y oriente las estrategias, acciones, intervenciones y tecnologías que serán implementadas de manera coordinada y articulada con los diferentes agentes del SGSSS y otros sectores que aportan a la garantía del derecho a la salud y al desarrollo humano. El MIAS propuesto, trasciende la dimensión técnico instrumental de las acciones en salud, transformándola en medios que propicien la “expansión de la libertad”, fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como “sujeto con capacidad de gestión de su propia vida”.

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. Esto implica que la norma básica para la evaluación de los efectos del Modelo sean las ganancias en equidad, tanto en estado de salud como en acceso integral a los servicios, buscando el cierre de brechas entre grupos poblacionales considerados en sus diferencias socioeconómicas y en sus contextos territoriales.

Para abordar la integralidad desde la promoción hasta la paliación planteada por la Ley Estatutaria de Salud, es necesario interpretarla desde la perspectiva de no fragmentación, de acuerdo con el artículo octavo en el que se especifica el alcance como la cobertura integral en salud y enfermedad la cual involucra el suministro de

servicios y tecnologías “de manera completa” y que comprende “todos los elementos esenciales (...) respecto de la necesidad específica de salud”. Dado que la cobertura de seguridad social se ha entendido como listado de prestaciones o servicios independientes contenidos en un paquete de beneficios es necesario consolidar la integralidad requerida por la Ley Estatutaria.

Por tal razón, el Modelo, mediante las estrategias previstas, enlaza las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluyendo los procesos clínicos para mejorar la capacidad integral de respuesta del Sistema, lo cual implica que la prestación médica deja de ser la unidad básica de la atención; así mismo, las nuevas unidades deben comprender la totalidad del proceso clínico y deben explicitarse en resultados intermedios, finales, ganancias en salud o reducción de la discapacidad. Para ello es necesario armonizar tanto las definiciones como los procesos en la delimitación de los grupos de riesgo, de las unidades de servicio, las unidades de contratación y pago, así como las unidades de evaluación de resultados en salud.

El MIAS se define entonces como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades.

El modelo se compone de diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (Ver Anexo 2) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de atención y su adaptación en el territorio, el rol y regulación territorial de los aseguradores, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las variables de agrupación de servicios para autorización integral, los esquemas de incentivos (Ver Anexo 3) y pago; así como los reportes de información y evaluación de resultados del Modelo.

Otros instrumentos regulatorios deben adaptarse a las RIAS, lo que incluye tanto el plan de beneficios como el plan de intervenciones colectivas. La responsabilidad reguladora central del MSPS, en cuanto a la atención en salud, es: 1. La actualización permanente de las RIAS a partir de la evidencia y las guías de práctica clínica. 2. La asistencia técnica a los territorios en cuanto a la implementación del modelo. 3. La evaluación de los resultados obtenidos lo cual debe afectar los esquemas de incentivos y la propia habilitación de las EAPB y las redes de prestación de servicios. Las entidades territoriales, las EAPB y las redes de prestación deben concurrir en la ejecución del modelo, cada una dentro de sus funciones, pero mediante una acción integral y armonizada a partir del comportamiento epidemiológico del territorio y la caracterización de la población de cada EAPB en el respectivo territorio.

4.6 LA IDEA DE JUSTICIA EN LUIS VILORO TORANZO

En este aspecto, Luis Villoro Toranzo afirma en sentido amplio sobre bastantes teorías contemporáneas que han intentado fundamentar una teoría de la justicia en alguna forma de consenso, sea fáctico o hipotético. Pero esa vía presenta muchas dificultades teóricas que la vuelven difícilmente aceptable. Un consenso posible podría fundarse en una voluntad ética desprendida de actitudes excluyentes y no a la inversa. Cabe pues explorar una alternativa: dar razón de la idea de justicia por la voluntad de disrupción de una situación percibida como injusta. Eso es lo que ha acontecido históricamente y, así, la teoría de la justicia se remitiría a esa experiencia de hecho y partiría de su examen crítico. Procedería en dos partes. Primero, la *caracterización de la injusticia cuyo principio es la exclusión*. Ésta puede definirse como la no-pertenencia a una asociación civil dada, de personas que pertenecen a la comunidad de los hombres. La percepción de la exclusión nos llevaría a determinar tanto los requisitos de pertenencia a una asociación civil como las exigencias planteadas por compartir la condición humana. Segundo, el *análisis de las principales formas de exclusión y sus modalidades*. De ese análisis podrían deducirse los principios de una teoría de la justicia que partiera del rechazo de una situación de exclusión real, sea o no objeto de consenso ⁽¹⁷⁾.

4.6.1 Condiciones Generales de la Exclusión

En nuestra realidad social no son comunes comportamientos consensuados que tengan por norma principios de justicia incluyentes de todos los sujetos; se hace patente su ausencia. Lo que más nos impacta, al contemplar la realidad a la mano, es la marginalidad y la injusticia ⁽¹⁷⁾. Villoro plantea que en lugar de partir del consenso para fundar la justicia, partir de su ausencia; en vez de pasar de la determinación de principios universales de justicia a su realización en una sociedad específica, partir de la percepción de la injusticia real para proyectar lo que podría idealmente remediarla, Villoro no plantea por esta vía, una teoría de la justicia que tuviera que contradecir las filosofías del consenso racional.

Villoro expresa la Justicia como una carencia experimentada de valor objetivo padecida por sujetos situados socialmente, es por esto que el consenso según él, se enfrenta a dificultades insalvables, que se detallan a continuación:

Si por "*consenso*" entendemos el acuerdo efectivo que, de hecho, expresa la mayoría de los miembros de una asociación, ese consenso no sirve para nuestro propósito. Una sociedad puede estar de acuerdo con la discriminación de un grupo de individuos frente a otros o con la imposición del bien de un grupo sobre el de los demás ⁽¹⁷⁾.

Para Villoro la justicia es por principio, un valor objetivo; el criterio para aceptar la objetividad de un valor es que pueda ser término de una actitud positiva de cualquier sujeto de una comunidad determinada, *que responda, por lo tanto, al interés real de todo sujeto y no sólo al interés particular de un individuo o grupo social*. Un valor objetivo es pues benéfico para todos los individuos de una asociación ⁽¹⁷⁾. Ahora bien, el consenso efectivo puede pretender que su idea de justicia tiene un valor objetivo pero fracasa en fundar esa pretensión. En efecto, no puede demostrar que su noción de justicia corresponda al interés de todos. Porque un consenso efectivo puede ser el resultado de la aceptación forzada por muchos individuos de una situación que en realidad no les beneficia, ya sea por imposición social, por represión política o por

ceguera o engaño. Los valores consensuados serían entonces los que satisfacen intereses particulares de un grupo dominante y no los que responden a necesidades generales ⁽¹⁷⁾.

En un consenso de hecho, cada quien sigue sus intereses particulares; por consiguiente, su resultado depende de la fuerza relativa que tengan los intereses en juego; el consenso efectivo reflejará el equilibrio al que pueden llegar los componentes de la asociación con intereses opuestos. El consenso efectivo supone sujetos con valores particulares en competencia; los que triunfen no son necesariamente coincidentes con los valores sostenidos por los demás; luego, pueden ser excluyentes de los otros ⁽¹⁷⁾.

Al ensayar otra hipótesis explicativa de las dificultades insalvables, Villoro pasa de la noción de consenso efectivo a la de consenso hipotético entre sujetos racionales; este tendría que cumplir tres condiciones contrarias a las fallas demostradas para el consenso fáctico: A) Los sujetos de ese consenso serían racionales y libres. B) No se regirían por intereses que pudieran excluir los de otros. Los valores consensuados no resultarían, así, del éxito de las estrategias que cada quien pusiera en juego para su propio beneficio, sino de la voluntad de llegar a un bien común. C) En el acuerdo consensuado no intervendría la coacción del poder. Al contrario de los consensos fácticos, éste tendría que ser un convenio entre individuos iguales, no sujetos a coacción y que siguieran principios racionales. Para llegar a ese consenso racional hipotético, pueden seguirse varios caminos. Villoro plantea al menos dos, por tratarse de los más influyentes en la actualidad: los de John Rawls y de Jürgen Habermas.

Las dos vías difieren en muchos puntos pero tienen otros en común. En ambas, el convenio se considera obra de sujetos libres y racionales. En Rawls, el sujeto tras el velo de la ignorancia, al desconocer su rol específico dentro de la sociedad e incluso el sistema asociativo al que pertenece, elimina todos los intereses particulares ligados a una situación específica en el sistema, que pudieran oponerse a los de sujetos en otra situación; en consecuencia, sus intereses son los que convendrían a cualquiera

en cualquier situación. Gracias a esa hipótesis, en la "*posición original*" los sujetos no pueden calcular su beneficio siguiendo intereses excluyentes de otros sujetos que estuvieran en otra situación. El "*velo*" cumple pues una única función: reducir el cálculo interesado de cada sujeto a intereses que no se contrapongan con los de cualquier otro sujeto en otra situación posible. Elimina pues los intereses que excluyan a los otros en las distintas posiciones que pudieran ocupar ⁽¹⁷⁾.

En Habermas la hipótesis es distinta. Se supone un diálogo no coactivo, entre sujetos que se atienen a argumentos racionales. Pero racional es justamente un argumento cuando no se acepta por simple presión ajena y cuando no está sesgado por prejuicios ni por intereses contrarios a lo realmente benéfico para cualquiera. Racional es una argumentación que sólo intenta justificarse en razones no impuestas y comparables por todo sujeto pensante. Una voluntad racional, piensa Habermas, tiene que ser educada; el objetivo de esa educación es llegar de acuerdos entre sujetos que no basen sus elecciones de valor en intereses individuales, no universalizables ⁽¹⁷⁾.

Para Villoro, los dos caminos tienen una función teórica semejante: postular como agente del consenso un tiempo especial de sujeto. Tanto en la "*posición original*" de Rawls como en la "*comunidad racional de diálogo*" de Habermas, los sujetos del consenso tendrían las siguientes características: A) Se determinarían por su propia razón, sin seguir dictados ajenos. B) No se guiarían por un interés particular, excluyente del de otros sujetos. C) Su acuerdo no dependería del poder mayor de un sujeto o grupo sobre los demás; todos tendrían, por ende, igual libertad ⁽¹⁷⁾. Un sujeto racional que se guía por valores objetivos y es libre de obrar o no obrar conforme a esos valores es un sujeto moral. Villoro afirma que puede interpretarse la propuesta del convenio hipotético como una operación teórica para fundar el valor común de la justicia en las elecciones que haría ese tipo de sujeto. En esa operación cumple su función.

Para Villoro, las dos vías siguen una ficción. Se figuran los principios de una sociedad justa como si fueran el resultado del conciliábulo de sujetos de ese tipo; como si, para

saber los caracteres de la justicia, tuviéramos que esperar el consenso al que llegarían un conjunto de individuos libres y racionales. Pero eso es sencillamente imposible. No podemos tener acceso a la totalidad de elecciones de los sujetos racionales ni, por lo tanto, al consenso que resultaría de su interlocución. Este es sólo una hipótesis, en la mente de un sujeto racional, fraguada por él. Es él quien, después de hacer a un lado sus intereses excluyentes y considerar lo conducente al bien de cualquiera en cualquier situación, concibe lo que podría ser la elección de una comunidad imaginaria de sujetos semejantes a él. El consenso hipotético deriva, por lo tanto, de la previa posición de un sujeto individual y no a la inversa. El sujeto moral no necesita del consenso para saber cuáles son los valores comunes; al contrario, a partir de la actitud personal hacia valores objetivos, imagina lo que sería un consenso inexistente. Al pretender que el valor de su elección es objetivo, pretende también que cualquier otro sujeto racional, que tomara la misma actitud, coincidiría en la elección del mismo valor. Pero entonces el consenso hipotético no funda el valor común (es decir, no justifica racionalmente su pretensión de objetividad); al contrario, la actitud racional del sujeto individual, en la medida en que elimina de su elección los intereses excluyentes, hace posible figurar las características de un consenso racional ⁽¹⁷⁾.

En las dos propuestas teóricas, para lograr la ficción de un consenso racional, el pensador imagina una situación de comunicación entre sujetos irreales. Se figura personajes extraños que hayan olvidado cualquier elemento de su situación real y desconozcan la postura que desde niños han ocupado, vacíos de toda característica diferencial, sin atributos sociales predicables: éstos son los personajes que se supone subsisten detrás del "velo" de Rawls. O bien son hombres y mujeres capaces de dialogar y elegir algo, sin ninguna influencia de las pasiones y deseos que los identifican, como imagina Habermas. Ninguno de esos personajes existe; más aún, ninguno puede existir. Porque son fantasmas despojados de lo que los hace ser miembros de una asociación. El consenso hipotético se realiza entre sujetos que, por principio, no pertenecen ya a ninguna asociación ⁽¹⁵⁾.

Villoro explica el concepto de *moralidad social*, como aquel que constituye un objeto de consenso efectivo, mayoritario. Por la educación y el reconocimiento social, el individuo sigue ese consenso sin tener que ponerlo en cuestión. En el seno de la moralidad social existente, la persona adquiere las actitudes que permiten una convivencia ordenada y una colaboración recíproca; hace coincidir así sus impulsos egoístas con actitudes de beneficio a la comunidad. En la moralidad consensuada, sin necesidad de crítica, el individuo se socializa; al socializarse, desarrolla una primera dimensión moral. Las reglas de la moralidad social constituyen sistemas normativos que regulan los comportamientos de la mayoría de los miembros de la sociedad ⁽¹⁶⁾. Se puede interpretar el consenso fáctico como un pacto tácito de convivencia entre la mayoría de los sujetos sociales. El concepto de la justicia vigente es resultado de ese acuerdo tácito ⁽¹⁷⁾.

Para Villoro toda idea de justicia presenta dos caras: por un lado, es un bien común a los sujetos de la asociación, por el otro, acepta ciertas diferencias entre esos sujetos, al normar un trato equitativo de ellas. En una comunidad de consenso, varía tanto el contenido del bien común consensuado como las diferencias admitidas. La idea de justicia que, de hecho, priva en cada sociedad, establece una doble demarcación: por una parte, separa el conjunto de sujetos que otorgan su consenso a un bien común, de los excluidos de ese consenso; por otra parte, delimita las diferencias que merecen un trato equitativo frente a las diferencias inaceptables. Sujetos del consenso social son los que coinciden en la aceptación de los valores comunes, se rigen por ellos y son agentes del acuerdo tácito en que se basan; son los que sostienen sin disentir, las normas de la moralidad vigente. Podríamos llamarlos, dice Villoro, "*sujetos normales*" de la asociación. El concepto de justicia vigente se adecúa a su patrón de "normalidad". Entre los sujetos del consenso social existen diferencias notables de posición social, de recursos y bienes, de creencias y valoraciones; pero el sentido de justicia consensado establece las diferencias susceptibles de ser tratadas con equidad por la sociedad frente a las inadmisibles. Responde por lo tanto, a ciertas preferencias particulares y no deja de rechazar otras. La comunidad de consenso social no coincide necesariamente con el conjunto de sujetos que determinan el sistema de asociación

política al que pertenecen y participan en su funcionamiento. Entre los sujetos del consenso social, otro conjunto determina no sólo el consenso moral sino también la forma del dominio político. Siguiendo la metáfora tradicional, podríamos hablar de los agentes del pacto político. Comunidad de consenso social y sujetos del pacto político no coinciden siempre ⁽¹⁷⁾.

La exclusión de una persona o de un grupo puede, por lo tanto, tener dos niveles: ser excluida del conjunto de personas que aceptan el consenso social o bien de las que determinan el pacto político. En ambos casos el excluido, aunque tenga todas las características de un agente moral, deja de pertenecer a una comunidad de consenso, sea ésta social o política. Tanto en el ámbito del consenso social efectivo como en el del pacto político, se establece una demarcación entre una comunidad de sujetos considerados "normales" y un margen de excluidos. En este espacio puede manifestarse un disenso ⁽¹⁷⁾.

Finalmente, la persona puede poner en entredicho la validez de los principios y reglas aceptados de la mayoría. Entonces puede percibir en el orden social una carencia: la ausencia de la realización social de ciertos valores objetivos. La percepción de esa falla puede convertirse en un rechazo de la moralidad social vigente y de su idea de justicia. Puede ser un movimiento de retorno a una tradición que se considera adulterada por la moralidad social consensuada: es entonces una recuperación de valores proclamados pero no cumplidos, una exigencia de autenticidad, un retorno al origen. Puede ser también la crítica de los valores aceptados y de la idea de justicia en curso y una postulación de valores otros, que se consideran superiores; en este caso, el rechazo de la tradición puede ser más o menos completo. En cualquiera de los dos caminos se postula otra idea de la justicia, conforme a la razón; su origen está en ese movimiento disruptivo frente al consenso establecido en el ámbito de la moralidad social vigente ⁽¹⁷⁾.

La comunidad de consenso está constituida, en cada caso, por personas que tienen ciertas características definidas. Esas características son el criterio para que una

persona sea aceptada y, por ende, pertenezca plenamente a la comunidad. Los excluidos, en cambio, lo son por poseer alguna diferencia que los coloca aparte de los sujetos "normales". En ese respecto no pueden ser aceptados, aunque puedan serlo en otros aspectos. Ante la comunidad de "sujetos normales" los excluidos ya no son considerados sujetos como ellos: son vistos desde fuera, determinados por los juicios de los otros; quedan "cosificados" por la característica que los vuelve rechazables. La diferencia que hace a los excluidos inaceptables para la sociedad puede variar en cada contexto histórico. En todo caso es esa nota diferencial (raza, género, ascendencia, pertenencia a una clase o etnia, etc.) la que los descarta del consenso efectivo. La comunidad de consenso no puede tomar en cuenta sus preferencias: al no considerarlos sujetos iguales; tampoco puede admitirlos como interlocutores del pacto político, salvo en los aspectos que no toquen a esa diferencia. "Tú no puedes intervenir en nuestro acuerdo", parece decirle, "No eres uno de nosotros". La comunidad de consenso los "ningunea" (mexicanismo- es decir, los considera un "don nadie"), no apto para acordar con los otros porque está determinado por ellos ⁽¹⁷⁾.

La exclusión se da siempre ligada a una diferencia determinada del excluido y a un aspecto concreto del bien o relación social de la cual se le excluye. La comunidad de consenso no coincide con otra comunidad más amplia posible que abarcaría igualmente a las personas con la diferencia excluida. La experiencia de la exclusión consiste en la comprobación personal de esa falta de coincidencia entre una comunidad de consenso, formada por sujetos "normales", y esa otra comunidad posible, de sujetos capaces de decisión libre. Al experimentar la exclusión comprobamos que *la moralidad consensuada no realiza valores objetivos*, puesto que descarta las preferencias de los excluidos ⁽¹⁷⁾.

Su idea de justicia no incluye de la misma manera a todos, responde sólo al interés de algunos. La experiencia de la exclusión es así, la percepción de una ausencia: la de un valor objetivo. Se constata que la pretensión de validez de la idea consensuada de justicia no se sostiene. La experiencia de la exclusión ha abierto al conocimiento personal de la injusticia ⁽¹⁷⁾.

Justicia es un valor común. Luego, sólo podemos concluir a una injusticia si a alguien se le rechaza el acceso a ese valor común. Debemos demostrar, por lo tanto, que el excluido tiene el mismo derecho que el excluyente a un trato justo. Mientras no lo hagamos, no podemos concluir correctamente de la experiencia personal de la exclusión a una injusticia, es así que Villoro define la exclusión como la falta de coincidencia entre la comunidad de consenso efectiva y otra comunidad posible de agentes morales. El excluido, al cobrar conciencia de la falta de coincidencia entre la comunidad de consenso, social o político, y otra comunidad posible que incluyera su diferencia, construye un sujeto moral nuevo, porque está dirigido por un interés general desprendido de su propio deseo de descartar a los demás, dirigido por valores comunes benéficos incluso para los sujetos del antiguo consenso ⁽¹⁷⁾.

4.6.2 Exclusión, Libertad e Igualdad

La exclusión referida en el numeral anterior, señala como causa poseer alguna diferencia. Luego, la eliminación de la exclusión consistiría según Villoro, en la eliminación de un trato diferenciado. Es así que Villoro llega a una primera formulación de la idea de justicia como *"igualdad en las diferencias"*.

Tradicionalmente consideramos la justicia como imparcial que iguala, pero es ciega ante las diferencias (las personas son diversas en todas sus propiedades sustantivas comunes) y el fiel de la balanza que sostiene está siempre en equilibrio. No se trata de la igualdad entre objetos o personas que comparten las mismas propiedades comunes denominada por Villoro *"Igualdad sustantiva"*, se trata de una igualdad que aplica la misma pauta o regla.

Para explicar lo anterior Villoro supone el siguiente ejemplo: en una escuela, es costumbre que todos los niños reciban un caramelo al terminar las clases; la medida es justa si no hace acepción de personas, no lo es, si deja a un lado a los tres niños diferentes por ser los más feos o los más chaparros. La justicia no establece una igualdad de propiedades sino una igualdad de trato, igualdad en la aplicación de una

regla a personas y situaciones diferentes. Para distinguirla de la "igualdad sustantiva", llamemos "equidad" a la aplicación de ese criterio de igualdad. Si la igualdad sustantiva se resuelve en homogeneidad, la equidad admite lo heterogéneo ⁽¹⁷⁾.

La equidad marca ciertos criterios de pertenencia de distintos elementos a un todo, al considerar reglas aplicables solamente a ese todo. La equidad en la distribución de dulces se aplica sólo a los alumnos pertenecientes a la misma escuela. La pertenencia iguala a las personas diferentes. El rechazo de alguna diferencia es también negación de pertenencia. A la inversa, la negativa a una persona o a un grupo de pertenecer a una comunidad, implica una desigualdad en la aplicación de las mismas reglas. *“La exclusión consiste en negar a la vez equidad y pertenencia a quienes tengan alguna diferencia”* ⁽¹⁷⁾.

La diferencia que determina la exclusión puede ser una característica que no se origina en la exclusión misma, sino la provoca; por ejemplo, la raza, la etnia, la ascendencia, o bien las opiniones, creencias y actitudes diferentes a lo aceptado. Pero también puede ser una situación desigual en la distribución de bienes y servicios o en el acceso a oportunidades, que genera a su vez una diferencia. En el primer caso, la diferencia causa una exclusión, en el segundo, la exclusión engendra una diferencia. Esas son las dos caras de la injusticia ⁽¹⁷⁾.

Las deficiencias en alimentación, en cuidado a la salud o en educación, en regiones pobres, son generalmente el resultado de su marginación en el sistema social y político del que forma parte y provocan, a su vez, características diferenciadas de los pobres que los excluyen del resto de la población ².

Muchas desigualdades no son el resultado de una exclusión actual, sino de marginaciones variadas anteriores. Muchos miserables lo son por haber nacido en

² Peter Tawsend, International Analysis of Poverty. La pobreza en general se ha podido definir como exclusión del acceso a bienes y servicios o aún como la expulsión de la pertenencia a formas de vida consensuadas en la comunidad

situaciones en que ni sus padres ni los padres de sus padres gozaron de su parte equitativa en la distribución de bienes y oportunidades. Su situación hereda una exclusión histórica. Tratar a los desiguales como personas rechazables por diferentes es prolongar las exclusiones que les dieron origen ⁽¹⁷⁾. Por ello Villoro plantea que la justicia implica la eliminación de las desigualdades originadas en el repudio de diferencias o, dicho de otra manera, la rectificación de las exclusiones históricas anteriores que dieron lugar a desigualdades. De allí que, una acción justa implica un trato desigual a los desiguales.

Villoro considera que la idea general de justicia sería aquella que estableciera la equidad frente a todas las diferencias posibles y eliminara, por lo tanto, las desigualdades originadas en exclusiones. Expresa que la teoría actual que más se aproxima a esta idea es, John Rawls.

El enfoque planteado por Villoro parte de la percepción de una injusticia, y así, propone considerar los principios de Rawls desde una perspectiva histórica: como resultado de la oposición a ciertas formas de exclusión vividas por una persona situada en una sociedad occidental desarrollada, en el siglo que termina. Rawls formula dos principios de justicia. El primero se refiere a la libertad, el segundo a las desigualdades.

“Primer principio”: Cada persona ha de tener un derecho igual al sistema total más amplio de iguales libertades básicas, compatibles con un sistema similar de libertad para todos”. *“Segundo principio”*: Las desigualdades sociales y económicas han de ser tratadas de manera que: a) sean para el mayor beneficio de los menos favorecidos... y b) estén adscritas a cargos y posiciones abiertos a todos, bajo condiciones de una equitativa igualdad de oportunidades”. A estos principios Rawls añade dos reglas. La primera establece la prioridad de la libertad sobre el trato a las desigualdades; la segunda decreta la prioridad de la justicia sobre la eficiencia ³. El primer principio establece, como valor superior de la justicia, el derecho de todos, por diferentes que

³ A Theory of Justice, Harvard Univ. Press. Cambridge, Mass., 1971. p. 302.

sean, a las "libertades básicas". Estas abarcan las libertades de opinión y de conciencia, las de asociación, las libertades políticas, las de integridad de la persona y las protegidas por el orden jurídico ⁴.

Los principios de justicia de Rawls se aplican a una sociedad estática intemporal, porque expresan lo que juzgarían sujetos racionales que se suponen semejantes en cualquier situación histórica. La alternativa contraria que propone Villoro es asumir el punto de vista de quienes experimentan la injusticia como exclusión, para llegar a una idea cada vez más amplia de justicia. Desde esa perspectiva, la idea de justicia se presenta como la eliminación de las exclusiones existentes en cada caso y el trato igual a las diferencias.

La sociedad justa se figura como una situación proyectada, por alcanzar, desde la situación existente. No puede corresponder a ningún consenso real, pero tampoco se deduce de lo que elegirían sujetos que no pertenecieran a una sociedad injusta.

La justicia es, en cada caso concreto, lo "otro" de las exclusiones percibidas. Sólo se podrá acercar a ella con la transformación de la sociedad tal como existe en ese caso. Dado que las características diferenciales excluidas varían en distintas circunstancias históricas, si se quiere formular principios generales de justicia, éstos deben ser tales que puedan aplicarse a circunstancias variables ⁽¹⁶⁾. Por otra parte, deben tomar en cuenta las desigualdades causadas por exclusiones precedentes no rectificadas. La exigencia de la abolición de las injusticias existentes en cada caso implica también la disminución progresiva de las desigualdades ocasionadas por exclusiones históricas anteriores ⁽¹⁷⁾.

Villoro resume en cuatro puntos la concepción general de la justicia: 1) Todas las personas tienen igual derecho a los valores básicos de sobrevivencia y convivencia,

⁴ Liberalismo político, Fondo de Cultura Económica, México, 1995, p. 272, cfr. también p. 285.

como condiciones para fungir como sujetos morales. Deben eliminarse, en consecuencia, en cada situación histórica, las exclusiones que lo impidan. 2) Todas las personas tienen igual derecho al sistema total más amplio de las libertades mínimas requeridas para que un sujeto pueda fungir como agente moral. 3) Las demás libertades solo pueden restringirse en la medida en que esa restricción sea necesaria para cumplir los dos puntos anteriores. 4) Las desigualdades políticas, sociales y económicas deben ser tratadas de manera que: a) sean para el mayor beneficio de los menos favorecidos; y b) las desigualdades producidas por exclusiones históricas anteriores puedan ser rectificadas mediante la adscripción de cargos, posiciones y oportunidades que compensen a los anteriormente excluidos, hasta lograr la igualdad en su adscripción. El punto (1) expresa el principio que debe preceder al Primer Principio de Rawls, para poder aplicarse a cualquier sociedad. Los puntos (2) y (3) reproducen el Primer Principio de Rawls con algunas modificaciones. El punto (4) corresponde al Segundo Principio de Rawls, con una modificación en el inciso (b) que señala el tratamiento de las desigualdades de origen histórico, mediante la posibilidad de una "acción positiva" que las elimine progresivamente. Esta propuesta teórica pretende traducir una idea de la justicia como equidad de trato de todas las diferencias (17).

4.6.3 Exclusión y el Bien Común

En una sociedad plural coexisten muchas concepciones diferentes del bien. Los individuos tanto como los grupos sociales conceden prioridades distintas de valores colectivos. El consenso social varía: para unos es el orden el supremo valor común, para otros, la libertad, o la prosperidad, o la gloria, o el honor... (17).

A las distintas concepciones del bien común corresponden sendos proyectos sociales y políticos. Cuando la sociedad hace de lado esa multiplicidad y llega a un consenso en una sola concepción del bien, cae de manera inevitable en la exclusión de todos aquellos que no comparten esa concepción. Por lo tanto, si la justicia consiste en la no exclusión, entonces no puede imponer una concepción del bien común. El problema

puede expresarse en la pregunta que plantea Rawls: "¿Cómo es posible la justicia en una sociedad en la que coexisten una pluralidad de concepciones del bien?".

El concepto de justicia no puede estar ligado a una concepción específica del bien que pueda oponerse a otras. La justicia puede resumirse en dos proposiciones: 1) La justicia no es un bien. Habría que distinguir entre dos conceptos: lo bueno y lo justo. 2) Por consiguiente, todo Estado justo es neutral frente a cualquier idea de lo bueno; no persigue ningún bien común. Pero esta concepción refiere Villoro es discutible, en primer lugar, las concepciones distintas del bien, en la medida en que se oponen entre sí, responden a intereses particulares de individuos agrupados. Su valor es pues relativo a ellos; no son generalizables. El bien deseado no es, en realidad, común, sino relativo a ciertos sujetos. La justicia, en cambio, es un valor objetivo; porque es válida para cualquier sujeto, cualquiera que sea su concepción del bien. Es pues un valor de segundo nivel. La equidad de trato es un valor formal, que se aplica a cualquier sujeto con una concepción sustantiva, particular, del bien. Pero no por ser formal deja de ser objetivo. Luego, es el único valor social común, aplicable a todas las elecciones particulares de bienes, puesto que no se identifica con ningún bien particular y no responde al interés de un individuo o grupo, sino a un interés general. Desde esa perspectiva, la exigencia de justicia otorga al Estado una función que rebasa su carácter pretendidamente "neutral". Tiene por misión proponer un fin común a todos los miembros de la sociedad, guardando sus diferencias. Un Estado conforme a la justicia tendría por tarea primordial la disminución y aún la eliminación, en lo posible, de toda situación de exclusión, actual o pasada, que impida alcanzar la realización de la libertad para todos. Mientras las políticas basadas en un modelo liberal tradicional de la sociedad no se comprometen con ninguna diferencia, tolerando por igual todas sus formas, una política igualitaria buscaría alcanzar la igualdad en las diferencias, asumiendo ese fin como justificación de un tratamiento preferente a los sectores que sufren una exclusión total o parcial. Se justificaría así una discriminación positiva o "acción afirmativa", en favor de las personas y grupos sociales víctimas de desigualdades, como medio para alcanzar la equidad ⁽¹⁷⁾.

La idea de justicia comprende el trato igual a todas las concepciones sobre el bien, pero también propone un bien común de segundo nivel, que se desprende justamente del trato equitativo a las diferentes elecciones de vida. La justicia aparece entonces como un bien superior a la pluralidad de bienes que cada quien elige libremente. Sobre los ideales de imparcialidad y tolerancia frente a todas las diferencias, se levantan las metas de cooperación y solidaridad entre los diferentes, para alcanzar el bien común de la justicia. A la idea de una asociación política constituida por ciudadanos diferentes pero iguales sólo ante la ley, se substituye la de una comunidad de hombres y mujeres que hacen suya la construcción de un valor común. A la *tolerancia* como virtud de una sociedad neutral ante las diferencias existentes, sucede la *cooperación* para lograr un fin común: la abolición de toda exclusión que impida la libre realización de todas las diferencias ⁽¹⁷⁾.

4.7 EI MODELO DE JUSTICIA EN AMARTYA SEN

Amartya Sen en muchos de sus escritos aborda la salud como una de las consideraciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que ofrece motivos suficientes para valorar, asegura que ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura.

Hay que destacar que la salud es esencial para nuestro bienestar y que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud. Porque no podemos hacer muchas cosas si estamos discapacitados o incesantemente abrumados por la enfermedad y son muy pocas las que podemos hacer si no estamos vivos ⁽¹⁹⁾.

4.7.1 Equidad en Salud y Justicia Social

La salud participa en el ámbito de la justicia social de varias formas distintas y no todas proporcionan exactamente la misma lectura de acuerdos sociales particulares, en tanto que la salud es multidimensional.

La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia. Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud. En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (digamos por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia), y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo de los adultos), tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social ⁽¹⁹⁾.

Esto requiere una distinción adicional entre el logro de la salud y la posibilidad de alcanzar una buena salud, que se puede ejercer o no. Esta distinción es importante en algunos casos, pero en la mayoría de las situaciones el logro de la salud tiende a ser una buena guía de las posibilidades subyacentes, dado que tendemos a darle prioridad a la buena salud cuando realmente tenemos la oportunidad de elegir. Es importante distinguir, por una parte el logro y la posibilidad, y por otra las facilidades sociales ofrecidas para dicho logro, como la atención sanitaria. Al contrario de lo que a veces se piensa, abogar por la equidad en salud no puede consistir simplemente en demandas relacionadas con la distribución de la atención sanitaria en particular. Los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria e incluyen muchas influencias muy distintas, desde las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo ⁽¹⁹⁾.

En general, al diseñar una política de salud es necesario distinguir entre la igualdad en los logros de salud (o las correspondientes posibilidades y libertades) y la igualdad en

la distribución de lo que, en términos generales, se pueden llamar recursos sanitarios. Aunque estos últimos son importantes, Sen argumenta con bastante consideración de proceso que contrario a lo que parece, estos, no ocupan una posición central en la equidad en general, y en la equidad en salud en particular ⁽¹⁹⁾.

Evaluar la equidad en salud centrándose únicamente en la desigualdad es exactamente lo mismo que abordar el problema del hambre en el mundo comiendo menos y obviando el hecho de que se puede usar cualquier recurso natural para alimentar mejor a los hambrientos. La violación de la equidad en salud no se puede juzgar exclusivamente en función de la desigualdad en salud. En efecto, se puede argumentar que algunos de los problemas políticos más importantes de la promoción de la salud son profundamente dependientes de la asignación global de recursos a la salud, y no únicamente de acuerdos distributivos de la atención sanitaria (por ejemplo, el “racionamiento” de la atención sanitaria y de otros determinantes de la salud), en los cuales parece estar concentrada en la actualidad gran parte de la literatura sobre la equidad en salud. Los recursos son fungibles y los acuerdos sociales pueden facilitar la salud de los pobres, a costa no solo de la atención sanitaria o de los logros de salud de otras personas, sino también a través de un acuerdo social diferente o de una modificación de la asignación de recursos. La magnitud de la desigualdad en salud no puede proporcionarnos información suficiente para evaluar la equidad en salud. La equidad en salud debe considerarse un concepto multidimensional ⁽¹⁹⁾.

La equidad en salud es una disciplina amplia e inclusiva, de modo que todo criterio unifocal como el “turno equitativo” de Alan Williams ⁽²⁰⁻²¹⁾ o “la distribución igualitaria de la salud ⁽²²⁾” no pueden dejar de excluir muchos otros aspectos importantes ⁽¹⁹⁾.

4.7.2 La Idea de Justicia de Sen

A pesar de que Sen rechaza la propuesta rawlsiana de elaborar un esbozo de sociedad ideal (el acuerdo trascendental único), utiliza sin embargo el esquema de Teoría de la justicia para exponer sus ideas (con algunas variaciones). En su trabajo Rawls propone

lo que, a su entender, constituye la estructura básica de una sociedad justa, partiendo de dos principios de justicia (que serían los que las partes acordarían en el hipotético contrato originario), principios que, en última instancia no son sino una justificación abstracta de la interpretación “liberal” de la Constitución de los Estados Unidos. Inscribiéndose claramente en la tradición del liberalismo político, por el primer principio, el de la igual libertad, se garantiza a cada individuo, en primer lugar, el goce de la libertad civil o libertad de los modernos, por la que se reconoce a cada individuo, en un sentido kantiano, una esfera de autonomía lo más amplia posible compatible con la libertad de los otros. El principio de la igual libertad supone, en segundo lugar, aceptar también la libertad de participación (o libertad de los antiguos), que de fundamento a la democracia. Consciente de la tensión que puede presentarse entre ambos tipos de libertad, las libertades negativas de los derechos humanos y el principio de la mayoría, Rawls considera, sin embargo, que resulta posible conciliarlas, al punto que podríamos considerar que la democracia constituye la mejor garantía de las libertades individuales (23-24).

Diferentes opiniones acerca del valor de las libertades afectarán el modo de pensar de las personas acerca de cómo debe estructurarse el esquema total de libertad. Aquellos que le dan un valor mayor al principio de participación estarán preparados para correr mayores riesgos con las libertades de las personas, es decir, para darle a la libertad política una mayor extensión. Idealmente, estos conflictos no ocurrirán, y sería posible, bajo condiciones favorables, encontrar un procedimiento constitucional que permita un alcance suficiente a la participación sin arriesgar otras libertades (25).

En consonancia con los principios del liberalismo clásico Rawls sostiene, de todos modos, que de presentarse un conflicto, prima la libertad civil por sobre la libertad de participación. Uno de los dogmas del liberalismo clásico es que las libertades políticas tienen menos valor intrínseco que la libertad de conciencia y la libertad de la persona. Si tuviésemos que elegir entre las libertades políticas y las demás, sería preferible, sin duda, el gobierno de un buen soberano que reconociese estas últimas y que mantuviese las reglas de la ley. Desde este punto de vista el mérito principal del principio de participación es el de asegurar que el gobierno respete los derechos y el

bienestar de los gobernados ⁽²⁵⁾. El segundo principio, el principio de la diferencia, establece que las desigualdades económicas son aceptables sí y solo sí redundan en beneficio de los individuos de la sociedad peor posicionados, de modo tal que pueda llegarse a “una justa igualdad de oportunidades (no sólo una igualdad formal)”⁽²⁵⁾. Haciéndose eco de muchas de las objeciones realizadas por el pensamiento socialista al liberalismo del siglo XIX, para Rawls, la justa igualdad de oportunidades significa que: Además de ofrecer iguales oportunidades de enseñanza y cultura, a personas similarmente capacitadas, bien subvencionando escuelas privadas o estableciendo un sistema de escuelas públicas, también refuerza y subraya la igualdad de oportunidades en las actividades económicas y en la libre elección de ocupación. Esto se logra programando la conducta de las empresas y las asociaciones privadas y previniendo el establecimiento de restricciones monopolísticas y barreras a las posiciones más deseadas. Finalmente, el gobierno garantiza un mínimo social, bien por asignaciones familiares y subsidios especiales, por enfermedad y desempleo, o, más sistemáticamente, por medios tales como un impuesto negativo sobre la renta ⁽²⁵⁾. Y aunque Rawls no deprecia los mercados (“los mercados competitivos, adecuadamente regulados, aseguran la libre elección de ocupación y conducen a un uso eficaz de los recursos”), señala al mismo tiempo sus limitaciones (“hay, y con razón, una fuerte objeción a la determinación competitiva de la renta total, ya que ésta ignora las demandas de necesidad y de un apropiado nivel de vida” ⁽²⁵⁾), de modo tal que es el gobierno el que debe asegurar a todos los miembros del contrato un mínimo social. Preguntándose, por último, sobre la vinculación entre estos dos principios de justicia, Rawls insiste en que así como la igual libertad civil prima sobre la libertad de participación, el principio de la igual libertad tiene una prioridad lexicográfica sobre el principio de la diferencia. Un orden es lexicográfico o serial, aclara, cuando “nos exige satisfacer el primer principio en la serie antes de que podamos pasar al segundo”, valga decir que en un orden serial los principios “situados anteriormente tienen un valor absoluto, por así decirlo, con respecto a los que le siguen, y se mantienen sin excepción” ⁽²⁵⁾. De este modo, aclara, “la prioridad de la libertad significa que la libertad puede ser solamente restringida a favor de la libertad en sí misma” ⁽²⁵⁾.

Rawls aparece de este modo, junto con muchos otros filósofos (Norberto Bobbio en Italia, Raymond Aron en Francia, Ronald Dworkin, Thomas Nagel o Thomas Scanlon en los Estados Unidos), como representante de una tradición de pensamiento que, sin renunciar a las libertades clásicas del liberalismo político, acepta con todo muchas de las críticas del socialismo al capitalismo, intentando aunar de este modo izquierda y derecha, libertad e igualdad. Básicamente, el pensamiento de Sen sigue estos lineamientos, aunque el eje de su preocupación primera pasa por el tema de la redistribución, inquietud que comparte con otros seguidores de Rawls. Como señalara en su momento Marion Young: En su libro, Rawls insiste en la prioridad de lo que considera principio mayor: el principio de la igual libertad. En cambio, la mayor parte de la voluminosa literatura que se ha escrito durante los últimos veinticinco años en respuesta a este libro, ha prestado más atención al que, en realidad, era el segundo de sus principios, el que prescribe la igualdad de oportunidades en el acceso a puestos y afirma que las desigualdades sociales y económicas deberían beneficiar a los menos aventajados. Fuese o no ésta la intención de Rawls, lo cierto es que la mayoría interpretó que recomendaba un activo papel intervencionista de los gobiernos, no solo para promover las libertades, sino también para conseguir una mayor igualdad social y económica ⁽²⁶⁾. Movido por esta inquietud Sen invierte el orden de Teoría de la justicia, de modo tal que en vez de desarrollar: 1) *el tema de la libertad civil*, 2) *la libertad de participación* y, 3) *la distribución*, aborda: 1) *el tema de la distribución*, 2) *la cuestión de la democracia o libertad de participación* y, 3) *el tema de los derechos humanos*.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

El presente trabajo monográfico es clasificado “sin riesgo”, dado que no se hace intervención de individuos de manera directa para su elaboración ⁽²⁷⁾.

La información obtenida se utilizó exclusivamente para fines académicos.

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERIZACIÓN: RELACIONES DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y EQUIDAD EN LA PAIS SEGÚN MODELOS ESTUDIADOS

Para abordar una aproximación a la situación actual (Caracterización) en el marco de las relaciones de exclusión social y equidad en la PAIS, se debe tener en cuenta los aspectos distributivos de la pobreza y las desventajas sociales, y por otra parte, a la carencia de poder político acompañado de una pérdida de los vínculos sociales (Saunders, 2003; Bohnke, 2001; Bohnke, 2004; Pérez & Mora, 2006, p. 51), esta definición incluye:

“El fenómeno de la exclusión social designa a personas que no gozan de los beneficios de la ciudadanía social porque su inserción en el mercado de trabajo se inscribe en la categoría de excedente laboral. Es decir, excluidos son aquellas personas que por razones de las transformaciones en el mercado laboral se convirtieron en desempleados crónicos, empleados en condiciones precarias, autoempleados en condiciones de miseria y emigrantes por razones económicas, y por ello tienen un acceso restringido a bienes y servicios y a las prerrogativas sociales conexas al empleo (Pérez & Mora, 2006, p. 51).”

En este sentido, gran parte de la población de usuarios de los sistemas de salud en Colombia pierden o les limitan los accesos a los servicios de salud, pero también a otras dimensiones que un empleo adecuado les entregaría. Así las cosas, los análisis sobre las formas como se entiende la exclusión social dejan ver falta de inclusión de variables sobre la pobreza, en el entendido, que este término tradicionalmente hace alusión a la deprivación económica o en la carencia de bienes materiales (Bohnke, 2001). Situación que pone en tensión la relación directa asumida tradicionalmente, entre exclusión social y equidad.

En el año 1993 Commins define cuatro dimensiones para el término exclusión social:

- a) exclusión de la integración cívica que trae consigo efectos negativos sobre el sujeto

y su familia, se expresa con alteraciones psicosociales (depresión, ansiedad y aislamiento) (Robila, 2006; Rodríguez-Kauth 2004), b) del mercado laboral, c) de la provisión de las políticas sociales del estado, y d) de la familia y la comunidad⁽¹¹⁾. Esto permite asegurar que el término exclusión social debe ser tomado en un ámbito multidimensional que actúa en diversas dinámicas poblacionales y es por esto que el término debe ser abordado en nuevas formas de iniquidad, en este sentido se incluyen políticas como la PAIS, que se enmascara dentro de un proceso de globalización económica con relación a los supuestos sistemas de protección social de salud en Colombia. No es para nada oculto en Colombia que el sistema de seguridad social en salud produce limitaciones y restricciones en las oportunidades de participación, aún por encima de las coberturas de aseguramiento alcanzadas. Desventaja que ostentan los excluidos per se, sea promulgada la nueva PAIS en Colombia, situación que directamente se ve reflejada en el acceso a los servicios.

A pesar de la promulgación de la PAIS, de ostentar coberturas altas en afiliación a sistemas de salud en Colombia, la catástrofe se acentúa desde la ley 100 de 1993, estas reformas juegan muy bien su papel desde la concentración de capital en intermediarios y exclusión de la población a servicios dominando el acceso a los mismos.

Confrontando las categorías empleadas por Amartya Sen podríamos decir que un porcentaje muy alto de la comunidad Colombiana no es libre, no alcanza a disfrutar de un tipo de vida mínimo valioso, las posibilidades relacionadas con las propuestas laborales ofrecidas son escasas y las alternativas para accesos a servicios de salud son iniquitativos. Es decir se acentúa, perpetua y afianza su situación de pobreza, de indigencia, de exclusión social y por supuesto la categoría de equidad parece no existir. El tema del “rebusque” diario, paso de ser un problema de los excluidos laboralmente e ingresa a las filas de los mismos “incluidos precarios”, término que utilizo al intentar explicar la barbarie con que aun laboralmente se masacra al trabajador encargado de la operación empresarial. En estos momentos parecería que es la subsistencia por el vivir lo que motiva el rebusque en las dos vías señaladas anteriormente.

Boaventura de Sousa Santos, al referirse a las sociedades premodernas, manifiesta una relativa simetría, entre las experiencias y expectativas de las comunidades, "...el que nacía pobre, moría pobre, quien nacía analfabeto, moría analfabeto" (2003), sin embargo la sociedad moderna en su afán unificador pero al tiempo segregador, ilustra nuevas posibilidades "*Quien nace pobre, puede morir rico, quien nace iletrado puede morir como padre de un médico o un abogado. Esa posibilidad de que las expectativas sobrepasen las experiencias es fundamental para nuestra interpretación del mundo, y para llamar esa discrepancia usamos diferentes palabras: progreso, desarrollo, modernización revolución, reformismo. En suma, espera con esperanza* (Santos, 2003, p. 1) ⁽²⁸⁾", lo crítico y fatal en la actualidad es que lo expresado por Boaventura se traduce fielmente en un proceso de desesperanza en relación a esas expectativas vendidas, ofrecidas e insertadas en los pensamientos de la comunidad: "*La gran mayoría de la población mundial espera sin esperanza. Hoy tenemos un colapso total de expectativas: quien come hoy no sabe si comerá mañana; quien sobrevive hoy puede no lograrlo mañana; quien envió a su hijo a la escuela este año, no sabe si lo podrá enviar al año entrante* ⁽²⁸⁾." En este sentido, el sector salud Colombiano, no se hizo esperar en el proceso de Neoliberalismo Global, cambió su papel, es decir, cambió la expectativa que se tiene de él como un bien social y se transformó en un "ente de interacciones mercantiles, privatizador, excluyente pero productivo a los intereses de los intermediarios", es decir, se transforma un servicio, en un bien material mercantil.

La PAIS en su estructura política se acerca más al concierto globalizador neoliberal y en un sentido solapado incluye los conceptos de equidad como si se tratase de una frase semántica, romántica pero realmente perversa que usurpa el terreno que debería ocupar al ostentar bajo su manto las bases fundamentales de su creación sobre la inequidad pre fundada.

Retomando las palabras de Santos, a pesar de alcanzar las coberturas casi al 100% de afiliación de la Población Colombiana al sector salud, es el colapso de la expectativa de ese servicio social que como lo dice Amartya Sen equiparado en términos de Justicia social y afianzado por Luis Villoro Toranzo cuando intenta explicar procesos

de Justicia Social desde la injusticia, encontramos en la PAIS esa “perdida de esperanza”, en tanto que, el objetivo final del sector salud deja de ser la mejor alternativa para alcanzar un buen vivir y para intentar salir de la trampa en la que fue fundado. El espacio dejado por esta reforma, queda en manos de diversas formas de solución transitoria, medicina prepagada, medicina privada, conglomerados de grupos que viven de buscar tarifas menores con los profesionales a cambios de afiliaciones a sus empresas, sobrecostos cargados al bolsillo de la comunidad, practicas alternativas etc.

No obstante lo anterior me refiero en la investigación a una perspectiva complementaria y ampliada para tratar el tema de exclusión en el sistema de salud Colombiano y que se acentúa en la PAIS, tratándose como una actividad estatal propia y consiente de “negación de la ciudadanía”, es decir, impedimento que traba el goce de los derechos civiles, políticos y sociales que tienen los Colombianos para el buen vivir de su salud, en correspondencia con sus derechos y deberes que condicionan legalmente la inclusión de la comunidad socio-económico-política.

En este sentido, además del acceso a los servicios de salud (mal tratados como están) también se tendría el derecho a los mismos.

Toda la estructura jurídico-política de Colombia en el presente “Estado Moderno”, está concebida sobre la base del principio de la igualdad, la PAIS no es la excepción, en este sentido lo expresado por Boaventura de Sousa Santos cobra relevancia para entender las diferencias encontradas entre desigualdad y exclusión:

"Si Marx es el gran teórico de la desigualdad, Foucault es el gran teórico de la exclusión. Si la desigualdad es un fenómeno socioeconómico, la exclusión es, sobre todo, un fenómeno cultural y social, un fenómeno de civilización. Se trata de un proceso histórico a través del cual una cultura, por vía de un discurso de verdad, crea la interdicción y la rechaza".

"El sistema de la desigualdad se asienta, paradójicamente, en el carácter esencial de la igualdad; el sistema de la exclusión se asienta en el carácter esencial de la diferencia... el grado extremo de la exclusión es el exterminio; el grado extremo de la desigualdad es la esclavitud. (29)"

Es importante lo analizado por Boaventura en el sentido que le da una categoría especial a los procesos de exclusión y que están ligados fundamentalmente con fenómenos culturales en consonancia con fenómenos económicos y políticos. Al respecto se hace importante traer el pensamiento de Franz Fanon cuando introduce una problemática individual sobre la concepción que se adopta de los sujetos excluidos:

"La descolonización jamás pasa desapercibida porque alcanza al ser, modifica fundamentalmente el ser, transforma espectadores sobrecargados de la ausencia de contenido en actores privilegiados, atrapados de modo casi grandioso por el engranaje de la historia, introduce en el ser un ritmo propio, transmitido por hombres nuevos, un nuevo lenguaje, una nueva humanidad. La descolonización es, en verdad, la creación de hombres nuevos (30)"

Para Fanon hay un despojo total de la condición humana que les impide volverse sujetos de su propio proceso social, con Fanon la percepción del problema que se plantea en la PAIS se aumenta, cuando se observa privación del derecho fundamental en su esencia a la salud pero con el agravante de exclusión de su propia condición humana.

Parecería según lo anterior, que lo expresado por Gramsci es la imagen exacta de los que sucede en nuestro sistema de salud y reafirmado con la PAIS *"El papel del Estado sería mantener la cohesión social en una sociedad fragmentada por la desigualdad y la exclusión"*

Finalmente tal como lo expresa Fleury Sony: *“la exclusión es un proceso cultural que implica el establecimiento de una norma que prohíbe la inclusión de individuos, grupos y poblaciones en una comunidad sociopolítica. De esta forma, los grupos excluidos están, en general, imposibilitados de participar de las relaciones económicas predominantes --el mercado, como productores y/o consumidores-- y de las relaciones políticas vigentes --los derechos de ciudadanía. Sin embargo, la coexistencia en un mismo grupo poblacional de situaciones de pobreza, ausencia de derechos sociales o de condiciones de ejercerlos, y su exclusión de la comunidad sociopolítica, no nos debe confundir y hacernos pensar que se trata de un fenómeno simple, subordinado a la dimensión económica, lo que implicaría una única estrategia de enfrentamiento de esta compleja condición* ⁽³¹⁾”.

Por tanto, Fleury expone la siguiente reflexión sobre la dinámica actual de lucha y combate a la exclusión: *“Este proceso posee una dimensión emancipadora, de constitución de nuevos sujetos sociales, una dimensión política representada por el poder que cobran los nuevos actores y la creación de nuevas formas de reivindicación del ejercicio de los derechos de ciudadanía, pero también una dimensión institucional, al alterar la propia materialidad del Estado, dando lugar a nuevas formas de co-gestión pública, como nos explica Genro* ⁽³²⁾”

“El surgimiento de nuevas formas de dominación y exclusión también producirá, espontáneamente o no, nuevas formas de autonomía y de 'inclusión alternativa' --del lado del Estado o contra él--una esfera pública no estatal autoorganizada o simplemente organizada paralelamente al Estado, pero que se obliga reiteradamente a recurrir al Estado para interferir en la vida pública o sustentar sus intereses directo ⁽³²⁾”

En este sentido Fleury expresa cómo los gobiernos locales están siendo objeto de una experimentación estratégica de un nuevo proceso de redefinición de las relaciones entre el Estado y la sociedad: *“Ese movimiento conscientemente orientado por una decisión política transformadora indica, así, una co-gestión pública, estatal y no estatal,*

por medio de la cual la legitimidad de la representación es permanentemente regenerada por la democratización radical de las decisiones, que son "devueltas a la comunidad en forma de políticas, acciones gubernamentales, que confieren identidad a los participantes del proceso y se amplían en la sociedad, alterando lo cotidiano de la ciudad e interfiriendo en la comprensión de su ciudadanía".

6.2 MÍNIMOS TEÓRICOS DESDE LA FILOSOFÍA POLÍTICA PARA SALUD

6.2.1. Generalidades de los diferentes enfoques investigativos en salud

Uno de los caminos ampliamente empleados para el abordaje del tema en salud está definido por la aplicación de diversos marcos teóricos, teorías de diseño, diagnósticos de salud, estudios epidemiológicos, análisis en salud pública desde la cuantificación hasta la cualificación, tendientes a la evaluación de políticas en salud.

Los diferentes modelos empleados identifican variables, categorías y elementos que son organizados y relacionados en ocasiones entre sí para generar hipótesis y a partir de ellos poder reformular teorías o plantear cambios o ajustes a las políticas. Todos coinciden en ubicar al investigador u observador en una posición interna o externa al fenómeno estudiado, esta premisa se ajusta con lo planteado por G. Walt al afirmar que *"así se investiga la mayor parte de las políticas en salud"* ⁽³³⁾.

Una segunda forma que permite la deliberación y crítica en la búsqueda de nuevos conocimientos sobre la política de salud es la aplicación del método de la reconstrucción racional de J. Habermas que permite ubicar el tema a estudio entre dos paradigmas; el objetivista y subjetivista, en forma descriptiva y normativa al mismo tiempo, cuyo substrato es el conocimiento intuitivo de los actores poseyendo la competencia comunicativa. El análisis es diacrónico y sincrónico y genera hipótesis para hacer una crítica de la realidad, que es falible y "pre-teórica".

Es la actitud metodológica que acepta el pluralismo metodológico y teórico, y cuyas hipótesis podrán ser probadas por medio de otras teorías o sea indirectamente ⁽³⁴⁾.

La tercera forma propuesta está dada en la elaboración de compendios teórico conceptuales desde lo propuesto por uno o varios autores expertos que desde sus postulados le permiten al investigador generar aproximaciones al tema estudiado, situación que es la escogida para la presente monografía.

6.2.2 Filosofía política y salud

Una filosofía de la salud debiera estar formada por una ontología que se refiera a la naturaleza o esencia de la realidad, de algo existente (la salud como categoría equiparable al de justicia y de lo público categoría equiparable al buen vivir); una ética o el estudio de lo correcto o de las acciones con corrección (que es lo mejor en términos de salud para la población y como lograr que se equipara a un bien común social); y una epistemología o disciplina que estudie como el conocimiento es abordado por fuera de los contenidos psicológicos del acto de razonar y la validez de los enunciados de una ciencia (la salud) ⁽³⁵⁾, lo ubicado entre paréntesis es constructo para este párrafo del autor de la monografía. Y como afirma H.E Sigerist: “es importante que el sanitarista sea más que un técnico. El necesita una filosofía que guie su acción”.

Una cuestión distinta es la filosofía política, que como filosofía moral tiene que ver con los ideales de la sociedad y la política, mientras que las ciencias políticas tienen que ver con el estudio de la realidad, es decir, la ontología. Un ejemplo de filosofía política es aquel que describe las precondiciones que regulan las sociedades modernas pluralistas a través de normas y leyes positivas: una teoría de la democracia. Ejemplos son el cuerpo de ideas sobre una forma de organización política y la relación estado sociedad mediada por la comunicación como hace J. Habermas o en nuestra América como se trata la política desde el enfoque de la teoría de la liberación (E.Dussel). Y finalmente otra cosa son los valores que fundamentan o subyacen a una práctica sanitaria o política de salud. Estos valores, con su mera cita no se constituyen en filosofía política como vamos a pasar a analizar ⁽³⁶⁾.

La restricción extrema al acceso de los servicios de salud en Colombia y las continuas evidencias sobre la presencia de enfermedades evitables hacen parte del día a día en

el sistema de salud, esto justifica glocalmente la reconstrucción de nuevos enfoques de política en salud que integren el concepto de filosofía moral con el de filosofía política de salud. Otra razón importante a considerar es que las corrientes éticas existentes como el utilitarismo, el comunitarismo, la teoría de justicia liberal de Rawls y las de igualdad de oportunidades no llenan las expectativas de académicos y políticos en la aplicación de estos principios a la distribución de los recursos en materia sanitaria ⁽³⁶⁾.

La PAIS desde su marco lógico plantea el derecho a la salud desde el derecho al acceso a los servicios, no obstante el concepto de “servicios de calidad”, no es claro en sus argumentos, por tanto el concepto de justicia social para la PAIS, es considerado como equidad de acceso a los servicios de salud, dejando relegado el concepto de salud misma como el propio objeto de ese derecho.

Amartya Sen plantea en sus postulados el entendimiento de la salud como la capacidad (según pensamiento aristotélico) para alcanzar el florecimiento de la vida y vivirla en plenitud, en ese sentido, la finalidad de la política en salud sería la búsqueda de la vida que valga la pena ser vivida. Tomando este precepto John Rawls en su teoría de la justicia defiende que la equidad se logra privilegiando a los menos favorecidos en la distribución de los bienes primarios. Al respecto Sen va más allá, aplica el principio de justicia a la capacidad de lograr funcionamientos adecuados al desarrollo humano individual y colectivo.

La PAIS no permite evidenciar que su constructo se fundó en mantener y acrecentar la salud para satisfacer las necesidades por medio del enfoque de capacidades. Las capacidades en salud incluyen la salud física y la capacidad de decidir (agencia o autonomía) individual o colectivamente para optar por soluciones apropiadas para mejorar o recuperar la salud. Esas capacidades son numerosas y son orgánicas o sociales, individuales, de comportamiento que implica una autonomía crítica del individuo.

Las consecuencias para definir un enfoque multidimensional de la salud pasan por las siguientes consideraciones, que son planteadas en el documento Aportes para una filosofía política de la salud en el Paraguay (36):

Primero: se trata de diagnosticar todas las inequidades o diferencias injustas. La atención de la salud no es la única causa del mejoramiento de la salud. También lo son el ingreso, la educación, la vivienda, el tiempo libre etc. Sin embargo la atención debe estar garantizada equitativamente por la política y por la ley.

Segundo: Las capacidades básicas incluyen el poder estar libre de la mortalidad prematura evitable y un conjunto de atenciones básicas de la salud a decidir.

Tercero: Considera la libertad de las personas para decidir su propio plan de vida y la participación en las decisiones sociales para priorizar la política de atención.

Cuarto: Implica la asignación equitativa de recursos o bienes para lograr la salud además de cubrir por medio del seguro universal los gastos catastróficos que demandan una enfermedad de gran gasto personal o familiar.

Quinto. Considera socialmente alguna forma de priorizar lo más importante para una sociedad por medio de la deliberación o discusión en la sociedad civil y en consecuencia en la sociedad política.

Sin dejar de lado los importantes avances entregados a través de vastas investigaciones dadas por la epidemiología social, esta monografía coloca en mesa el paradigma en construcción denominado “la salud como capacidades/necesidades” en sus dos versiones: ambas generadas por los trabajos iniciales de Amartya Sen y sus teorías del desarrollo, en una versión como “enfoque de necesidades de Martha Nussbaum/Len Doyal – Ian Gough(29) y la otra como enfoque de capacidades de Martha Nussbaum - Jennifer P. Ruger(30,31).

La última versión de Ruger, ha desarrollado a partir del concepto de salud como “florecimiento de la vida” (de origen aristotélico), mediante los conceptos de bienestar, capacidades, agencia y libertades de Sen. La teoría de capacidades ha encontrado en Jennifer Ruger el desarrollo más importante para instrumentalizar en estudios concretos un perfil de capacidades para la salud. Este perfil se ha desarrollado como

consecuencia de su tesis presentada en la Universidad de Harvard y posteriormente en la docencia en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Yale ⁽³⁶⁾.

En resumen el objetivo glocal de la teoría de necesidades/capacidades es la prevención de graves daños, la participación social y la participación crítica en la sociedad. Las necesidades básicas son la sobrevivencia, la salud física, la capacidad cognitiva y emocional, la comprensión cultural, las oportunidades para participar y la autonomía crítica. Los satisfactores universales incluyen: la alimentación y agua, alejamiento protector, entorno no perjudicial, los nacimientos seguros, la infancia segura, las relaciones primarias significativas, la seguridad física, la seguridad económica y la educación apropiada. Existen precondiciones sociales que hacen posible el desarrollo de las capacidades como los derechos civiles y políticos y los derechos económicos sociales.

Los anteriores puntos de vista (Sen, Nussbaum, Doyal y Gough, y Ruger) han dado bases para la construcción de un nuevo paradigma que desde la filosofía y una filosofía política de salud en la justicia social (equidad) pueden dar forma a nuevas maneras de ejercitar la práctica de la salud pública con consecuencias en la ética, las medidas políticas de salud pública y la generación de las leyes en estos campos.

Podemos concluir en este momento de la monografía que el pensar histórico de la salud en Colombia todavía espera por un marco de análisis; nuevos nexos entre las “humanidades” del conocimiento y el campo de la salud todavía escasos. Relaciones entre economía política y salud pública esperan por nuevas generaciones de sanitaristas abiertos a nuevos enfoques. Visualizar la urgencialización de nuevos paradigmas epidemiológicos y sanitarios además de la inserción de la salud pública en una visión de salud glocal.

7. DISCUSIÓN

Podemos iniciar este capítulo de discusión partiendo del hecho de que tanto Luis Villoro Toranzo como Amartya Sen, son motivados en sus escritos relacionados con la Justicia más que en la búsqueda de una verdad teórica, para entrar a una preocupación de tipo ético. Y es probable que en ambos nazcan ideas de justicia motivadas en la indignación suscitada por la miseria de tantos hombres (que tuvieron ocasión de conocer de cerca por sus experiencias en México y la India respectivamente), y de la necesidad de plantear alternativas para remediarla.

La filosofía puede producir y produce una obra extraordinariamente interesante e importante sobre una variedad de temas que no tiene nada que ver con las privaciones, iniquidades y servidumbres de las vidas humanas. Así es porque así debe ser, y hay mucho que celebrar en la expansión y consolidación del horizonte de nuestro entendimiento en todos los campos de la curiosidad humana. Sin embargo, la filosofía también puede jugar un papel en aportar más disciplina y mayor alcance a las reflexiones sobre los valores y las prioridades tanto como sobre las frustraciones, opresiones y humillaciones que los seres humanos sufren a lo largo y ancho del planeta ⁽³⁷⁾, situación para nada ajena a nuestro devenir en las políticas de salud y sus aplicaciones en práctica.

Para Villoro la injusticia como principio de la justicia y para Sen la Justicia como tal, comparte el papel que le cabe al Estado en lograr el mínimo de justicia social cuando no resultan suficientes los mecanismos de mercado como en el caso Colombiano, sin embargo para ambos se puede colegir una estructura que lleve a una teoría de la justicia, en términos de lo expresado por Sen “incluyen poner la *razón* en juego en el diagnóstico de la justicia y la injusticia (...) estudiosos de la justicia en diferentes partes del mundo han intentado ofrecer el *fundamento intelectual* para pasar de un *sentimiento general* de injusticia a diagnósticos particulares *razonados* de la injusticia, y de éstos a los análisis de las formas de promover la justicia” (Sen, 2011: 37).

Las lecturas de Villoro y Sen afianzan permanentemente la defensa acerca de que la razón se encuentra capacitada para afrontar las cuestiones éticas, sus ideas expresan preocupación por extender el campo de las obligaciones para con los demás, más allá del contrato y del interés por cuidar el propio beneficio, las inquietudes por la justicia social en un mundo globalizado, y la pregunta sobre la manera en que deberían balancearse las libertades políticas y los derechos de bienestar.

Con relación a la PAIS, creer articular aseguramiento, prestación de servicios y salud pública equivale a menospreciar el concepto de derecho a la salud en contraposición con el de “negocio de la salud”. Es paradójico encontrar en los escritos desarrollados por los eruditos de Ministerio de Salud de Colombia cómo existe una apropiación de los conceptos avanzados de salud como el de los determinantes sociales y el mismo derecho a la salud, para querer empujar los conceptos de una APS, esto por supuesto, confunde las personas, y perpetúa el sistema de política neoliberal actual ante los Colombianos. Los conceptos sobre la entrega de las APS por fuera del dominio de los Estados sólo se conciben en Colombia, la PAIS entrega la APS a las EPS, con el objeto de convertirla en la puerta de entrada al Sistema de Salud, dejándola a merced de la EPS para inducir la demanda de acuerdo a sus intereses.

A pesar de la definición que sustenta el termino EPS “Entidad Promotora de Salud”, en más de 25 años de su creación son escasas y efectivas las acciones en este aspecto, manejan el dinero de la atención primaria individual de sus asegurados y ahora con la PAIS reciben el premio mayor económico para administrar la APS colectiva.

La Ley 100 DE 1993 estructuró el negocio de la salud en Colombia, 25 años hasta ahora de enriquecimiento de empresas a costa de la negación de los servicios, esto hace evidente que el negocio de la salud supera el objetivo de la misma.

En la PAIS se visualiza un aprovechamiento de Ley Estatutaria para regular el derecho a la salud, pero lo que genera es restricción del mismo, sostiene el negocio sin alterar la estructura operativa del sistema, evidente entonces la profundización del modelo

conceptual, mantiene la tercerización de servicios (Intermediación), el aseguramiento y apalanca más las EPS.

La PAIS plantea reformas a procesos de atención, olvida la esencia de la promoción y prevención de salud y lo más perverso es que el “paseo de la muerte” alcanzará su máxima expresión, las condiciones de trabajo del sector salud son precarias, la PAIS soslaya y solapadamente fomenta la tercerización, se quiere visualizar con este “salvavidas de la salud” que el sistema de salud en Colombia mejorará de manera sencilla, ajustando unos “desalmados” que no se regulan en la demanda y otros tanto que no se regulan en los ordenamientos.

Es un tanto sencillo lo que se pretende con la PAIS y la APS; veamos a la luz de nuestros referentes documentales (Villoro-Sen) como quedaría una inquietud en los siguientes términos:

Lo primero que tendríamos que aclarar en el sistema de salud actual es; ¿Cuáles son las verdaderas necesidades y capacidades de nuestro sistema de salud en 25 años de cambio? qué se quiere?; será la búsqueda de las libertades políticas Vs el derecho a la salud desde el bienestar?, o la pregunta que nos está planteando la PAIS está en los siguientes términos; prevención de la enfermedad Vs. fortalecer el asistencialismo y lo curativo?, la respuesta a ésta última inquietud derivada de la PAIS, en tanto que está definida en captar los “enfermos” y trasladarlos al primer nivel de atención, esto no es APS según lo definido por la Organización Panamericana de la Salud (APS: orientada hacia la intervención de los determinantes sociales de la salud).

La promoción a la salud se debe construir con base a los perfiles epidemiológicos, pero como lo describen Luis Villoro y Amartya Sen al referirse a términos de justicia, se tendrían que incluir aspectos sociales, políticos y económicos cuando abordamos políticas en salud.

Que se visualiza con las RIAS planteadas en la PAIS; estas ya están consolidadas en el esquema de atención actual del sector privado, por supuesto el enfoque es curativo

hacia la facturación (si no facturan no pueden vivir), la PAIS plantea una alianza público privada (las empresas privadas buscarán por todos los medios comprar la red pública), esta será la forma como las privadas llegarán a los territorios, la PAIS en su solapamiento promueve que cada región entregue la administración de salud a una sola gestora, que por demás evidente, el sometimiento del mercado será su fundamento (se entra en el concepto de mercado desigual), ellas definirán a quienes contrataran o no y a quienes se les someterá a sus tarifas, de todas maneras la perspectiva del sistema de salud en Colombia no es el mejor y la tendencia es a empeorar (monopolio absoluto de la salud). Falsa la libre escogencia de los pacientes al ejercicio libre de elección y falsa la premisa de un mercado libre ausente de monopolio.

Otra solución que plantea la PAIS frente al riesgo financiero y que por demás genera confusión y se torna engañosa, está definida con el control de la gestión integral del riesgo, deja en manos de las EPS (El asegurador) esta tarea, deben intervenir el riesgo de salud, así las cosas, el asegurador va a realizar seguimiento al riesgo de salud y seguimiento al riesgo financiero. Falta menos para engañar, que el sistema sigue siendo de aseguramiento. En resumen se cede la rectoría territorial del sistema a las aseguradoras para que manejen los recursos de salud. El negocio se hace mucho más atractivo cuando se le quitan a las nuevas gestoras de salud, es decir las nuevas administradoras de planes de beneficios (cambio semántico de las antiguas EPS) las cargas de costo en lo referente a enfermedades de alto costo (catastróficas), enfermedades huérfanas, en atención a regiones apartadas y distantes para entregárselas a otro administrador.

Finalmente quiero retomar lo definido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay ⁽³⁶⁾ en donde encuentro similitud con las percepciones que tienen de su sistema de salud y que son fácilmente acuñados a lo propuesto por la PAIS para Colombia:

“Difícilmente podemos estar en desacuerdo con estos principios y valores aunque del dicho al hecho las anteriores administraciones hayan mantenido un estado de situación poco favorable al desarrollo del sistema sanitario y la disminución de riesgos y daños

compatibles con una salud integral. Es el caso de la cita extensa y exhaustiva de valores que no se manifiestan en las acciones y resultados sanitarios ⁽³⁶⁾.

“De forma semejante, el documento Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad afirma que “para que el derecho a la salud sea efectivamente un derecho las políticas públicas de salud y calidad de vida se sostienen en cuatro principios fundamentales: universalidad, equidad, integralidad y participación social”, con relación a la equidad se anota que para lograr disminuir las diferencias entre los grupos sociales, “se debe mirar la realidad desde la perspectiva de la justicia social y de un Estado de Bienestar” ⁽³⁶⁾.

“Cabe recordar el programa de gobierno del periodo 2005-2008 y comparado con el Documento de las Políticas Públicas actual no existen mayores diferencias en cuanto a valores que los guían, aun cuando el último introduce innovaciones por el camino del cambio de políticas señalando las propuestas derivadas de la formulación central como a) la garantía del derecho a la salud como derecho humano fundamental, el cumplimiento del marco legal vigente en salud, romper con la perpetuación de la inequidad y la función pertinente del Estado en este tema, la superación de la focalización excluyente, la implementación de la APS como eje articulador del sistema de salud y la promoción de la participación ciudadana. Otra diferencia fundamental radica en la abogacía y las acciones tendientes a lograr mayor presupuesto total y público en salud y política sociales, la introducción renovada de la APS, y la gratuidad como una primera manifestación de la búsqueda del cumplimiento de los derechos sanitarios con la estrategia promocional de “la calidad de vida” ⁽³⁶⁾.

Situación que nos permite reafirmar los postulados presentados por Luis Villoro Toranzo y Amartya Sen en toda su extensión, en tanto que la PAIS se traduce en un poco de más de lo ya conocido y vivido.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La PAIS no establece una igualdad de propiedades comunes en la población a atender sino una igualdad de acceso, igualdad en la aplicación de una regla a personas y situaciones diferentes. Distinguimos entonces en la PAIS una exclusión de lo referido por Villoro como "igualdad sustantiva", y lo define la política en términos de "equidad" a la aplicación de ese criterio de igualdad. En este sentido si la igualdad sustantiva se resuelve en homogeneidad, la PAIS en términos de equidad admite lo heterogéneo, generando su exclusión.

Los recursos son fungibles y los acuerdos sociales pueden facilitar la salud de los pobres, a costa no solo de la atención sanitaria o de los logros de salud de otras personas, sino también a través de un acuerdo social diferente o de una modificación de la asignación de recursos. La magnitud de la desigualdad en salud no puede proporcionarnos información suficiente para evaluar la equidad en salud.

La ética y filosofía política juegan un gran papel en aportar más crítica, responsabilidad y creatividad dada al alcance de las reflexiones sobre los valores, prioridades y posibilidades tanto como sobre las frustraciones, desesperanza, opresión y humillación resumidas en procesos de exclusión social que vivencian los Colombianos desde las políticas de salud vigentes. Un compromiso que comparten las teorías de la justicia consiste en tomar en serio este problema y ver qué se puede hacer desde el punto de vista del razonamiento práctico frente a la injusticia en salud.

La principal enseñanza que se puede inferir de la promulgación de la PAIS es que la contraposición entre las políticas sociales aplicables a todos, y las políticas sociales focalizadas, no ayuda a los países de la región al diseño de políticas que efectivamente logren objetivos acumulativos y no concurrentes: combatir la pobreza, construir ciudadanos y eliminar la exclusión.

Colombia no ha sido capaz de encontrar la relación ideal entre los tres principios básicos de coordinación de individuos y organización de sociedades: el Estado, el

mercado y la comunidad. Cada uno de estos principios posee un fundamento propio, siendo, de acuerdo con Offe ⁽³⁸⁾; el Estado basado en la razón, el mercado basado en el interés y la comunidad, que tiene como fundamento la pasión. El valor que orienta las acciones del Estado es la igualdad, el valor que organiza el mercado es la libertad, mientras que la comunidad se mueve por su identidad o sea, por la solidaridad. El absolutismo de cualquiera de los tres ordenamientos sociales, termina por generar consecuencias nefastas para la sociedad. Mientras tanto, hallar una ecuación adecuada entre los principios ordenadores, capaz de garantizar la gobernabilidad, el desarrollo y la equidad todavía es una construcción muy difícil en el contexto de exclusión de Colombia.

Es evidente el carácter demagógico de la PAIS, se invoca permanentemente el derecho a la salud consignado en varias normas Colombianas, no se consigna en el documento PAIS el estado real de la crisis financiera, sin embargo no está definido el cambio de direccionamiento hasta tanto se mantenga la inoperante, innecesaria e inconveniente presencia de las Aseguradoras en salud, que fortalecen por demás la intermediación.

Parecería que, al menos en lo que hace al sector salud, las reflexiones y propuestas acerca de cómo construir una política inclusiva y equitativa de salud tienden a venir más de la mano de los políticos con tendencia economicista, más preocupados por las cuentas fiscales, que de los dícese “administradores en salud”, personal de salud, sociólogos, politólogos y filósofos de la salud; y ni hablar de los médicos. Como si acaso fuera posible gestionar las reformas e impulsar las transformaciones sistémicas que son necesarias sin reforzar las miradas y la capacidad propositiva y gerencial respecto de ese cómo hacerlo con los actores operativos del sistema.

Por lo anterior se podría pensar en voluntades para crear escenarios legítimos, donde los constructos de un nuevo acuerdo social en salud se presente de abajo territorios - hacia arriba Estado; donde se comparta el mismo objetivo para impactar regímenes acumulativos desde las garantías plenas a derechos interdependientes que den derechos a tener derechos realizables y alcanzables, donde la salud sea el término

usado a niveles como los han colocado Luis Villoro Toranzo y Amartya Sen; en términos de justicia social o de injusticias como principio rector.

Cualesquier solución al conflicto social de la salud en Colombia implicaría reconstruir el sistema político (desde la democratización radical para construcción de los público), la política económica (superación del patrimonialismo, el monopolismo y clientelismo) y la política social (reconocimiento de la diversidad).

“Integrar las cuestiones éticas que subyacen a las ideas generales sobre desarrollo global con las exigencias de la democracia deliberativa, de modo tal que unas y otras conecten con los derechos humanos” (Sen, 2011: 413).

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud PAIS. Resolución 429 del 17 de febrero de 2016. Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
2. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de febrero 2015, en Salud, se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones.
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de diciembre 23 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>.
4. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. (Pág.6). Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 2014.
5. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. (Pág.29). Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 2015.
6. ASALE R-. Equidad [Internet]. Diccionario de la lengua española. [Citado 14 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=FzCUhhq>.
7. Sen, A. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de salud pública. 2002; 11(5-6):302-9.
8. Sen A. Inequality reexamined. Cambridge, MA: Harvard University Press, y Oxford: Clarendon Press; 1992.
9. Sen, A. ¿Igualdad de qué? Libertad, igualdad y derecho, las conferencias Tanner sobre filosofía moral. 1988: 133-156.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv 1992; 22: 429-445.
11. Álvarez Castaño, L. S., Bernal Medina, J., Vallejo Rico, A., Sepúlveda Herrera, D. M., & Castrillón Laverde, A. (2010). La exclusión social y la desigualdad en Medellín: sus dimensiones objetivas y subjetivas.
12. Hernández-Álvarez Mario. El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. Rev. Salud Pública [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Abr 02]; 10(Suppl 1): 72-82. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600007&lng=es.

13. Peter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Washington: OPS/OMS, Fundación Rockefeller; 2002: 27-35.

1.

14. Fleury, S. (1998). Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. Nueva sociedad, 156, 72-94.

15. Arrivillaga, M. Borrero, Y.E., Salcedo J.P. (2013). Globalización, Libre Comercio y Salud. Bogotá: Ediciones Aurora. ISBN: 978-958-9136-72-0.

16. Enthoven, Alain – “Managed Competition: an Agenda for Action” in Health Affairs I, Summer, 1998.

17. Villoro, L. (2000). Sobre el principio de la injusticia: la exclusión (Octavas Conferencias Aranguren, 1999). *Isegoria: Revista de Filosofía Moral y Política*, (22), 103-142.

18. Villoro, L. (1999). El poder y el valor. Fundamentos de una ética política. 1999.

19. Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de salud pública*, 11(5-6), 302-309.

20. Williams A. If we are going to get a fair innings, someone will need to keep the score! En Barer ML, Getzen TE, Stoddart GL, eds. *Health, health care and health economics*. New York: Wiley; 1998. p. 330.

21. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the ‘fair innings’ argument. *Health Econ* 1997;6:117–132.

22. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ* 1993;12:431–457.

23. Migliore, J. (2011). Amartya Sen: La idea de la justicia. *Revista Cultura Económica*, 29(81/82), 13-26.

24. Sen A, *The Idea of Justice*. Penguin Press. 2009: 01- 491. Sen, A. (2011). *The idea of justice*. Harvard University Press. Sen, A. (2012). *La idea de la justicia*. Taurus.

25. Rawls, J. (1993). *Political liberalism*. New York: Columbia University Press.

26. Young, R. M. (2001). *An Introduction to Non-Harmonic Fourier Series*, Revised Edition, 93. Academic Press.

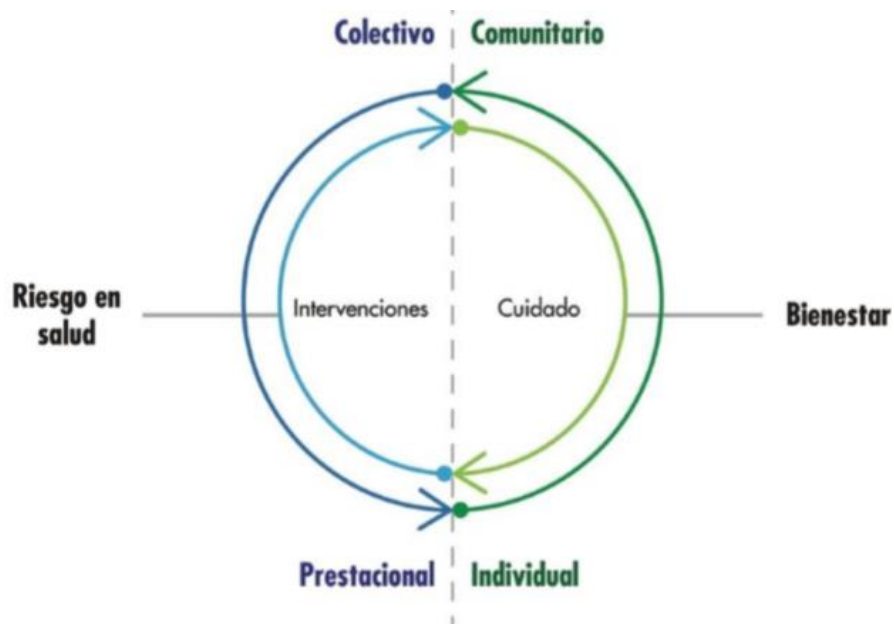
27. República de Colombia. Ministerio de Salud. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 8430 del 04 de Octubre. 1993.
28. Santos, B. D. S. (2003). Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia. Volumen I. Para un nuevo sentido común: la ciencia, el derecho y la política en la transición paradigmática. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, SA.
29. Santos, Boaventura de Souza - A Construção Multicultural da Igualdade e da Diferença, VII Congreso Brasileño de Sociología, Río de Janeiro, 1995, pág. 2-4.
30. Fannon, Frantz - Los Condenados de la Tierra, 2a. edición, Ed. Civilização Brasileira, Río de Janeiro, 197.
31. Fleury Sony: Trabajo presentado en el Seminario sobre Política Social, Exclusión y Equidad en Venezuela durante los años 90 Balance y Perspectiva, en Caracas, Mayo de 1998, promovido por FONVIS, INDES-BID, CENDES, ILDES.
32. Genro, Tarso - "O Novo Espaço Público - 21 Teses para a Criação de uma Política Democrática e Socialista" Folha de São Paulo, 9/6/96.
33. G. Walt et al. Doing health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy and Planning. 2008; 23, 308-317.
34. Pedersen, J. Habermas method: rational reconstruction. Philosophy of the social sciences. 2008; 38: 457.
35. Wied, D .L. Towards a philosophy of public health. J. Epidemiol. Community Health 1999; 53, 99-104.
36. Recalde, F. (2013). Aportes para una filosofía política de la salud en el Paraguay. Revista Salud Pública del Paraguay, 1(1), 26-42.
37. Migliore, J. (2011). Amartya Sen: La idea de la justicia. Cultura económica, (81), 13-26.
38. Offe, Claus. 1998. "The Present Historical Transition and some Basic Design Options for Societal Institutions" MARE

10. ANEXOS

Anexo 1 Riesgos Colectivos e Individuales

La Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene un componente colectivo y otro individual. El colectivo es ejecutado principalmente por la entidad territorial, articulada con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador, integrando las intervenciones preventivas que, con base en evidencia, se pueden aplicar de manera efectiva a conglomerados de población indivisibles para actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud para disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad; o controlan la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud. Se diferencia de la promoción de la salud en que su objetivo no es solo obtener ganancias en bienestar sino reducir la probabilidad de efectos negativos en el riesgo, la enfermedad y sus consecuencias.

Interrelación entre riesgos colectivos e individuales:

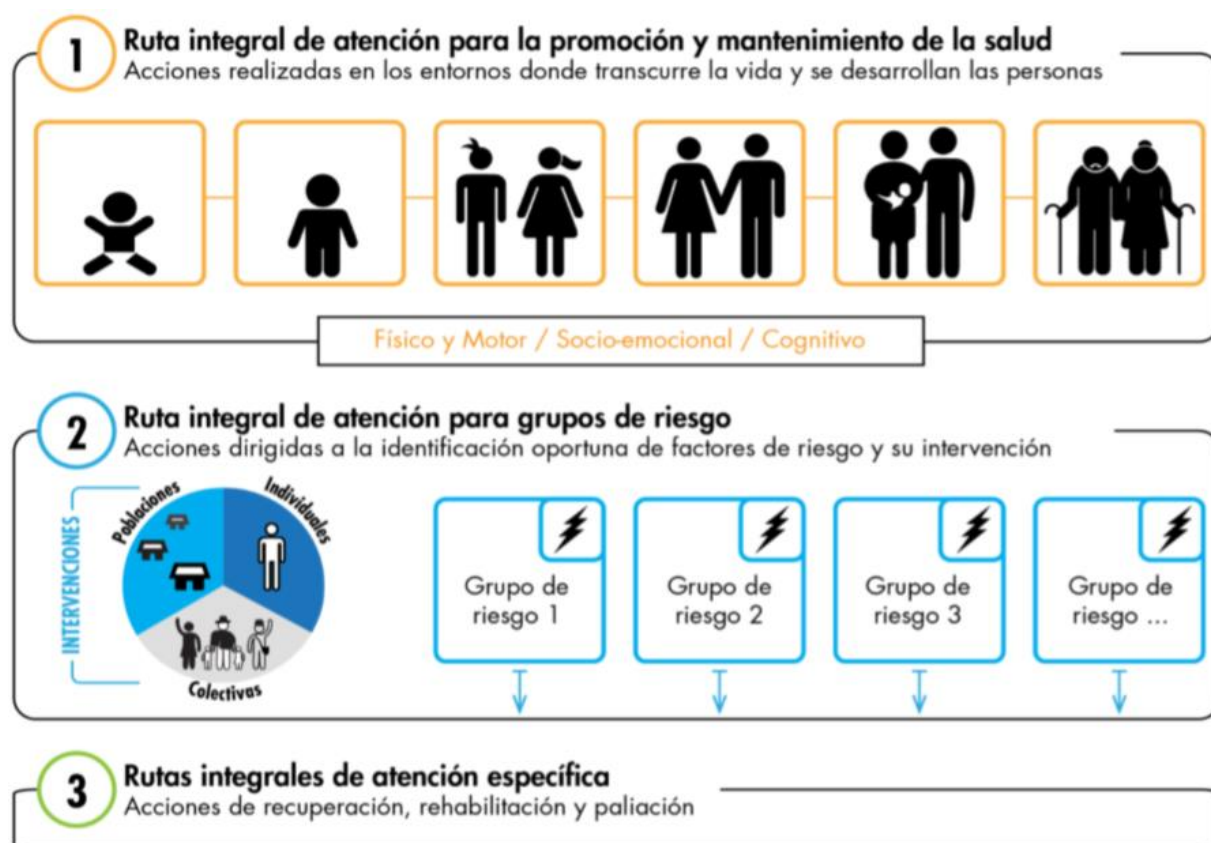


Fuente: MSPS. 2015.

Anexo 2 Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS

Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social. Los objetivos sociales últimos de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del Sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud.

Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS:

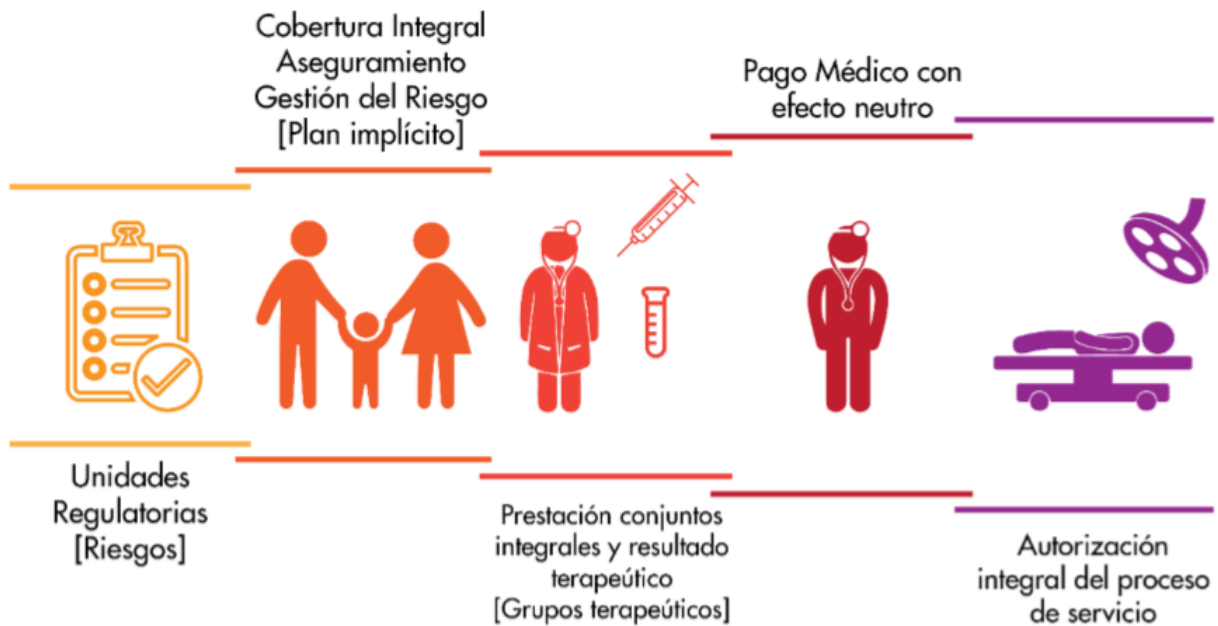


Fuente: MSPS, 2015.

Anexo 3 Redefinición del Esquema de Incentivos

Para hacer posible el MIAS, es necesario orientar los incentivos hacia los resultados esperados en salud. Para hacer viables esos resultados sin poner en riesgo la sostenibilidad del sistema requiere ajustar el esquema de a lo largo de la cadena de provisión de servicios de salud. Tanto asegurador como prestador y proveedores de insumos deben alinearse alrededor de los resultados que el regulador, en su ejercicio de la rectoría, determine.

Esquema de Incentivos:



Fuente: MSPS, 2015