

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**SOSTENIBILIDAD EN SALUD Y BIENES COMUNES
Una propuesta para la construcción de ciudadanía en
salud**

Presenta

JOSÉ LUIS MENDEZ H., MD

Tutor

SANTIAGO GALVIS VILLAMIZAR

TRABAJO DE GRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

Bogotá, noviembre de 2018

CONTENIDO

1. Introducción.....	4
2. Antecedentes.....	7
3. Estado del arte	10
Problemáticas relacionadas con ciudadanía en salud.....	10
Dificultad para definir ciudadanía en salud como problema publico.....	10
La falta de claridad en los puntos comunes	11
Ausencia de responsabilidad y corresponsabilidad.....	13
Confusión entre participación ciudadana y acción colectiva.....	13
Líneas de investigación fragmentadas.....	15
4. Impacto de la falta de ciudadanía en salud en Colombia.....	16
Desde la perspectiva de la población- salud como un derecho.....	17
Desde la conceptualización de la participación ciudadana en salud....	17
Desde la influencia del Estado.....	18
5. Marco Teórico para la construcción de ciudadanía en salud.....	21
Resignificando la salud como un bien común.....	22
Transformando la participación ciudadana en acción colectiva en salud...23	
6. Propuesta para la construcción de ciudadanía en salud.....	25
Replanteando la intervención del Gobierno.....	25
La cooperación y el Nuevo Acuerdo Social.....	27

Redimensionando las acciones comunes.....	28
Propuesta para desarrollar nuevas categorías.....	29
a. Del derecho social a la salud al desarrollo de un sujeto de derecho con deberes.....	29
b. De la participación ciudadana a actor activo en el sistema de salud.....	29
c. Hacia un Nuevo Acuerdo Social en salud.....	30
La fuerza del autoempoderamiento de los ciudadanos – un llamado a la acción e interacción.....	31
a. Construcción del interés colectivo.....	31
b. Un camino hacia la protección de la salud como bien común..	32
c. El ciudadano en salud –un cooperador por naturaleza.....	34
Conclusiones.....	37
Bibliografía.....	39

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente el sistema de salud colombiano está viviendo una crisis de institucionalidad, principalmente de carácter económico y financiero, que amenaza su desarrollo. Desde la declaratoria de emergencia social en 2009, el poder ejecutivo utilizó su facultad para legislar y proteger, no solo el interés general que se percibía en riesgo en el sector salud, también su sostenibilidad y continuidad en el tiempo.

A veinticinco años de la expedición de la Ley 100/93, y en medio de continuos debates sobre la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS) colombiano, se evidencia una crisis de credibilidad entre sus actores, caracterizada por la pérdida de confianza mutua, como lo plantea Barrera:

La ley citada, es la que modifica el actual sistema de salud en el país [...] y es precisamente, atendiendo a su sostenibilidad como modelo económico, que se han presentado álgidos debates entre las distintas posiciones que se debaten entre la materialización efectiva del derecho a la salud, y la lectura de economía de mercado que se hace sobre el sistema; todo esto por ser la salud, un derecho que surge en el seno de los derechos prestacionales –económicos–, con una evolución hacia lo fundamental.] (2017.p.1-2)

De esta circunstancia, ampliamente discutida en los últimos años en Colombia, se puede observar uno de los principales problemas, desapercibido por los actores del sector salud: la dificultad para identificar puntos de encuentro sobre el interés colectivo que une a los actores y que les motive a desempeñarse colectivamente en articulación con el sistema.

Las discusiones públicas y las noticias mediatizadas sobre el sistema de salud refuerzan esta apreciación. Se sigue hablando de una crisis de la sostenibilidad del sistema, de la falta de confianza entre los actores y de la necesidad de buscar acuerdos entre estos, de buscar como dice Hobbes “la esencia del pacto social” donde “todos los miembros de la comunidad renuncien a su derecho natural a todas las cosas, y que se transfiera ese derecho al colectivo” (Miranda, 1986. p 28). Cabe aclarar que Hobbes desarrolló su teoría pensando en el Estado absolutista del siglo XVII, facultado para intervenir en seguridad, justicia, defensa, propiedad privada, entre otros.

La importancia de esta construcción de acuerdos, así como de la cooperación entre los diferentes actores de uno u otro sector de la sociedad, es una realidad. A través de la historia, y como han documentado diversos autores (Nowak, 2011, Ostrom, 1990) se ha confirmado que el dialogo para conseguir acuerdos de beneficio mutuo, así como los esfuerzos enfocados a la cooperación entre actores

traen más aportes positivos que negativos al desarrollo de las relaciones, y a la obtención de resultados de interés común. Múltiples ejemplos de procesos de postconflictos, posguerras, buscan en estas herramientas su principal estrategia para avanzar hacia sus resoluciones.

Ante este escenario es relevante hablar de ciudadanía en salud, lo cual trae consigo un desafío multidimensional, debido a la gran variedad de enfoques que se pueden adoptar para abordar este tema -normativos, filosóficos, sociales, políticos y de derechos humanos, entre otros-. Se trata de poner en el centro el reconocimiento de la ciudadanía en salud como derecho, como participación ciudadana y su relación con la madurez democrática, como parte del contrato social. La ciudadanía en salud resulta relevante en términos de salud pública, dado que permite hacer práctico el principio de corresponsabilidad con la crisis continua y creciente del sistema de salud colombiano. En términos económicos y financieros, para dimensionar una de las expresiones de la crisis, el gobierno nacional ha enfatizado que el sistema de salud tiene, a 2018, un déficit acumulado de más de 10 billones de pesos. Esto se conjuga con una debilidad estructural en la calidad, que incluye a los aseguradores, prestadores y proveedores de servicios, así como inequidades en el acceso de los pacientes.

Más aún, desde una perspectiva de salud pública, que se ocupa de las dinámicas de los colectivos, se hace relevante y necesario entender la percepción y aplicación del concepto de ciudadanía en salud en la mente de los individuos, como elemento fundamental de sus acciones e interacciones cotidianas, tanto frente al entendimiento y protección de su salud, como a su comportamiento dentro del SGSSS.

Para aproximarnos a la problemática existente en el contexto colombiano y aportar con propuestas prácticas, este ensayo pretende analizar la situación actual de la ciudadanía en salud, a la luz de las tendencias locales e internacionales. A partir de allí busca trazar algunos elementos que sirvan como insumo y punto de partida para la formulación de una propuesta para la construcción de ciudadanía en salud, como componente fundamental del SGSSS. Es importante aclarar que la ciudadanía en salud es una manifestación de la ciudadanía en general. Se fundamenta en sus principios, relacionados con bienes comunes, intereses compartidos por los individuos en los colectivos, y con el rastro que dejan las interacciones sociales entre unos y otros. En este sentido, Redden (2002), manifiesta que la ciudadanía trae como consecuencia la tensión o el equilibrio entre la libertad individual y el bienestar colectivo.

En este orden de ideas, la pregunta que abordaremos en este ensayo es la siguiente: ¿Cómo propiciar la construcción de ciudadanía en salud, como un

elemento fundamental para responder a la actual crisis del sistema general de seguridad social en salud? Así, argumentaremos que uno de los elementos fundamentales y más relevantes para la superación de la actual crisis del SGSSS, es el abordaje de un proceso de construcción de ciudadanía en salud, que se implemente como una práctica continua, entre todos los actores del sistema, lo cual hace necesario trazar recomendaciones que propicien la formulación de la propuesta con la participación de todos los actores del sistema. Lo anterior desde la puesta en práctica del ser *ciudadano en salud*, considerando la literatura publicada en los últimos años.

Los elementos fundamentales para la construcción de ciudadanía en salud no han sido hasta la fecha desarrollados de manera integral; más bien, han sido abordados de manera fragmentada y desarticulada. Esto ha fomentado una tendencia individualista, que ha hecho que cada uno de los actores del SGSSS se preocupe sólo por sus intereses, por la supervivencia personal, por maniobrar un sistema complejo y caótico. Esta perspectiva reducida de la magnitud de la crisis, así como del papel de cada uno de los actores en su solución, no nos ha permitido identificarnos dentro de una categoría sombrilla común, la de *ciudadanos en salud*.

Este trabajo no pretende definir el deber ser de este proceso, sino contribuir con la identificación de elementos conducentes a recomendaciones para formular una propuesta sobre la construcción de ciudadanía en salud, en un sistema de aseguramiento con cobertura universal. Tampoco pretende darle el alcance de ciudadanía en general a la ciudadanía en salud.

Para responder a la pregunta planteada, el ensayo se encuentra dividido en cuatro secciones. En la primera, se esbozan algunos antecedentes sobre ciudadanía en salud; en la segunda se aborda la literatura más representativa frente a este tema descrita en el estado del arte, y se establece la propuesta analítica a partir del diálogo con las teorías de salud como bien común, acción colectiva y cooperación, buscando responder la pregunta sobre la naturaleza pública de la ciudadanía en salud. En la tercera sección se describen los elementos para la construcción de ciudadanía en salud, y se especifican las líneas de acción e interacción conducentes a la operacionalización de la propuesta en diálogo con las teorías analizadas, y dentro de un proceso de desfragmentación de la ciudadanía en salud. Finalmente, en la cuarta sección, se comparten algunas conclusiones, particularmente desde el diálogo inter-teórico y en consideración con el contexto colombiano y el SGSSS.

2. ANTECEDENTES

En las últimas décadas del siglo XX diferentes autores han hecho propuestas sobre ciudadanía en salud, orientadas a delimitar el concepto de manera más precisa. Entre ellos Deborah Lupton, afirma que “la Nueva Salud Pública, movimiento que emergió en los años setenta del siglo XX, que da valor al componente social y ambiental de la salud, se fundamenta en empoderar a la comunidad, desde la perspectiva de la responsabilidad del individuo” (Lupton, 1995. p.3).

En esta obra la autora cuestiona la palabra empoderamiento por parte de un órgano superior, investido de mayor autoridad, para proponer que el camino es la autoorganización del colectivo, como proceso fundamental para lograr la acción conjunta. Incluso, para la autora, la corresponsabilidad no se deriva de un mandato de una u otra organización, dado que las personas están en capacidad de generar ese auto empoderamiento. Desde esta perspectiva, se resalta la importancia del componente social en la salud, relacionado con los comportamientos, creencias y convicciones de los ciudadanos, que a la final influyen en hábitos, estilos de vida y acciones cotidianas que impactan directa o indirectamente la salud de una comunidad.

Por otro lado, desde el enfoque socio-político, la dimensión de ciudadanía en salud que es más vista como tangible, cercana y cotidiana, es “la participación ciudadana” en salud. En un marco democrático, Segura (2010) define la participación ciudadana como un medio por el cual podemos acceder al poder, mientras Moreno (2017) propone liberar la participación como instrumento del sistema de salud mediante tres conceptos: habitar, hablar e integrar. El habitar visto desde la condición de ser, de permanecer en un espacio físico que concede un espacio para la representación; el hablar como un elemento de la comunicación, para entrar en contacto con otros a través del uso del lenguaje; y el integrar relacionado directamente con participar, hace referencia al modo de interacción de los integrantes de la sociedad, todo ello dentro de un contexto dinámico.

La participación ciudadana tomó relevancia en Colombia a partir de cinco hitos: 1) el Decreto 1416 de 1990 en el que se instaura la participación comunitaria en la prestación de los servicios de salud (Vázquez, Siqueira, Kruze, Silva, & Leite, 2002), 2) la Constitución Política de Colombia de 1991, específicamente en su artículo 2º, que decreta: “Son fines esenciales del Estado: servir a la Comunidad

[...] facilitar la participación de todos, en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), 3) la creación del SGSSS, con la Ley 100 o Reforma al Sistema de Salud (Congreso de la Republica de Colombia, 1993), 4) el Decreto 1757 de 1994, que establece las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud (Vázquez, *et al.* 2002) y 5) las políticas de participación para impulsar el desarrollo de los mecanismos legales, publicadas por el Ministerio de la Salud en 1997 (Vázquez, *et al.* 2002).

El concepto de ciudadanía en salud, tiene una relación directa con el de ciudadanía en general. Aunque se trata de un tema que se siente ajeno, al revisar sus antecedentes encontramos que los primeros esbozos de su importancia aparecen desde los postulados del filósofo suizo J.J. Rousseau, quién en el siglo XVII propone el contrato social como un acuerdo entre las partes, en el que cada uno restringe sus libertades personales, a cambio de tener garantizadas las colectivas (Rousseau, 2007). Más aún, en El Contrato Social, los ciudadanos no tendrían que hacer ningún esfuerzo propio, sino esperar a que el Estado decidiera por ellos, por su actuar frente al ejercicio de sus derechos y deberes, a partir de la expedición de leyes, normas y guías.

Cabe además recordar que dentro de los hitos históricos del abordaje del concepto ciudadanía y ciudadanía en salud, a nivel internacional, se encuentran la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano (1789), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), y el Pacto por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (Morgan, 2001).

Ahora bien, la implementación del nuevo modelo de salud en el país en 1993, fue fundamentada en el esquema del “Pluralismo Estructurado” (Londoño & Frenk, 1997), que generó una nueva dinámica de las relaciones entre los diferentes actores: Estado, sector privado y sociedad civil, reemplazando definitivamente al Sistema Nacional de Salud vigente hasta esa fecha. La cobertura real de la población, al inicio de los años 1990, se estimó que en un 23 % se lograba a través de varias entidades públicas, de las cuales la mayor era el Instituto de los Seguros Sociales; mientras el sector privado cubría un 10 % de los habitantes, aunque, un 20 % de los colombianos no tenía acceso a los servicios de salud (Yepes, 2010).

El foco inicial del nuevo SGSSS fue el financiamiento, con la creación de un nuevo fondo, el FOSYGA – Fondo de Solidaridad y Garantías -, y de la definición de una unidad de pago por capitación (en adelante la UPC), que se pagaría mensualmente por cada afiliado a los nuevos responsables de su cobertura en salud. El gran cambio en el financiamiento fue el paso del pago por subsidio a la

oferta, de un modelo asistencialista, basado en el presupuesto para los hospitales públicos, al pago por subsidio a la demanda, al amparo de un modelo de administración, fundamentado en el aseguramiento masivo, recursos públicos en forma de UPC, manejados por entidades aseguradoras privadas, públicas y mixtas.

La meta del nuevo sistema era lograr la cobertura universal en el año 2000. Esto no se logró sino hasta el 2012, cuando “se consideró resuelta, al acercarse al 100% de la población” (Merlano & Gorbanev, 2013. p.81).

En el nuevo SGSSS fue relevante la creación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), como principales responsables y administradores de los recursos del aseguramiento de la población a partir de su creación, con una clara misión de representar a los usuarios afiliados frente al Estado. Las mismas fueron creadas, tanto para el régimen contributivo, como para el subsidiado¹.

Finalmente, es importante tener en consideración, que la distribución de la población entre nuevos actores aseguradores y el nuevo modelo de prestación de servicios, -basado en la competencia-, obligó al Estado a implementar una serie de normas de tipo financiero, técnico, jurídico y operacional, que definían las interacciones en todos estos campos, con el propósito de garantizar el acceso y la calidad en los servicios a toda la población. Su interpretación y aplicación parcial alcanzó tantos matices, que fue necesaria la intervención de la Corte Constitucional, y su pronunciamiento en el 2008, a través de la Sentencia T-760, orientada a proteger el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos. Así mismo, cabe resaltar la reciente expedición de la Ley Estatutaria de Salud 1751 en el 2015 (Congreso de la Republica de Colombia, 2015), que reconoce el derecho a la salud como derecho fundamental, lo cual brinda un marco de acción importante para propiciar la construcción de ciudadanía en salud, que como se ha visto, no ha sido lo suficientemente profundizada, ni implementada hasta la fecha, por ninguno de los actores del SGSSS en Colombia.

¹Este régimen subsidiado, inicialmente fue manejado por las ARS – Administradoras del Régimen Subsidiado.

3. ESTADO DEL ARTE

Al revisar la literatura relacionada con ciudadanía en salud entre 1993 y 2018, se evidencia que en su mayoría esta no aborda de manera directa el tema, menos aún la necesidad de la construcción de una ciudadanía en salud. La literatura que intenta abordar ciudadanía y su relación con la salud, se encuentra organizada en tres grandes problemáticas, a saber: la falta de claridad en los puntos comunes; la ausencia de responsabilidad y corresponsabilidad; y la confusión entre participación ciudadana y acción colectiva. Simultáneamente, de estas problemáticas se desprenden cuatro líneas de investigación que se encuentran fragmentadas, es decir, no son ellas abordadas de manera relacional en los autores que tienden a enfocarse en sólo una de ellas. Estas cuatro líneas son: impacto de la ausencia de ciudadanía en salud, la salud como un derecho, participación ciudadana en salud, e influencia del Estado. A continuación, describiremos las tres problemáticas y, posteriormente, las cuatro líneas de investigación fragmentadas.

Problemáticas relacionadas con ciudadanía en salud

Dificultad para definir la ciudadanía en salud, como un problema público

Como punto de partida, tenemos que el ciudadano es la dimensión pública del individuo, mientras la ciudadanía es la expresión de lo colectivo. Esto nos lleva a tener en cuenta que ser ciudadano es actuar por y con los otros, lo cual, resulta a veces difícil de aplicar, más aun de enseñar.

Antes de intentar definir si la falta de *ciudadanía en salud*, asumiendo que hay una falencia de ella, es o no un problema público, resulta relevante considerar que la adopción del Manejo Social del Riesgo (MSR), en términos de administración de la salud de la población, es el modelo que el país escogió desde 1993 para avanzar hacia la cobertura universal de la población. Tradicionalmente este MSR pone en tela de juicio el ejercicio de la salud como un derecho individual, lo cual limita la posibilidad que tiene el Estado para cubrir las necesidades de toda la población, bajo un modelo de aseguramiento. Es claro que la definición del problema de la ciudadanía en salud, resulta difícil, dado que siendo una problemática social, más que un problema de investigación, no puede ser reconocido por la misma ciudadanía.

Así las cosas, la ciudadanía misma no puede expresar su aflicción, molestia o infelicidad, que se definen como la materia prima de un problema público

(Bardach, citado por Aguilar, 1993). Esto indica que hay una gran dificultad para definir la ciudadanía en salud como un problema público, en tanto su reconocimiento como tal no podrá salir de la misma población, tendría que ser señalado por un observador externo, o como resultado de un ejercicio académico.

Lo realmente importante en este caso, es la legitimidad de lo evidenciado en la práctica, que se relaciona con la ausencia de entender la salud como un bien común, de la imposibilidad de la mayoría de la población de verse a sí mismo en el otro y actuar de manera colectiva. Por esto mismo, la falta de ciudadanía en salud podría considerarse como un problema público, que no requiere intervención del gobierno en términos normativos, pero si su acompañamiento y coordinación de las acciones colectivas en la cotidianidad, buscando así dar validez a las iniciativas de los colectivos, de los actores del SGSSS, bajo una labor de articulación no intervencionista.

La falta de claridad en los puntos comunes

El SGSSS que surge con la reforma de salud de 1993 imagina otros actores y modifica la relación entre usuarios, pacientes, profesionales de la salud, administradores de clínicas y hospitales, proveedores de bienes y servicios en salud y ahora de aseguradores. En esta ley se presuponen unas identidades de los nuevos actores que entran en tensión, empezando por la del ciudadano como usuario, quien pasó de ser un sujeto pasivo, atendido por una red pública en la mayoría de los casos, a ser un sujeto activo, en ejercicio de lo que inicialmente fue un derecho constitucional conexo al derecho a la vida, y que 22 años después se reconoció como un derecho fundamental en la Ley 1751 (Congreso de la Republica de Colombia, 2015).

Así mismo, la aparición de los aseguradores (EPS), como nuevos actores en el sistema, pretendió establecer un representante de los ciudadanos frente al Estado, para la administración del riesgo en salud, y con la principal misión de protegerlo de la quiebra financiera ante un evento de salud.

Estas interacciones emergentes dieron forma a una nueva relación entre los actores del SGSSS, como parte fundamental del mismo, derivando en una co-dependencia entre los involucrados. La co-dependencia se refleja en un proceso que inicia con la asignación de recursos destinados a cubrir la demanda de servicios individuales de salud, denominados UPC. Continúa con la afiliación de la población a los aseguradores (EPS-ARS), los cuales contratan su red de servicios con IPS - clínicas, hospitales, profesionales de la salud y proveedores de bienes y servicios especializados-. Estos vínculos contractuales, resultan decisivos en la

co-dependencia, en tanto que si uno falla, se pone en riesgo inminente la integridad de la cadena de atención y servicios. En este proceso, los actores de la cadena se necesitan mutuamente, como se puede observar en diferentes eslabones de la cadena, entre ellos: los usuarios de los prestadores, para recibir la atención en salud; los prestadores de los aseguradores, para tener población asignada y contratos de prestación de servicios, y los aseguradores de la afiliación de los usuarios, para recibir los recursos del Sistema, en forma de UPCs, para finalmente representar a sus usuarios ante el Estado – único y final pagador-.

Aparece así el problema de la voluntad y la libre elección, el predominio del individuo frente a la estructura. El individuo es quien finalmente decide hacia dónde irá el dinero de su UPC, y a cuál de los aseguradores confiará el cuidado de su salud. Los aseguradores, deciden individualmente cómo conformar su red de prestadores; mientras que el interés del rector del sistema – el Ministerio y Salud y Protección Social-, debe ser la satisfacción del usuario y en su atención de calidad. De esta manera vemos la aparición del problema de la voluntad y la libre elección, al constatar que en el actual SGSSS, co-existen múltiples intereses individuales, como: la selección adversa de los usuarios al momento de elegir su asegurador, la integración vertical de las redes de servicios por parte de los aseguradores, la concentración de servicios en zonas urbanas por parte de aseguradores y prestadores –con las dificultades de acceso efectivo en zonas rurales y dispersas que conlleva-. Estos intereses generan asimetrías e inequidades en el sistema, a pesar de los ingentes esfuerzos en el logro de la cobertura universal y en el acceso real de la población a los servicios.

Igual sucedió con los diferentes profesionales de la salud, que pasaron de ser instrumentos de asistencia médica, a convertirse en ordenadores del gasto y a su vez parte responsable de su control, así como el personal administrativo, que incluyó a los auditores médicos, una nueva especialidad para la contención de costos y gastos médicos. A partir de estos procesos de auditoría, surgieron nuevos procesos como la conciliación de cuentas, las glosas de facturas y las modificaciones de estados financieros de los aseguradores y prestadores. Estos eventos empezaron a cambiar el centro de la relación entre los actores, moviéndola de la atención en salud y la calidad en el servicio al paciente, a las discusiones financieras, las conciliaciones de cuentas y la sostenibilidad del sistema.

No se puede desconocer el aporte en gestión de los recursos que han hecho los diferentes actores del sistema, a partir de la reforma del año 93, tanto en inversión en infraestructura física, como en desarrollo de planes y habilidades blandas, dirigidas a una mejor, más oportuna y sostenible atención de sus afiliados.

Ausencia de responsabilidad y corresponsabilidad

En medio de la transición, que implicó la reforma a la salud, surgió la necesidad de explicar amplia y suficientemente a todos los miembros de la población, cuáles eran sus derechos y sus deberes. En esta nueva etapa, sin embargo, no fue claro a quién le correspondería esa responsabilidad. De igual manera, el nuevo modelo de aseguramiento implementado, suponía una corresponsabilidad frente a la UPC, que claramente destina a cada usuario anticipadamente su presupuesto de salud, en una figura financiera llamada *ex ante*.

Al mismo tiempo, pareciera que se ha desconocido el valor de las acciones colectivas emergentes, ya que el foco ha ido por dos vías: la lucha por los derechos de salud, reflejado en la creación de asociaciones de pacientes para reivindicar sus derechos, y por otro, la participación de algunos en los comités de participación comunitaria, lo que no ha permitido que la población actúe de manera colectiva. Las acciones colectivas permiten que la gente se autoorganice, para resolver un problema común.

Así, no se ha entendido, desde las organizaciones de salud el concepto del ciudadano, como sujeto activo, vivo, que puede desarrollar sus propias habilidades y capacidades, por lo que se suele desviar el foco en educarlo e instruirlo continuamente en lo que desconoce y debe emprender, sin entender realmente su responsabilidad y alcance como ciudadano, sus necesidades y propuestas. Esto resulta ser un gran escollo para el desarrollo de las habilidades de los usuarios, afiliados al SGSSS, en lo relacionado con su involucramiento en el direccionamiento, autogestión y control social y colectivo del mismo.

Confusión entre participación ciudadana y acción colectiva

Desde el inicio de la Ley 100 (Congreso de la Republica de Colombia, 1993), el mayor énfasis encontrado en la normatividad es el de la implementación de la participación ciudadana, a través de diferentes comités de participación comunitaria e instancias de control social, pero no del real entendimiento de sus responsabilidades frente a un sistema universal, de todos para todos. Tampoco se ha abordado el tema de ciudadanía en salud lo suficiente, como para entender su alcance, su acción y relevancia en la práctica cotidiana.

La acción colectiva no parece configurarse en las acciones comunes de los diferentes actores del sistema. El actuar con otros y por los otros, protegiendo los bienes comunes, mostrando lo mejor de cada uno en beneficio de los demás, como muestra de su ciudadanía en salud, es algo que no se ve en la cotidianidad

de los diferentes colectivos. La definición de las prioridades en la salud del colectivo, así como las acciones que se requieren, no se hace en consulta con la comunidad, ni los miembros de esta última entienden como participar activamente en este proceso. Hay una gran apatía a participar y no se ha logrado despertar el interés del colectivo en hacer parte de asuntos relacionados con la administración del Estado. Esto es consecuencia, posiblemente, de que no se asume que el Estado es resultado de un acuerdo colectivo, al tiempo que suele confundirse con el concepto de gobierno.

Por otra parte, es claro que se debe abordar esta problemática y plantear un cambio de paradigma como parte del proceso, para aportar desde la academia al despertar de un interés del colectivo en el ejercicio de la ciudadanía y más específicamente, en el de Ciudadanía en Salud.

Frente a los paradigmas para la investigación en Salud Pública, considerando el vacío que representa la falta de interés en participar, se puede concluir que sería de gran utilidad establecer las diferencias y compararlas con lo que acontece en otras latitudes del mundo, para lograr construir la teoría inicial, pero teniendo en cuenta que las dinámicas son diferentes y específicas para cada país o región. De igual manera, resulta importante abordar la forma de llevar a la acción iniciativas que permitan que el colectivo participe en las diferentes etapas de la definición de sus planes de salud y en la rendición de cuentas de los administradores del sistema, sintiéndose parte activa del mismo.

Aparece además, la categoría democracia participativa, desde la perspectiva de varios centros de pensamiento en el campo social, principalmente académicos, en casos como la Universidad de California – San Francisco-, y la Universidad de Chile, entre otras, y así como documentos de organizaciones latinoamericanas como CLACSO – Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, FLACSO – Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, ALAMES – Asociación Latinoamericana de Medicina Social-, CEDEI – Corporación para el Desarrollo, la Educación y la Investigación-. Desde estas instituciones se han apoyado investigaciones, foros y publicaciones sobre los temas relacionados con derechos ciudadanos y ciudadanía en salud, que han logrado ahondar en estos temas, desde la visión sociológica y filosófica. En todos ellos se identifica una gran influencia de la Medicina Social Latinoamericana, que describe lo que Asa Cristina Laurell y Carolina Tetelboin definen como “la lucha por el derecho a la salud [...] contra su mercantilización” (Henrion & Laurell, 2015).

En resumen, en la literatura se evidencian vacíos relacionados con túneles de la mente, aquellas preconcepciones epistemológicas que pueden derivar en bloqueos conceptuales, en cuanto se suele confundir la cosa, con la cosa

nombrada, lo que tradicionalmente dificulta la posibilidad de construir ciudadanía en salud. Algunas de estas dificultades son: el enfoque de la discusión en derechos y en participación ciudadana, la acción colectiva en salud y la salud como un bien común, frente a los cuales la construcción de ciudadanía en salud podría responder, si se aborda directamente, como el beneficio individual que surge de la protección del beneficio colectivo.

Para asumir el desafío de construir una propuesta en ciudadanía en salud que logre llenar este vacío, debe iniciarse un proceso activo, que se base en las teorías de cooperación, defensa de los bienes comunes y biocentrismo. Este último, aunque no será analizado en el marco del presente ensayo, resulta de valor estratégico para expandir el abordaje de salud pública en lo referente a ciudadanía en salud, y el papel de la relación humano – no-humano, para la protección de la vida, en todas sus expresiones y representaciones mentales. Su estrecha relación y comprensión desde la perspectiva del derecho a la vida y el respeto a la misma, lo convierte desde nuestra visión, en un concepto complementario, que amerita ser tenido en cuenta para posteriores investigaciones, ya que podría considerarse una etapa más avanzada en la mente de los ciudadanos, y que debería ser conservada para una segunda fase del desarrollo de la ciudadanía en salud. Proteger y honrar la vida misma, es un concepto que requiere de mayor madurez del pensamiento colectivo, en una sociedad que apenas empieza a asimilar un proceso de paz, luego de más de cincuenta años de conflicto interno, y con los problemas asociados al conflicto y a la seguridad.

De todas formas, el abordaje integral de ciudadanía en salud, podría considerar el impacto en diferentes niveles para los actores del sistema, usuarios, pacientes, prestadores, aseguradores y legisladores.

Líneas de investigación fragmentadas

Al revisar la literatura en Colombia, se observa una importante participación de investigaciones realizadas por Centros y Grupos de Investigación, principalmente de la Universidad de Antioquia –Facultad Nacional de Salud Pública-, la Universidad Nacional de Colombia y la Pontificia Universidad Javeriana. Las líneas de investigación encontradas hasta la fecha, y que permiten entender la evolución de la categoría *ciudadanía en salud* en Colombia son: impacto de la falta de ciudadanía en salud, la salud como derecho, participación ciudadana, y la influencia del Estado. A continuación se revisan estas cuatro líneas, en las cuales se han desarrollado las principales investigaciones y aportes al tema.

4. IMPACTO DE LA FALTA DE CIUDADANÍA EN SALUD EN COLOMBIA

El abordaje de la ciudadanía en Colombia, como lo mencionan Carlos Daza y Bertha Murcia tiene desde la perspectiva de políticas públicas, inicialmente aspectos contextuales a considerar. Estos autores afirman que:

El conjunto de políticas responde a la realidad del conflicto en Colombia, que en las últimas décadas del siglo XX y lo que lleva el siglo XXI se centra en una creciente lucha por la reivindicación de los derechos sociales contra la explotación y la desigualdad, a la vez que se ha ido tomando conciencia creciente de la lucha por el reconocimiento que ha llevado a los ciudadanos a unirse por diferentes razones [...] Este proceso ha implicado una transformación en la manera de concebir y de ser ciudadanos, que ha tenido una fuente importante de orientación en la constitución política de 1991 y su desarrollo a través de las Políticas Públicas en las dos últimas décadas. En este sentido se ha ido estableciendo una relación importante entre la manera como se comprenden y asumen los conflictos y la manera de ejercer la ciudadanía (Daza & Murcia, 2015. p.18).

No se puede desconocer que es precisamente en este contexto, que se ha implementado la Reforma a la Salud, desde 1994 (Congreso de la Republica de Colombia, 1993), como se mencionó anteriormente. Por lo mismo, otros autores como Giselle Castro, de la Universidad del Norte en Barranquilla, a propósito de las competencias ciudadanas, mencionan (Castro, 2014) que:

En la actualidad, Colombia es el reflejo de acciones correctivas y punitivas debido a la falta de empatía entre los ciudadanos y el rompimiento de las reglas establecidas por ellos mismos. Por ejemplo, según el Informe de Gestión de 2003 de la Alcaldía de Barranquilla, en el año 2013 se presentaron un total de 319 homicidios, 3.710 casos de lesiones personales y 1.433 hurtos (Castro, 2014. p.vii).

Podría asumirse que este tipo de resultados, tienen una correlación directa con la ausencia de ciudadanía, entre otros multifactores del cuidado de la salud y la protección de la vida. Simultáneamente, la autora señala que es clave realizar investigaciones que permitan identificar el desarrollo de las competencias ciudadanas y de programas de estimulación de las mismas en las instituciones educativas (Castro, 2014).

Esto demuestra que la situación actual es de falta de mecanismos de acción colectiva, que soporten la importancia de la ciudadanía en general, lo que deriva en la inacción de la ciudadanía en salud en particular.

Desde la perspectiva de la población - la salud como un derecho

De la revisión de la literatura existente, se puede concluir que, en Colombia, la forma más frecuente de identificar la ciudadanía de manera fragmentada, ha sido enfocándose en el Derecho a la salud, la participación ciudadana y en la espera de las decisiones que desde el Gobierno, se tomen para la implementación y el ejercicio de la ciudadanía.

Estos tres referentes, que veremos a continuación, son comunes, co-dependientes y en el caso de los dos primeros, muestran una sólida relación de los grupos de investigación locales colombianos, con la escuela de Medicina Social Latinoamericana, al abordar específicamente el derecho a la salud, como una responsabilidad del Estado (Henrion & Laurell, 2015). Esto deja una sensación de existencia de una dicotomía entre el carácter colectivo de la salud pública/derecho a la salud y el carácter individual de los Derechos Humanos (Franco & Álvarez, 2008).

La formulación de políticas públicas se fundamenta más en estos últimos, lo cual pareciera no reconciliable y que con el pasar de los años y el aumento de información y conocimiento se aleja más de un encuentro o un acuerdo de intereses comunes, particularmente en la discusión sobre el primer referente o argumento, de los tres temas identificados: la salud como un derecho.

Los primeros planteamientos en este sentido, datan desde la declaración de los derechos económicos, sociales y culturales, que le dan a la salud un carácter político. El factor político tiene sin duda una gran influencia sobre la salud, ya que la ideología y el ejercicio del poder determinan el curso de la salud en un país, por lo que se requiere una creciente participación e involucramiento de la población en el diseño, gestión y control tanto de los procesos de administración, aseguramiento, y prestación, como los de control social y veeduría ciudadana, lo que demuestra “la existencia de vínculos entre la salud pública y los derechos humanos” (Franco & Álvarez, 2008).

Desde la conceptualización de la *participación ciudadana en salud*

En cuanto al tercer argumento, relacionado con los avances y sustentaciones de la ciudadanía, así como el de la democracia participativa en general y la participación ciudadana en particular dentro del Sistema de Salud, la tendencia de las últimas dos décadas y media, apunta al reconocimiento de los individuos como un sujeto de derecho, que promueve su involucramiento y participación en los procesos que definen su atención en salud. Esta perspectiva no se enfoca en su deber ciudadano de ser parte activa, de cooperar con los demás y de cuidar los bienes comunes.

Sobre este tema, los escritos encontrados más recientes abordan el tema desde el análisis de políticas públicas. Sus aproximaciones teóricas resaltan el concepto de *ciudadanía*, describiendo los diferentes modelos; allí se destaca el de *ciudadanía comunitaria*, basada en el reconocimiento de los derechos colectivos de los individuos (Sosa, 2010). Según este autor, “la acción individual debe interpretarse desde la perspectiva de la praxis colectiva”. Así mismo define que esta se fundamenta en “la homogeneidad de sus rasgos culturales y éticos, definida básicamente por lo cultural y lo histórico” (Sosa, 2010).

De la misma escuela, cabe mencionar la aseveración de Luis Antonio Daza Castillo. Al referirse a las relaciones de poder dadas entre los actores políticos y sociales que participan en la agenda, así como en el desarrollo de la reforma a la política de salud, señala que:

Diversos sectores de la sociedad, algunos organizados y otros en forma individual, han hecho sus reclamos en contra del sistema de salud colombiano, al cual quienes se encuentran en la mayor situación de desventaja social, le consideran como pieza clave en la estructuración y determinación de situaciones de inequidad... (Daza, 2014. p.83).

Se evidencia así una tendencia más, que enfoca esfuerzos investigativos hacia el área de Participación Ciudadana, en las relaciones de poder en el sector salud y de Ciudadanía Colectiva, pero sin ahondar aun en la construcción de ciudadanía.

Igualmente, se resalta el trabajo realizado por el grupo de Salud Pública de la Universidad de Antioquia: *La ciudadanía, una alternativa en la crisis*, escrito por la profesora Martha Lucia Escobar (2000). Allí, la autora concluye que:

La salud es un derecho social garantizado por el Estado, por lo tanto, la salud es un campo donde se puede construir ciudadanía, en la medida en que ha establecido espacios de participación y se han definido derechos y deberes para la población y para quienes ofrecen los servicios (Escobar, 2000. p.71).

Entre sus varios aportes, se resalta la descripción del Ciudadano, como “quien debate los asuntos públicos además de los privados, para resolver conflictos y construir sociedad” (Escobar, 2000. p.73).

Desde la Influencia del Estado

En este punto confluyen los alcances de los dos primeros argumentos, la salud como derecho y la participación ciudadana, con el tercero, la necesidad de construir ciudadanía en salud, encontrándose aquí una estrecha relación con la influencia del Gobierno, al mostrar permanentemente la ruta de la necesidad de definir un nuevo contrato social en salud. Durante los últimos cinco años (2013-2018), el Ministerio de Salud y Protección Social insistió continuamente en escenarios públicos, la necesidad de convocar a los actores del sistema a un

nuevo contrato social en salud, pero no consolidó el mecanismo requerido para hacerlo una realidad. Para lograrlo, se propone considerar la realización de una investigación de campo, que permita identificar el camino para consolidar un nuevo pacto social en el país, a través de la participación de los diferentes actores: aseguradores, prestadores, profesionales de salud, pacientes y usuarios.

Se resalta en este campo el trabajo de Orozco (2015), quien en defensa del interés colectivo introduce el enfoque de *ciudadanía desde abajo*. En esta misma línea se establecen posiciones críticas frente a la participación ciudadana en particular, que comúnmente identifican falencias en la aplicación de las políticas de participación ciudadana en salud en Colombia (Delgado & Vázquez, 2006).

Finalmente, en una forma indisoluble, y desde las tendencias identificadas en la literatura revisada, corresponde este papel al Gobierno, tanto en la definición de la política de salud en Colombia, como en las relaciones de poder, que permitan a su vez un mayor involucramiento de los ciudadanos en todo lo que por ley se define como participación ciudadana en salud.

En resumen, se evidencia que el concepto de *Ciudadanía en Salud*, ha sido abordado en la literatura posterior a la reforma en salud del año 1993, primero desde la visión social del ejercicio de un derecho fundamental, que debería ser garantizado por el Estado; luego desde el componente de la participación ciudadana en los escenarios públicos de debate, discusión y control social al sistema y, finalmente, desde la perspectiva política del ejercicio del poder del Estado en la definición de las normas que reglamentan esta materia en el país, pero muy poco enfocados en la construcción de ciudadanía por parte de la población.

Ante esta situación, se presume que existe una eventual debilidad en el proceso de construcción de ciudadanía, de identificación de intereses comunes, de entendimiento y mejoramiento del nivel de conciencia de la población en general y del individuo en particular de su papel en el desarrollo y gestión de un sistema de salud para todos, perdurable, justo y sostenible en el tiempo.

En este propósito se debería tomar como base el texto de Dorothy Porter (1999), que en su capítulo 12, en referencia a la nueva economía política de la salud, denominada por la autora ciudadanía condicional, nos invita a prepararnos para el siglo XXI, preguntando “qué requieren las sociedades postmodernas de los individuos para adaptarse a las nuevas condiciones” (Porter, 1999. p.279).

Esto confirma que la participación en la definición de políticas es un primer paso hacia la construcción de ciudadanía y tal vez, una de sus fases más palpables.

En conclusión, los ciudadanos hemos jugado un papel preponderante en el sector salud, mostrando que su importancia no es reciente ni emergente. Lo que sí es claramente importante, es la necesidad de hallar puntos de encuentro entre los ciudadanos, frente a la salud, lograr que las emociones del ciudadano se orienten hacia el bien común, hacia el bien del otro, hacia ver el sí mismo en el otro.

Pareciera que aún no hemos entendido que cualquier experiencia del paciente en el sistema de salud, debería ser una experiencia de ciudadano, que contemple derechos, participación, cooperación y acuerdos, ya que de esa manera se logra construir el imaginario colectivo desde los eventos individuales. No es conveniente seguir fragmentando estas acciones e interacciones.

5. MARCO TEÓRICO PARA LA CONSTRUCCION DE CIUDADANIA EN SALUD

En la actualidad la interacción de la estructura social y el comportamiento cooperativo se encuentran bajo un minucioso análisis, dado que el comportamiento en contextos sociales se ha convertido en un elemento fundamental para la vida cotidiana (Antonioni, et al. 2018). Battu, Pammi y Srinivasan (2018), así como Nowak, Reyes y Highfield (2011), señalan que en la sociedad humana se observan diferentes situaciones de cooperación. Las cuales se caracterizan por gobernar con éxito los bienes comunes (Ostrom, 1990).

Considerando lo anterior, surge una propuesta para la construcción de ciudadanía en salud en Colombia, creando un nuevo concepto, una nueva categoría, a partir de la superación del Dilema del Prisionero, o el problema entre la desertión y la cooperación entre los miembros de la sociedad, que al afrontar una situación deben siempre pensar en que los encuentros no son aislados, sino que tienden a repetirse, por lo que es mejor cooperar que desertar. En ese caso de la desertión, cuando el interés individual se sobrepone al colectivo, al final de cuentas terminan perdiendo todos, no hay ganador, porque el resultado de la suma al final siempre es cero.

De igual manera, se toman como base teórica los planteamientos de Elinor Ostrom en El gobierno de los bienes comunes, en referencia a la acción colectiva, la confianza, la reputación y la reciprocidad, (Ostrom, 1990. p.13). Así, lo que se esperaría es que logre fundamentarse en la cooperación de los diferentes actores del sistema de salud, desde su perspectiva de ciudadanos, mientras se conserva como centro la protección y valoración de la vida.

Buscando resignificar el concepto de ciudadanía, en este trabajo quiero proponer que le llamemos simplemente *el ser ciudadano en salud*: la responsabilidad desde mi mismo, con los demás. En la cotidianidad, ser *un ciudadano en salud*, se debe experimentar como un juego de cooperación, en el cual ser un actor activo del juego es la clave. Tal como lo afirma Deborah Lupton, el “tránsito de la vieja salud pública a la nueva salud pública, se fundamenta en la transferencia de la responsabilidad sobre la salud, de lo colectivo a lo individual” (Lupton, 1995). Esta idea reafirma la necesidad del ciudadano de autoempoderarse, para asumir su propio papel en la construcción de su condición, a partir de su experiencia individual, como aporte al fortalecimiento de lo colectivo. Para lograr este cambio, es fundamental entender la educación como un proceso vital que nos permita adaptarnos y evolucionar, asumiendo comportamientos de manera voluntaria y no como un mecanismo forzado, ni impuesto por alguna autoridad o poder. Este

proceso debe ser valorado por cada uno, como un elemento que aporta, no solo al desarrollo individual, al conocimiento personal, sino al pensamiento colectivo y a la generación de conocimiento plural.

La acción clave en este caso, se debe basar en construir la iniciativa desde la base ciudadana, desde la visión y concepción de cada uno de los diferentes actores del sistema, desde el usuario, el paciente, el profesional de la salud, el prestador, el administrador, el asegurador, hasta el legislador y el rector del sistema. Todos debemos ser antes ciudadanos en salud, que actores o integrantes del sistema de salud. Colaborando con los demás, lograremos más para nosotros mismos, ese es uno de los principios que propone, entiende y promueve *el ciudadano en salud*.

Partiendo del hecho que la ciudadanía en salud es invisible a los ciudadanos en la cotidianidad y que nadie manifestará su descontento por la falta de ciudadanía en el sector salud, todos deberíamos entender el alcance y los límites del concepto de ciudadanía desde el ejercicio de los derechos sociales, frente a la decisión del Estado de adoptar un modelo de manejo social del riesgo –MSR-, o de aseguramiento masivo, con cobertura universal. En este contexto, la salud como derecho sale del centro de atención de la población y se balancea con los deberes en salud, la participación ciudadana y los principios de cooperación, que asisten a la población en su vida cotidiana y se convierten permanentemente en sus estilos de vida individual y colectiva.

Resignificando la salud como un bien común

El termino recursos de uso común (RUC) alude a “un sistema de recursos naturales o hechos por el hombre, que es lo suficientemente grande, como para volver costoso (pero no imposible) excluir a destinatarios potenciales de los beneficios de su uso...” (Ostrom, 1990. P.66). Esta condición se cumple en el SGSSS colombiano, dentro de un modelo de aseguramiento masivo con cobertura universal, en el que la afiliación al sistema es obligatoria e irrenunciable, en cualquiera de sus dos regímenes: contributivo y subsidiado.

Por otra parte, los bienes públicos puros son “... recursos para los que hay un libre acceso; es decir recursos cuyo uso no se le niega a nadie...” (Ostrom, 1990.p.66), mientras su uso no limite el usufructo de los demás. La salud en Colombia, es entonces una combinación de los dos conceptos, constituyéndose teóricamente en un bien común, no público puro, pero codependiente en proporción fiscal de los recursos públicos (fiscales y parafiscales); es decir, provenientes de los impuestos generales o de las contribuciones específicas para la salud. Esta situación se

validó aún más, a partir de la reforma de 1993, con la aparición del subsidio a la demanda y la definición de la UPC.

Ante esta situación de cambio en las reglas de juego en un sistema del campo social, con necesidad de participación del usuario en las decisiones sobre su salud, de los administradores y profesionales prestadores, en la garantía del acceso a servicios de calidad, así como el logro de la sostenibilidad del sistema y en el compromiso de todos con lograr los objetivos planteados, deriva en la necesidad de hablar de ciudadanía en salud y además de ciudadanía en general, como un elemento fundamental para el logro de la sostenibilidad y supervivencia de un sistema de salud y de la participación activa en la toma de decisiones que afecten la protección de la población, así como del manejo responsable de los recursos encomendados, en todos los eslabones de la cadena y de unir estas definiciones al entendimiento de los derechos y deberes de los sujetos en el SGSSS.

El siguiente paso de este hecho institucional de resignificar la salud como un bien común, es convertir esta acción y realidad social en un nuevo acuerdo social en salud, que nos asigne unas funciones, nos defina unas reglas y muestre la intencionalidad colectiva, a partir de los actos de habla y desde la enunciación lingüística.

Transformando la participación ciudadana en *acción colectiva en salud*

La importancia del concepto acción colectiva, radica actualmente en que lo que es común a todos es lo que menos realmente se aprecia y se cuida entre todos, y ese es el caso de la salud como un bien común. Además, tradicionalmente se presume de entrada una disparidad de conceptos, por estratos socio-económicos, culturales y aún más en grupos etarios, que a todas luces deberá tratar de estandarizarse, desde el mismo balance de la literatura sobre conceptos básicos de la acción colectiva en salud. Es decir, que no es igual el comportamiento y valoración de la salud como un bien entre las personas de ingresos altos y los pobres y vulnerables. Encontrar los puntos comunes, resaltarlos y manejarlos sería el camino más prudente a seguir. Sin embargo la propuesta es que se haga desde la visión de los mismos miembros de la comunidad, antes que imponerlos, bien sea por ley, por programas institucionales o por proyectos de moda.

Peor aún resulta la falta de acción de los ciudadanos frente al sistema de salud e incluso frente a su propia salud, lo cual no quiere decir que no tengan interés, sino que el bajo nivel de confianza en las instituciones y en los agentes de acción, lo cual redundaría en su baja participación. Por otro lado, la corresponsabilidad que

implica el ejercicio de la autonomía médica, en el caso de los profesionales de salud, frente a un derecho fundamental, consagrado hoy en la Ley Estatutaria 1751 (Congreso de la Republica de Colombia, 2015). Si cada uno de los actores del sistema, mencionados en varias ocasiones, decidiera colaborar, en vez de desertar luego de tomar su parte, las subsiguientes experiencias serían más favorables para todos. Los recursos de uso común alcanzarían para cubrir las necesidades de la población en salud.

Este *ciudadano en salud*, es entonces, ese individuo capaz de tomar decisiones en beneficio del colectivo, más que aquel que solo ejerce sus derechos y ocasionalmente cumple sus deberes. Cuando alguien se encuentra en la posibilidad de pensar en el bien común, en los demás, en el que está al lado, a la vez que contempla sus preocupaciones y necesidades, se va construyendo un proceso de crecimiento mutuo, de confianza de conjunto, que al final termina beneficiando a todos.

Algo que se requiere definir son los conceptos y el lenguaje que se debe utilizar, al juntar dos campos históricamente cercanos, interdependientes por naturaleza, pero a la vez alejados, peor aún, muchas veces ajenos, como son ciudadanía y salud. Es decir, se necesita una ciudadanía no entendida como el cumplimiento efectivo de las normas civiles, sino como la capacidad de actuar colectivamente.

Esto es necesario porque existe una disparidad, en términos de conocimiento, que representa el entendimiento de conceptos y términos muy técnicos, como sector, sistema, modelo de atención, entre otros, que frecuentemente usamos los profesionales de la salud, y que damos por entendidos frente a la población en general. Esto hace necesaria una unificación de criterios, un conocimiento básico de las diferencias epistemológicas de los conceptos básicos de los temas a tratar, para contribuir a la construcción de acciones colectivas.

Por estas razones, es que se hace necesario partir de la base misma de la ciudadanía en general, para preguntarle a los diferentes actores, qué esta cada uno dispuesto a aportar, en cumplimiento de sus deberes con el bien común de la salud, en protección y defensa de los servicios de salud, que son los que hacen palpable este bien común.

6. PROPUESTA PARA LA CONSTRUCCION DE CIUDADANIA EN SALUD

El reto asumido es elaborar una propuesta para contribuir a la construcción de *ciudadanía en salud*, en el marco del SGSSS Colombiano. Ésta debe surgir de la necesidad del involucramiento real de la población y fundamentarse en lo que puede aportar cada uno de los diferentes actores, a la formación y construcción del *ciudadano en salud*, desde sí mismo, en beneficio de los demás y por ende, por su propio bien al final de cuentas.

A partir de una revisión de la literatura sobre *ciudadanía en salud*, en el periodo comprendido entre 1993 y 2018, correspondiente a la implementación de la reforma en salud y de creación y evolución del SGSSS colombiano, se propone construir inicialmente un marco teórico, para definir acciones tendientes a propiciar la construcción y vivencia cotidiana de la ciudadanía en salud, en los diferentes escenarios y niveles de la población, integrantes del sistema colombiano.

Igualmente se identificarán acciones integrales, continuas, no fragmentadas para la construcción de ciudadanía en salud, en el contexto colombiano, con base en las tendencias halladas en la revisión previa.

En este caso, la propuesta es replantear la forma en que se ha abordado este tema tradicionalmente, y romper el paradigma de la dependencia de la ciudadanía de las acciones de Gobierno, a través de leyes y disposiciones, hasta lograr el autoempoderamiento de la población frente a la salud, frente al sistema y a sus diferentes actores, como elemento fundamental para su sostenibilidad.

Replanteando la intervención del Gobierno

Lo que inicialmente hay que evitar al máximo, como se ha mencionado previamente, es la intervención normativa del Gobierno, cuyos representantes de turno deben entender que una norma o ley más no resuelve el problema de falta de ciudadanía en salud, solo profundizaría uno de los aspectos descritos: el ejercicio del derecho a la salud o los diferentes mecanismos de participación ciudadana, alejando aún más la posibilidad de construir ciudadanía. No es importante el nombre que se le ponga a la campaña, mientras no se maneje un proceso continuo de información, para reducir la diferencia en conceptos y conocimientos; comunicación para crear algo en común con y entre los actores; y educación para lograr evolucionar y modificar la realidad existente.

Mientras no hablemos directa y claramente de la ciudadanía en salud, de aprender a ser un ciudadano en salud, de construir el proceso desde la base misma de la sociedad, mostrando en diferentes escenarios, escuelas, colegios, hogares, sitios de trabajo, la academia, y en las mismas instituciones de salud, la necesidad de cuidar entre todos lo que es de todos, no lograremos despertar la conciencia de la ciudadanía en su condición de ciudadanos en salud.

Por este motivo lo que se plantea como posible primer paso para la construcción de ciudadanía en salud es la realización de un trabajo de campo, que apunte a definir desde las necesidades y aportes de los diferentes actores, cuáles serían los componentes de un Nuevo Acuerdo Social entre los actores del sistema, como un elemento fundamental, entre otros, como la garantía de financiamiento, la solvencia de las redes de servicios, la oferta de tecnologías y equipos adecuados y la progresividad en el diseño de políticas públicas, con transparencia y ética en todos los niveles. En otras palabras, se trata de establecer qué está dispuesto a aportar cada ciudadano al sistema, para que este sea sostenible, equitativo, solidario, cumpliendo así con su propósito esencial.

Entonces, con la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, con el compromiso de los diferentes líderes sectoriales, de profesionales, usuarios, pacientes y demás actores, podría empoderarse a los aseguradores (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) y a los prestadores (clínicas, hospitales y profesionales de salud), para que lideren en un plazo objetivo la recolección de las opiniones de la ciudadanía al respecto, bajo la coordinación de un centro de investigación, que como resultado entregue a todos un resumen de los puntos a incluir en este Nuevo Acuerdo Social propuesto.

Si el diseño y la construcción de ese Nuevo Acuerdo Social en salud saliera de la misma población, de la ciudadanía, de la base, se podría lograr tener un punto de apoyo para lograr que mejore la operación del Sistema y que se avance hacia su sostenibilidad y progresividad en el tiempo. La viabilidad de lograrlo radica en la coordinación y articulación de todos los actores, a través de sus representantes genuinos, que comúnmente se reúnen en diferentes foros a discutir los temas críticos del Sector Salud: financiamiento, aseguramiento, manejo del riesgo, prestación de servicios, provisión de bienes, desarrollo del talento humano, inspección, vigilancia y control de los actores. Posiblemente un escenario natural para impulsarlo de manera simbólica podría ser la Instancia Asesora del Ministerio de Salud y Protección Social, en la que normalmente se reúnen a los líderes y representantes de todos los actores involucrados. De allí debe iniciarse un trabajo de redes para lograr difundir lo acordado, que debería ser basado en los resultados de la investigación de campo.

La cooperación y el nuevo acuerdo social

Lograr desarrollar un nuevo concepto de ciudadanía en salud, que surja del deseo de la base de la población, y de los diferentes actores relacionados con el sistema de salud, es un reto que hay que asumir paso a paso. Este reto va desde la recolección de la información relacionada con las expectativas y necesidades de la población sobre el concepto de ciudadanía en salud -a partir de la claridad sobre la fragmentación histórica de este concepto-, hasta la definición y adopción de compromisos concretos para su construcción.

Un principio rector debería ser la recuperación de la confianza entre los actores, lo cual podría lograrse con el compromiso de cumplir cada uno sus deberes específicos, que saldrían de la investigación mencionada anteriormente, cuyos resultados deberían ser socializados a todos los actores del SGSSS. De esta manera se rompe con lo que varios autores han denominado tragedia de los comunes, según la cual y frente a un bien común, normalmente los individuos no actúan de manera colectiva, a menos que sean conscientes que al proteger ese bien común todos ganan (Ostrom, 1990), y por tanto se despliega la lógica de la acción colectiva.

Igualmente relevante resulta el papel de la cooperación, la cual según diferentes autores, genera innovación en las relaciones y cambios de conducta en los actores de una sociedad, los que históricamente se han desarrollado a través de diferentes juegos de cooperación, que deberían analizarse en este experimento de nuevo acuerdo social, profundizarse y adaptarse a nuestro medio y circunstancias. Varios de estos ejemplos son relatados y detallados por M. Nowak (2011) en su obra Supercooperadores. Las estrategias que este autor describe serían de gran ayuda a la situación particular del sistema de salud colombiano. La definición de incentivos, de premios y castigos, de compensaciones y multas, de acuerdos de cooperación entre otros, que surjan de la misma población, que participa activamente, podría aportar a la equidad y a la construcción de ciudadanía en salud. Se debe profundizar más en estas estrategias durante la etapa de operacionalización del nuevo acuerdo social en salud requerido.

Así las cosas, es importante iniciar acciones posteriores a la definición de los compromisos de un Nuevo Acuerdo Social por la salud, tendientes a la información sobre la transparencia que motiva a cada uno de los actores a continuar siendo parte del sistema, a usufructuar de manera legítima sus intereses, protegiendo a la vez el interés común. Todo esto como un elemento clave, pero no único en el amplio y complejo escenario de posibles soluciones, que no deben seguir siendo fragmentadas, sino que deben en lo posible complementarse unas a otras.

Redimensionando las acciones comunes

Si las acciones a implementar, para responder a la pregunta central, sobre la construcción de ciudadanía, se enfocan en evitar la fragmentación en categorías como derecho a la salud, participación ciudadana y acciones del gobierno, hasta unificarlas en un concepto integral de ciudadanía en salud, se visibilizaría la problemática y se podrían definir las alternativas para su solución.

Así llegará cada uno de los actores, por su camino, a la conclusión que respeta los derechos de los demás porque es *ciudadano en salud*; porque sus acciones deben contemplar sus interacciones con los demás y con su entorno.

Igualmente, al pensar en sus deberes en salud podrá decir que los entiende, adopta y cumple, porque es *ciudadano en salud*, porque aportando más que exigiendo, logra mejorar las condiciones de vida de todos, incluyéndose a sí mismo.

En segundo lugar, en lo concerniente a la necesidad de identificar puntos comunes y motivar una mayor participación de la población, se debe buscar que cada quien se acerque por su camino a la convicción de que cuida los recursos para la salud de todos. Esto, requiere fomentar una participación ciudadana diversa e incluyente en salud, de forma que se fortalezca su carácter democrático, se trata de consolidar un marco de acción que permita que el ciudadano se sienta sujeto activo. Este marco impulsa la constitución de *ciudadanos en salud*, que reconocen que la salud es un bien común, que los beneficia individualmente cuando lo necesiten, genera bienestar social y riqueza colectiva, y es necesaria para el desarrollo del país.

Frente a la acción colectiva en salud, el ciudadano se convencería de que debe participar en las decisiones en salud, en tanto entiende que no hacerlo pone en juego su protección como bien público, y siendo *ciudadano en salud*, esta protegiendo que es de todos, en su propio beneficio.

Finalmente, al preguntarse cómo puede ayudar a construir ciudadanía en salud, y ser parte de un nuevo contrato social, como actor del sistema, llegará a convencerse que es mejor poner los intereses comunes al mismo nivel de los individuales, porque es *ciudadano en salud*, porque entiende que si todos ganamos, él también gana, al igual que si todos perdemos, de seguro está perdiendo también él.

La población participará activamente en las decisiones de salud y desarrollará un auténtico sentido de ciudadanía, desde la perspectiva de cada individuo, si este se

emociona con el bien de los demás, si acepta que es mejor cooperar que desertar y si se compromete con cuidar lo que es de todos.

Las primeras acciones a implementar, pueden estar relacionadas con la necesidad de un cambio de paradigma de la ciudadanía en salud, interpretada históricamente, de manera fragmentada en solo tres conceptos: derecho a la salud, participación ciudadana e influencia del gobierno, para pasar a definir en el imaginario de la gente, tres nuevas categorías.

Propuesta para desarrollar nuevas categorías

A. Del derecho social a la salud al desarrollo de un *sujeto de derecho con deberes incluidos*: partiendo desde las definiciones y conceptos anteriormente mencionados de las publicaciones existentes sobre la Declaración de los DDHH y el pacto Internacional por los derechos económicos, sociales y culturales (Franco & Álvarez, 2008), se deben diferenciar los conceptos de Derechos y Deberes en un sistema de salud, como parte fundamental del balance frente a la garantía del derecho a la salud y la sostenibilidad del SGSSS. Derecho a la salud o salud como un derecho, no son ciudadanía en salud por si solos, sino que van integralmente unidos a la concepción de deberes y obligaciones como usuario y beneficiario de ese sistema que nos garantiza el servicio y la atención en salud, como componente material del concepto de salud.

En este campo, es necesario entender, que no hay derechos sin deberes y que a la luz del modelo definido por el Estado Colombiano hace 25 años, fundamentado en el manejo social del riesgo (MSR) y el aseguramiento masivo en salud de la población, el ejercicio del derecho a la salud es solo una parte del contexto, y que no puede fragmentarse, desintegrarse del derecho colectivo a recibir lo justo, aunque se tenga el derecho a pretender recibir lo mejor. El balance de esta última ecuación es fundamental para la sostenibilidad del sistema. Si el ciudadano no lo entiende, como parte de ser un *ciudadano en salud*, al final de cuentas tampoco tendrá como ver garantizado el ejercicio de sus derechos.

B. De la participación ciudadana al *Actor activo en el sistema de salud*: urge el entendimiento y concientización de la importancia de superar la participación ciudadana que permita apropiarse de su eficiente y transparente gestión, por parte de todos los actores involucrados, entendiendo el concepto de cooperación para el beneficio común y diferenciación de lo público, así como lo privado y lo individual de lo colectivo.

Para este propósito es crucial en la investigación de campo, a través de herramientas cualitativas de percepciones, identificar patrones en la población, que permitan visibilizar los intereses comunes. Así mismo, es fundamental la generación de redes, al igual que la cooperación para el control que parte del autocontrol y la autorregulación. Participar en los escenarios actuales y convencionales de socialización o incluso de control social no es, por sí solo, ciudadanía en salud, es solamente un vehículo para materializar uno de sus campos. No se puede fragmentar de los otros dos campos analizados.

C. Hacia un Nuevo Acuerdo Social en salud: como un elemento válido de política pública, sin ser el único, pero con una posibilidad de impactar el estado actual de las cosas y que permita formar e involucrar cada vez mayores y mejores usuarios, pacientes, ciudadanos en salud. Incluye además la información, la comunicación y la educación interactivas de los diferentes actores, comprometidos con la sostenibilidad para todos. Difusión, colaboración y compromiso son las claves para materializar una buena intención de las personas (afiliados, usuarios y pacientes). Identificar de nuevo, en la investigación de campo, desde la base, la convergencia de los intereses válidos, permitiría posiblemente encontrar su entendimiento, así como el respeto por los intereses ajenos.

La integralidad de la propuesta del *ciudadano en salud*, inicia como un proceso educativo y contempla un componente de abordaje desde las ciencias contemporáneas. Este proceso parte de la comprensión de la salud como un bien común, que debe ser cuidado por todos, y desde la perspectiva de la teoría de juegos, continúa con la definición del rol de los jugadores, las reglas del juego, las estrategias, premios y castigos, en aras de promover la cooperación y descartar la desertión. Esta desertión se puede observar en casos en los que, los aseguradores desvíen los recursos de las UPC's para fines de infraestructura o apalancamiento de otros negocios ajenos al sector salud, los prestadores excedan sus facturaciones y la pertinencia de los servicios, los proveedores nieguen el acceso de los usuarios o especulen con las tarifas, que en la interacción se pretende engañar al otro sobrefacturando, realizando procedimientos innecesarios o no pertinentes. Al incurrir en estos comportamientos de desertión, los actores desconocen que son agentes de la acción colectiva. Al obstruir el despliegue de acción colectiva, se ignora que los encuentros entre los diferentes actores del sistema serán permanentes, múltiples, repetidos, y no aislados.

De esta manera, es posible aproximarnos a la pregunta ¿Cómo se fomenta la cooperación en salud? Para abordar esta cuestión, una opción se encuentra en desarrollar los conceptos y percepciones específicas para cada una de las dos

teorías, la de la salud como bien común y la teoría de juegos. De esta forma, es posible indagar por el elemento global que las une -desde la mirada dinámica de una realidad cambiante-, y posteriormente juntar los resultados que el proceso logrado bajo las aproximaciones desde las dos teorías. Una vez integrados estos resultados, respetando la diversidad de los mismos, pueden brindar la plataforma para propiciar la construcción colectiva de la ciudadanía, con creencias y valores compartidos. Para este propósito, se plantea la necesidad de realizar una investigación que cuente con trabajo de campo, con el objetivo de identificar empíricamente los intereses y percepciones de los diferentes actores del sistema, y aquello que cada uno puede aportarle al nuevo acuerdo social, así como el establecer su compromiso de ser mejores ciudadanos en salud.

La fuerza del *autoempoderamiento* de los ciudadanos, un llamado a la acción e interacción

El autoempoderamiento de la población es un concepto que invita a la acción colectiva, que despierta y motiva la necesidad de participar activamente en las diferentes etapas decisorias del sistema de salud, moldeando el entorno, definiendo políticas públicas, asignando y administrando recursos financieros y humanos, diseñando y operando redes de servicios, suministrando bienes y haciendo uso racional de los beneficios.

El principio básico es que solo se puede empoderar a alguien, cuando se tiene el poder para cederlo, por lo que en este caso, es la misma ciudadanía quien puede y debe activar su poder ciudadano para actuar colectivamente, consolidando así su autoempoderamiento y definiendo acciones a seguir.

Estas acciones se dinamizan en interacciones, que a su vez se propone clasificarlas en tres categorías:

A. Construcción del interés colectivo: esta, arranca desde la perspectiva de la ciudadanía en salud, como la apropiación del usufructo de un derecho que tiene la comunidad y cada individuo, a ser un actor activo y decisivo en el ejercicio de mantener y mejorar su estado de bienestar y salud y el cumplimiento de su deber de ser parte activa de su implementación.

La categoría *construcción de ciudadanía en salud* es el proceso de educación necesario, para ejercer la ciudadanía en salud, que presenta una oportunidad para llenar el vacío conceptual, metodológico y de aplicación práctica en el día a día del sector salud colombiano, a través de la definición de una propuesta metodológica para lograr la implementación de un proceso efectivo de apropiación de conocimiento y aplicación de habilidades blandas en una población efectiva, participativa, diversa e incluyente.

Lo que se pretende es tener un insumo teórico inicial, con validez científica y académica, que permita explicar a fondo, qué es *construcción de ciudadanía en salud*, que lo ate al ejercicio de un derecho fundamental, pero sujeto al cumplimiento de unos deberes del ciudadano. Al mismo tiempo, es necesario que describa cómo se debe abordar la construcción de ciudadanía en salud, en un marco temporal y de uso potencial de recursos, tanto humanos como financieros. Pero, estas conclusiones deben obtenerse del resultado de un trabajo de campo, que visibilice los intereses de los actores y su capacidad de autocrítica, para definir su futuro compromiso con todos.

De igual manera se necesitan definir estrategias, tanto de conceptualización, como de difusión y comunicación, para el empoderamiento de los colectivos y de los individuos, así como la puesta en marcha de los planes, que permitan su posicionamiento gradual y su adopción generalizada en un plazo prudencial, proyectado de 2 a 4 años, acorde con la implementación de un Plan de Desarrollo Nacional. Esta es tal vez la acción más difícil, la que implica cambiar de paradigma y afrontar uno nuevo, el de *ser ciudadano en salud*.

El mayor reto entonces, es lograr la apropiación del concepto de *Construcción de Ciudadanía en Salud*, sobre el cual, podría estimarse, que no hay suficiente material escrito y sustentado hasta la fecha, pero que en realidad, aun teniéndolo no ha sido tan efectivo su estudio y aplicación a la práctica, en el ámbito nacional, y a la luz de un SGSSS colombiano.

Finalmente, ante la situación crítica actual del sistema de salud colombiano, se hace necesario encontrar caminos de salida alternos a los tradicionalmente abordados, definiendo propuestas del orden social y de cambio cultural que, de manera propositiva y con un ánimo conciliatorio complementen oportuna y efectivamente las propuestas técnicas existentes, con miras al mejor bienestar de la población colombiana y su situación general de salud. La responsabilidad de esta construcción es compartida entre todos los actores.

De esta manera se presenta el proceso transversal más relevante, para lograr integrar todos los componentes de la propuesta para construcción de ciudadanía en salud en el país, el de la desfragmentación del proceso.

B. Un camino hacia la protección y cuidado de la salud como un bien común: el momento actual de SGSSS colombiano es propicio para declarar la salud un bien común. Esto sucede después de más de ocho años de profunda crisis - desde la declaratoria de la emergencia social en el año 2009-, tras la quiebra de varias EPS y la debacle por corrupción, y de la falta de gestión en varios actores del Sistema. Hemos llegado a un punto de quiebre, pues el desgaste de los

actores del sistema, ha llevado a la pérdida de confianza, y ante el continuo riesgo en el que se encuentra la defensa real del derecho a la salud, resulta impostergable tomar decisiones hacia la protección de la salud como bien común.

El primer paso es la búsqueda del interés colectivo en la salud como un bien común, muy a propósito de la dificultad de los individuos que comparten un bien común de escapar de la eventual trampa de responder únicamente a sus intereses individuales. Debemos aquí usar la pregunta planteada por Elinor Ostrom “¿Qué podemos aprender de la experiencia que nos ayude a estimular el desarrollo y uso de una mejor teoría de la acción colectiva, una teoría que identifique las variables clave que pueden mejorar o disminuir las capacidades de los individuos para resolver problemas? (Ostrom, 1990. p.43), en este caso aplicado a la salud, o al menos al uso de los servicios de salud, como el componente tangible de ella.

El entendimiento del concepto de colectivo, como un organismo vivo, abriendo nuestras mentes a diferentes posibilidades, nos permite comprender su estatus como una acción emergente, compleja, dinámica, que se adapta a las diferentes circunstancias de la vida del Colectivo, frente a temas de salud pública. Como bien lo dice Hobbes en su obra Razón y Contrato Social: La esencia del Pacto Social es que todos los miembros de la comunidad renuncien a su derecho natural a todas las cosas, y que se transfiera ese derecho al colectivo (Miranda, 1986).

Por otra parte, es claro que se debe abordar esta problemática y plantear un cambio de paradigma como parte del proceso, para aportar desde la Academia a la generación de conocimiento, iniciando por la definición de un proceso de construcción de ciudadanía y más específicamente, de ciudadanía en salud, partiendo del aporte académico con la investigación de campo, entre los diferentes actores, que permita definir las líneas del nuevo acuerdo social.

Desde esta perspectiva, nos encontramos con un escollo a superar: no hemos sido capaces en nuestro contexto, ni en nuestro sector salud, de desarrollar con claridad el lenguaje apropiado para entender la categoría *ciudadanía en salud*.

Válido sería entonces complementar esta segunda acción de este proceso de construcción de ciudadanía, entendiendo que hay una falencia de lenguaje apropiado a la ciudadanía en salud, así como una necesidad de desarrollarlo y vincularlo a un proceso continuo de construcción, basado en acciones cotidianas, de adaptación para evolucionar, frente a la diferencia que genera incertidumbre. Es entonces la información ese primer paso de este camino, posterior a la adopción del nuevo acuerdo social en salud.

Se debe informar amplia y objetivamente a la población, por diferentes canales, el riesgo que presenta el sistema de salud para proteger sus intereses, reduciendo

así la incertidumbre generada por la desinformación. A continuación se debe generar un proceso efectivo de comunicación, que logre establecer un diálogo, en el escenario institucional que mejor reciba la gente, que saldrá en el resultado de la investigación de campo. Este proceso de comunicación debe resaltar los puntos comunes de los intereses de todas las partes, para finalmente lograr en ese mismo escenario, enfocarse en la educación para el desarrollo de habilidades en cada uno de los actores, buscando adaptarse y evolucionar hacia un equilibrio del sistema.

Esto toma tiempo y esfuerzos, por lo que debería iniciarse desde el presente, para lograr acciones presentes, desarrollo de conductas futuras y resultados colectivos en las próximas generaciones.

C. El ciudadano en salud – un cooperador por naturaleza: La solución y clave para la creación, en esta etapa, de un nuevo concepto-categoría es que dejemos de trabajar en salud desde el yo, y trabajemos más desde el nosotros, desde *el ciudadano en salud*. Más en lo colectivo, pero sin olvidar que el bien personal, lleva al bien colectivo y viceversa, el colectivo fortalece el individual y así continuamente, de manera circular, cíclica, permanente. Esto considerando, que tal comportamiento, no es un asunto exclusivo de la salud.

El ciudadano está, actualmente, más involucrado en el devenir del Sistema de Salud a través de las noticias y ha expresado su opinión y preocupación sobre el tema.

Pero, es claro que el principal concepto en Salud Pública debe ser *“el nosotros”*, que parte del *dilema de los bienes comunes*, explicado anteriormente como una paradoja entre los intereses individuales y colectivos, que se debe superar en la etapa de agotamiento del bien, principalmente en las crisis, entendiendo que un abordaje así llevaría a la gente a resolver el eterno dilema del prisionero, a pensar más en el juego a largo plazo, en la cooperación, como la solución para la sostenibilidad del sistema y para el beneficio individual y colectivo. Esto debe incluir igualmente el compromiso con la transparencia y la toma de acciones frente a los actos de corrupción, cuya denuncia debe igualmente ser un deber de todos y cada uno de los diferentes actores involucrados.

La educación, a partir de la investigación de intereses comunes y aportes a la solución, es el camino. Educación en las instituciones que le generen mayor confianza y compromiso al ciudadano en salud, que respeten sus creencias y convicciones, y logren a partir de ellas cambiar su manera de pensar frente al sistema de salud, frente a su imaginario personal y colectivo de la salud.

En este proceso, encontramos en los postulados de Paul Thagard, en su “Introducción a las ciencias cognitivas”, que “...la mayoría de los especialistas coinciden en que el conocimiento consiste en representaciones mentales” y que “la ciencia cognitiva debe ser interdisciplinaria”. Solo así se logra incidir en la mente-cerebro del colectivo, para cambiar formas de pensar, más que conductas y comportamientos, en particular frente al actuar de los individuos y a la necesidad de lograr un colectivo más sólido y empoderado de estos temas, relacionados con ciudadanía en salud (Thagard, 2008).

La forma de pensar sobre la ciudadanía en salud es en nuestro país, inexistente, invisible y por lo mismo inoperante. Pero, lo que sí es visible es la crisis que amenaza con dejar a la población sin cobertura en servicios de salud, lo cual debe ayudarnos a entender que es mejor cooperar, desde la perspectiva que cada actor se encuentre, como resultado de la investigación de campo. Solo con el diario vivir de este abordaje podría implementarse y enraizar el concepto de *ser un ciudadano en salud*.

No podemos olvidar que “la acción es producto del pensamiento” y que “...su vehículo es el lenguaje”. Así que el Ser Humano a través del “imitar, aprender e interactuar”, llega a la acción. La clave aquí es basarse en la observación del colectivo y en considerarlo como un organismo vivo, con mente-cerebro e inteligencia propia, que toma decisiones continuamente, resuelve problemas en conjunto y por lo tanto, se puede decir que construye ciudadanía colectiva, genera conocimiento a través de representaciones mentales (creencias, conexiones, imágenes), que coopera por naturaleza en su diario vivir.

Debe considerarse en la definición de políticas públicas y en *la educación para la ciudadanía en salud*, que la racionalidad no es una condición, ni un atributo y que el problema está en la presupuestación, al pretender intervenir la mente del colectivo desde sus conductas y comportamientos y no desde el cambio de su manera de pensar. Hagamos que la manera de pensar sea que todos debemos colaborar para seguir teniendo un sistema de salud universal, equitativo, solidario y de calidad, a diferencia de otros países de la región.

La clave está entonces en las razones para cooperar, en el deseo que se convierta en una creencia, que vale la pena participar, que vale la pena apostarle a ser *ciudadanos en salud*.

Esto se puede lograr a través de la invitación de las personas a pensar que se pueden alcanzar mejores condiciones de salud, desde la acción de la ciudadanía colectiva, que inicia con la interpretación de la ciudadanía en general, de la ciudadanía individual (ejercicio de derechos, pero también de deberes),

cambiando las experiencias previas de participación ciudadana delegada, forzosa, que resulta ser un tema ajeno a la mayoría de individuos, por una nueva experiencia, en la cual al tener toda la información de los efectos positivos del ejercicio de la ciudadanía y educar a cada uno de los actores involucrados en el sistema de salud, tenemos la opción de elegir y decidimos actuar en favor de mejores condiciones para todos, entendiendo finalmente su impacto positivo en el cuidado, atención y fortalecimiento de la salud del colectivo.

Igualmente la clave de la teoría en este caso, es que se pueda lograr el desarrollo de una interpretación mental en cada ciudadano, que entienda y apropie el principio de interacción con los demás en términos de lograr obtener “lo mejor para mí y para todos los demás, lo justo”, a través de la práctica cotidiana para lograr ser un ***ciudadano en salud***.

CONCLUSIONES

En este ensayo hemos argumentado que uno de los elementos fundamentales y más relevantes para la superación de la actual crisis del SGSSS, es el abordaje de un proceso de construcción de ciudadanía en salud, que se implemente como una práctica continua, entre todos los actores del sistema. Esto hace necesario trazar recomendaciones que propicien la formulación de la propuesta con la participación de todos. A esta conclusión hemos llegado, luego de esbozar algunos antecedentes sobre ciudadanía en salud, abordar la literatura más representativa frente a este tema, y brindar insumos para avanzar hacia la formulación de una propuesta analítica apalancada en un diálogo interteórico entre enfoques de la salud como un bien común, la acción colectiva y la cooperación, que se sitúan en el centro del debate sobre la naturaleza pública de la ciudadanía en salud.

En este recorrido hemos descrito elementos para la construcción de ciudadanía en salud, de las líneas de acción e interacción conducentes a la operacionalización de la propuesta, y dentro de un proceso de desfragmentación de la ciudadanía en salud en con el contexto colombiano y del SGSSS.

A continuación comparto algunas de las principales conclusiones producto del proceso de investigación que dio lugar a este ensayo:

- El concepto de *ciudadanía en salud* que tenemos en Colombia actualmente es limitado, invisible y a veces inexistente, ya que su abordaje se ha hecho tradicionalmente de manera fragmentada en tres categorías: derecho a la salud, participación ciudadana e influencia del Estado, sin abordar directamente la categoría *ciudadanía en salud*.
- La limitación de la población para definir la falta de ciudadanía como un problema público, es relevante para su invisibilidad y priorización en el sistema de salud, desde la perspectiva pedagógica y la necesidad de iniciar su proceso de construcción, como parte de los programas de educación en salud, dirigidos a todos los actores del sistema de salud.
- Necesitamos desarrollar y proponer un nuevo concepto de ciudadanía en salud que permita definir e iniciar su proceso de construcción. Este debe basarse en la desfragmentación de la categoría y en un abordaje integral y directo, nombrándolo con su nombre propio: *ciudadanía en salud*.
- La propuesta es resignificar el concepto de ciudadanía en salud y posicionarlo entre los diferentes actores de la población, a partir de un nuevo acuerdo social, entre otros elementos igualmente fundamentales, cuyos principios sean el

resultado de una investigación de campo, que visibilice desde la base, lo que cada uno de los actores del sistema quiere, necesita y puede aportar para lograrlo.

- La base del trabajo a realizar estará relacionada con la salud como un bien común y la cooperación entre actores, a partir de las categorías definidas: sujeto de derecho con deberes, actor activo en el sistema de salud, acción colectiva en salud y el nuevo acuerdo social por la salud.

- El agente identificado para realizar estas acciones debe salir igualmente de la investigación de campo, así como generar confianza en cada actor, para lograr llegar al cambio de su manera de pensar y actuar, a partir de la construcción del interés colectivo, de la protección de la salud como un bien común y de la cooperación de los actores.

- De acuerdo a lo realizado, se puede afirmar que la construcción de ciudadanía en salud es un proceso integral y multidimensional requerido por el sistema de salud colombiano, que puede y debe definirse desde la base de todos los actores, partiendo del autoempoderamiento de los individuos, hasta lograr adoptar un imaginario de acciones colectivas, en favor de la sostenibilidad del sistema en el largo plazo y del surgimiento de nuevos ciudadanos en salud.

BIBLIOGRAFIA:

- Aguilar, L. (1993). *Problemas públicos y agenda de Gobierno*. México D.F, México: Editorial Miguel Angel Porrua.
- Asamblea Nacional Constituyente Constitución Política de Colombia. C.F.R. (1991).
- Antonioni, A., Pereda, M., Cronin, K. A., Tomassini, M., & Sánchez, A. (2018). Collaborative hierarchy maintains cooperation in asymmetric games. *Scientific Reports*, 8(1). doi:10.1038/s41598-018-23681-z
- Barrera, A. (2017). *La salud como derecho versus la salud como mercado: balance ad portas de los 25 años de vigencia de la Ley 100*. Tesis de grado. Facultad de Derecho. Universidad Católica de Colombia.
- Battu, B., Pammi, V. S. C., & Srinivasan, N. (2018). Evolution of Cooperation with Heterogeneous Conditional Cooperators. *Scientific Reports*, 8(1). doi:10.1038/s41598-018-22593-2
- Castro, G. (2014). Competencias ciudadanas. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), VII-IX.
- Daza, C. A., & Murcia, B. L. (2015). *Perspectivas sobre conflicto y ciudadanía en los discursos de política pública durante el periodo comprendido entre 1991 y 2014 en Colombia*. (Maestría), Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Daza, L. A. (2014). *Poder en la Política de Salud Colombiana La Sociedad Civil y la reforma a la salud de 2013*. (Maestría), Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Delgado, M. E., & Vázquez, M. L. (2006). Knowledge, opinions and experience from applying health participation policy in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(3), 150-167.
- Escobar, M. L. (2000). La ciudadanía, una alternativa en la crisis. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(1), 71-79.
- Franco, Á., & Álvarez, C. (2008). Human rights, an opportunity for public policies in health. *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 280-286. doi:10.1157/13123975
- Henrion, C. T., & Laurell, A. C. (2015). *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ley Estatutaria de Salud. Congreso de la Republica de Colombia, Ley 1751 C.F.R. (2015).
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Retrieved from Washington, DC:
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London: Sage.
- Merlano, C. A., & Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86
- Miranda, C. E. (1986). Hobbes: razón y contrato social. *Revista de filosofía*, 25-33.
- Moreno, L. D. C. (2017). Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. *Ciencias de la salud*, 15(3), 441-454.
- Morgan, L. M. (2001). Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.

- Nowak, M., Reyes, F. Highfield, R. (2011). *Supercooperadores*. Madrid: Grupo Z
- Orozco, S. (2015). *Construcción de ciudadanía por el acceso a medicamentos en asociaciones de pacientes de la ciudad de Medellín 2011-2014: entre la autonomía y la cooptación política. Análisis en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano*. (Doctorado), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons. The Evolutions of Institutions for Collective Action*. United Kingdom: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*: Sage Publications, Inc.
- Porter, D. (1999), *Health, Civilisation and the State. A history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge.
- Redden, C. J. (2002). Health as citizenship narrative. *Polity*, 34(3), 355-370. doi:10.1086/POLv34n3ms3235396
- Reforma al Sistema de Salud. Congreso de la Republica de Colombia, Ley 100 C.F.R. (1993).
- Rousseau, J. (2007). *El contrato social*. Madrid: Edaf.
- Segura, A. (2010). La participación ciudadana, la sanidad y la salud. Elementos para un debate informado. *GCS*, 12(2).
- Sosa, O. I. (2010). *Construcción del concepto de ciudadanía en la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR)*. (Maestría), Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Thagard, P. (2008). *Introducción a las ciencias cognitivas*. Editorial Katz Editores. 1ra. Edición.
- Vázquez, M. L., Siqueira, E., Kruze, I., Silva, A. D., & Leite, I. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 30-38.
- Yepes, F. J. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993*. IDRC.