

CONSTRUYENDO EL MOVIMIENTO POR LA SALUD EN COLOMBIA: EXPERIENCIAS DESDE BOGOTÁ, CALI Y MEDELLÍN

Autora:
Yadira Eugenia
Borrero Ramírez

Adaptación de:
Liliana García Laíno

Colaboración de:
Patricia Molano





CONSTRUYENDO EL MOVIMIENTO POR LA SALUD EN COLOMBIA: EXPERIENCIAS DESDE BOGOTÁ, CALI Y MEDELLÍN

Autora:

Yadira Eugenia Borrero Ramírez

Docente Departamento de Salud Pública y Epidemiología
Pontificia Universidad Javeriana Cali



CONSTRUYENDO EL MOVIMIENTO POR LA SALUD EN COLOMBIA:
EXPERIENCIAS DESDE BOGOTÁ, CALI Y MEDELLÍN

Yadira Eugenia Borrero Ramírez

Correo Electrónico: yborrero@javerianacali.edu.co

ISBN: 978-958-8790-91-6

© COLCIENCIAS

© Universidad de Antioquia

Primera edición: 2013

Diseño, diagramación, terminación e impresión: Universidad de Antioquia.

Diseño Carátula: Universidad de Antioquia

Adaptación y diseño de contenido: Liliana García Laíno

Fotografías.

Facebook: Martes por la Salud - Instancia por la Salud Cali - Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social - Camapaña Octava Papeleta- Blog de la Nacho Bogotá

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia

Prohibida la reproducción sin autorización de la Universidad de Antioquia
Dependencia responsable de la publicación: Facultad Nacional de Salud Pública. Centro de Investigación.

Teléfono: 219 68 30

Correo: cifnsp@gmail.com

Dirección: Calle 62 No. 52-59 Medellín, Colombia

Esta publicación es resultado de investigación "Luchas por la salud en Colombia 1994-2011: hacia la construcción de un movimiento nacional por la salud", financiado por el Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación –COLCIENCIAS- en marco del proyecto "Acción colectiva en salud en Colombia en el contexto de la reforma a la salud, 1994-2010". Código: 111552128282. Contrato RC no. 309-2011; y con el apoyo institucional de la Universidad de Antioquia, grupo de Investigación Gestión y políticas de salud: línea Derecho a la salud y luchas sociales por la salud en Colombia de la Facultad Nacional de Salud Pública.

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia.



PRESENTACIÓN

¿Cómo se ha conformado el movimiento por la salud en Colombia?

¿Quiénes lo integran?

¿Cómo expresan sus inconformidades?

¿Qué dificultades presentan?

Responder estas y otras preguntas es el objetivo central de este trabajo de investigación que compara los casos de 3 ciudades: Medellín, Cali, Bogotá.

Te invitamos a leer esta cartilla producto de la investigación: "Luchas por la salud en Colombia: hacia la construcción de un movimiento nacional, 1994-2011". En ésta se recogen las voces de muchas personas y organizaciones que han participado de esta lucha. Encontraras una aproximación a su historia, su identidad y sus tensiones. Esperamos que la disfrutes.



RESULTADO 1: LOS PRINCIPALES CAMBIOS DE LA REFORMA A LA SALUD A PARTIR DE 1993

Sobre el proceso de descentralización y los cambios institucionales.

En el año 1990 con la ley 10 se inicia en el país el proceso de descentralización del sector salud con el fin de que cada uno de los territorios (municipios y departamentos) tuvieran mayor autonomía en la administración de servicios de salud, sin embargo con la aparición de la ley 60 y ley 100 de 1993, así como de la ley 715 de 2002 y su modificación en el 2007, se dictan nuevas normas para cambiar las competencias y la distribución de los recursos a estos territorios, aumentándoles sus responsabilidades en salud pero al mismo tiempo disminuyendo la transferencia de los dineros necesarios para cumplirlas. Esta disminución de los recursos financieros fue una de las principales causantes de la movilización social por la salud en el año 2007.

Los problemas de dinero en el sistema de salud no fueron los únicos que se introdujeron con la ley 100 en los años 90. Una de las mayores pérdidas durante la reforma del sistema de salud ha sido la capacidad de regulación por parte del Estado.

Durante el gobierno de Andrés Pastrana, en el año de 1999, el proceso de descentralización se profundizó a través de una política de modernización para la administración pública, dicha modernización implicó ajustar el tamaño del Estado a nivel central, lo cual significó la desaparición y/o fusión de entidades públicas con la consecuente pérdida de miles de empleos públicos en el país.

Más tarde, durante el gobierno de Álvaro Uribe y continuando con el proceso de modernización, la ley 790 de 2002 fusionó varios ministerios e instituciones del Estado, entre ellas el Ministerio de Salud con el de Trabajo y Seguridad Social, renombrándolo Ministerio de la Protección Social (MPS). Este cambio obedeció a la propuesta del Banco Mundial de pasar del enfoque de seguridad social al de protección social, lo cual implicaba una mayor responsabilidad de las personas, familias y comunidades para la protección de sus derechos, correspondiéndole al Estado actuar solo cuando estas no pueden garantizárselo.

Sin embargo esta fusión de ministerios causó gran polémica en el país, especialmente por la crisis permanentemente en el sector salud, llevando a que en el 2011 bajo el gobierno de Juan

Manuel Santos se decidiera separar los ministerios nuevamente, llamándolos Ministerio de Salud y Protección Social. Evidenciando con estas transformaciones la debilidad institucional de los diferentes gobiernos para enfrentar los graves problemas estructurales del sector salud.

La ley 100 de 1993

En Colombia, desde 1993 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se basa en el aseguramiento, a través de Empresas Aseguradoras públicas o privadas. Tiene dos formas de afiliación: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. El contributivo, está dirigido a los trabajadores y sus familias, se financia con el pago de una suma de dinero proveniente del salario de los trabajadores y otro aporte de los empleadores. El régimen subsidiado, dirigido a las personas que no tienen capacidad de pago, se financia por medio de recursos estatales y aportes de solidaridad del régimen contributivo. Las personas para afiliarse al régimen subsidiado son identificadas como tal mediante la aplicación de la encuesta del SISBEN.

Además la Ley 100 creó las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) - públicas y privadas- y las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado encargadas de la afiliación de las personas, el recaudo de las cotizaciones y la administración de un paquete de servicios individuales llamado Plan Obligatorio de Salud (POS), por medio del cual deben brindar protección frente a los riesgos que afectan la salud de sus afiliados.

Adicionalmente la Ley 100 definió que el Estado era responsable de controlar los riesgos más importantes para la salud de la población, como la vigilancia de la calidad de agua para el consumo humano, el control de los expendios de alimentos, la educación para prevenir las enfermedades infecto-contagiosas, la vacunación; a este conjunto de acciones que eran universales y gratuitas se les llamo Plan de Atención Básica (PAB).

Los cambios en la estructura del Estado y la aparición de la ley 100 de 1993 abonaron el terreno para la incursión del sector privado en el manejo financiero de los recursos de salud, por medio de la aparición de empresas aseguradoras privadas más conocidas como Empresas Promotoras de Salud (EPS). Estas aseguradoras intermediarias han puesto enormes barreras de acceso a los servicios de salud buscando por medio de la negación de los servicios un incremento en sus ganancias. Como consecuencia de esto se hicieron más notorias las protestas por medio de la movilización social, y se incrementaron las acciones de tutela.

De igual forma el modelo de salud que trajo la ley 100 deterioró algunos indicadores de salud pública e incrementó el costo y el gasto en los servicios de salud. En el país se han realizado dos reformas a la Ley 100/93 que no han dado soluciones de fondo al problema de la salud. A continuación presentaremos una síntesis de las dos reformas que se han hecho al sistema de salud:

- a. **Ley 1122 de 2007:** El Congreso de la República aprobó esta reforma después de debatirla alrededor de tres años. Sin embargo no hubo cambios significativos, ya que continuó con el modelo de mercado en salud vía aseguramiento. Entre los pocos cambios que hizo esta ley se encuentran:
 - Exigir a las EPS el reporte no solo de indicadores económicos, sino también de indicadores de salud de sus afiliados
 - Restringir la integración vertical al 30%, es decir que las EPS contrataran solamente el 30% de sus servicios con sus propios centros de atención de salud (IPS)



Fuente: Martes por la Salud

y que contrataran el resto de servicios preferiblemente con la red de prestadores públicos.

- Transformó el Plan de Atención Básico (PAB) por el nuevo Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), con el fin de recuperar el concepto y mejorar la gestión de la salud pública en los diferentes niveles territoriales del Estado.

Los actores que habían participado en la lucha por un nuevo modelo de salud no obtuvieron la victoria ya que no se tuvo en cuenta sus opiniones para la aprobación de esta ley.

- b. Ley 1438 de 2011:** Posteriormente en 2010 aparece lo que se denominó la emergencia social que generó una gran movilización ciudadana. La emergencia social correspondía a un estado de excepción reconocido por la Constitución Política de 1991. Se argumentó que se requería la emergencia social por el déficit financiero que existía en el sector de la salud. Con ella se buscaban más recursos para el sector a través de nuevos impuestos a los licores, el aumento de los pagos por parte de los usuarios, la limitación a los médicos para solicitar pruebas diagnósticas y formular medicamentos no incluidos en el POS, entre otros. Esta declaratoria generó gran movilización nacional contra su declaratoria. Finalmente la Corte Constitucional la derogó.

Para superar la crisis económica el gobierno tramitó la **Ley 1438 de 2011**. Esta ley buscó fortalecer el sistema de salud por medio de la implementación de un modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud (APS), en esta ley el gobierno aprovechándose del lenguaje de

los actores que defienden la salud como derecho fundamental, incluyó palabras como enfoque de derechos y de determinantes sociales, sin embargo esta reforma no realizó los cambios a la lógica de mercado que orienta el sistema, sin estos cambios estructurales en el sistema de salud fue imposible la implementación de un modelo de APS.

Ambas reformas han mantenido los elementos centrales de la Ley 100/93: **la salud como mercado, la intermediación financiera, la separación de las funciones de regulación, aseguramiento y prestación de servicios.** El gobierno, en ninguna de las reformas, ha sido abierto a las críticas que cada vez son más unánimes en el país frente a la indolencia del sistema de salud.

La ley 100 acabó con los aseguradores públicos y con los hospitales públicos

A principios de la ley 100 existían tres grandes aseguradoras públicas en salud: la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL), el Instituto de Seguro Social (ISS), y la Caja de Previsión Social y Comunicaciones (CAPRECOM). La disminución del papel del Estado y la dificultad para regular el mercado de la salud permitió que en el 2009 se liquidara CAJANAL, seguido por la liquidación del Seguro Social, el caso más dramático en el país y uno de los motivos más importantes de protesta durante la reforma del sistema de salud, contribuyendo entre otras cosas al detrimento del patrimonio público debido a que las clínicas del Seguro Social han sido vendidas a empresas privadas muy por debajo de su valor comercial.

La única EPS pública que existe actualmente es CAPRECOM, institución que para muchos ha sido tomada para uso a conveniencia de la clase política colombiana y no para prestar un buen servicio a los usuarios.

Los hospitales públicos también han sufrido una gran crisis debido a la reforma del sistema de salud, esta problemática es una de las principales causas de las protestas y, comenzó tempranamente, desde 1997, producto de la orden legislativa de transformar los hospitales en Empresas Sociales del Estado (ESE) la cual se llevó a cabo sin contar con los recursos necesarios para dicha transformación.

El incumplimiento con los pagos que las EPS deben hacerle a los hospitales públicos (ESEs) ha contribuido a generar la crisis hospitalaria del sector, además las EPS prefieren invertir en los servicios más rentables como la atención de alto costo y la consulta externa, que en servicios menos rentables como las urgencias, estas quedan mayoritariamente bajo la responsabilidad de la red pública.

El gobierno nacional, ha presionado el proceso de reestructuración de los hospitales públicos, para que estos sean rentables, lo que ha producido el despido de miles de trabajadores, la flexibilización de las formas de contratación y el deterioro de la calidad del empleo en el sector de la salud.

Todos estos problemas han llevado al cierre, liquidación y venta de una parte importante de los hospitales públicos que fueron patrimonio en algún momento, muchas de estas instituciones de salud fueron generadoras de bienestar y conocimiento para el país, algunos ejemplos son: el



Fuente: Archivo Hospital San Juan de Dios - Bogota

Hospital San Juan de Dios de Bogotá, el Instituto Materno Infantil de Bogotá, el Hospital Ramón González Valencia de Bucaramanga, entre otros.

Barrera de acceso a los servicios de salud...

Finalmente, otro elemento permanente de la reforma del sistema de salud ha sido el crecimiento de las barreras que ponen las EPS para que las personas accedan a los servicios de salud.

El incremento de estas barreras ha elevado el uso de los mecanismos jurídicos como los derechos de petición y las acciones de tutela, ya que para las personas se ha convertido en la única forma para garantizar su atención en salud.

Las barreras de acceso más frecuentes para las personas son los trámites administrativos y el aumento de copagos y cuotas moderadoras.

Podemos concluir de esta primera parte que la implantación de la reforma del sector salud con la ley 100 ha reducido el papel del Estado debilitando la descentralización político-administrativa, ha disminuido los recursos para la salud a los municipios y departamentos, ha profundizado la privatización del sector salud, convirtiendo el derecho a la salud en un mercado, ha promovido la venta del patrimonio público; ha incrementado las barreras de acceso real a los servicios de salud, contribuyendo de esta forma al deterioro de la salud y la calidad de vida de los colombianos. Todo esto se traduce en las primeras manifestaciones de inconformidad frente a un sistema de salud injusto, ineficiente y de mala calidad que provoca en los colombianos las bases de la movilización social



RESULTADO 2: ¿CUÁLES SON LOS DATOS DE LAS PROTESTAS POR LA SALUD EN COLOMBIA?

En este apartado les vamos a mostrar algunos datos sobre la magnitud de las protestas por la salud en el país durante los 18 años de la implementación de la ley 100.¹

Entre 1994 y 2010, en promedio, se presentó por lo menos una protesta relacionada con la lucha por la salud cada cuatro días (n=1399); los años con mayor número de protestas fueron 2007 y 2010 (Tabla 1), ambos durante el periodo del Presidente Álvaro Uribe Vélez.

De acuerdo con los datos disponibles,² se pueden identificar por lo menos tres momentos importantes de protestas por la salud: el primero **entre 1998-2002**, vinculado a la crisis hospitalaria; el segundo, **entre 2006 y 2008**, con un pico muy importante en 2007, al parecer vinculada a la lucha por los recortes a las transferencias municipales y departamentales para la salud y la educación y; finalmente, el tercero **en 2010**, producida por la declaratoria de emergencia social por la salud, decretada por el gobierno Uribe y posteriormente declarada inconstitucional por la Corte Constitucional colombiana (Gráfico 1).

1 Estos resultados corresponden a avances preliminares y aún no publicados del proyecto de investigación “Acción colectiva por la salud en el contexto de la reforma 1994-2010” financiado por Colciencias. Código: 111552128282. Contrato RC N° 309 de 2011, del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia, COLCIENCIAS. Investigadoras del componente: María Esperanza Echeverry López y Yádira Eugenia Borrero Ramírez.

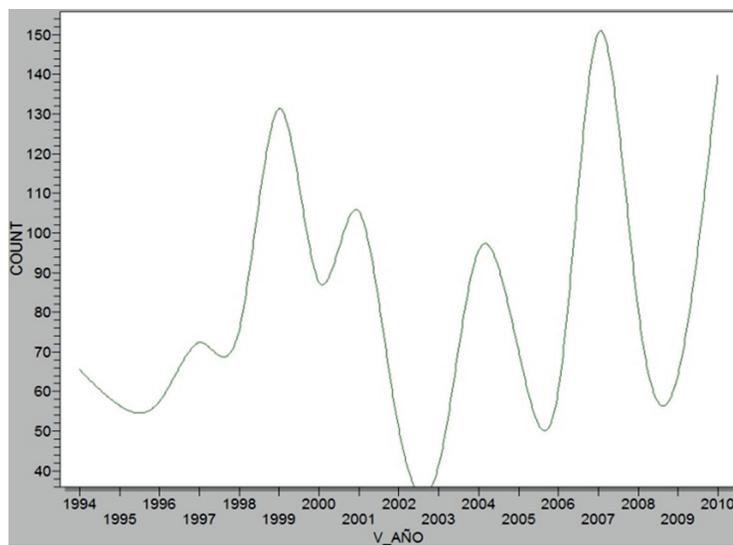
2 Una de las limitaciones que han manifestado las autoras tiene esta investigación se relaciona con las fuentes utilizadas. La investigación se hizo accediendo a la base de datos que sobre AC que tiene el CINEP; esta BD es producto de la revisión sistemática de 10 periódicos -3 de circulación nacional, 1 semanal y el resto regionales.

Tabla 1
Acción colectiva por la salud. Colombia: 1994-2010

Año	AC	% Acumulado
1994	65	4,60%
1995	56	4,00%
1996	57	4,10%
1997	72	5,10%
1998	75	5,40%
1999	131	9,40%
2000	87	6,20%
2001	105	7,50%
2002	50	3,60%
2003	41	2,90%
2004	95	6,80%
2005	70	5,00%
2006	60	4,30%
2007	150	10,70%
2008	80	5,70%
2009	64	4,60%
2010	141	10,10%
Total	1399	100,00%

Fuente: Base de datos cuantitativa con base en la información del Centro de Investigación y Educación Popular - CINEP- Procesada por: Borrero, Ocampo y Paja, 2011(5). Proyecto COLCIENCIAS. Contrato RC N° 309 de 2011.

Gráfico 1. Acción colectiva por la salud. Colombia: 1994-2010



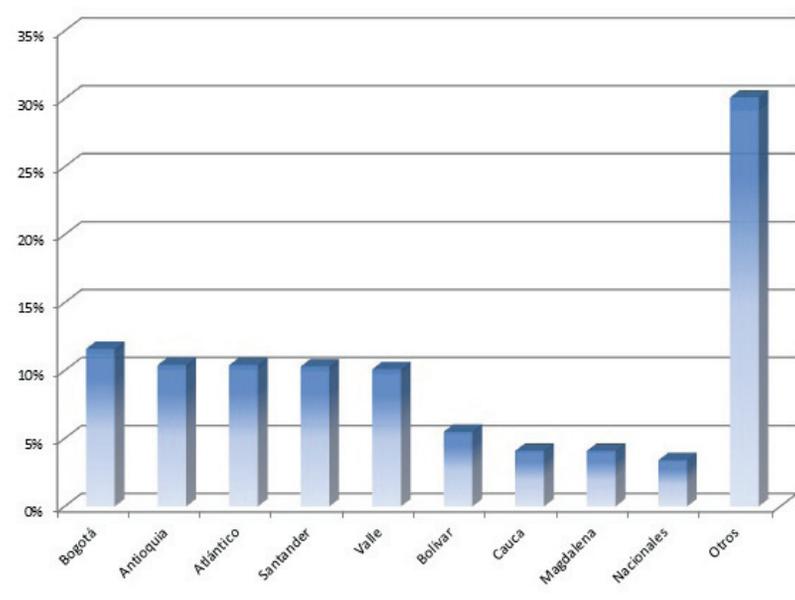
Fuente: (Borrero et al., 2011)

Es necesario revisar otros tres asuntos importantes:

Los lugares donde se concentran la mayoría de las protestas por la salud

La ciudad y los departamentos que concentraron la mayoría de manifestaciones en el país para el periodo fueron: Bogotá, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca, todos ellos con una proporción similar de protestas (Gráfico 2). Además, las movilizaciones de carácter nacional ocuparon el 3,4%, ellas implican un mayor esfuerzo organizativo para los diferentes actores, dada la necesidad de concertar recursos, plataformas de movilización y lucha, así como avanzar organizativamente en las distintas regiones.

Gráfico 2. Proporción de AC según departamento. Colombia: 1994-2010



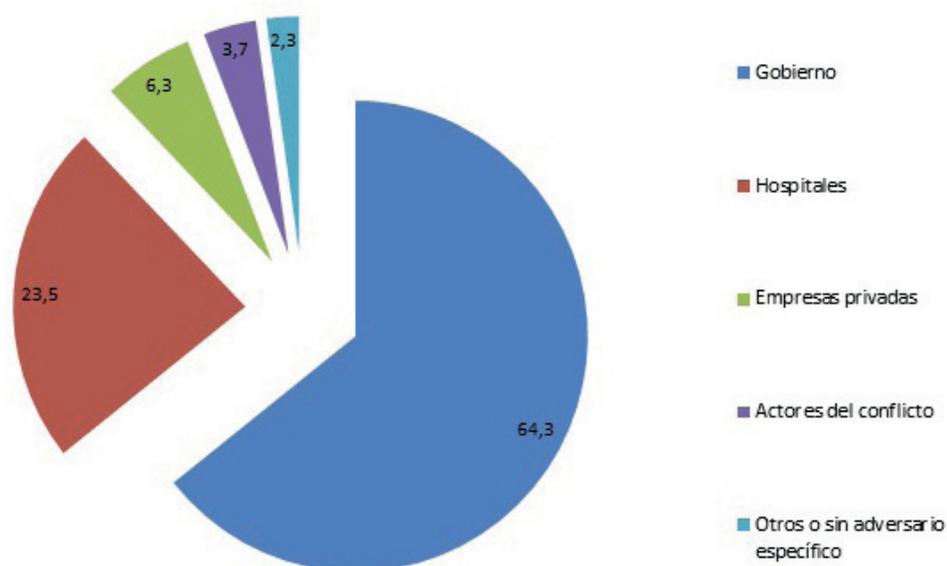
Fuente: Base de datos cuantitativa con base en la información del Centro de Investigación y Educación Popular - CINEP. Procesada por: Borrero, Ocampo y Paja, 2011(5). Proyecto COLCIENCIAS. Contrato RC N° 309 de 2011.

Los actores que realizaron las protestas y los adversarios de la misma.

Esta mirada panorámica nos permite reconocer la importancia de diferentes actores en la lucha por la salud. Los principales convocantes han sido los sindicatos con un 60,3%, seguido por organizaciones cívicas y/o comunales y estudiantes. Los sindicatos, como principales convocantes de la protesta por la salud en el país, también

han jugado un papel importante en la construcción del movimiento por la salud, como veremos adelante. Así mismo, se puede evidenciar que la protesta se ha concentrado especialmente contra los diferentes niveles de gobierno, seguido de los hospitales y, en una proporción menor, contra actores privados del sistema de salud (Gráfico 3). Esto significa que la conflictividad ha ubicado al gobierno como el principal orientador de la política de salud y sus efectos.

Gráfico 3. Adversarios de la AC en salud. Colombia, 1994-2010



Fuente: Base de datos cuantitativa con base en la información del Centro de Investigación y Educación Popular - CINEP- Procesada por: Borrero, Ocampo y Paja, 2011(5). Proyecto COLCIENCIAS. Contrato RC N° 309 de 2011. Los principales motivos

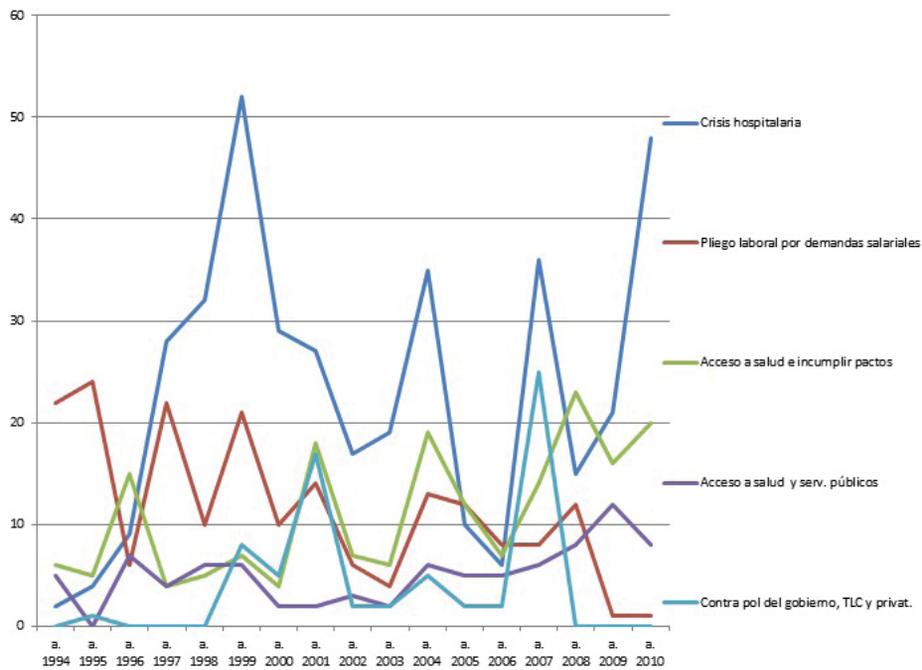
Los motivos que han provocado las protestas en salud a lo largo del periodo corresponden a: crisis hospitalaria, seguido por demandas en el acceso a los servicios de salud, contra las políticas gubernamentales -especialmente la privatización, el TLC y el recorte de recursos- y, finalmente se ve que han perdido importancia las movilizaciones relacionadas con los pliegos laborales. Es decir la demanda ha tenido claramente un componente social y político, más que puramente laboral (Gráfico 4).

Los conflictos que se han dado en el sector salud durante la implementación de la reforma en los últimos 18 años, han abierto la puerta a la acción colectiva en salud y su posibilidad de jugar un papel doble: posibilitar la construcción del movimiento por la salud en Colombia ya que favorece la articulación de sus actores y sus intereses en la lucha y; de otro lado, la movilización permite que estos esfuerzos por articularse se hagan visibles y se puede intensificar en la medida que los ejercicios de organización se van fortaleciendo.

Algunos de los actores que han convergido en el movimiento social por la salud son los sindicatos, los usuarios de los servicios de salud y estudiantes.

A manera de síntesis, el SGSSS desarrolló un conjunto importante de transformaciones políticas, administrativas, financieras y éticas alrededor de los servicios de salud. La lógica de mercado

Gráfico 4. Motivos de la AC por la salud. 1994-2010



Fuente: Base de datos cuantitativa con base en la información del Centro de Investigación y Educación Popular - CINEP- Procesada por: Borrero, Ocampo y Paja, 2011(5). Proyecto COLCIENCIAS. Contrato RC N° 309 de 2011.

orientó las decisiones sobre la descentralización, las transformaciones institucionales, la crisis de los aseguradores públicos, la crisis hospitalaria y las dificultades de acceso real a los servicios de salud.

En general la orientación del Estado durante todos estos años ha sido a profundizar cada vez más el mercado de salud y con ello la privatización. Sin embargo, los diferentes actores vulnerados por la reforma no han permanecido en silencio. Se han movilizad, han disputado por la salud y han intentado unirse en torno a un movimiento nacional por la salud. A partir de aquí, este trabajo se concentra en comprender el ejercicio de articulación.



RESULTADO 3: ¿CÓMO SE HA CONSTRUIDO EL MOVIMIENTO SOCIAL POR LA SALUD EN COLOMBIA?

La construcción del movimiento nacional por la salud ha sido un proceso largo, que ha necesitado de varios ingredientes: los actores colectivos que se han unido en la lucha, los momentos coyunturales que se han dado durante la implantación de la ley 100, y las características de cada una de las ciudades que ha permitido que esta construcción haya sido posible.

El SGSSS ha tenido diversos problemas durante estos 18 años, a nivel nacional se pueden resaltar seis principales, estos problemas persisten hoy en día y han sido –como lo dijimos previamente- los que han generado más protestas sociales en el sector salud:

- La crisis de la red pública hospitalaria
- La crisis y liquidación del seguro social
- La lucha contra las EPS
- La estabilidad laboral de los trabajadores del sector
- El acceso a los servicios de salud
- La disputa por la orientación del sistema de salud

Los problemas mencionados se han ubicado en cuatro momentos específicos y han permitido que varios actores hicieran un esfuerzo por unirse y crear el movimiento nacional por la salud:

¿Quiénes ayudaron a la construcción del movimiento nacional por la salud?

La historia del Movimiento Nacional por la Salud se empieza a construir mucho antes de la ley 100, ya que se necesitó de la experiencia de otros grupos y organizaciones que habían luchado por asuntos de salud, desde antes de los años 90, para construir lazos de confianza y afectos

1998-2001	2004-2007	2007-2008	2010 - Hasta hoy
Crisis de la red pública hospitalaria producto de la implementación inicial de la ley 100	Participación del debate a la reforma de la Ley 100/93 En el Congreso de la República	La lucha se suma a las demandas instaladas	El modelo de mercado se intenta profundizar a través de la emergencia social
Característica	Característica	Característica	Característica
<p>Articulación de sindicatos</p> <p>Articulación de asociaciones de usuarios y organizaciones afectadas por el cierre de los Serv Salud</p> <p>Se construyen las bases iniciales para la creación del MNSSS, lo cual se logró en 2001</p>	<p>Produjo fracturas dentro del MNSSS – persiste hasta hoy-</p> <p>Limitó las “esperanzas” de los actores de conseguir un cambio en el sistema de salud a través de los canales institucionales.</p>	<p>Disputa contra el TLC</p> <p>El debate central correspondía a los problemas de propiedad intelectual y medicamentos que provocaría.</p>	<p>Traslada fuertemente la disputa a la calle</p> <p>Da origen a la última contienda identificada</p> <p>Posibilita un reencuentro de viejos actores del movimiento por la salud y la</p> <p>Posibilita la suma de nuevos actores: organizaciones de pacientes con enfermedades específicas - organizaciones de pacientes de “alto costo” y la Federación Médica Colombiana (FMC)-</p> <p>Se da simultáneamente utilizando canales institucionales –peticiones a la Corte, debate legislativo- y no institucionales a través de AC contenciosa</p>

entre sus integrantes, más adelante este conjunto de redes y lazos serían los que propiciarían la primera etapa del movimiento social por la salud en el año 2001.

Debemos aclarar que inicialmente la lucha no estaba dirigida a lo que hoy conocemos como derecho a la salud sino que inició por medio de la lucha de los trabajadores del sector salud, más adelante con el aporte teórico de los académicos y con las exigencias de los usuarios por el acceso a los servicios de salud, se fue construyendo el significado de la salud como derecho fundamental.

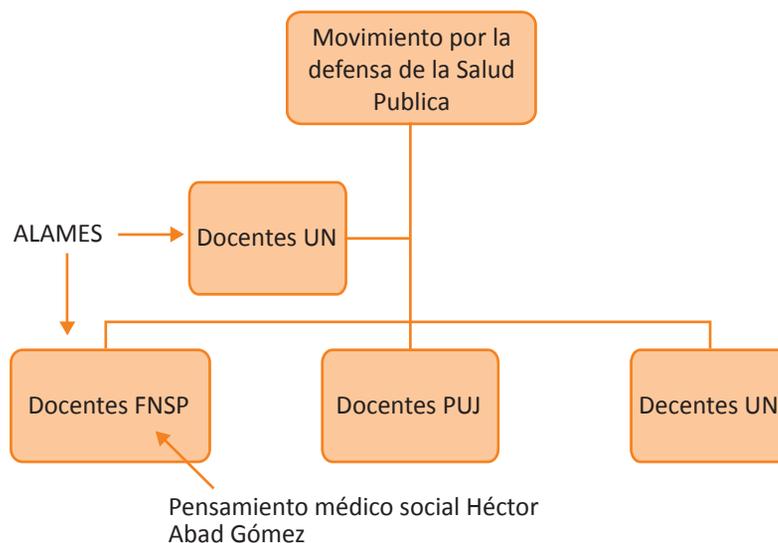
Los académicos y el movimiento por la salud pública

Con todos los cambios que se dieron en el sistema de salud a partir de la ley 100, los cuales hemos descrito anteriormente, incluyendo las crisis en los hospitales y en la salud pública, los académicos de la Universidad Nacional de Bogotá y de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia se organizaron en un movimiento en defensa de la salud pública en el año 1998, con una mirada política, ética y conceptual en pro de un sistema de salud que pudiera sobreponerse al modelo biomédico y de mercado que ofrecía la ley 100. En la primera reunión se logró convocar cerca de 40 personas entre docentes universitarios, algunos ex funcionarios colombianos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ex funcionarios de los diferentes niveles estatales de salud.

En el caso de la Universidad de Antioquia, había académicos del área de la salud formados por una generación de docentes con el enfoque de la medicina crítico social, comprometidos con una opción más justa y equitativa en salud para los más pobres de la sociedad, profesionales como el médico salubrista Héctor Abad Gómez encabezaron esta lista, lamentablemente fue asesinado durante uno de los periodos de mayor violencia sociopolítica en Medellín.

El movimiento por la defensa de la salud pública aportó con sus reflexiones éticas y conceptuales sobre las orientaciones de un nuevo sistema de salud.

Gráfico 5. Actores vinculados al Movimiento por la defensa de la salud pública



Fuente: Entrevistas 2011 y 2012

El Grupo Guillermo Fergusson (GGF)

Este grupo se llamó así en honor al profesor Guillermo Fergusson Manrique, docente de patología la UN y decano de la Facultad de Medicina. El grupo nació en la Universidad Nacional en los años 80, con estudiantes de las facultades de nutrición, enfermería y medicina.

Este grupo de trabajo estudiantil buscó incidir en la salud desde una perspectiva crítico - social, diferente a las orientaciones dominantes de la academia, además desarrolló trabajos en el campo de la salud, desde una visión que vincula las condiciones de vida y de trabajo con los resultados en salud de las poblaciones. Como equipo de trabajo se consolidó a partir de 1985.

Este grupo se distribuía principalmente en 3 equipos de trabajo: sindical, campesino y urbano. Dentro de su experiencia avanzó en procesos de educación y organización en salud con diferentes grupos barriales en la ciudad de Bogotá, con organizaciones campesinas y con sindicatos en el tema de salud y trabajo. Dentro de los antecedentes, se llama la atención que en 1990 lideró el II Foro Nacional por la Salud del Pueblo, evento que reunió organizaciones de salud de todo el país (Equipo Preparatorio II Foro por la Salud del Pueblo, 1990).

Gracias al trabajo y a la formación de estudiantes y profesionales que este grupo sostuvo por 13 años, se llevaron las semillas de su trabajo a otros espacios que permitió la nutrición del movimiento por la salud años más tarde, además se avanzó en la construcción de relaciones de solidaridad y confianza entre viejos actores –como los sindicatos- y/o, nuevos actores sociales por la salud –como las asociaciones de usuarios- en el marco del proceso de reforma en salud, y sobre todo se logró la introducción de la relación entre condiciones de vida, trabajo en el discurso de la salud.

Gráfico 6. Relaciones aportadas por el GGF

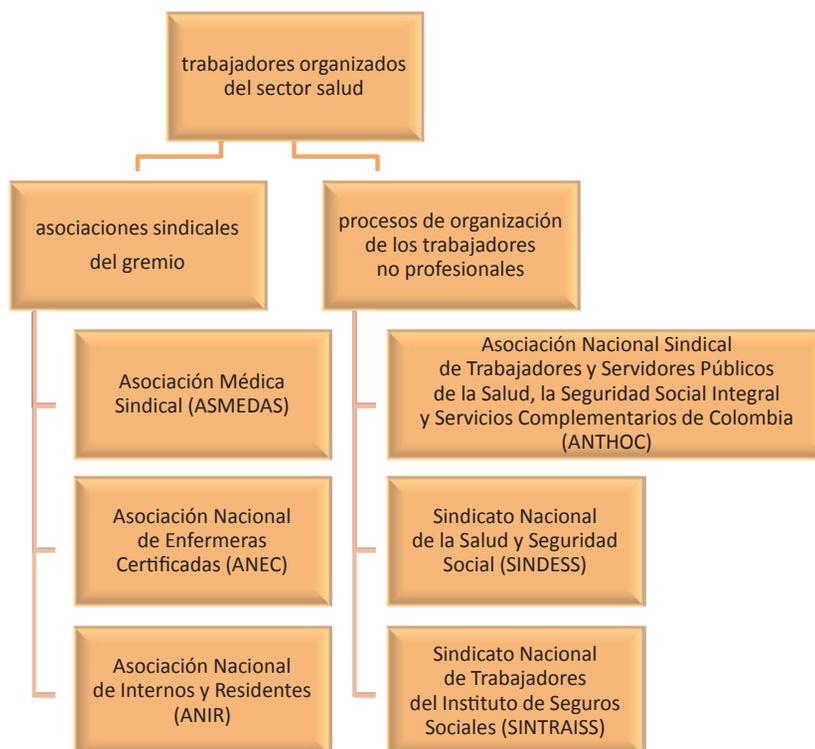


Fuente: Entrevistas 2011 y 2012

Los trabajadores

Uno de los actores centrales en la historia y la construcción del movimiento por la salud en Colombia han sido los trabajadores organizados del sector salud, ellos hacen parte de los principales convocantes de las movilizaciones por la salud durante los 18 años de implementación de la reforma y han aportado al movimiento su base social, su capacidad organizativa y su experiencia en la lucha; los vamos a clasificar entre profesionales y trabajadores no profesionales.

Gráfico 7. Trabajadores del área de la salud



- Asociaciones sindicales del sector salud

Las organizaciones gremiales de estudiantes o profesionales del área de la salud, tenían una trayectoria de lucha por condiciones de trabajo y protección tanto del Instituto de Seguro Social como de la red pública hospitalaria.

En el año 1976 estas organizaciones hicieron la huelga más larga, hasta ese momento, de trabajadores del sector en el país, esta huelga se dio por las transformaciones estatales que haría que los profesionales de la salud pasaran de trabajadores oficiales a empleados públicos, esto generaría mayor clientelismo e inestabilidad laboral, esta diferencia se resolvió por medio de un acuerdo colectivo con el gobierno.

Otra lucha importante lideradas por este tipo de organizaciones, fue la que quedó dentro de la memoria de los estudiantes de salud de la Universidad Nacional en 1975, cuando se protagonizó la defensa del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, institución que sería cerrada a finales de los noventa en el marco de la Ley 100 de 1993.



Fuente: Daniela González- Blog de la Nacho - Bogota

- Trabajadores no profesionales del sector salud

De acuerdo a la investigación, podemos decir que se encontraron dos momentos claves en el proceso de organización de los trabajadores no profesionales del área de la salud, ellos son:

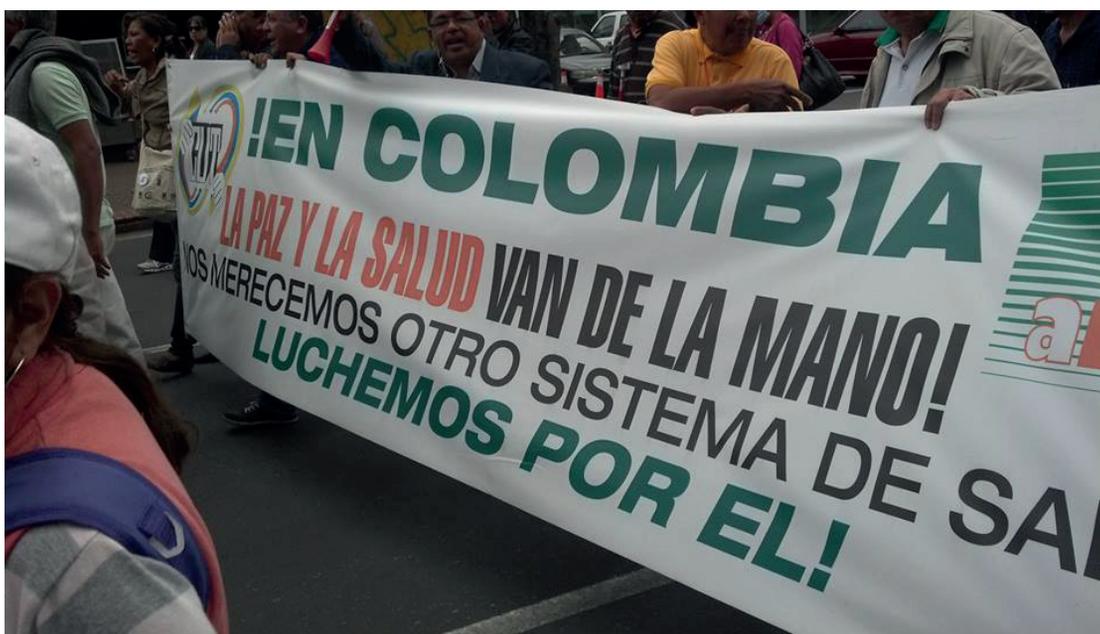
- ◆ Finales de la década de los 80: Existían sindicatos departamentales de trabajadores del sector, se empiezan a organizar en una unidad nacional con la creación de una federación nacional de trabajadores del sector salud, todo esto ocurre paralelo al

proceso de descentralización del sector salud, que luego se consolida con la Ley 10 de 1990.

- ◆ Inicios de la década de los 90: Se fusionan los sindicatos departamentales. A principios de la ley 100 se encontraban afiliados a los sindicatos cerca de 70.000 trabajadores, quienes confluyeron en la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, la Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC y otros sindicatos como el del seguro social).

ANTHOC ha sido uno de los sindicatos centrales en la lucha por la salud en Colombia, seguido del Sindicato Nacional de la Salud y Seguridad Social (SINDESS) y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguros Sociales (SINTRAISS).

Los trabajadores organizados hacen parte de los grupos sociales más golpeados por las reformas de flexibilización laboral, su aplicación en el sector de la salud han desintegrado estos sindicatos.



Fuente: Instancia por la salud - Cali

Los usuarios de los servicios de salud

La palabra "usuarios" se empezó a usar con la reglamentación de los procesos de participación social en salud en el 94, anteriormente en el sistema nacional de salud se utilizaba la palabra comunidad, pacientes o enfermos. En la actualidad se sigue hablando de usuarios o incluso de clientes, relacionado con la lógica mercantil del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Muchos de los miembros de las asociaciones de usuarios eran procedentes de las experiencias de participación comunitaria del Sistema Nacional de Salud, especialmente de los voluntariados en salud o de los Comités de Participación Comunitaria (CPC), denominados a partir de 1994 como COPACOS.

Los usuarios de los servicios de salud juegan un papel muy importante: se empiezan a vincular en la defensa de la red pública hospitalaria como parte del patrimonio que las comunidades habían construido para su desarrollo.

También han jugado un papel muy importante en la resistencia frente a las políticas del sistema de salud, la defensa de la red pública hospitalaria, la liquidación del Instituto de Seguro Social, y a partir de la ley 100 la exigibilidad al derecho a la salud en cuanto al acceso de procedimientos y medicamentos negados por las EPS.



Fuente: Instancia por el Derecho a la Salud - Cali

Y todos ellos... ¿cómo se articularon?

En este apartado presentaremos cómo fue el encuentro entre los usuarios y trabajadores de la salud y cómo unieron sus fuerzas por la defensa de la salud.



- **La crisis hospitalaria:** facilitó el encuentro “inicial” entre los usuarios y los trabajadores para oponerse a su transformación en ESE y años después a los intentos de cierre y liquidación.

Este debate se dio primero en Bogotá a finales de 1997, se articularon los sindicatos de la salud con las comunidades, la discusión sobre la transformación de los hospitales se dio en el concejo de Bogotá, lamentablemente se aprueba la reforma en el mismo año.

En el año 1998 el debate se da en Medellín durante la administración del Alcalde Juan Gómez Martínez, ya que querían dividir a Metrosalud – la red pública hospitalaria más grande del país – en 10 ESE diferentes según ellos, para modernizarse, reducir costos y problemas de corrupción. Para evitar eso se unieron el sindicato de médicos ASMEDAS, el sindicato de trabajadores de Metrosalud ASMETROSALUD, y los usuarios de los servicios de salud. Esta articulación logró que el Concejo Municipal evaluara la situación y se opusiera a aprobar tal transformación sin los estudios suficientes.

En Cali este debate solo se dio hasta el 2002.



La crisis hospitalaria se ha caracterizado por ser uno de los principales motivos de movilización alcanzando un pico por esta demanda en 1999

- **La "Campaña Nacional por el Derecho a la Salud":** las campañas fueron la forma de movilización propuesta por la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo en el año 2000. Para ese momento y ante la crisis del sector salud, se propuso que una campaña por el derecho a la salud podría generar más movilización. Con este argumento se inició la campaña por el derecho a la salud.

Gracias a la publicación del libro "La salud está grave" que contenía los resultados de una investigación sobre la situación de salud de las cárceles realizada por cuatro académicos, ayudó a aclarar la inquietud sobre la situación de salud en el país.

El desarrollo de esta campaña se llevó a cabo con los siguientes recursos:



Económicos: Los recursos económicos permitieron el apoyo logístico necesario para llevar a cabo la campaña.

Relacionales: permitieron la colaboración de un conjunto de ONG miembros de la plataforma de organizaciones sociales que se comprometieron en todo el país a impulsar la campaña.

Ideológicos: El elemento clave que aportó la plataforma fue la perspectiva de la salud como derecho humano fundamental, su amplia experiencia en la lucha por los Derechos Humanos aportaron esta visión. La mirada de la salud como Derecho Humano se aceptó rápidamente dentro de las organizaciones que trabajaban el tema de salud en el país.⁵

La salud como derecho fundamental, se ha convertido en el argumento que más resuena en el conjunto de la sociedad colombiana, ha permitido un tránsito hacia la politización de las demandas en salud y sobre todo se ha convertido en un elemento de unión e identidad al interior del movimiento por la salud en Colombia.

- **Primer Congreso Nacional por la Salud:** Se puede decir que este acto fundó simbólicamente el movimiento por la salud en Colombia. Realizado en la Universidad Nacional de Bogotá en octubre de 2001, y con una participación de más de 2.000 personas, de 351

organizaciones y de muchos sectores –organizaciones sindicales, indígenas, campesinas, académicos, asociaciones de usuarios, de mujeres, afrodescendientes, entre otros, este espacio fue el primero en articular diferentes actores de todo el país alrededor de la lucha explícita por el derecho a la salud.

"Decidimos avanzar en los procesos organizativos y de acción que aumenten y fortalezcan el movimiento social por la salud, condición indispensable para lograr que en Colombia la salud se garantice como derecho humano y se preserve como bien público. Por esta razón, y aprovechando la rica dinámica organizativa y movilizatoria alrededor del Congreso, decidimos constituirnos como Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social" (Declaración final MNSSS, 2001).

¿Y ha sido igual en las tres ciudades?

Todos estos procesos de unión también dependen de las características de cada ciudad, sobre todo el tiempo de la implementación de las políticas nacionales, la fuerza y permanencia de las organizaciones que vimos anteriormente y la incidencia y magnitud de la violencia sociopolítica de cada región.

 Cali	 Medellín	 Bogotá
<ul style="list-style-type: none">• No había realizado cambios institucionales en la red pública hospitalaria• Creación de un asegurador público• Fuerte tradición de participación institucional en el sector• No contaba con la densidad de organizaciones autónomas en salud• No contaba con tradición de pensamiento crítico sanitario	<ul style="list-style-type: none">• Mayor densidad de procesos organizativos• Mayor tradición de pensamiento crítico en salud• Pronta implementación de las transformaciones del SGSSS, en especial en la red pública hospitalaria	

- **Para el primer congreso:**

Estas diferencias explican la fuerza organizativa que logró Bogotá y Medellín para el Primer Congreso y su posterior avance, a diferencia de Cali que llega muy débil al congreso y su actividad organizativa desaparece después de éste.

• **Después del segundo congreso:**

		
<p>Medellín</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se convierte en víctima de la violencia sociopolítica por la discordia entre actores estatales, subversivos y paraestatales por el control territorial a nivel local. • Fuerte penetración paramilitar en los procesos organizativos barriales en salud, generando temor y desconfianza entre estos y otros actores del movimiento. • Se judicializa a un líder clave del movimiento que termina de romper las ya frágiles confianzas e incrementa el miedo en todos los actores. • La visibilidad del movimiento por la salud entre 2004 y 2006 desaparece, es solo en 2007 hacia adelante que se reactiva, modificando sus repertorios de lucha y las interacciones con otros actores. 	<p>Bogotá</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambia el panorama político local por la victoria de un candidato de izquierda. • La secretaria de salud queda bajo la dirección de un miembro del movimiento, así como algunos miembros en los principales cargos de la misma. • Se plantea un nuevo problema que no se discutió colectivamente: la relación movimiento social/ partido político/ Gobierno local. • Se generó desconfianza, división y cambio en el foco de atención. • Se fortalecen los espacios institucionales de participación en salud así como una formación de éstos en torno al derecho a la salud, sin embargo, el MNSSS se debilita. • se opta por canalizar los esfuerzos del movimiento en la participación de la contienda legislativa, junto a otros actores y en alianza con un partido político, de manera que la división se profundiza. • Bogotá será hasta hoy un escenario fracturado. • Esta situación implicó la salida temporal de la mayoría de los líderes más visibles del movimiento hacia la administración municipal y, con ello, un “debilitamiento” local del movimiento social. 	<p>Cali</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ciudad había sido presionada por el entonces Ministerio de la Protección Social para realizar la transformación de hospitales en ESE, asunto que generó un importante debate local. • Así mismo, había diversos grupos y organizaciones que venían trabajando de manera autónoma los problemas producidos por el SGSSS. • Se crearon las condiciones de posibilidad para la articulación de actores en torno al movimiento por la salud. • En adelante Cali será hasta 2008 el proceso organizativo en salud más fuerte entre las tres ciudades.

Sumado a este panorama aparecen dos asuntos del orden nacional que no se pueden ignorar:

Los sindicatos ANTHOC y SINTRAISS	Los Usuarios
<ul style="list-style-type: none"> • Se concentran principalmente en las diputadas por la crisis hospitalaria y la defensa del seguro social • Enfrentar un debilitamiento por las consecutivas reestructuraciones que disminuyeron dramáticamente la base sindical • Se reduce la capacidad de movilización y la energía dedicada a articularse en torno al MNSSS del sector sindical por la continua violación de los DH 	<ul style="list-style-type: none"> • Lucha cotidiana de los usuarios por acceder a los servicios de salud, lo que obligo a miles de personas y organizaciones a usar mucha de su energía en la exigibilidad jurídica del derecho a la salud vía acciones de tutela.

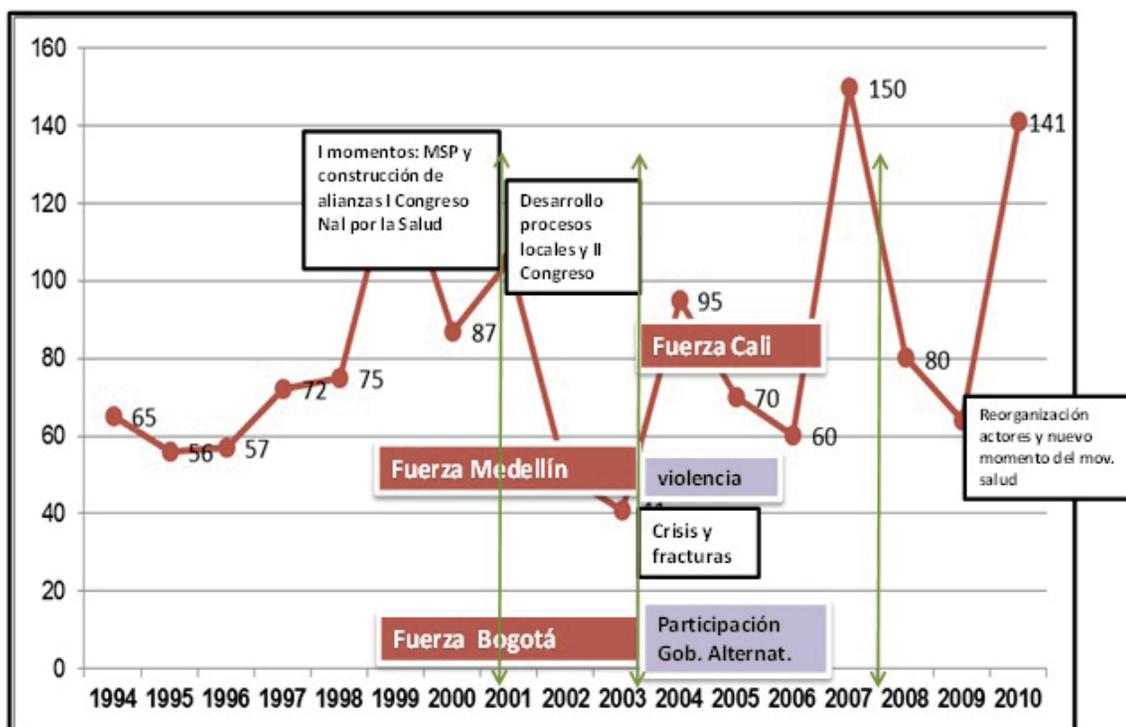
• **El movimiento por la salud: De la emergencia social a la actualidad**

En el 2009, año en que se promulgan los decretos de emergencia social, el movimiento se encontraba fracturado y/o debilitado, especialmente en Bogotá. Sin embargo, todas las relaciones, afectos y confianzas construidas a través de los 15 años de lucha permitieron concertar voluntades y esfuerzos en torno a la emergencia social. La suma de nuevos actores como las organizaciones de pacientes y otras organizaciones gremiales en salud, aportaron fortaleza a esa nueva unión contra la emergencia social.

A partir del 2010 hasta hoy hay un enorme esfuerzo de articulación que se concreta en la Alianza Nacional por un nuevo modelo de Salud (ANSA). Esta re-organización de los actores en salud, se encuentran con diferentes nombres a nivel local: Mesa intersectorial de Antioquia por el derecho a la salud (MIAS) en Medellín, Instancia por el derecho a la salud en Cali. En cambio, en Bogotá, permanecen las divisiones entre los actores por el control del movimiento, mantienen distintos espacios de articulación como la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T/760, la campaña nacional octava papeleta, el MNSSS y la ANSA.

Todos ellos con plataformas de lucha similares pero con propuestas estratégicas diferentes. Solo el tiempo dirá si el movimiento social por la salud logra la articulación que requiere para avanzar en la lucha por el derecho a la salud.

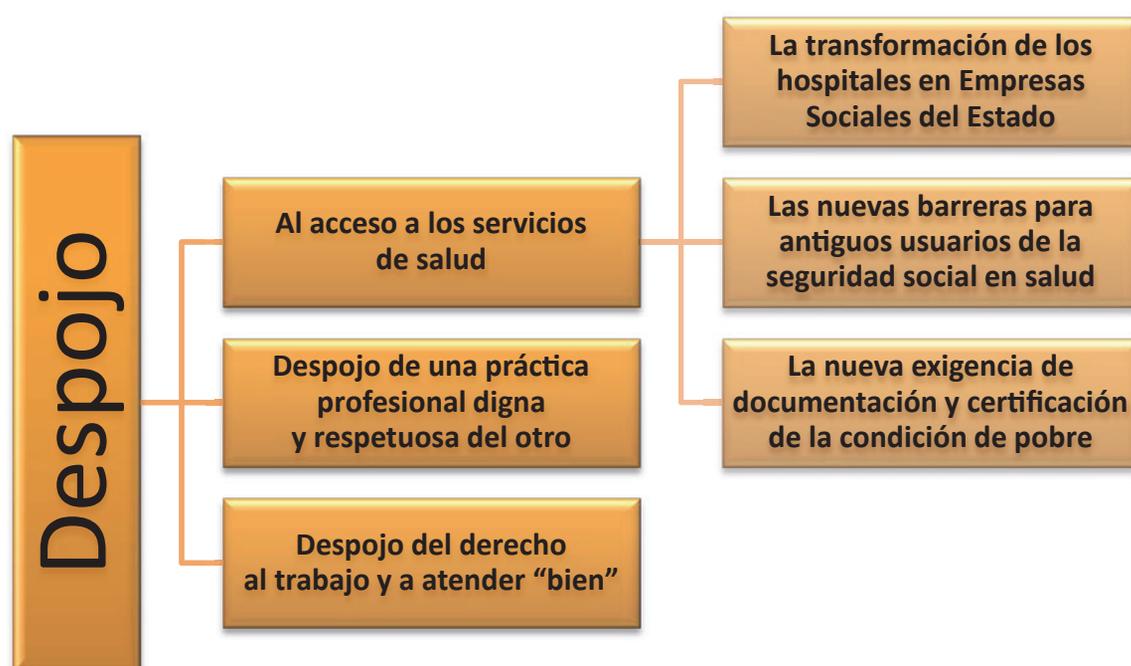
Gráfico 8. Momentos del Movimiento Nacional por la Salud y su relación con episodios de contiendas y AC por la salud. 1994-2012



▪ Fuente: Base de datos cuantitativa con base en la información del Centro de Investigación y Educación Popular –CINEP- Procesada por: Borrero, Ocampo y Paja, 2011(5). Proyecto COLCIENCIAS. Contrato RC N° 309 de 2011.

RESULTADO 4: ¿CÓMO LLEGARON A PENSAR QUE TENÍAN DERECHO?

Los actores que pertenecen al movimiento social por la salud han tenido distintas formas de interpretar las experiencias y sentimientos generados, a partir de la vulneración y el despojo vividos en el sistema de salud. Los significados construidos a partir de las vivencias -personales, familiares y/o colectivas- y la reflexión sobre las mismas, son las que han permitido que los sujetos tengan una mirada política y social sobre la salud y edifiquen una nueva concepción en la cual la salud es concebida como un derecho humano fundamental.



¿Qué les quitaron?

A continuación mostraremos cuales son las causas más frecuentes del sentimiento de despojo que produjeron profundo dolor, indignación y rabia a los miembros del movimiento y que ayudan a comprender porque asumen una participación activa al interior del movimiento social por la salud.

Despojo al acceso a los servicios de salud

Las múltiples barreras de acceso a los servicios de salud que experimentan diariamente los usuarios, genera sentimientos de rabia, indignación e injusticia; las promesas que la ley 100 hizo, por ejemplo: acabar con las diferencias de estrato o clase –trabajadores, ricos o pobres– para el acceso a los servicios de salud y la idea de que estas diferencias y dificultades serian eliminadas por el nuevo sistema con sus principios de universalidad, equidad, participación y libre elección, fueron incumplidas durante todos los años de implementación de la reforma, especialmente para aquellos que habían sido históricamente los más vulnerados y rechazados por del sistema de salud.

Este tipo de “despojo” incluye también:

a. La transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado, significó que las comunidades fueran despojadas de la infraestructura y la dotación que con gran esfuerzo habían ayudado a conseguir.

b. Las nuevas barreras para antiguos usuarios de la seguridad social en salud, en especial los afiliados al ISS. Las nuevas barreras a los trabajadores, a quienes se encontraban pensionados y habían aportado a la seguridad social, era una condición que a los usuarios de EPS del régimen contributivo percibían como injusta.

c. La nueva exigencia de documentación y certificación de la condición de pobre para acceder a los servicios de salud, anteriormente prestados por los hospitales sin requisitos de este tipo. El nuevo sistema prioriza la documentación para garantizar los cobros de servicios prestados antes que la vida de las personas.

Despojo de una práctica profesional digna y respetuosa del otro

Los profesionales del sector salud también han sido víctimas de este sistema de salud. De un lado, han visto restringido el uso de sus conocimientos para ponerlos al servicio de los pacientes y las comunidades de manera autónoma y oportuna; de esta manera se ha puesto en juego no solo el poder adelantar un ejercicio profesional digno sino también responsable y ético. De otro lado, más notorio en el caso de los médicos generales y algunas especialidades, se ha deteriorado del status social del médico.

Despojo del derecho al trabajo y a atender “bien”

La pérdida de las condiciones laborales, el despido de miles de trabajadores y la pobre estabilidad laboral, producto de las políticas de flexibilización laboral, reestructuración de las plantas de personal de los hospitales y aguda crisis hospitalaria, vulneraron el derecho a “atender bien”

y a un "trabajo digno" a los trabajadores no profesionales de los servicios de salud, lo cual los impulsó a sumarse a un movimiento nacional por la salud.

De ser un sector donde trabajar significaba estabilidad salarial y la mejoría de la calidad de vida, pasó a ser un sector en el cual sus trabajadores, en muchas ocasiones, se enfrentan a la incertidumbre total: ¿me/nos pagarán las quincenas atrasadas? ¿me/nos contratarán el siguiente mes? ¿me/nos pagaron la afiliación a la seguridad social?.

Pero este no es el único elemento para que actúen como sujetos políticos en la lucha por la salud, en especial los sindicalizados; La preocupación por la atención de los pacientes, por la falta de insumos básicos para garantizar dicha atención, por las barreras de acceso, el contacto permanente con los actores del sistema, pero sobre todo con los pacientes y sus familias, permite que se preocupen e indignen por los problemas de atención generados en el sistema de salud.

Y siendo tan diferentes ¿cómo llegaron a opinar lo mismo?

Uno de los factores claves para que los actores se organicen para la lucha, es que compartan o se identifiquen con la misma bandera o el mismo objetivo, lo mismo sucede con la lucha por la salud, pero esto no significa que esa unión sea solo el producto de consensos pues en la diferencia también se construyen estas banderas.

Lo que queremos decir con esto, es que los movimientos sociales no se organizan solo en el objetivo final, sino durante todo su recorrido, su proceso, sus vivencias, sus tensiones y sus integrantes.

¿Qué les parece injusto en salud?

Lo que se considera "injusto" por el movimiento nacional por la salud ha sido uno de los principales motores para la lucha, además de ser lo que permite que la población colombiana también se sienta identificada. Estos se expresan en 5 dimensiones:



- 
- **Exclusión social y salud:** el movimiento por la salud plantea que problemas como la pobreza, el deterioro de la calidad de vida, y en general la concentración de la riqueza en unos pocos, son las que producen la mala situación de salud de la población colombiana.

También se ha llamado la atención sobre el vínculo existente entre violencia y salud, el cual deteriora aún más las condiciones de salud, especialmente para la población víctima de la violencia. De hecho el lema del Primer Congreso fue: “*El derecho a la salud: una vía hacia la paz*” y en el Tercer Congreso se realizó la presentación de casos emblemáticos sobre los problemas de acceso a los servicios de salud y su relación con la violencia.

- **Lo injusto en salud:** las desigualdades injustas y evitables en salud, sobre todo las que refieren a problemas de acceso a los servicios de salud; así mismo se denuncia la exclusión continua de poblaciones vulnerables: las personas pobres, las que viven en zonas rurales alejadas, los desempleados, entre otros.
- **La reivindicación de la salud como derecho humano:** es uno de los elementos más importante del movimiento por la salud en el momento de identificarse con la lucha. Es para el movimiento un mandato central desde el Primer Congreso hasta la actualidad: “La salud se entiende como un derecho humano fundamental, esencial a la vida de las personas, individual y colectivo, por tanto universal”⁸
- **El sentido de lo justo en salud:** se relaciona con una nueva visión de la sociedad. Una sociedad donde prime la justicia distributiva, donde el eje orientador sean las necesidades de las personas y el crecimiento de los derechos y las libertades y no el crecimiento de la riqueza individual.
- **La construcción de nuevo modelo de salud:** es el corazón de la propuesta del movimiento por la salud, un nuevo modelo de salud basado en la garantía de la salud como un derecho humano fundamental y construido a partir de la derogatoria de la Ley 100 de 1993.

¿Qué diferencias tienen dentro del movimiento?

Como dijimos anteriormente, no todo pueden ser consensos, dentro del movimiento también se han dado discusiones y debates, estos han afectado en muchas ocasiones la agenda del movimiento, ya que las prioridades por región o entre actores a veces no coinciden, sin embargo esto también hace parte del proceso de construcción del movimiento social por la salud en Colombia.

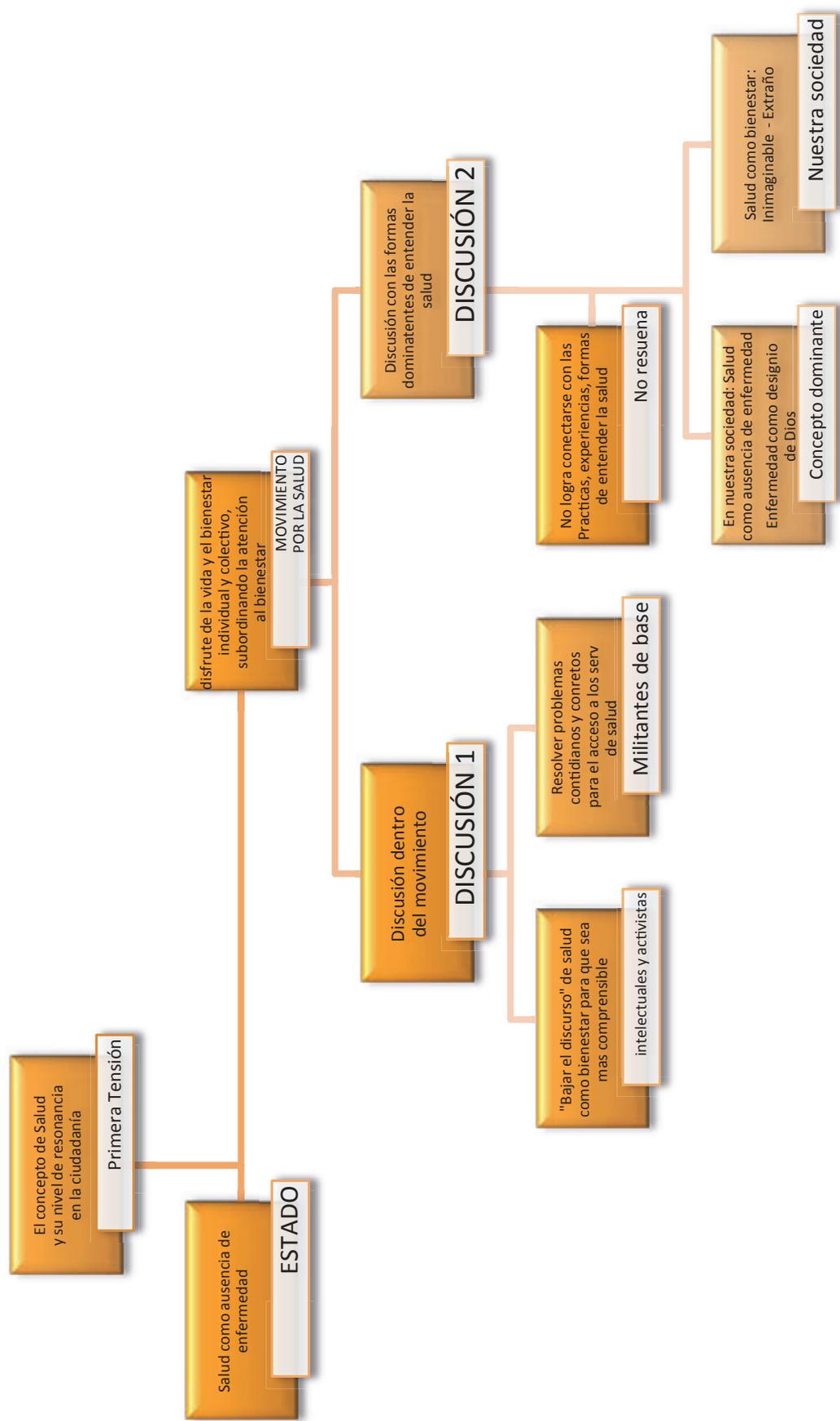
En esta investigación identificamos dos posiciones o diferencias que han promovido el debate:

Primera tensión:

El Estado y los diferentes actores del SGSSS tienen una visión reducida y limitada del concepto de salud, pues solo la entienden como ausencia de enfermedad, el movimiento por la salud ha hecho un gran esfuerzo por ofrecer un concepto más amplio e integral entendido como el disfrute de la vida y el bienestar individual y colectivo.

Sin embargo se dan dos divisiones importantes

- Intelectuales y activistas del movimiento por la salud Vs militantes de base: los primeros se preocupan más por la “dificultad para bajar el discurso” o hacer que las personas del común y corriente entiendan fácilmente el concepto de salud como bienestar; y los se-



gundos concentran su atención en la necesidad de resolver los problemas que se viven cotidianamente para el acceso a los servicios de salud.

- La segunda discusión está en lo que se entiende por salud como bienestar individual y colectivo. Los ciudadanos por lo general entienden la salud como “no enfermarse”, solo algunas poblaciones como los indígenas tienen conceptos más amplios de la salud, por otro lado las personas entienden el deterioro del estado de salud -la enfermedad- como algo de suerte o del destino marcado por Dios., estas concepciones han sido obstáculos para que las personas comprendan que la salud es un derecho fundamental ligado al bienestar y que estos están siendo vulnerados.

Entender la salud como bienestar, como desarrollo de las potencialidades, puede resultar “inimaginable” para los colombianos, en un país cuyos ciudadanos/as no han conocido realmente el goce efectivo de los derechos sociales, económicos y culturales. Además el acceso a los servicios de salud nunca ha sido universal. En este contexto la salud como bienestar puede resultar algo extraño para la inmensa mayoría de la población.

Segunda tensión:

La segunda tensión es la dificultad para ponerse de acuerdo con una agenda común que logre equilibrar las demandas urgentes de los diferentes actores.

Actor	Prioridad/Necesidad
Usuarios	Atención en Salud
Trabajadores	-Derecho al trabajo -Garantía mínima de pago de salarios -Defensa del derecho a la vida, dada la violencia sociopolítica de la cual han sido víctimas
Profesionales	Recuperación de una práctica digna y autónoma. Sistema de salud justo

Podemos apreciar como la agenda del movimiento social por la salud es bastante compleja, cuestiona órdenes de la política de salud, pero también de la política laboral y de la organización de las mismas profesiones. Hasta ahora ponerse de acuerdo en una agenda común resulta difícil, obligando a los actores muchas veces a construir agendas paralelas que dificultan unir sus fuerzas para lograr la transformación del sistema de salud.

RESULTADO 5: Y... ¿DE QUÉ FORMA PROTESTAN?

Los repertorios de acción son las formas a las que se acude para realizar una protesta. El Movimiento social por la salud ha tenido muchos repertorios de acción, pero principalmente estos varían según la ciudad, el actor que lo impulsa, su cultura y creencias, el nivel de violencia socio-política. Entre ciudades también se ha cooperado para replantear e innovar estas formas de protesta

A continuación presentaremos los diferentes repertorios de acción utilizados, quienes lo utilizan con más frecuencia, donde y en qué consisten.

Los repertorios contenciosos son aquellos que usan formas visibles de protesta y los no contenciosos son los que usan mecanismos institucionales establecidos por las normas sociales y las leyes.

Actor principal	Tipo de repertorio	Acción	Instrumento	Objetivo
Los académicos	No contencioso	Acuden a canales institucionales y a generar plataformas políticas y jurídicas de incidencia política. Disputas judiciales y legislativas, sobre la base que la argumentación razonable es parte del mecanismo del cambio	Foros, asambleas, congresos y debates públicos Demandas de Inconstitucionalidad Propuestas legislativas para transformar la Ley 100	Esfuerzo por aumentar la base social del movimiento y avanzar en formas de construcción colectiva Rutas institucionales para transformar y/o utilizar los caminos legislativos como vía para la garantía del derecho a la salud

Actor principal	Tipo de repertorio	Acción	Instrumento	Objetivo
Mujeres del movimiento por la salud en Colombia	No contencioso	Procesos educativos populares orientados a la concienciación en espacios micro-sociales	La formación y la educación como la base para la autonomía individual y la construcción de una conciencia crítica sanitaria Entre iguales, sin posiciones jerárquicas, dialogo con saberes diferentes y complementarios	Generación de nuevos públicos subalternos que, desde sus prácticas argumentativas y la politización de las demandas, visibilizan las necesidades de salud de los grupos subalternos
Sindicatos	Contenciosos "tradicionales" Repertorios radicales	Cese laboral Movilizaciones - Redes sociales- símbolos Tomas de instituciones y los bloqueos de vías	Formas de lucha aprendidas durante el último siglo en el proceso de confrontación con el empleador Problemas del repertorio: reducción base social – violencia sociopolítica	Concientización, resistencia y defensa de la red pública hospitalaria y mejoramiento en las condiciones laborales, defensa de los usuarios Se ha visto el Aumenta la participación de otros actores: jóvenes estudiantes –hosp universitarios
Usuarios	Repertorio no contencioso Repertorio contencioso	La exigibilidad jurídica individual como acción colectiva Movilizaciones, marchas, plantones, tomas	Procesos de capacitación y apoyo a pacientes en los procesos de exigibilidad jurídica – OUS Articulación con otros actores para la movilización	Amplia el concepto y entendimiento de derecho a la salud Límites: Para usuarios: la acción de tutela no resuelve los problemas estructurales del sistema de salud, único mecanismo para solucionar sus necesidades Para una parte de académicos: AT como mecanismo individual y liberal restringe la construcción colectiva del DS y fragmenta la lucha en los individuos Otro grupo de académicos: (+Med) han apoyado y visibilizado la AT por parte de los usuarios como una forma de lucha de grupos subalternos

Actor principal	Tipo de repertorio	Acción	Instrumento	Objetivo
Nuevos repertorios de acción				
Campamentos humanitarios (Bogotá)	Contencioso	<p>utilizan y se toman el espacio público, se apropian de la ciudad y la resignifican como escenario de disputa, Evitan molestias a otros ciudadanos al evitar el cierre de vías públicas, siendo una acción más amable</p> <p>lugares escogidos de importancia a nivel local para mayor visibilidad al movimiento por la salud</p>	<p>Recolección de info sobre violación del derecho a la salud y asesoría a pacientes</p> <p>Recolección de testimonios de los trabajadores sobre condiciones laborales, infracciones a la misión médica y violación de sus derechos humanos</p> <p>Tribuna pública de denuncias sobre la crisis de la salud, modelo de salud, construcción de nuevo modelo</p> <p>Introducción de nuevos elementos simbólicos, participación grupos de música y teatro urbano (med)</p>	<p>Visibilizar la crisis del modelo de salud, aportar elementos por parte de los transeúntes para la construcción de un nuevo modelo de salud promover una transformación legislativa.</p> <p>Lograr pactos o compromisos. En Bogotá con el viceministro de salud Dr. Carlos Mario Ramírez. Primera vez que como movimiento –en esta ocasión articulado como ANSA- se lograba un compromiso con el ministerio</p>
Vigilia permanente por el derecho a la salud: Martes por la Salud (Medellín)	Contencioso	Plantón, con permanencia en el tiempo, ocupación pacífica del espacio público donde no se interrumpiera el tránsito	<p>Utilización de caricaturas como lenguaje burlesco frente al sistema de salud y EPS</p> <p>Articulación que logra entre el daño realizado por la ley 100 y la religiosidad paisa</p>	Uso de elementos de la cultura popular para comunicar su mensaje. Dialogar con los ciudadanos para sensibilizarlos en que el problema no es sólo individual sino de la política de salud.



Campamento Humanitario en Bogotá



Martes por la Salud en Medellín



Instancia por la Salud en Cali

Los repertorios de acción del movimiento social por la salud no se han quedado estáticos a través del tiempo, se han transformado y enriquecido a partir de los diferentes contextos en los que se desarrollan, los actores han innovado con elementos más simbólicos y llamativos con un lenguaje más cercano a la cotidianidad, así mismo el dialogo entre los actores de las diferentes ciudades ha aportado a la diversificación de estos, además los repertorios de acción se definen a partir del campo de limitaciones y/o oportunidades que ofrecen sus contextos. Por esto, la violencia sociopolítica se constituye en un elemento explicativo central para comprender las transformaciones de los repertorios de acción.

PARA CONCLUIR...

Con esta investigación hemos llegado a varias conclusiones sobre la construcción del Movimiento Nacional por la Salud:

- Esta investigación demuestra que durante los últimos 18 años se han articulado diferentes actores, algunos vienen de experiencias de lucha previas a la reforma del sistema de salud, otros son más recientes, pero aun así han ido construyendo ideas-fuerza para la lucha.
- La implementación de la ley 100 de 1993 profundizó el drama que históricamente se había desarrollado en la población colombiana para acceder a los servicios de salud, también deterioró algunos de los resultados de salud que había logrado el país a pesar de haberse dado un incremento significativo de los recursos económicos para la salud.
- Los actores de la lucha por la salud no se han quedado quietos durante estos 18 años, al contrario, se han movilizado y mantenido permanentemente esfuerzos de articulación para potenciar su lucha.



Fuente: Martes por la Salud

- La fuerza de articulación de los actores depende de la autonomía de los procesos organizativos: a mayor cooptación de las organizaciones por parte del Estado, las élites tradicionales, los partidos políticos o los actores armados, menor es la posibilidad de avanzar en procesos de articulación. Esto se pudo evidenciar en la comparación de las tres ciudades, Cali con una amplia trayectoria de cooptación de las organizaciones de salud por parte de las élites o del Estado local, Medellín mostró los efectos de la penetración paramilitar y Bogotá las dificultades que puede producir el vínculo con un partido y de participación en la administración. Si la densidad organizativa ayuda a explicar las posibilidades de articulación, la autonomía del movimiento social se vuelve central para su pervivencia.
- Las dinámicas locales de implantación de la reforma tuvieron diferencias a pesar del marco normativo nacional. Se encontró que a medida que se profundizó la reforma a la salud, especialmente con la transformación de los hospitales en ESE, la pérdida de capacidad estatal para participar del "mercado de la salud" por la liquidación de múltiples EPS públicas - ISS, CAJANAL o Calisalud-, el aumento de las barreras de acceso impuestas por los aseguradores a los pacientes; los actores de la lucha por la salud iban sintiendo más sus efectos, generando sentimientos de dolor, impotencia e indignación.
- La profundización de la reforma, la densidad de organizaciones y la autonomía de los actores y del movimiento social, son los elementos explicativos más potentes para comprender la configuración del movimiento por la salud en Colombia y sus diferencias locales. También



Fuente: MNSSS

es necesario presentar los asuntos que produjeron mayor desarticulación: la utilización de la violencia sociopolítica –amenazas, homicidios y falsos positivos judiciales- provocaron miedo y atomización del movimiento social, especialmente contra sindicalistas y actores bisagras del movimiento social. Esto último evidente en Medellín y Cali.

- La configuración del movimiento social por la salud ha sido posible en relación al conflicto con un “otro”, es este caso el Estado y las EPS, pero también a través del conflicto interno.
- El movimiento por la salud en Colombia, es aún, un actor en construcción.
- Se encontró que, lo que hemos denominado el “triple despojo” –del acceso a los servicios de salud, del derecho al trabajo y de una práctica profesional digna-, está en la base de la emergencia de nuevas subjetividades políticas por la salud, construidas a partir de: la experiencia de diferentes actores con el sistema de salud y, el diálogo y la reflexión colectiva, la cual permite que la experiencia individual se re-signifique y se politice.
- Además el actor colectivo construye marcos de sentido que cohesionan al MS y le permiten dialogar con la sociedad en conjunto. En este sentido, el marco de la salud como derecho humano ha sido la principal idea – fuerza que constituye la identidad del



Fuente: Octava Papeleta - Bogota

movimiento social por la salud y que tiene capacidad de resonancia en el conjunto de la sociedad. Esto ha sido posible porque, a pesar de la falta de concreción del derecho a la salud en la historia del país, la Ley 100 generó una enorme promesa no cumplida de universalidad, libre escogencia, calidad e integralidad. Es decir, en el marco de la reforma se genera un sentimiento de injusticia frente a la expectativa no satisfecha por la reforma. Como indica Shklar(2010), los sentimientos de injusticia están vinculados a las expectativas no alcanzadas por los ciudadanos. La población colombiana, además de despojada, ha sido engañada por el Estado con su falsa promesa de inclusión.

- Las tensiones existentes en este proceso son importantes y explican el cambio de los actores, las transformaciones en sus nombres organizativos y las rupturas y continuidades. Los asuntos más críticos a nivel interno tienen que ver con: la relación con los partidos políticos y la participación en gobiernos locales; la concertación de los alcances de la lucha en el actual periodo, especialmente la discusión alrededor de concentrar la lucha contra el sistema de salud o contra el modelo de desarrollo en conjunto; y, finalmente, la discusión en torno a los repertorios de acción, especialmente el uso de repertorios no contenciosos que pasan por el legislativo.
- Hoy se asiste a un proceso de articulación de múltiples actores en red, con la vinculación de nuevos actores –agregaciones médicas, organizaciones de pacientes, movimiento cristiano-, la reconstrucción de confianzas, la convicción del derecho de la población a tener derecho a la salud y, la combinación simultánea de repertorios contenciosos y no contenciosos durante este periodo de lucha.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas luchadoras del movimiento por la salud en Colombia: MNSSS, ANTHOC, ASMEDAS Antioquia, Campaña Nacional 8ª Papeleta, MIAS, Martes por la Salud, Instancia por el Derecho a la Salud del Valle del Cauca, CSR, asociaciones de usuarios, organizaciones de pacientes, ONG, organizaciones sindicales de carácter nacional, que aceptaron participar en este proyecto.

A la línea de investigación "Luchas por la salud y derecho en la salud en Colombia", y en especial a Esperanza Echeverry por creer en este sueño y por apostar a que la investigación académica deba aportar también a la visibilización, reconocimiento y potencialización de las luchas sociales.

A la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a la Pontificia Universidad Javeriana Cali y a Colciencias programa de investigación en Ciencias Sociales, por la financiación que nos otorgó para desarrollar esta investigación.

A Patricia Molano y Raúl por sus valiosos aportes para la revisión de la cartilla.

A todos y todas mil y mil gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadía, C., & Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*; 68, 1153–1160.
- Echeverry, M. E. (2008). *El Derecho a la Salud en Medellín, Colombia, desde la Perspectiva de los Usuarios, en el Contexto de la Reforma: 1990 – 2006. Trabajo de Grado [Doctora en ciencias de la salud colectiva]*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Echeverry, M. E. (2011). Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. *Rev Gerencia y Políticas de Salud*, Núm. 10, Vol 20., 97-109.
- Echeverry, M. E., & Borrero, Y. E. (3-8 de Noviembre de 2012). Política de salud y luchas sociales por la salud en Colombia, en el contexto de la reforma a la salud: 1994- 2010. *Ponencia presentada durante el XII Congreso de ALAMES*. Montevideo, Uruguay.
- MNSSS. (2001). *Primer congreso nacional por la salud. Conclusiones Generales. octubre 3-6*. Bogotá: Publicaciones ILSA.
- MNSSS. (2002). *MNSSS. Organización ciudadana por el derecho a la salud y la seguridad social*. Bogotá: Diakonia.
- Molina, G., Muñoz, I., & Ramírez, A. (2009). *Dilemas de las decisiones en la atención en salud*. Medellín: FNSP – UdeA, Procuraduría General de la Nación, UIS.
- Ocampo, D. (2012). Perfil de la acción colectiva en salud motivada por la crisis hospitalaria en Colombia, 1994 - 2008. *Tesis de pregrado*. Medellín, Colombia: facultad Nacional de Salud Pública "Hector Abad Gómez". Universidad de Antioquia.



Imprenta
Universidad de Antioquia

Teléfono: (574) 219 53 30. Telefax: (574) 219 50 13
Correo electrónico: imprenta@quimbaya.udea.edu.co
Impreso en septiembre de 2013

