

**EL MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN. UNA FORMA
DE ACCIÓN COLECTIVA**



PIEDAD DEL SOCORRO MORALES LÓPEZ

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
MAESTRIA EN SOCIOLOGÍA
MEDELLÍN, 2019**

EL MOVIMIENTO POR LA SALUD UNA FORMA DE ACCIÓN COLECTIVA

PIEDAD DEL SOCORRO MORALES LÓPEZ

Trabajo de grado para optar al Título de:

Magister en Sociología

Asesor:

Jean Paul Sarrazín Martínez

Doctor en Sociología

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
MAGISTER EN SOCIOLOGÍA
MEDELLÍN, 2019**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Dedicatoria

A mis dos hijas Susana y Andrea, seres maravillosos
que llenan de sentido mi vida.

A Germán por ser ese cómplice que hizo posible
la materialización de este sueño.

Agradecimientos

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a mis compañeras/as del movimiento social por la salud, por la solidaridad, el afecto y el valor con el que encaran día a día el reto que significa ser líder social en un país tan complejo como el nuestro.

A mi familia que me impulsaba desde el amor y la comprensión a continuar con este reto.

A Yadira Borrero y Natalia Ramírez amigas incondicionales siempre dispuestas a tenderme la mano.

A Jean Paul Sarrazin por su orientación y generosidad con el conocimiento.

Tabla de contenido

Lista de especiales	vii
Lista de Anexos.....	viii
Lista de siglas.....	ix
Resumen	1
Summary.....	2
Resumo	3
Introducción.....	4
Capítulo I Problema de investigación	6
1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.2 Marco contextual.....	9
1.3 Justificación.....	19
1.4 Objetivos	20
1.4.1 Objetivo general.....	20
1.4.2 Objetivos específicos.....	20
Capitulo II Marco referencial.....	21
2.1 Estado del Arte	21
2.1.1 El modelo de salud y los procesos sociales analizados por los actores del movimiento.....	21
2.2 Marco teórico conceptual	32
2.3.1 Los movimientos sociales desde la teoría clásica y contemporánea	32
Capitulo III Aspectos metodológicos	41
3.1 Generalidades de la metodología	41
3.1.1 El enfoque cualitativo.....	41
3.1.2 Estudio del discurso.....	42

3.1.3 Tipo de investigación – descriptiva.	42
3.2 Unidad de observación	43
3.3 Técnicas de investigación cualitativa	43
3.3.1 Observación participante.	43
3.3.2 Análisis documental.	44
3.3.3 La entrevista semiestructurada.	44
3.4 Instrumento de recolección de la información	45
3.5 Fases	46
3.6 Categorías y subcategorías	49
3.6.1 Categorías analíticas.	50
3.6.2 Análisis de datos.	51
Capitulo IV Resultados y análisis de resultados	53
4.1 Organización, acción y movimiento	53
4.2 El papel de las Mesas en la constitución del Movimiento Social por la Salud de Medellín	59
4.2.1 El surgimiento de la Mesa Antioquia.	59
4.2.2 La Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como derecho fundamental–MIAS.	66
4.2.2.1 La MIAS un espacio de reagrupación de organizaciones sociales	66
4.3 Del interés compartido a la acción colectiva	75
4.4 Discusiones	84
4.4.1 La constitución del movimiento por la salud en Medellín	88
4.4.2 Identificación y asociación del derecho a la salud.	93
4.4.3 En cuanto a la asociación.	94
Capítulo V Conclusiones	95
5.1 Generales	95

5.2 En cuanto al método.....	96
5.3 A futuro.....	98
Bibliografía	99
Anexos	106

Lista de especiales

Listado de tablas

<i>Tabla 1</i> Categorías y subcategorías	49
---	----

Listado de gráficos

Gráfico 1 Artículos que propuso la MA y que fueron incorporados a la Ley 1438 de 2011. ..	65
--	----

Lista de Anexos

Anexo 1 Fuentes y técnicas a implementar.....	106
Anexo 2 Guion entrevista	107
Anexo 3 Volante Mesa Intersectorial por la Salud de Antioquia	108
Anexo 4 Boletín Mesa Intersectorial por la Salud de Antioquia	109
Anexo 5 Plantón Martes por la Salud	110
Anexo 6 Obra de Teatro La Feria de la Salud	111
Anexo 7 Programa de Radio Salud al Derecho	112
Anexo 8 Escuela Popular de Líderes en Salud	113
Anexo 9 Ataque del ESMAD al MSSM	114
Anexo 10 Estudiantes marchando con féretro	115
Anexo 11 Volante Frente Amplio por la Salud	116
Anexo 12 Participación Jóvenes Movilización por la Salud	117
Anexo 13 Imagen empleada en volantes y pancartas de la MIAS	118
Anexo 14 Pendón ASUDESSA	119

Lista de siglas

AC: Acción Colectiva

ACEMI: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral

AL: América Latina

ANSA: Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud y Seguridad Social

ANTHOC: Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, la Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia

APS: Atención Primaria en Salud

ASMEDAS: Asociación Médica Sindical Colombiana

ASUDESSA: Asociación de Usuarios de Servicios de la Salud de Antioquia

CEDETRABAJO: Centro de Estudios del Trabajo

COMOSOC: Coordinadora de Movimientos Sociales de Colombia

CSR: Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social

CUT: Central Unitaria de Trabajadores

DH: Derechos Humanos

ENS: Escuela Nacional Sindical

FMI: Fondo Monetario Internacional

FEMPA: Federación Mixta de Pensionados

FNSP: Facultad Nacional de Salud Pública

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

FUNDAYAMA: Fundación de Apoyo y Acompañamiento en Tratamiento Oncológico

ICSS: Instituto Colombiano de Seguro Social

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

MA: Mesa Antioquia Alianza por la Transformación del Sistema de Salud de los Colombianos

MIASa: Mesa Intersectorial por la Salud de Antioquia

MIASb: Modelo Integral de Atención en Salud

MSSM: Movimiento Social por la Salud de Medellín

MNSSS: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social

OP: Observación Participante

PAIS: Plan de Atención Integral en Salud

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resumen

La investigación indaga por la manera en que se ha constituido el movimiento social por la salud en la ciudad de Medellín, se parte de la descripción de los actores y las acciones que dominan la escena del movimiento. De esta manera, se hace un recorrido integral por su naturaleza y por los medios con los que cuenta para el desarrollo de sus acciones. También, se analizan unas acciones que aparecen como dominantes y el impacto que generan al interior del movimiento. Este trabajo se fundamenta en la teoría de la estructuración de Anthony de Giddens y se enmarca en los resultados de anteriores investigaciones sobre el movimiento social por la salud. Para el análisis de la información se utilizó una metodología de enfoque cualitativo desde el nivel descriptivo. Entre los hallazgos de la investigación se destaca que, el movimiento no solo se activa cuando hay reformas al modelo de salud, sino también en momentos llamados de crisis, lo cual intensifica las acciones colectivas y visibiliza el movimiento, otro elemento es como, la concepción de la salud como un derecho fundamental se ha convertido en un discurso cohesionador, que promueve las acciones colectivas y domina la escena del movimiento.

Palabras claves: Acción colectiva, movimiento social por la salud, actor social, estructuración, discurso.

Summary

The research looks for the way in which the social movement for health has been established in the city of Medellín, based on the description of the actors and the actions that dominate the movement's scene. In this way, an integral look is realized by its nature and by the means with which it counts for the development of its actions. Also, the reasons why some actions can be dominant and the impact generated within the movement are analyzed. It is highlighted that there are few investigations that have been carried out of this type of movement in Medellín. This work is based on the theory of the structuring of Anthony de Giddens. In addition, it is part of the results of previous research on the social movement for health. For the analysis of the information a qualitative approach methodology was used from the descriptive level. Among the findings it is highlighted that the movement is not only activated when there are reforms to the model, but also in times called crisis. From the above, collective actions are generated and the movement is made visible. Research shows that speech is a cohesive element, which promotes action and dominates the scene of the movement.

Keywords: Collective action, social movement for health, social actor, structuring, discourse.

Resumo

A investigação investiga a forma como o movimento social pela saúde foi constituído na cidade de Medellín, com base na descrição dos atores e nas ações que dominam a cena do movimento. Dessa forma, um passeio integral é feito por sua natureza e pelos meios com que conta para o desenvolvimento de suas ações. Além disso, são analisadas as razões pelas quais algumas ações podem ser dominantes e o impacto gerado dentro do movimento. Destaca-se que são poucas as investigações realizadas sobre esse tipo de movimento em Medellín. Este trabalho é baseado na teoria da estruturação de Anthony de Giddens. Além disso, faz parte dos resultados de pesquisas anteriores sobre o movimento social pela saúde. Para a análise das informações, utilizou-se uma metodologia de abordagem qualitativa a partir do nível descritivo. Entre as conclusões, destaca-se que o movimento não é apenas ativado quando há reformas no modelo, mas também em tempos chamados de crise. A partir do exposto, ações coletivas são geradas e o movimento é tornado visível. Pesquisas mostram que a fala é um elemento coeso, que promove a ação e domina a cena do movimento.

Palavras-chave: Ação coletiva, movimento social pela saúde, ator social, estruturação, discurso.

Introducción

Esta investigación es fruto de un esfuerzo académico que posibilitó la comprensión de las dinámicas bajo las cuales opera el Movimiento Social por la Salud en la Ciudad de Medellín. De antemano es necesario tener en cuenta que el movimiento no es estático, ya que en cada episodio donde aparece su accionar se construye y reconstruye.

Inicialmente se indaga por el contexto que le dio origen al movimiento nacional por la salud y la seguridad social, se recogen opiniones de hombres y mujeres miembros del movimiento acerca del proceso organizativo, del modelo de salud y sus implicaciones para todo el sector, también se abordan algunas investigaciones que han indagado por el modelo de salud y por el movimiento por la salud en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali.

Posteriormente se centra la atención en el movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín, un movimiento que se constituye fruto de un sin número de acciones colectivas que por décadas han realizado diferentes actores para responder a las reformas y las crisis del modelo de salud.

La pregunta que condujo este proceso investigativo fue ¿cuáles actores y qué tipo de acciones han dominado la escena del movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín?

Para iniciar el estudio se tomó como punto de partida la declaratoria de emergencia social en el año 2009 considerada como clave en los procesos de la movilización social por el derecho a la salud en Colombia, la línea de tiempo establecida para el estudio fue entre los años 2010 y 2017.

Posteriormente, se definieron los siguientes objetivos específicos; identificar los actores y las acciones que constituyeron el movimiento, indagar sobre los medios con que cuenta el movimiento y Analizar cómo se configuran las acciones dominantes al interior del movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín.

A partir de allí, con la utilización de una metodología de enfoque cualitativo desde el nivel descriptivo, con los fundamentos teóricos de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens, apoyada en conceptos de la sociología comprensiva de Max Weber, y adoptando como ruta los resultados de anteriores investigaciones que abordaron el modelo de salud colombiano, las acciones colectivas y el movimiento social por la salud se analizaron de manera integral las dinámicas que favorecieron la constitución del movimiento.

Permitiendo identificar las acciones colectivas realizadas por organizaciones sociales y personas en procura de la defensa del derecho a la salud, acciones que más tarde se reconocen como constitutivas del movimiento, además se pudo develar la influencia de algunos agentes al interior del movimiento, para así, poder describir cuáles actores y qué tipo de acciones han dominado la escena del movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín.

Capítulo I

Problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema.

“Las dos últimas décadas están marcadas por dos tendencias antagónicas, la hegemónica, de reforma de mercado en salud centrada en “un derecho” ligado a la capacidad de pago; y la del frágil Estado Social de Derecho (ESD), basada en la garantía del derecho fundamental a la salud.”

Borrero y Echeverry (2010).

En Colombia, en la década de los noventa, se materializa un cambio hacia el modelo neoliberal¹, donde el criterio de la competencia y el rendimiento, así como el crecimiento económico y la competitividad del mercado explota las aspiraciones de libertad del ciudadano como un derecho natural y las lleva hacia la conquista de las lógicas propias de la economía y el consumo Bedoya, (2017). De esta manera, el neoliberalismo se convierte en foco central de todos los aspectos y campos en los que el ser humano se desenvuelve y se naturalizan así sus normas económicas en todos ellos.

La apertura económica y la Constitución Política de 1991 sentaron las bases para un proceso de modernización del Estado. Este pasó de ser proveedor de servicios a regulador, lo que abrió las puertas a la acción de los mercados y los agentes privados. Para ello, generó leyes, creó instituciones, permitió dinámicas de mercado y, con relación al sistema de salud, configuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De este modo, se establecieron nuevas relaciones con los ciudadanos e inclusive con los trabajadores que hacen parte de las empresas prestadoras de servicios de salud Suárez, (2017).

¹ El neoliberalismo se caracteriza por el recorte de los gastos sociales y sanitarios, la privatización de los sistemas de salud y, por ende, una mayor participación de los pacientes en el costo de la atención en salud. (Vélez M., 2008, p. 15).

Fue así como en Colombia se implementó el modelo de salud estipulado en la Ley 100 de 1993, modelo de salud basado en el aseguramiento y que fue concebido para estimular el crecimiento económico de los intermediarios, poco interesado en la salud y el bienestar de los ciudadanos (Vélez, 2016, p. 15) y para el cual los trabajadores de la salud se convierten en una carga, trabajadores que desde hace varias décadas enfrentan el deterioro de sus condiciones laborales² y que hoy luego de varias reformas padecen de situaciones como esta;

Hace casi dos años, los trabajadores de una reconocida IPS en Medellín, no tienen al día su afiliación a salud y pensión, no acceden a las cesantías desde junio de 2017, tiempo que coincide con el retraso de sus salarios y que se han sido saneados en un mínimo porcentaje en el primer semestre de 2019; adicionalmente a los médicos y enfermeras que ganan más de dos salarios mínimos les adeuda el sueldo de mitad de marzo y a todo el personal en general, sin distinción de cargo, lo laborado desde abril de 2018 Rodríguez, (2019).

Ahora, a más de dos décadas de este modelo y de la implementación de la ley 100, sus fallas son cada vez más evidentes y graves. Solo por citar algunas, los servicios de urgencias colapsan, los hospitales de primer y segundo nivel son cerrados por no cumplir con el principio de sostenibilidad financiera, la capacidad resolutive de los médicos es cada vez menor debido a las barreras impuestas por las EPS, a lo que se suman las inaceptables condiciones laborales de los/as trabajadores de la salud.

De acuerdo al último informe *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social* publicados por la defensoría del pueblo en su 13.a edición (2019) en el 2018 se registraron en todo el país 607.308 acciones de tutela referidas a este tema; esto representa que cada 52

² M. Torres hace alusión al trato que daban los patrones a los trabajadores/as del ISS. “buscan en todo momento desconocer su responsabilidad. Lo hacen a través de diferentes artimañas, como no cotizar todos los meses, declarar nóminas salariales más bajas y no afiliar a trabajadores bajo su tutela” Torres, (2006).

segundos un colombiano interpone este recurso. A la par, el derecho a la salud representa uno de los más vulnerados en el país, pues del total de las tutelas interpuestas por diversos asuntos, la reclamación del derecho a la salud representa el 44% de ellas.

Conjuntamente, si se hace una comparación con las acciones de tutela proferidas desde el 2008, cuando la Corte Constitucional emitió el fallo que ordenaba al Gobierno buscar estrategias que permitieran acceder al derecho con oportunidad y calidad y de esta manera reducir el promedio de las tutelas para acceder a los servicios de salud, las cifras han aumentado en un 37%, con un incremento de reclamos por medicamentos que están dentro del Plan Obligatorio de Salud como acetaminofén o ibuprofeno Sarralde, (2019), lo anterior, reafirma que el uso de la acción de tutela en salud es el reflejo de la violación sistemática y persistente del derecho a la salud en Colombia Echeverry, (2013).

En este sentido, y de acuerdo con lo manifestado por Torres (2013) citado por Echeverry (2013) “el uso de la acción de tutela en salud hay que verlo en conjunto con las expresiones colectivas de movilizaciones y protestas sociales y con las propuestas alternativas derivadas de los sectores sociales para transformar el sistema de salud”.

Por lo tanto, cabe señalar que desde que se instauró este modelo diversos sectores han mantenido una actitud crítica al considerar que contradice los principios de equidad y de solidaridad, se aleja de iniciativas como la atención primaria en salud APS y vulnera el derecho a la salud y los derechos laborales de los trabajadores/as del sector salud. Ahora, es a partir de esta actitud crítica que se han logrado procesos organizativos conformados por profesionales de la salud, académicos, usuarios, pacientes, estudiantes y gremios que por medio de acciones colectivas denuncian las inequidades e irregularidades del sistema de salud.

De esta manera, estos actores no solo se han permitido pensar en la posibilidad de un modelo de salud diferente, también han protagonizado la lucha por alcanzar la garantía del derecho a la salud en medio de la que algunos han identificado como contienda política, lucha que se ha adelantado desde escenarios como el movimiento nacional por la salud, movimiento que surge en la ciudad de Bogotá pero que logra proyectarse a otras ciudades, entre ellas Medellín.

Es así como, en medio de este contexto y con un movimiento social que se expresa de forma diferente en cada una de las ciudades, la presente investigación pretende aportar al análisis de las condiciones y/o situaciones de interés que intervienen en la constitución y consolidación del movimiento social por la salud en la ciudad de Medellín, para lo cual indaga por ¿cuáles actores y qué tipo de acciones se imponen en la escena del movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín?

1.2 Marco contextual.

1.2.1 Contexto en el que emerge una lucha social.

En este apartado, más que caracterizar el sistema de salud colombiano, se pretende hacer un recorrido que permita identificar cómo la implementación del actual modelo de salud ha sido cuestionado desde diferentes sectores sociales. Se parte del momento en que Colombia pone en práctica la política para el sector salud definida desde el Banco Mundial para los países latinoamericanos; se exponen algunos de los efectos que dicha política ha ocasionado a lo largo de varias décadas sobre el sector salud y la población y cómo esos hechos se transforman en el contexto en el cual surge el movimiento nacional por la salud en la ciudad de Bogotá, iniciativa ciudadana que luego se desarrolla en la ciudad de Medellín.

En los años 80, el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) impulsaron ajustes estructurales orientados a los países en

vía de desarrollo. Dichos ajustes implicaban la implementación de medidas neoliberales a cambio que los países “subdesarrollados” accedieran a créditos que les permitieran reactivar las economías.

Para algunos autores “los modelos de salud impuestos estuvieron separados por fechas importantes para el desarrollo económico: la crisis económica de 1929 y la crisis de la deuda externa en los años 80” (Mejía & Franco, 2007, p. 3). Para Colombia acceder a créditos y renegociar antiguas deudas significó ceder en el control de las políticas financieras, implementar medidas de reducción del gasto social y abrirle paso a la apertura económica.

En la década de los 80 Colombia contaba con un sistema público integrado y centralizado, llamado Sistema Nacional de Salud³ (SNS). Éste había acogido en 1978 la Atención Primaria en Salud (APS) como modelo ideal para lograr el objetivo trazado por la conferencia de Alma-Ata⁴ de “Salud para todos en el año 2000”, compromiso que varios gobiernos colombianos incumplieron, no sólo debido a las presiones de la banca internacional, sino porque además el sistema “nunca llegó a desarrollarse como tal, sino que mantuvo una estructura desigual y fragmentada entre tres subsistemas: uno para los pobres, otro para los trabajadores y un tercero para quienes podían pagar por la atención” (Uribe, 2009, p. 24).

Luego, en 1987, el BM presentó una propuesta con la que irrumpiría en el campo de las políticas sociales definiendo el financiamiento de los servicios de salud de los países en

³ Sistema de salud colombiano instaurado en 1973, estructurado de manera centralizada e integrado funcionalmente por subsectores: el de seguridad social –trabajadores afiliados al Instituto de Seguros Sociales, ISS, y a las cajas de previsión–, el privado –aseguradoras privadas y clínicas–, el público –hospitales y programas de salud pública para el resto de la población.

⁴ La conferencia de Alma-Ata es convocada por la OMS y UNICEF; se realiza en la República Soviética de Kasakstán, donde participan líderes sanitarios de muchos países del mundo. En la Declaración de Alma-Ata se ratificaron varios conceptos de larga trayectoria, como la definición de salud de 1948, entendida como bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad, la acepción de la salud como “derecho humano fundamental” y las relaciones entre salud y desarrollo socioeconómico, y se planteó la meta de “Salud para todos en el año 2000” (SPT-2000).

desarrollo, a la que denominó *Una Agenda para la Reforma*, afectando de forma trascendental la política sanitaria colombiana.

Después, en 1993, con el informe *Invertir en Salud*, el BM hizo más evidente el cambio de liderazgo, al tiempo que presentó el nuevo modelo para el financiamiento de los servicios de salud, surgiendo el actual modelo de salud fruto de profundas transformaciones políticas y económicas. Esta política, en particular, marcó el paso de una economía de planificación centralizada a las economías de mercado y la disminución de la intervención del Estado en las economías nacionales Vélez, (2008). En diciembre del mismo año el congreso colombiano sancionó la Ley 100 de 1993. Según Useche en Colombia no ha habido aspecto legal, político o técnico del diseño e implementación de la Ley 100 que no haya sido ‘recomendado’ por el BM y respaldado con un préstamo del BID, (2012. p. 11).

Desde otro análisis, las decisiones públicas sobre la salud en Colombia no son el resultado de la mala aplicación de modelos extranjeros, ni la ausencia de opciones técnicas, se explica por el tipo de relaciones de poder en el sistema político, en general, y del campo de la salud y de la seguridad social en particular (...). El sistema de salud fue el resultado de tensiones y negociaciones complejas entre diferentes actores sociopolíticos de la sociedad colombiana que han obtenido sólo parcialmente lo que cada uno pretendía (Hernández, 2000, p. 3).

Con la citada Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS– que incluye el Sistema General de Pensiones, Riesgos Profesionales, Servicios Sociales Complementarios y el Sistema de Seguridad Social en Salud. Una de las principales tareas del nuevo modelo era superar la ineficiencia que en materia de cobertura presentaba el anterior SNS: “Los estimativos oficiales indicaban que 20% de la población no accedía a servicios de salud convirtiendo la escasa cobertura en la principal preocupación” (Cedetrabajo, 2010, p. 24). Así las

cosas, “la Ley 100 tenía como objetivo la ampliación de cobertura en salud mediante dos regímenes, el contributivo y el subsidiado” (Vélez, 2016, p. 27).

Fue así como en medio de un panorama de incertidumbre y bajo la promesa de un modelo de salud que eliminara las barreras de acceso, mejorara la calidad y la eficiencia en la atención, que avanzara hacia la cobertura universal y alcanzara una mayor satisfacción de los usuarios, surge, entre otras figuras, el nuevo esquema del aseguramiento que “cambió el monopolio estatal en el aseguramiento y la prestación de servicios para instaurar la lógica de la competencia de mercado regulado entre las entidades públicas y las privadas” (Uribe, 2009, p. 24).

Según Marcela Vélez, este es un modelo de mercado impuesto por el BM basado en la teoría de la “competencia regulada” que minimiza o anula el papel de la salud pública y lo sustituye por un sistema basado en la rentabilidad, la eficiencia y el asistencialismo” (2008, p. 15).

Con la ley 100 también hicieron su aparición las Empresas Promotoras de Salud⁵ (EPS), encargadas de implementar el nuevo modelo, mientras el Estado asume la coordinación de algunas acciones de atención básica en salud, la promoción del aseguramiento y una posición marginal de regulación.

A partir de ahí son las EPS y las EPS-S de los regímenes contributivo y subsidiado las que se encargan de realizar la afiliación de los asegurados, administrar los recursos del aseguramiento y contratar con las IPS la prestación de los servicios de atención contenidos en los diferentes Planes Obligatorios de Salud POS y POS-S de su población afiliada Torres, (2011).

A esto se suma el llamado manejo social del riesgo con el que se profundizar la política de ajuste estructural, por medio de la cual se introducen nuevos elementos como la responsabilidad

⁵ Las EPS de ambos regímenes (contributivo y subsidiado) contratan el Plan Obligatorio de Salud (POS) con la Instituciones Prestadoras de Salud (laboratorios, clínicas, hospitales públicos y privados) que pueden ser de diferentes niveles de atención.

individual y familiar en el manejo del riesgo, cuando lo que se precisa es de un modelo encaminado a la prevención, reducción, mitigación y superación del riesgo en grupos poblaciones vulnerables (Mejía & Franco, 2007).

Para Hernández (2000) no podría tacharse de neoliberal a ultranza, es cierto que el modelo se separa del proyecto articulador del sistema de salud desde el Estado. Detrás de este cambio se encuentra nada menos que una profunda transformación de las relaciones Estado-sociedad y del principio de justicia distributiva que las sustenta. (p. 9).

Cabe señalar que, el nuevo modelo de atención en salud fue bien recibido por otros sectores sociales, de ahí que, según el balance presentado por La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI⁶.

Consideraron positiva la nueva estrategia de implementación en gestión del riesgo en salud, el aumento de la cobertura en aseguramiento, el aumento de recursos para la salud, encontrando válida la interpretación de los principios de universalidad, integralidad, eficiencia y participación, así como el desarrollo empresarial del sector salud, la disminución de costos en la economías de escala, además de la coparticipación del Estado, los ciudadanos y el sector privado en la financiación de la salud y la instauración de un mercado de salud, entre otras medidas desarrolladas en la Ley 100 de 1993 (ACEMI, 2016).

Mientras que para los/as detractores del nuevo modelo de atención en salud los cambios surgidos con las reformas representaban un fracaso, que “a pesar de las reestructuraciones y del

⁶ La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- es una persona jurídica, de carácter gremial, sin ánimo de lucro, ubicada en Bogotá, Colombia. Fue creada en 1992, con el propósito de representar a las empresas privadas afiliadas que administran servicios de salud bajo las modalidades de: Empresas de Medicina Prepagada, Entidades Promotoras de Salud de Régimen Contributivo, Entidades Promotoras de Salud de Régimen Subsidiado y Ambulancias Propagadas.

aumento en los presupuestos de la salud, no se había alcanzado la cobertura universal ni mejorado las condiciones de equidad y calidad que habían sido propuestas” (Uribe, 2009, p. 25).

A continuación se hace un breve recorrido un tanto histórico; por el Instituto de Seguros Sociales (ISS⁷), los hospitales públicos que pasan a ser Empresas Sociales del Estado (ESE), los trabajadores/as del sector salud y los/as pacientes, recorrido con el que se pretende mostrar desde las voces de los/as actores del movimiento y desde otras perspectivas analíticas que paso en el país en materia infraestructura, servicios de salud y derechos laborales del sector salud, esto es muy relevante para este trabajo porque permite ir comprendiendo la posición de los actores del movimiento cuando argumentan el fracaso del modelo y cuales sus argumentos para reivindicar la salud como derecho fundamental.

En el caso del ISS se registra que bajo el nuevo esquema fue convertido en EPS, porque tenía funciones de afiliación y aseguramiento, y en Institución Prestadora de Servicios (IPS) por ser propietario de clínicas y centros de atención en varias ciudades y municipios del país. Durante varios años enfrentó campañas de desprestigio y presión.

De un lado, por parte de los empresarios privados que trasladaron a sus trabajadores a las recién creadas EPS, y del otro lado por el gobierno nacional que le impidió durante tres años efectuar nuevas afiliaciones (Vélez, 2016, p. 28), proceso identificado como marchitamiento⁸ por parte de los detractores del modelo. Para el año 2003 se agudiza la crisis para el ISS con Álvaro Uribe como presidente y quien fue el promotor de la Ley 100 de 1993.

⁷ El Instituto de Seguros Sociales antes de la Ley 100 pertenecía al subsector de la Seguridad Social; se encargaba de afiliar y atender la salud de los trabajadores, a las esposas de los trabajadores les prestaba servicios de salud mientras estaban en estado de gestación y a los hijos e hijas en el primer año de vida, se hacía cargo de la dispensación de medicamentos y era dueño de las clínicas.

⁸ Término empleado por los detractores de la Ley 100 de 1993; con él expresan cómo las medidas empleadas por el gobierno por medio de normas, por acción o por omisión conducen a la liquidación del ISS. Luego es adoptado por los actores del Movimiento Nacional por Salud para explicar y alertar acerca de cómo la red pública hospitalaria es sometida al mismo proceso, empleando los mismos medios y las mismas estrategias y que persiguen como fin la liquidación de hospitales públicos.

Al ISS le es arrebatada su propia red de servicios de 37 clínicas y 204 centros de atención ambulatoria, que agruparon en siete ESE⁹ y que a partir de ese momento tendrían que contratar con las EPS privadas para atender a sus afiliados del régimen contributivo; además, tenían que cumplir con el principio de autosostenibilidad (Vélez, 2016, p. 28).

En cuanto a los hospitales públicos sometidos a varias reestructuraciones fueron convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE). El nuevo modelo les impuso la modalidad de subsidio a la demanda donde la facturación y el cobro de servicios principalmente a entidades territoriales y aseguradoras del régimen subsidiado que por insolvencia, corrupción o ambas los asfixiaron Cedetrabajo, (2010).

Es así como catalogados de ineficientes y sometidos a reformas para hacerlos competitivos tienen que operar como cualquier IPS, viéndose abocados a generar acelerados cambios en los procesos y estructuras gerenciales, ejerciendo mayor presión sobre los resultados financieros como requisito para sobrevivir en el mercado. En algunos casos ponen en riesgo los estándares de calidad y tienen que renunciar a servicios que son cedidos a empresas privadas para su operación.

El resultado preocupa, pues se hace evidente que la gran mayoría de los centros de atención médico-hospitalaria del país no pueden hoy hacer una adecuada reposición tecnológica, ni incrementar su capital científico, ni crecer económicamente, e incluso algunos han llegado a perder su autonomía; la pérdida de su capacidad de negociación se ha ido acentuando paulatinamente frente a las condiciones que les imponen terceros. De Paula, (2002).

Del otro lado del espectro están los trabajadores/as del sector salud, que ya antes habían enfrentado diferentes conflictos en defensa de sus derechos laborales, citamos dos ejemplos;

⁹ Empresas Sociales del Estado, antes hospitales públicos.

“Para el 17 de febrero de 1959, el Sindicato de Trabajadores del ICSS negoció su primer pliego, en el que, además de los incrementos salariales, se estableció la elaboración de un escalafón y del reglamento de ascenso” (Sánchez,Á, 2009, p. 327). En 1976 los médicos del Seguro Social protestan contra la pérdida de su carácter de trabajadores oficiales (Archila, 2003, p. 146). Ahora, con la nueva reforma, miles de ellos de todo el sector son sometidos a despidos masivos y la precarización de la contratación.

La fuerza de trabajo entra a ser parte de la lógica del mercado donde “las aseguradoras y las prestadoras interpretan el acto terapéutico como un componente del negocio y por lo tanto ejercen sobre él las técnicas administrativas para que sea lo más rentable posible” (Torres, 2011, p. 39). Para los trabajadores y trabajadoras de la salud entró a ser común la contratación por prestación de servicios que se oculta tras las Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA)¹⁰, deteriorando las condiciones laborales. “En el año 2000 ocurrió la primera gran reestructuración del sector salud, relacionada con el convenio firmado con el BID. Se suprimieron 80 mil cargos a nivel nacional y se liquidaron hospitales”. Camacho, (2017).

Ahora, son las EPS y las IPS mediante una transacción comercial las que definen la forma cómo se contrata a los profesionales de la salud, su remuneración, su tiempo general de trabajo y el que deben destinar a la atención del paciente, estableciendo qué tipo de conductas terapéuticas pueden o no desarrollar, perdiendo autonomía médica. Son los profesionales y trabajadores de la salud quienes hacen parte de la cotidianidad de un sistema que ellos no crearon, en el que no creen, pero al que tienen que aguantar igual que los pacientes (Vélez, 2016, p. 21).

¹⁰ Las Cooperativas de Trabajo Asociado se apartan del concepto de contrato laboral, por cuanto el trabajador es asociado, siendo al mismo tiempo trabajador y empleador. Estas son empresas asociativas sin ánimo de lucro, en la cual los trabajadores o los usuarios, según el caso, son simultáneamente aportantes y gestores de la empresa, creada con el objeto de producir o distribuir, conjunta y eficientemente, bienes o servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad en general.

En el caso de la población, en la que se inspiró la promesa del nuevo modelo de salud, el balance sólo arrojaba promesas incumplidas. La primera de ellas representada en la inequidad estructural en los paquetes de servicios, que ofrecen menos a quien más necesita, lo que implica una seria barrera de acceso para los más pobres Yepes, (2010).

Además, la falta de cobertura entendida ésta como la imposibilidad del ciudadano de ser atendido con oportunidad cuando se sienta enfermo y el no beneficio de las actividades que el sistema ofrece para preservarlo sano Vélez, (2016).

A esto se sumaban las trabas o incluso la negación para acceder a los servicios, demora en la asignación de las citas, los costos en copagos y cuotas moderadoras, excesivos trámites para acceder a tratamientos, medicamentos y ayudas diagnósticas, que no siempre están por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS), situaciones que los pacientes tratan de resolver de manera individual interponiendo acciones de tutela. En el caso de la salud pública¹¹

Se evidenciaban las grandes fallas que engendró el modelo, un sistema cada vez más alejado de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que tampoco se vieron fortalecidas, por el contrario, desarticuladas sin doliente y sin recurso (Hernández , 2000, pág. 13).

Así, la inconformidad desatada origina diversos análisis, debates y acciones colectivas realizadas por diferentes personas, organizaciones y sectores (académicos, políticos, gremios, pacientes, estudiantes, ONG, usuarios) que, desde disímiles posiciones y afinidades políticas, advierten las fallas que presenta el modelo y denuncian las irregularidades e inequidades que engendra, considerando que,

¹¹ Entendidas como aquellas acciones dirigidas al control y prevención de enfermedades de alto impacto colectivo o con altas externalidades (Hernández , 2000).

Es un modelo que se aleja cada vez más de la propuesta de una protección social amplia e integral que incluya variables de orden territorial, económico, político, social y cultural que garanticen la salvaguardia en eventos adversos que pudieran causar detrimento a la salud, al empleo, al bienestar y a la calidad de vida de las personas, basado en criterios de equidad y justicia social (Mejía & Franco, 2007).

Un elemento importante en este período de ajustes económicos, de cambios en la política de salud, de recomposición de las instituciones, de reformas legislativas y, de acuerdo con la indagación realizada en materia de vulneración de derechos, es que “durante todo el período (...) se presentan y mantienen luchas sociales por la salud, generalmente articuladas a otras luchas” (Borrero, 2013, p. 47). Estas luchas fueron lideradas por sectores sindicales, organizaciones de estudiantes, de campesinos, grupos de mujeres, étnicos y de usuarios.

Estas condiciones conllevan a que en el año 2000 la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, un escenario de confluencia del que hacen parte organizaciones sociales y ONG defensoras de derechos humanos, luego de un largo proceso de trabajo conjunto como una de sus iniciativas organizativas convocan al Primer Congreso Nacional por la Salud a realizarse en el mes de octubre del 2001, fruto de ese evento surge el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social MNSSS.

Dando origen a una forma organizativa que favoreció la visibilización del convulso momento por el cual atravesaba el sector salud; además, fue un elemento sustancial para la creación de nuevos actores que se disputarán el control del campo sanitario Borrero, (2013).

El MNSSS se definió con un criterio de participación amplia, democrática y plural, respetando la diversidad de formas de organización social existentes, con una organización horizontal más que piramidal, con flexibilidad en la composición de las instancias de decisión,

con amplia representación de todos los sectores sociales, étnicos, políticos y académicos, con niveles nacional, regional y local y con amplia representación regional y local en el ámbito nacional (Torres, 2011, p. 49).

A este Primer Congreso Nacional por la Salud en la ciudad de Bogotá asisten varios actores sociales de la ciudad de Medellín quienes participan de forma activa en el congreso y además recogen las iniciativas organizativas planteadas, según Yadira Borrero en su tesis doctoral, en este evento también se da origen al Movimiento Social por la Salud, capítulo Medellín (Borrero, 2013).

En términos generales, los anteriores análisis presentados describen un panorama negativo en términos de servicios de salud y acceso de derechos, los/as autoras ponen al centro del debate el modelo económico que según ellos/as determina la composición de la sociales de la población, cuestionando además las relaciones entre el Estado y la sociedad responsabilizando al neoliberalismo de las desigualdades socioeconómicas de la población y de los impactos negativos ocasionados al sector salud y es en medio de este contexto en que emerge el MNSSS.

1.3 Justificación.

La realización de esta investigación estuvo motivada en primer lugar por el interés académico generado por las dinámicas del movimiento social por la salud en la ciudad de Medellín MSSM y por las acciones colectivas AC, las cuales en los últimos años no han sido abordados desde estudios empíricos, así que, se requiere de investigaciones que permitan su caracterización, describir y análisis para su posterior comprensión.

La elección de un tipo de estudio de enfoque cualitativo y un nivel descriptivo se consideró pertinente para acercarse a este tipo de dinámica social, además permitió indagar tanto por los

actores, como por las acciones, proporcionando de manera detallada la información que permitió conocer las condiciones y/o situaciones de interés que intervinieron en la constitución del MSSM. Además, luego de un análisis crítico, reflexivo y metódico facilitó exponer de manera detallada los resultados encontrados.

Con la investigación también se buscó visibilizar el movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín como una expresión social y política de un sector que persigue transformaciones sociales.

De otro lado, el haber empleado diferentes enfoques teóricos y metodológicos y tomado como punto de partida resultados de anteriores investigaciones para responder a la pregunta de investigación y desarrollar los objetivos propuestos se consideran una oportunidad que enriquece el que hacer de la investigación social.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Describir cuáles actores y qué tipo de acciones han dominado la escena del movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín.

1.4.2 Objetivos específicos.

Identificar los actores sociales y las acciones que constituyen al movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín.

Indagar sobre los medios con que cuenta el movimiento por la salud de la ciudad de Medellín para el desarrollo de las acciones colectivas.

Analizar cómo se configuran las acciones dominantes al interior del movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín.

Capítulo II **Marco referencial**

2.1 Estado del Arte

Las interpretaciones nunca producen un momento final de verdad absoluta. Al contrario, las interpretaciones siempre son seguidas de otras interpretaciones, en una cadena sin fin.
Stuart Hall, 2004.

2.1.1 El modelo de salud y los procesos sociales analizados por los actores del movimiento.

El rastreo bibliográfico realizado en el marco de este proceso investigativo permitió la identificación de un conglomerado importante de análisis orientados a evaluar los impactos que las reformas realizadas en las últimas décadas al modelo de salud colombiano han ocasionado a la población y en general al sector de la salud, trabajos en su mayoría realizados por actores del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, en los que han abordado temáticas como; el modelo de salud, las acciones colectivas y el movimiento social por la salud.

Para, Borrero (2013), estas temáticas están poco exploradas pero aun así han permitido evidenciar cómo se ha ido configurando un escenario de lucha en el que la defensa por el derecho a la salud es el lugar común.

Se inicia con la docente e investigadora Esperanza Echeverry en el artículo *Derecho a la Salud, Estado y Globalización*. Presenta una visión en torno a lo que ha sido el derecho a la salud en el ordenamiento internacional, desarrolla cinco ideas centrales: 1) la redistribución de la riqueza como requisito para la realización de los derechos fundamentales, 2) la concepción antagónica que se presenta entre derechos humanos y la reforma a la salud, 3) los alcances y las limitaciones del marco jurídico internacional, 4) los enfoques contemporáneos del derecho a la salud, 5) la caracterización del Estado Social de Derecho.

La autora profundiza su análisis crítico en la que considera las “asimetrías” entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales. En estos últimos fundamenta el enfoque de la salud como derecho humano fundamental. A lo largo de su disertación sustenta la defensa y exigibilidad de los derechos humanos y en particular el derecho fundamental a la salud, sobre la base de los diferentes convenios firmados por Colombia con los organismos internacionales de los que hace parte; destaca el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), promovido por la Organización de Naciones Unidas, que define los compromisos estatales frente al derecho a la salud y que desarrolla en el año 2000 por medio de la Observación N.º 14¹².

Estos análisis marcan un antecedente de gran relevancia, no solo para futura jurisprudencia, sino para el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Según Echeverry, ante la profundización de las reformas la respuesta ha sido una creciente movilización y un avance en esfuerzos analíticos y propositivos por la reorientación de la globalización hacia la justicia social Echeverry, (2006).

En el caso del médico Saúl Franco, centra el debate en lo que él llama el campo de lo concreto del derecho a la salud, el polo a tierra en la realidad colombiana, aportando reflexiones sobre “el derecho a la salud pública, el papel del Estado en la garantía del derecho, el derecho a la salud pública en situación de guerra y el derecho al agua”. La salud pública entendida como la mayor parte de todo lo que se incluye en el llamado derecho a la salud; él logra sobrepasar la idea de salud como la ausencia de enfermedad para conectarla con adecuadas estructuras de

¹² Las observaciones generales ofrecen una interpretación fidedigna de los derechos que figuran en los artículos y las disposiciones de la Convención sobre los PIDESC en este caso, la Observación N.º 14 de 2000 establece las obligaciones del Estado colombiano en relación al derecho a la salud y su disfrute, determina alcances y contenidos y refuerza los vínculos con otros instrumentos internacionales a los que a menudo hace referencia.

funcionamiento, con políticas y servicios asistenciales, de aseguramiento, de alimentación, de agua potable y de ambiente sano, donde el bienestar se conecta con la vivienda, el empleo, la cultura, la educación, la participación, la equidad y la paz.

Además, reflexiona sobre el papel del Estado en la garantía del derecho a la salud, llamando la atención ante el achicamiento del Estado, la reducción de su poder en el proceso de globalización y el predominio del capital transnacional y propone trabajar en tres direcciones concretas. Exigir al Estado las garantías máximas del derecho en el campo de la salud y de la salud pública, incrementar la presión internacional por la garantía del derecho en condiciones de conflicto armado, plantear como esencial la acumulación de fuerzas que permitan trabajar en la dirección de convertir la salud y el bienestar humano en una razón de Estado y objetivo de la globalización.

Con la disertación, el autor busca fortalecer la organización de las trabajadoras/es de la salud y de la sociedad y promover la discusión sobre los determinantes de la salud, que no sólo nutren el debate sino que harán parte de futuras reformas y serán claves en las exigencias del movimiento social por la salud.

(...) como pensadores y trabajadores de la salud pública, no podemos seguir ajenos a problemas; tenemos la responsabilidad de actuar en todas las formas posibles para que, aún en la situación de guerra que vivimos, todos los actores del conflicto respeten los derechos humanos, el derecho a la salud pública, el derecho internacional humanitario y la misión médica. Como ciudadanos, nos compete la misma responsabilidad, además de la de trabajar por hacer posible una solución negociada del conflicto como parte esencial de la garantía del bienestar y la construcción de la paz, Franco A. (2006).

En la investigación “Itinerarios Burocráticos en Colombia”, publicada en el 2010, se analiza y evalúa la experiencia de las colombianas y los colombianos al ser negada su atención en salud. Cuestiona el modelo de aseguramiento fundamentado en el modelo norteamericano, basado en subsidios a la demanda, plantea dos posiciones encontradas entre los que llaman “reformistas” que consideran la cobertura del aseguramiento como un éxito, así como el reconocimiento de la OMS al sistema colombiano como el mejor de América Latina. Mientras los críticos del modelo rebaten las cifras y las contrastan con la falta o la baja calidad en la atención, aumentos en los gastos de bolsillo, aumento en las acciones de tutela, crisis y cierre de hospitales públicos.

Los investigadores establecen una categoría para el análisis que les permita reflejar lo que acontece con la vida de las personas, “consecuencias para la vida por las fallas del sistema de salud” que se manifiesta en: Prolongación del sufrimiento, las complicaciones médicas del estado de salud, daño, discapacidad permanente y la muerte. Presentan como conclusión que el sistema de salud de Colombia ha creado nuevos tipos de itinerarios en los que la atención en salud no depende de las necesidades de las personas o de la valoración médica, pero sí del cumplimiento exitoso de las normas administrativas del sistema y los costos financieros *nuevas barreras de acceso y calidad*. Abadía & Oviedo, (2010).

Ahora, transversalizando la mirada y los análisis que se hacen a la reforma del sistema de salud, están estudios como el realizado por Mónica Uribe¹³, quien en la investigación doctoral “La Contienda por las Reformas del Sistema de Salud en Colombia (1990-2006)”, centra el

¹³ Esta autora no hace parte del movimiento por la salud pero, este trabajo aborda con profundidad la historia de los modelos de salud en América Latina, hace un análisis pormenorizado sobre el modelo de salud colombiano y centra su mirada en el papel que juegan la definición de la política de salud y el movimiento social por la salud en el marco de la contienda política, esta última una categoría es clave para el análisis de la acción colectiva de los movimientos sociales.

análisis en la *contienda política* y realiza lo que ella denomina una indagación exhaustiva de los episodios de contienda que constituyeron las reformas de la salud en Colombia, bajo el modelo relacional, analiza las interrelaciones entre los actores estatales y societales, plantea la existencia de unos actores a los que denomina agentes estratégicos que son los que están directamente involucrados en las transformaciones del sector salud, tanto los que pertenecen a instancias del Estado, como los distintos grupos de interés conformados por quienes están a favor de las reformas y por quienes se oponen a ellas.

En este trabajo la investigadora realizó un recorrido historiográfico detallado acerca de las reformas que han orientado las políticas sanitarias en Colombia, con una mirada de conjunto que favorece la comprensión de la forma en que se han tomado las decisiones de la política social, dando cuenta de cómo la correlación de fuerzas puede afectar los resultados, no sólo del diseño o aprobación de un nuevo modelo de política social, sino también su puesta en marcha y los posteriores ajustes o reestructuraciones a los que se sujetan.

Otro aporte de gran relevancia tiene que ver con el papel que han jugado quienes se oponen a las reformas, los desarrollos que tiene la polarización generada y la forma como de acuerdo con la investigadora “los opositores también habían empezado a unir fuerzas para ganar poder y fuerza de presión en las negociaciones del sector” (Uribe, 2009, p. 192).

De otro lado, están los estudios que centran la mirada en el movimiento social por la salud y en las diferentes formas de acción social colectiva empleadas por los actores del movimiento para mantener en la agenda pública el debate sobre un nuevo modelo de salud. Dentro de los hallazgos se destaca que “los estudios acerca del movimiento social por la salud y las acciones colectivas en Colombia son aún incipiente, un escenario por explorar” Borrero, (2013).

Desde un marco general se abordan distintas producciones relacionadas con la investigación del MSS. Una de ellas presenta las acciones sociales colectivas que dieron origen al MSS; otra producción se ocupa de la comprensión del proceso de configuración del movimiento social por la salud en Colombia, desarrollado durante el proceso de implementación de la reforma sanitaria, y finalmente la investigación documental donde es abordada la protesta social como una forma de lucha por el derecho a la salud.

Sobre la primera investigación, Mauricio Torres en su tesis de maestría “Acción social colectiva por el derecho a la salud en Colombia 1994-2010. Estudio de caso de Bogotá”, traza la línea de tiempo en la que se desarrollaron acciones sociales colectivas que marcaron el surgimiento del Movimiento Nacional por la Salud, el autor las nombra como *Eventos públicos de deliberación por el derecho a la salud* a los que asistieron personas representantes de sectores diversos y de varias regiones del país al primer congreso octubre del 2001 asistieron 2.120 personas, al segundo congreso de noviembre de 2004 asistieron 1.400 y al tercer congreso de noviembre de 2009 fueron 660.

Además del congreso convocado en el año 2006 por el MNSSS, se realiza un campamento, una toma del espacio público en la ciudad de Bogotá en el que participan personas de diferentes ciudades, un espacio para denunciar la situación por la que pasan los pacientes y el personal médico y para construir alternativas de exigibilidad del derecho a la salud. Por su parte, en Bogotá se realizan asambleas distritales, audiencias públicas, foros, se sumó la realización de iniciativas legislativas y acciones de tutela.

De acuerdo con el investigador, estos eventos le permiten evidenciar que existe un campo de *contienda política* que se da cuando sectores afines al modelo de salud propuesto por la Ley 100 de 1993 para la cual la salud es una mercancía, entran en contradicción con sectores

proclives a la salud como derecho humano, indaga por las acciones colectivas realizadas a partir de los efectos negativos de esta reforma, caracteriza las acciones sociales colectivas como contenciosas y no contenciosas, y se llega a concluir que.

(...) producto de la realización de estas acciones colectivas se pudo avanzar en la construcción de una identidad colectiva alrededor de la comprensión de la salud como derecho humano y la configuración de un movimiento social por el derecho a la salud, pero sin llegar aún a establecer un sujeto político capaz de ganar la contienda política y establecer las decisiones necesarias para transformación el campo de la salud a favor de los sectores que demandan la garantía del derecho a la salud (Torres, 2011, p. 16).

Por su parte, Yadira Borrero en su investigación doctoral, pretende comprender, a partir del estudio de tres casos comparados las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali el proceso de configuración de actores colectivos por la salud, temporalmente se ubica en los años 1994-2011 y como contexto plantea la violencia socio-política que ha vivido Colombia. Al referirse al MSS lo describe como

Un ejercicio de articulación que no ha sido sencillo y, al contrario, ha estado atravesado por múltiples tensiones, intereses y procesos de concertación y fractura (...) del cual rescata que actores subalternos en torno a la salud, unificados –cada vez de manera más clara– por la consigna “La salud es un derecho”. Para la autora, el MNSS es un proceso de articulación novedoso que se configura en disputa contra el orden nacional establecido y su dinámica depende paralelamente de las particularidades locales.

Además, en los resultados muestran que hay un vínculo entre la constitución del movimiento por la salud con la agenda de implantación de la reforma sanitaria, que el movimiento ha pasado

por momentos de latencia y de visibilidad, que está atravesado por múltiples tensiones producto de la complejidad de la contienda (2013).

Continuando en la línea de la contienda, la investigación documental “Protestas Sociales por la Salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010.” las investigadoras Borrero y Echeverry reconstruyen e identifican tres ciclos de protesta, los cuales enmarcan en un tipo específico de contienda, la contienda transgresiva, describen tres episodios de contienda que coinciden con los ciclos de protesta, 1997-2002: el primer ciclo de protesta; el segundo ciclo de protesta de 2007-2008 y el tercero en el 2010. A partir de los resultados plantean que.

La contienda transgresiva entre 1994 y 2010, evidencia el vínculo causal entre protesta social en salud e implantación de la reforma: tres episodios de contienda coinciden con los ciclos de protesta, y se intensifican, paralelamente a la violencia antisindical, con la puesta en marcha de políticas sociales y de salud orientada al mercado, para las investigadoras, a diferencia de lo planteado por Mauricio Torres, *sí hay avances en la configuración de un sujeto colectivo, a pesar de la persistencia de la violencia y de la escasa apertura del sistema político.* (p. 362).

Ahora, es importante observar las categorías de análisis y los enfoques metodológicos empleados por los diferentes autores/as, teniendo en cuenta que los resultados de estos estudios, las teorías y algunos de sus conceptos serán asumidos a lo largo de la presente investigación.

Como es el caso de Mónica Uribe, quien en su trabajo doctoral desde una perspectiva historicista, presenta lo que ha sido el Estado de Bienestar y hace un detallado balance de los modelos de salud implementados en América Latina para terminar con el modelo de salud colombiano.

Como diseño metodológico emplea el enfoque relacional, conectando las reformas al modelo de salud con las acciones colectivas, reconstruye los procesos sociales y políticos que identifica como contienda política, poniendo las interacciones entre los diferentes actores en el centro de los procesos. Uribe entiende la contienda política como una lucha política colectiva.

Para su análisis se apoya en los trabajos de McAdam, Tarrow y Tilly, considerando que en Colombia, derivadas de las reformas, se presentan dos tipos de contienda: contenida o transgresiva, entendidas como el tipo de estrategias empleadas por los actores. La primera hace alusión a acuerdos con el gobierno de turno, comunicados de denuncia entre otras, en tanto la segunda son acciones, como paros y toma de espacio público, etc. Uribe (2009).

Esta autora considera que además de las estrategias de acción usadas por los actores para incidir en las decisiones, también es importante:

La introducción de una lectura dinámica de las políticas de salud equivale a dejar de concebirlas como una serie secuencial y unidireccional de decisiones, para analizarlas como un campo de lucha política susceptible de ser modificado por las acciones de distintos grupos en conflicto (Uribe, 2009, p. 65).

Mauricio Torres (2011), en su investigación desde la teoría de movilización de recursos (Tilly, 2004; Tarrow, 1997), indaga por las acciones colectivas y realiza un estudio de caso bajo el enfoque de la disponibilidad de recursos. Para este autor, los procesos sociales y la estructura de oportunidad política llevan a configurar un repertorio de acciones sociales colectivas por el derecho a la salud, pero no logra configurar ciclos de protestas; de forma detallada describe los episodios que dieron origen al Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social MNSS y describe los actores que lo componen. Teniendo como referente teórico a McAdam, Tarrow y Tilly (2005), Torres plantea que

En Colombia se estableció un campo de contienda política por el control de la salud, librada entre sectores proclives al modelo de mercado de la salud implantado por la Ley 100 de 1993, contra sectores proclives a la salud como derecho humano. Otro aporte importante del autor es la clasificación que hace de las acciones colectivas, las que refiere como contenciosas y no contenciosas (Torres, 2011, Torres, 2013).

En el caso de Borrero Ramírez & Echeverry López (2011), Borrero (2013), Borrero & Echeverry (2014), Echeverry López & Borrero Ramírez (2015), dos investigadoras que marcan su amplia trayectoria alrededor del discurso de los derechos humanos y el derecho a la salud vinculado a la justicia sanitaria. Dentro de los diversos aportes se encuentran los trabajos orientados a la comprensión del movimiento social por la salud y la acción colectiva.

Particularmente se toman los trabajos realizados bajo el enfoque de la estructura de oportunidades políticas y que ellas ubican en el marco de la contienda política, para lo cual emplean las bases teóricas de autores como McAdam, Tarrow y Tilly (2005).

En su trabajo *Luchas por la salud en Colombia*, la investigadora Yadira Borrero (2013) indaga acerca de las luchas por la salud en Colombia en medio de un escenario de violencia socio-política, y realiza un estudio de caso comparado, indaga por los movimientos sociales por la salud de las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali.

La autora emplea como enfoque teórico la contienda política, la cual caracteriza como contienda contenida y contenciosa o transgresiva y los enfoques desde estructuras socio-políticas, los cuales según la autora, permiten una lectura en clave estructural a partir de elementos como élites de poder, sistema político, episodios políticos y procesos de democratización –entramado complejo en el cual y frente al cual se construye la acción.

Para el análisis de los actores, emplea las teorías de la identidad colectiva de Touraine (1987), y para analizar los marcos de sentido, utiliza los aportes de Rivas, Snow e Ibarra y el construccionismo con Melucci (2001). De otra parte, de Scott y Fraser (1991) toma las teorías de la resistencia y del feminismo crítico respectivamente.

Finalmente, García & Betancur (2013), empleando como referente teórico el construccionismo planteado por la teoría de Melucci, ubican en el centro de la reflexión los procesos de construcción de identidades colectivas. Los autores presentan un estudio de caso con el que dan cuenta de la conformación del “martes por la Salud”, una acción colectiva nombrada por los autores como un repertorio de acción novedoso y una forma de resistencia pacífica, en la que confluyen diferentes actores que luchan por la salud como derecho fundamental.

Lo anterior permite coincidir en que “las propuestas teóricas configuraron dos paradigmas dominantes (...) los cuales pueden clasificarse –de manera genérica– en perspectivas que priorizan el análisis desde las condiciones estructurales y aquellas que privilegian el estudio desde los actores” (Borrero Ramírez & Echeverry López, 2011, p. 79).

Ahora bien, a manera síntesis se reitera que estas investigaciones comparten varios aspectos de la reflexión teórico-metodológica utilizada para el análisis de la CP, la AC y el MSS, elementos en común que no solo enriquecen el presente marco teórico, sino que además posibilitan el punto de partida de este estudio, contribuyen en la definición de la línea de tiempo empleada para el trabajo empírico y a partir de los resultados que exhiben aportan al análisis del contexto en el que se despliegan las acciones colectivas por el derecho a la salud en ciudad de Medellín, de ahí que hacen parte esencial del presente trabajo.

2.2 Marco teórico conceptual

2.3.1 Los movimientos sociales desde la teoría clásica y contemporánea

Iniciamos con algunas de las teorías consideradas clásicas y que sobresalieron antes de 1960. En ese momento el abordaje de los movimientos sociales estaba asociado a los inicios de la sociología en Norteamérica, se indagaba acerca de comportamientos colectivos desde el enfoque psicosocial, se hacía énfasis en la acción institucional y la no institucional: “la no institucional era definida como aquella no guiada por normas sociales existentes pero formada por el encuentro de situaciones indefinidas o desestructuradas, entendidas como quiebres del orden vigente” (Gohn, 1997, p. 24). Se considera allí que los movimientos sociales surgen de procesos de gran tensión, descontento y frustraciones de individuos que participan de las acciones colectivas, dando gran importancia a la reacción psicológica, clasificándola como racional o irracional.

Gohn¹⁴ plantea que, de acuerdo con los trabajos de Zald (1988), Tilly (1983) y Tarrow (1994), en Norteamérica se desarrollaron tres corrientes teóricas que agrupan los trabajos sobre movimientos sociales y dos sobre acciones colectivas que aquí se presentan según la caracterización ofrecida por la autora.

La primera corriente surge de la Escuela de Chicago. Algunos interaccionistas simbólicos producen la primera teoría sobre movimientos sociales; se destaca el trabajo de Herbert Blumer (1948).

¹⁴ Gohn María da Gloria: socióloga, doctora en ciencias políticas de la Universidad de Sao Paulo / Brasil (1983); Pos / PhD en la New School of University, Nueva York (1996/97).

La segunda corriente es la teoría de la sociedad de masas con Eric Fromm (1941), Hoffer (1951), este último militante de movimiento social, y K. Kornhauser (1959), quien caracterizó los movimientos como formas irracionales de comportamiento.

En los años 50 con S. Lipset (1950) y Heberle (1951) se genera la tercera gran teoría de los movimientos sociales sobre variables de tipo político. Allí se articulan las clases y las relaciones sociales de producción buscando entender tanto a los movimientos revolucionarios como a los movimientos partidarios y su comportamiento ante el voto y el poder político.

La cuarta gran teoría aparece de una combinación de dos teorías, las de la Escuela de Chicago y la de la acción social de Parsons, lo cual se manifiesta en los trabajos de Goffman (1959), Turner y Killian (1957), N. Smelser (1962) y David Aberle (1966), quienes analizan las formas elementales del comportamiento colectivo y la construcción de las acciones colectivas a gran escala, retoman elementos psicosociales y dejan de lado las estructuras políticas, siendo Smelser el autor más destacado.

La quinta corriente, conocida como clásica, es la organizacional-institucional. Aparece en los trabajos de Gusfield (1955). Es de resaltar que no se generó aquí una teoría específica sobre movimientos sociales, pero en los años 1990 fue de gran influencia en las teorías que sustituyen los paradigmas clásicos.

Cabe señalar que entre los estudiosos de los movimientos sociales existe cierto consenso, al definir como su punto de partida los análisis sobre la acción social colectiva, empleando el concepto de *comportamiento colectivo* desarrollado por Neil Smelser, con el cual se refiere “al comportamiento de dos o más individuos que actúan juntos o en forma colectiva... Concebir el comportamiento colectivo de esta manera sería abarcar toda la vida del grupo” (1989, p. 15). Este concepto se construyó con aportes del interaccionismo simbólico de Park y el funcionalismo

de Talcott Parsons y Robert Merton, quienes habían estudiado las conductas desviadas y las conductas inconformes.

Prosiguiendo el recorrido se encuentran las teorías contemporáneas de la acción colectiva (AC) y los movimientos sociales (MS), interpretaciones que surgen a raíz de las transformaciones políticas ocurridas en la sociedad norteamericana de los años sesenta, con la aparición de los nuevos movimientos sociales de estudiantes, de mujeres, de pacifistas, entre otros, en su mayoría integrados por personas de clase media. Así se da origen a nuevas corrientes interpretativas que rechazan el paradigma funcionalista y los análisis psicologistas, momento en que se origina la teoría de la movilización de recursos. “Un primer paso de avance fue afirmar la racionalidad de las acciones sociales colectivas según una lógica que perseguía una coherencia entre medios y fines” (Archila, 2003, pág. 39).

Las teorías de las tensiones estructurales, las privaciones, los descontentos, etc., eran para los creadores de la teoría de la movilización de recursos insuficientes para explicar los nuevos movimientos sociales. La nueva teoría enmarca las acciones colectivas en explicaciones comportamentales y organizacionales, rechazando por lo tanto el énfasis anterior dado por el paradigma clásico a los sentimientos, descontentos e incumplimiento de la norma, todos de origen personal (Gohn, 1997, pág. 50).

Entre los autores que más aportaron al cambio del paradigma tradicional se encuentra el economista Mancur Olson (1965), para quien las AC “son producto del análisis racional – costo/beneficio– de cada uno de los individuos que participan (o no) de la acción colectiva” (Borrero, 2013, pág. 60). También están los trabajos de Gusfield (1970), Oberschall (1973), McCarthy y Zald (1973), de corte más histórico, pero en la misma dirección de los anteriormente citados Tilly (1978).

En Europa en los años sesenta se presentaban dos enfoques para el análisis de los nuevos movimientos sociales: el neomarxista, con los historiadores ingleses Hobsbawm y Rude, y el cultural-accionalista, con Thompson y los estudios culturales; luego, en los años setenta y ochenta, surge la teoría histórico-estructural con Castells, Borja y Lojkin. Por lo demás se destacan tres líneas: la histórico-política, con Claus Offe; la psicosocial, con Alberto Melucci, Laclau y Mouffe; y por último, la accionalista de Alain Touraine. Este último autor realiza un análisis macrosocietal, mientras que Melucci trabaja con estructuras micro, y Claus Offe utiliza categorías neomarxistas y critica el abordaje micro. En cualquier caso, estos análisis tienen en común que todos usan el término Nuevos Movimientos Sociales, (Gohn, 2007, p. 119).

En síntesis, en Europa, a partir de los años sesenta, las teorías hablan de Nuevos Movimientos Sociales (NMS), hacen críticas al análisis clasista del marxismo y desarrollan un debate al paradigma accionalista de Norteamérica; las teorías basadas en la lógica de la elección racional son consideradas utilitaristas, se empieza a desarrollar el paradigma de la construcción de identidades y surgen esquemas interpretativos de la cultura, la ideología y la solidaridad.

La perspectiva propuesta para este trabajo plantea el uso de diferentes enfoques teóricos, con lo cual no se hace referencia a un ejercicio de contrastación para saber cuál teoría permite un abordaje más cómodo, se hace en referencia a la posibilidad de analizar pieza por pieza el entramado social, cultural, político e ideológico que interviene en la configuración del MSSM y así poder describir los actores y el tipo de acciones que han dominado la escena del movimiento social por la salud en la ciudad de Medellín.

De acuerdo a lo planteado por Garretón y citado por Mónica Uribe (2009) más que la postulación de nuevas teorías o enfoques globalizantes del desarrollo y el cambio social, pareciéramos estar frente al desarrollo de concepciones o teorías (...) destinadas a la descripción,

análisis e interpretación de procesos relativamente precisos y acotados, no para renunciar a la totalidad, sino precisamente para acercarse a ella (p. 63).

El estudio es abordado desde la teoría de la estructuración de Anthony Giddens para quien, el principal objetivo de esta teoría es lograr una novedosa síntesis entre la estructura y la acción; para lograrlo, el autor plantea que “el dominio primario del estudio de la ciencias sociales [...] no es ni la vivencia del actor individual ni la existencia de alguna forma de totalidad societaria, sino las prácticas sociales ¹⁵ ordenadas en un espacio y en un tiempo (Giddens, 2003, p. 40).

Ahora, si bien para algunos autores la teoría de la estructuración es una propuesta referida en términos generales. La presente investigación considera que su enfoque teórico-metodológico puede ser novedoso para el estudio de las AC al ser analizadas y vistas como práctica social.

Según Tomas Ariztía (2017) el concepto de práctica es empleado por la teoría de Giddens, para dar cuenta de la actividad como un aspecto constitutivo del mundo social y como estrategia de solución a la tensión entre estructura y agencia.

En este sentido el concepto de práctica social se considera apropiado para estudiar las acciones colectivas del MSSM.

Además, de acuerdo a lo planteado por Giddens en cita de García (2009) las prácticas sociales pueden ser: Estudiadas desde el punto de vista de su constitución como una serie de actos “producidos” por actores; segundo, como formas constitutivas de interacción, que incluyen la comunicación de un sentido; y tercero, como *estructuras* constitutivas que pertenecen a “colectividades” o “comunidades sociales” (p. 37-38).

¹⁵ Para Jaramillo la práctica social es fruto de la construcción ontológica realizada por Bourdieu y Giddens, los cuales provienen de tradiciones intelectuales disímiles pero que se conectan al considerar que agencia y estructura son partes constitutivas y constituyentes de la práctica social que operan dialécticamente y son homologables entre sí (...) Para este autor, lo característico de esta “propuesta ontológica específica, es que se orienta a descubrir de manera imbricada, tanto la génesis social del ser y el obrar humanos, como la reproducción y transformación del mundo social” (Jaramillo, 2011, p. 418).

Siguiendo el derrotero, Giddens define la práctica social y su dimensión recursiva como un aspecto constitutivo de la vida social sobre la cual se generan y operan las estructuras sociales. Enfatiza la relevancia del saber práctico que se expresa en la organización socio-temporal de prácticas y en su recursividad como el origen de estructuras estables (p. 223).

Además, Giddens analiza la estructura como presencia espacio-temporal, sólo en sus actualizaciones en esas prácticas y como huellas mnémicas que orientan la conducta de agentes humanos entendidos (Giddens, 2003, pág. 54).

Por lo tanto, la existencia de la estructura no es algo independiente de la práctica social y “Prácticas parecen ser, en última instancia, lo que los actores *hacen* en un tiempo y espacio, y *cómo lo hacen*. Es decir, incluyen acción, estructura e interacción” (García, 2009, p.38).

En ese sentido el MSSM es estudiado como estructura, o sea como presencia espacio-temporal que se actualiza en las acciones colectivas - prácticas y como interacción social “la cual se da gracias a una copresencia de dos o varios agentes quienes comparten en ese momento una especialidad de posición y una especialidad de situación” (Lutz, 2010, p. 215).

Como “un obrar consistente en un saber hacer articulador de la práctica presente del acto y la expectativa futura de realización del propósito, esto es, un saber obrar del nexo entre medios y fines” (Altomare, 2012).

Retomando a Giddens (1991), la acción colectiva es “la actuación conjunta de un cierto número de personas con el fin de alcanzar los intereses que comparten” (p. 277) también es vista a la manera de una práctica intencional y racionalizada de agentes que, además, “subrogados a condiciones de acción inadvertidas y consecuencias de acción no buscadas, obran reflexivamente con vistas a la realización de un propósito” (Giddens, 2003, p. 47:48).

Por lo tanto, para este estudio se asume el MSSM “como un intento colectivo de luchar por un interés común o de garantizar que se alcanza un objetivo compartido, mediante una acción colectiva que tiene lugar al margen de la esfera de las instituciones establecidas” (Giddens A., 1991, p. 27).

Ahora, otro elemento que fortalece el análisis, de acuerdo con lo trazado por la teoría de la estructuración es que las prácticas sociales no tienen estructuras, sino que presentan propiedades estructurales de los sistemas sociales (Giddens, 2003, pág. 54). Al respecto, el autor aclara que con “propiedades estructurales de los sistemas sociales se refiere a sus aspectos institucionalizados, que ofrecen *solidez* por un tiempo y un espacio (Giddens, 2003, p. 60).

En el entendido que “las propiedades que estructuran las prácticas sociales, son reglas (procedimientos) y recursos (medios) que permiten rendir cuenta del carácter rutinario de la acción social” (Tenti 2001, p. 23).

Donde “la regla es entendida como fórmula o como procedimiento generalizable que implica un método definido por determinadas circunstancias previamente establecidas” (Tenti, 2001, p. 25).

En cuanto a los recursos, estos se remiten, en primer término, a la disposición de medios de autoridad, que permite la organización y dominación de las acciones de otros agentes y, en segundo término, a la disposición de medios de asignación, que permiten la explotación de recursos naturales con miras a la generación de poder. (Altomare 2012, p. 129).

En resumen, para la teoría de la estructuración: Estructura es el conjunto de reglas y recursos organizados de manera recursiva, está fuera del tiempo y el espacio, salvo en sus actualizaciones y en su coordinación como huella mnémica y se caracteriza por la ausencia del sujeto.

Además, esas reglas y recursos no solo permiten dar cuenta del carácter rutinario de la acción son parte de “la producción de la acción social, cuyo resultado provoca no solo propósitos deseados sino también consecuencias no buscadas” (Altomare, 2012, p. 129).

Otros dos conceptos que se abordaran con Giddens son el de actor y acción ya que son el punto de partida para este estudio, además de un elemento central de la teoría de la estructuración y en el debate sobre las relaciones entre "acción" (agency) y "estructura" (structure), así el actor se define a partir de la idea de acción: el actor (o el agente) es todo aquel sujeto que actúa, en otras palabras, el sujeto de la acción.

De tal forma que acto es un componente de la acción, es parte de una serie progresiva de actividades, en tanto que acción es la conducta humana codificada y repetida, Giddens A.(, 2003)

Así, la actuación del actor (individual) tiene cuatro características definitorias: Es una intervención intencionada, aunque sea inconsciente. Sobre la que el sujeto puede reflexionar y de la que es responsable. Que depende no tanto de las intenciones del sujeto cuanto de su capacidad. Que no está determinada sino que es "contingente y variable", en el sentido de que el actor tiene la posibilidad de actuar de otra manera. (Sanchez , 2007).

Ahora, buscado la integralidad en el proceso investigativo se hace necesario emplear conceptos claves de otras teorías para el análisis y la interpretación de los datos que dan cuenta de los recursos empleados por los actores en el desarrollo de las acciones colectivas. Lo que aquí se intenta lograr es la confluencia de conceptos que permitan la comprensión de una realidad social a la luz de las teorías sociológicas existentes.

De ahí que, la legitimidad será comprendida desde el desarrollo proporcionado por Weber a través de la teoría de la dominación, que permite entender la forma en que se presenta la aceptación de la autoridad en las personas que conforman las organizaciones, además la dominación debe entenderse como la probabilidad de encontrar obediencia a un mandato de determinado contenido entre personas dadas, mientras que la “ legitimidad depende de las representaciones, creencias y valores de los sujetos involucrados” Weber, (1994).

Ahora, las prácticas sociales y los órdenes del discurso son lugares conceptuales comunes en las ciencias sociales. Aquí se destaca el papel que tienen estos elementos como recursos de poder y estrategias de resistencia. Se asume que dichos dispositivos permiten construir procesos de identificación estratégicos y prácticas de resistencia a los sujetos sociales Hall, (2011).

Aquí el discurso se considera un comportamiento en sí, una acción, una manera de estar en el mundo donde aparecen patrones de asociación, esto implica reconocer que el actor utiliza la lengua para interactuar en el mundo social, (Sarrazin, 2015).

Otro concepto es Episodios, resulta importante porque permite describir unos momentos particulares en los cuales se desarrollan las Acciones Colectivas Contenciosas ACC se toma de Borrero.

Episodio de contienda transgresora, las cuales involucran a la sociedad en su conjunto; asumen como contradictor especialmente al Estado en sus diversos niveles; son desarrolladas generalmente por actores que no acceden al poder; e implican un reto hacia las autoridades políticas dominantes Borrero, (2013).

Capítulo III

Aspectos metodológicos

“La escritura siempre lleva a más escritura. La diferencia, nunca puede ser capturada totalmente dentro de un sistema binario.”
Jacques Derrida (1981).

3.1 Generalidades de la metodología

A continuación, se expone el diseño metodológico que tuvo como punto de partida la definición del objeto de estudio; también, el enfoque seleccionado, el tipo de investigación, la unidad observacional, las técnicas de investigación, los instrumentos de recolección de la información, la descripción de las fuentes utilizadas, las técnicas de investigación y el diseño teórico metodológico.

3.1.1 El enfoque cualitativo.

La investigación social cualitativa apunta a la comprensión de la realidad como resultado de un proceso histórico de construcción a partir de la lógica de los diversos actores sociales, con una mirada “desde adentro”. Rescata la singularidad y las particularidades propias de los procesos sociales (Galeano, 2004, p. 20).

El enfoque cualitativo permite indagar las dinámicas del movimiento social y las acciones colectivas; además, enfatiza en las interacciones entre actores, lo vivencial, lo cotidiano y lo cultural, para así lograr una comprensión lógica y con significado de los procesos sociales.

Para Galeano (2004) “(...) las estrategias de investigación social basan su trabajo en la relación que el investigador establece con los actores sociales y en su permanencia en el escenario. De ahí que el investigador de un modo u otro es parte del proceso” (p.21).

3.1.2 Estudio del discurso.

Este enfoque señala que el discurso opera en distintos niveles, el de los órdenes institucionalizados y el de las prácticas discursivas; también desde distintas mediaciones provocadas por unas condiciones de producción del discurso y por unas posiciones diferenciales de los actores implicados en las prácticas discursivas (Reguillo, 2000)

Este enfoque permitió el análisis y la interpretación de las representaciones y los discursos emergentes que exhiben los actores del MSSM sobre las políticas de salud. Para este estudio “Los discursos no deben ser considerados como representaciones dudosas o imperfectas de lo que la gente realmente piensa o hace, sino como comportamientos en sí (...) El discurso es entonces una acción en sí y una manera de estar en el mundo” Sarrazin, (2015).

3.1.3 Tipo de investigación – descriptiva.

Consiste, principalmente, en la caracterización e indaga por las particularidades y diferenciaciones. No se circunscribe solo a la recolección de datos, sino a identificar las interacciones que se dan (Hernandez , Fernandez, & Baptista, 2010), en este caso, entre los actores del movimiento social por la salud en la ciudad de Medellín. Además, el estudio descriptivo permite exponer de manera detallada los resultados encontrados, luego de un análisis crítico, reflexivo y meticuloso.

Este tipo de investigación permitió la descripción y el posterior análisis de los diferentes episodios en los que se hizo evidente la participación de las organizaciones y personas que conforman el MSSM, así como las AC realizadas por los diferentes actores. También se detalló el contexto en el que están enmarcadas las acciones las reglas y recursos empleados en la acción.

3.2 Unidad de observación

La unidad de observación corresponde a los diferentes grupos, organizaciones y personas que conforman el Movimiento Social por la Salud de la ciudad de Medellín, que se identifican como organizaciones sindicales de médicos, trabajadores del sector salud, mesas, grupos de interés, agremiaciones de profesionales, pacientes, asociaciones de usuarios de servicios de la salud, activistas y organizaciones sociales, así como a las acciones realizadas por ellos.

3.3 Técnicas de investigación cualitativa

En el proceso se utilizaron tres técnicas de investigación: la observación participante, el análisis documental y entrevistas semiestructuradas (ver anexo 1). Las tres técnicas se emplearon de forma relacional, lo que permitió analizar y comparar los diferentes episodios en su singularidad e historicidad y ayudaron a comprender el contexto socio-político e histórico en el que se desarrollaron las acciones colectivas y el papel que jugaron los diferentes actores.

3.3.1 Observación participante.

Se refiere a la recolección de información realizada por observadores implicados como investigadores durante un periodo de tiempo, los observadores están capacitados para encontrar el momento adecuado de observar y grabar la rutina, las actividades inusuales y las interacciones. La observación participante es una estrategia que busca llegar a la comprensión profunda de la realidad. Allí, el investigador participa de la situación que quiere observar, es decir, penetra en la experiencia de los otros, dentro de un grupo o una institución, y pretende convertirse en un participante más. Se analiza las propias reacciones, intenciones y motivos con los demás (Woords, 1987 citado por Galeano, 2004).

En otros estudios la observación participante es una técnica de producción de datos que consiste en que el etnógrafo observe las prácticas o “el hacer” que los agentes sociales despliegan en los “escenarios naturales” en que acontecen y en las situaciones ordinarias en que no son objeto de atención o de reflexión por parte de estos mismos agentes (Labov 1976, 146; Marshall y Rossman 1989, 79) en citas de (Jociles, 2018, p. 126).

Por lo anterior, en la investigación se utilizó la observación participante como una estrategia metodológica apropiada para el desarrollo de los objetivos de este estudio.

3.3.2 Análisis documental.

La técnica de análisis documental hace referencia a un conjunto de operaciones que busca describir y representar de forma sistemática y unificada los documentos de interés en el tema de investigación, de esta manera a través de un proceso analítico y sintético se abarca de forma integral el contenido de diferentes documentos y productos comunicativos, que facilite posteriormente su inclusión al análisis de la información Dulzaides, (2014). Asimismo, permite descomponer y describir la estructura interna y externa del material documental utilizado, pues asiente el reconocimiento y comprensión de lo allí consignado por el autor Peña, (2009). En este trabajo se utilizó esta técnica para indagar actas, comunicados, chapolas, mensajes de pancartas, programas de radio, artículos de prensa e investigaciones sobre el movimiento social por la salud.

3.3.3 La entrevista semiestructurada.

La entrevista es una técnica clave en la investigación cualitativa, pues cumple con el propósito de obtener información relacionada con un determinado tema. Los alcances de la entrevista y la comprensión del discurso dependen de la habilidad del entrevistador.

La entrevista es una técnica de gran utilidad para obtener datos en la investigación cualitativa. Se define como una conversación que tiene un fin determinado y distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial. (...) La entrevista es muy ventajosa principalmente en los estudios descriptivos y en las fases de exploración, así como para diseñar instrumentos de recolección de datos” Díaz, Torruco, Martínez, & Varela, (2013).

Se realizaron alrededor de 15 entrevistas a diferentes actores, hombres y mujeres que hicieron y hacen parte de la MIAS, al director de ASMEDAS Antioquia, al presidente de la CUT Antioquia y al director y al comunicador de AESA, como criterio se definió que fueran personas que participaran de las acciones contenciosas o no contenciosas del movimiento.

3.4 Instrumento de recolección de la información

Los instrumentos de recolección de datos fueron el diario de campo, matriz de análisis de información y la guía de entrevista semiestructurada. El diario de campo, es un escrito de carácter personal donde se consigna de manera narrativa y descriptiva las observaciones realizadas de manera clara y crítica del hecho u acontecimiento observado, permitiendo interpretaciones, reflexiones y comprensiones al respecto Ospina, (2004), que en este caso abarca los momentos vividos y las reflexiones que de ellos se derivan. En relación a la matriz de análisis de información, se indagó sobre la organización autora o autor, qué tipo de material es, la fecha de realización y el detalle del contenido. Por último, la guía de entrevista buscó conocer sobre la percepción, el accionar del movimiento en la ciudad, los aciertos, dificultades y limitaciones que se han presentado en la Ciudad de Medellín.

3.5 Fases

Fase 1. Diseño teórico - metodológico

El proceso inició con la revisión de las perspectivas teóricas; luego, se realizó la pregunta orientadora y la revisión bibliográfica, lo que posibilitó la construcción teórica y la selección del tipo de estudio. Para abordar la pregunta de investigación se optó por el estudio cualitativo de tipo descriptivo, que está dirigido a proporcionar, de manera detallada, el panorama de una condición o situación de interés.

Posteriormente, el proceso de lectura se perfiló hacia el propósito central de la investigación y la búsqueda se orientó hacia el movimiento social por la salud en Colombia.

Se encontró un importante registro de AC relacionadas con los impactos ocasionados por las reformas económicas de las últimas décadas al sector de la salud; también, numerosos artículos, libros y documentos académicos que analizaban las reformas y abordaban las luchas por el derecho a la salud y reivindicaban al Movimiento social por la salud como un actor clave en la lucha social y política; además, se encontraron avances en la reconstrucción, el análisis y el desarrollo teórico de la que optaron por nombrar como contienda política por el derecho a la salud.

Por lo tanto, se decidió emplear un volumen importante de esos documentos en los diferentes momentos del proceso investigativo. Cabe señalar que la mayoría de los autores/as de estas investigaciones hacen parte del MNSSS.

Fase 2. Trabajo de campo

El trabajo de campo se inició en junio de 2017 y se extendió hasta junio de 2018. La compilación de la información se hizo en la ciudad de Medellín. Se emplearon las técnicas de investigación propuestas: la observación participante, las entrevistas semiestructuradas a algunos

miembros del movimiento por la salud, el análisis documental y de contexto, también se indago por los diferentes discursos y sus efectos.

Fuentes de información

El paso inicial consistió en la elaboración del mapa de fuentes (anexo1). Así, luego del análisis documental de fuentes primarias y secundarias y al paso que se realizaba la observación participante y las entrevistas, se inició la reconstrucción del contexto. Esta labor condujo a la indagación sobre la conformación del MNSSS en la ciudad de Bogotá, a los artículos y las investigaciones realizadas por miembros del movimiento, así como a los primeros intentos por replicar el proceso organizativo de Bogotá en Medellín y otras ciudades. Además, se hacen visibles los actores con diferentes niveles de liderazgo, sus demandas y sus acciones.

Estos datos iniciales fueron claves para definir la fecha de inicio del periodo de indagación. Se optó por diciembre de 2009, mes en el que se declara el país en emergencia social. Posteriormente, pasados unos meses y luego de contrastar los reportes de prensa con los datos obtenidos en reuniones y entrevistas, se decide que el periodo de análisis es de enero de 2010 a noviembre de 2017 y que diciembre de 2009 es un referente. La fecha final se incluye porque en el proceso de recolección de datos se presentaron hechos que se consideraron importantes de documentar y que deberán ser retomados en futuras investigaciones¹⁶.

La observación participante -OP-se realizó a lo largo del proceso en: el plantón del martes por la salud y las reuniones de las dos mesas. Se acompañaron algunos de los plantones y movilizaciones de los trabajadores de la salud; también, se asistió a las sesiones en el Concejo de Medellín y a la Asamblea Departamental cuando el tema fue del interés de una de las

¹⁶ Por ejemplo, cada vez hay más argumentos que demuestran que los trabajadores/as de la salud han sido grandes afectados con la aplicación del modelo de salud que se fundamenta en el aseguramiento y la intermediación financiera. A partir de esa reflexión (que también debe ser motivo de análisis) Propuesta que nace de asmetrosalud y otros sindicatos del sector salud.

organizaciones del movimiento. Igualmente, se hizo parte de foros y conversatorios organizados y promovidos por actores y organizaciones del MSSM, o cuyo tema de análisis era relacionado con el modelo de salud.

Ahora, la OP aquí desarrollada privilegió la descripción de dimensiones culturales o de la realidad social definida por el campo temático de la etnografía Galeano, (2004) y, como la plantea esta misma autora, la OP supone aprender los modos de expresión de los grupos, entender las reglas y normas de funcionamiento y sus comportamientos (p, 37).

La aplicación de las técnicas y la interpretación de lo observado a la luz de las teorías y enfoques propuestos posibilitaron la identificación de los actores y las acciones que constituyeron el MSSM, la indagación sobre los medios con que cuenta el MSSM para el desarrollo de sus acciones colectivas y el análisis de los datos.

De ahí que, la observación se concentró en torno a las movilizaciones, identificadas como una actividad situada en las que interactúan los agentes del MSSM.

A modo de síntesis, para obtener y analizar la información se combinaron la lectura y el análisis crítico de algunos documentos escritos por miembros del MNSSS, la OP en los diferentes escenarios ya mencionados, las entrevistas que se realizaron a dirigentes sindicales, directivos de organizaciones y de gremios, a representantes de organizaciones y activistas todos/as actores del movimiento, además de la lectura de actas, comunicados, artículos de prensa, las páginas web de las organizaciones que hacen parte del MSSM, archivos fotográficos, chapolas¹⁷, los mensajes de las pancartas y de las camisetas de algunos activistas. Para el estudio del discurso se emplearon patrones de asociación que permitieron interpretar los mensajes

¹⁷ Elemento gráfico que se utiliza para promocionar un evento, invitar a una movilización, informar o alertar ante una situación problemática.

cifrados, las metáforas, los conceptos y representaciones, esto con el propósito de ir tejiendo el entramado desde el cual los agentes del MSSM construyen sus narrativas.

Fase 3. Análisis y escritura

Esta labor de análisis y escritura empezó a mediados de 2018 como parte de la última fase del proceso de investigación. El mayor reto consistió en contrastar la propuesta teórica con la cantidad de datos empíricos encontrados. Además, el proceso no estuvo exento de ajustes en la propuesta metodológica y teórica, lo que significó un enorme reto al aporte de la producción de conocimiento.

3.6 Categorías y subcategorías

A partir de lo planeado en el diseño metodológico, se identificaron las siguientes categorías y subcategorías de análisis que a lo largo del proceso de sistematización, reflexión y análisis de los datos fueron ajustadas y enriquecidas.

Tabla 1 *Categorías y subcategorías*

<u>Objetivo</u>	<u>Categoría</u>	<u>Subcategoría</u>
Identificar los actores sociales y las acciones que constituyen al movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín.	Movimiento Social	Acción social Actores sociales
Indagar de qué medios dispone el movimiento por la salud de la ciudad de Medellín para el desarrollo de las acciones colectivas.	Acción Colectiva	Reglas de autoridad Recursos de asignación
Analizar cómo se configura las acciones dominantes al interior del movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín.	Discurso	Dominación Legitimidad

Fuente: elaboración propia

3.6.1 Categorías analíticas.

El proceso de análisis es el momento en el que el investigador pone en evidencia las categorías y el orden seguido por los datos. Para Galeano (2004) analizar implica seleccionar alternativas de interpretación de los datos, de acuerdo con los propósitos del estudio.

Ahora, para darle un orden detallado a la información se propusieron tres categorías, que fueron construidas y reconstruidas a lo largo de la investigación. Esas categorías son: movimiento social, acción colectiva y dominación. (tabla1)

La primera categoría definida es *movimiento social*, que está orientada al desarrollo de los factores contextuales. El escenario de las interacciones se aborda desde las subcategorías *acción social* y *actor social*. Teóricamente el movimiento social es un intento colectivo de luchar por un interés común Giddens A. (1991).

La segunda categoría, *acción colectiva*, se divide en las subcategorías *reglas de autoridad*, *recursos de asignación*, que permiten clasificar e interpretar los datos empíricos a luz de la teoría de la estructuración, para la cual reglas y recursos son propiedades que estructuran la acción. A partir de ellas, se exploraron los medios con los que cuenta el movimiento para la acción y su carácter rutinario. Teóricamente incluye las actividades situadas de agentes humanos, reproducidas por un tiempo y un espacio Giddens A, (2003).

La tercera categoría, *Discurso*, se definió a partir de los datos que daban cuenta de unos actos que ameritaban de un análisis detallado, con el fin de comprender el papel que jugaba en el logro de las acciones colectivas.

Esta categoría está dotada de las subcategorías *legitimidad* y *Dominación*. Aquí la dominación debe entenderse como la probabilidad de encontrar obediencia a un mandato de determinado

contenido entre unas personas dadas y la legitimidad depende de las representaciones, creencias y valores de los sujetos involucrados” Weber, (1994).

3.6.2 Análisis de datos.

Se partió del carácter descriptivo de la investigación y el empeño por exponer de manera detallada los resultados encontrados en los diferentes documentos, nutridos y contrastados desde el registro reflexivo de los actores que participan de las AC por el derecho a la salud. También, sobre la base de lo propuesto en Borrero (2014), donde la descripción considera el desarrollo histórico del actor, el marco de posibilidades para la acción, así como el sentido que los actores imprimen a la acción. De esta manera, la reconstrucción del contexto a partir de las narrativas de los actores permitió la identificación de los actores y las acciones que constituyeron el MSSM.

Ahora, las fuentes se clasificaron en fuentes documentales secundarias que abordaban las movilizaciones del sector salud entre diciembre de 2009 y diciembre de 2017, y las investigaciones que abordaron el movimiento por la salud¹⁸

Los datos se clasificaron de la siguiente manera: si era informe de prensa, las variables eran: el registro de la fecha y lugar del episodio, tipo de acción colectiva (plantón, marcha, huelga, mitin) motivo de la acción, (que se reclama o denuncia), qué sector aparece como convocante, cálculo de las personas que participaron de la acción (en caso de aparecer), a lo que se le realizó registro fotográfico.

Las investigaciones y artículos académicos se clasificaron por fecha de producción del documento, actor que producía el documento, tipo de actor, tema central en el documento o la propuesta, argumentos utilizados, teoría y conceptos empleados. Paralelamente con la revisión

¹⁸ Esta fecha se decide a partir de la información obtenida de las investigaciones de Uribe, (2009) Torres, (2011) y Borrero, (2011).

documental se realizaron las entrevistas, ejercicio que aportó a la construcción del contexto, a la interpretación de las imágenes a la lectura de contexto y como medio de contrastación.

Las entrevistas se plantearon en torno a diferentes asuntos, los cuales se definieron dependiendo de la organización a la que pertenece el entrevistado/a, haciendo énfasis en las coyunturas consideradas por el entrevistado como críticas, las experiencias que llevaron a su organización a participar de las actividades del movimiento, y como deciden hacer parte o no de una de las mesas.

Es trascendental aclarar que el guion de entrevista no fue un instrumento rígido ya que cada uno/a de los actores y sus contextos generaban nuevos contenidos, además el hecho de traer esos momentos a la memoria hacía que recrearan gran cantidad de situaciones de la vida personal y sus contextos sociales, atravesados por las experiencias con el modelo de salud.

Para la sistematización se tuvo en cuenta el tipo de fuente, prensa de circulación nacional como El Espectador y la Revista Semana, local como El Colombiano, prensa alternativa como Periferia y Desde Abajo, especializada del sector salud como el Pulso y Opinión y Salud, además de los comunicados y boletines de las organizaciones sindicales como Asmetrosalud y Asmedas, sociales como la COMOSOC y de la central obrera CUT y ANTHOC todos en medio virtual o físico.

Las otras fuentes secundarias empleadas fueron los registros fotográficos, los volantes, los comunicados, las canciones, los mensajes de las camisetas y las consignas, que hacen parte de los archivos de las organizaciones o de algunas las personas que participaron de las movilizaciones (irán en los anexos); además, de las notas del diario de campo. Cada uno de ellos tuvo un manejo diferente de acuerdo al tipo de documento y a la categoría o subcategoría a la que debían responder.

Capítulo IV

Resultados y análisis de resultados

“Los movimientos sociales contemporáneos son profetas del presente. Lo que ellos poseen no es la fuerza del aparato, sino el poder de la palabra”
Melucci (2002).

4.1 Organización, acción y movimiento

En la ciudad de Medellín existen actores que desde diferentes espacios reivindican el derecho a la salud, sin embargo, es a partir de una serie de acciones desarrolladas por estos actores que se puede identificar cuales actores y que tipo de acciones constituyen el MSSM, esto se acompaña de la descripción y el análisis del contexto en el que se emergen las acciones.

Para facilitar la comprensión los actores encontrados se clasificaron en tres grupos.

Un primer grupo derivado de las diferentes instancias de participación social en salud originadas desde la implementación del Decreto 1757/1994¹⁹. Allí se encontraron asociaciones o alianzas de usuarios de IPS y EPS, veedurías, comités de ética hospitalaria y, anteriores a esta norma, el Comité de Participación Ciudadana en Salud –COPACOS–; además, otros espacios por medio de los cuales las instituciones públicas y privadas articulan procesos sociales (observatorios, consultorios jurídicos, mesas, redes, comités barriales).

Un segundo grupo²⁰ donde se ubican las agremiaciones, sindicatos y asociaciones de trabajadores del sector salud que se definen o agremian de acuerdo al sector que representan, de este grupo también hacen parte asociaciones y corporaciones que aglutinan a los pacientes, por lo general desde su patología.

¹⁹Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.

²⁰ Más adelante se detalla quienes hacen parte de este grupo.

Finalmente, un tercer grupo conformado por dos mesas, cada una con una procedencia y un ámbito de acción diferente, son integradas por representantes de organizaciones que tienen posturas comunes en relación al modelo de salud y que deciden actuar de manera conjunta, una especie de plataforma desde donde se toman decisiones, se enfrentan y/o tratan de resolver situaciones desde una perspectiva propia, ellas son: La Mesa Antioquia Alianza por la Transformación del Sistema de Salud de los Colombianos –MA– y la Mesa por la Salud y la Seguridad Social de Antioquia –MIAS²¹ - *estas mesas están conformadas por actores y organizaciones sociales que pueden o no hacer parte de los dos grupos anteriores.*

Ahora, en esta investigación son tenidos en cuenta algunos actores del segundo grupo y las dos mesas del tercer grupo²², ya que son quienes comparten prácticas comunes que se expresan en las acciones colectivas²³, las formas de interacción, el discurso sobre la base del derecho fundamental a la salud y su acción por fuera de la esfera institucional.

La exploración realizada permitió encontrar que el segundo grupo esta integrado por organizaciones sociales que durante décadas han defendido derechos laborales de los trabajadores/as del sector salud y la salud como derecho²⁴ acciones que se enmarcan en los congresos nacionales por la salud y la seguridad social realizados en Bogotá (2001, 2004, 2009)²⁵ y que han influido en los procesos organizativos desarrollados en Medellín²⁶ algunas hicieron parte en los inicios de la MIAS y han aportado a la constitución del MSSM.

²² Más adelante se aborda en detalle quienes integran este grupo y cada una de las mesas

²³ Estas acciones en el marco de la contienda política desatada ante la propuesta de una nueva reformas al modelo de salud.

²⁴ Para leer más sobre el tema, consultar (Archila, 2003; Vélez, 2008; Uribe, 2009; Sánchez, 2009; Borrero, 2014,).

²⁵ Para un mayor detalle de los congresos consultar (Torres, 2013).

²⁶ Estos congresos siempre contaron con la presencia de representantes de organizaciones sociales, líderes, personal de la salud y académicos de la ciudad de Medellín que de una u otra forma replicaban las iniciativas y las propuestas acordadas en los congresos. Algunos de esos actores para efectos organizativos y favorecer la interlocución con el proceso nacional conformaron la MIAS.

Otro elemento importante es que, el surgimiento de la MA y la reagrupación de organizaciones sociales en la MIAS están relacionados con la declaratoria de emergencia social, de ahí que la emergencia social es un episodio²⁷ clave para el análisis de la constitución del MSSM.

La emergencia es un tipo de estado de excepción regulado por el artículo 215 de la Constitución Política Colombiana, es declarado por el presidente, con la firma de todos los ministros, cuando sobrevengan hechos distintos a los previstos para la conmoción interior o para el estado de guerra “y que perturben o amenacen perturbar en forma grave el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública”. Este estado puede ser declarado por períodos de hasta 30 días en cada caso, que sumados no podrán exceder los 90 días en el año calendario (Suelo & Cote, 2010).

La indagación encontró que unos meses antes de la declaratoria de emergencia social un informe brindado por la personería de Medellín hacía referencia a las precarias condiciones que presentaba la atención en salud en la ciudad de Medellín²⁸, también logro compilar las opiniones de algunos miembros de MNSS acerca la declaratoria de emergencia social, así como las acciones colectivas que se desencadenaron.

El informe de la Personería de Medellín se tituló *Tutelas como arroz*, en el se encontró que la Personería de Medellín atendía peticiones de elaboración de tutelas²⁹ que reclamaban el

²⁷ Hecho o suceso que junto con otros, con los que está relacionado, forma un todo o un conjunto

²⁸ Al hacer referencia de esta situación no se pretende profundizar en los impactos de las políticas públicas en salud en una ciudad como Medellín ya que desbordaría los alcances de esta investigación. Lo que se persigue es de alguna manera poner en evidencia parte de la realidad que en materia de acceso a los servicios de salud vivían los habitantes de la ciudad cuando se constituye el MSSM.

²⁹ La profesora Esperanza Echeverry pone en evidencia la problemática del sector salud, las barreras de acceso a los servicios, la vulneración del derecho a la salud y describe cómo la acción de tutela era utilizada por los ciudadanos como recurso judicial para solicitar protección del derecho a la salud Echeverry, (2013).

derecho a la salud y del 100% de las tutelas, un 74% tenían directa relación con este derecho: 25.966 tutelas en 2008 y 19.117 estudio realizado entre enero y febrero de 2009.

En Medellín se interponen tutelas por servicios hospitalarios (35%), cirugía (23%), exámenes (14%), lo No-POS (9%), copagos (7%), medicamentos (6%), solicitud de inclusión en el régimen subsidiado (5%). Para la Personería es claro que la entrega de un carnet de afiliación no garantiza el acceso a servicios de salud del Estado y que el derecho sigue vulnerándose El Pulso, (2009).

Recordemos que el modelo de salud en Colombia ha sido sometido a diferentes reformas que han contado con las oposiciones de diferentes sectores. En esa ocasión no se trató propiamente de una reforma, aunque para muchos analistas era lo que había detrás de las medidas propuestas.

Fue así como el 23 de diciembre del 2009 el país fue declarado por el entonces presidente y sus ministros en estado de emergencia social. Con esta declaratoria³⁰ se pretendía conjurar la grave crisis que afecta la viabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la cual amenaza de manera inminente, entre otros aspectos, la continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud, así como el goce efectivo del derecho fundamental del mismo Suelst & Cote, (2010).

Los decretos³¹ generaron en los diferentes sectores toda clase de expresiones tanto a favor como de rechazo desde. Aquí se hace referencia a los detractores³² de la medida ya que son quienes inciden o hacen parte del MSSM.

³⁰ Decretos 4975 de 2010 por medio del cual el Gobierno Nacional declaró el estado de emergencia social en todo el territorio nacional por el término de treinta (30) días con el propósito de conjurar la grave crisis que afecta la viabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que amenaza con la parálisis en la prestación del servicio de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de todos los habitantes del territorio nacional (Resolución, 2010).

³¹ Aquí, no nos detendremos para profundizar sobre los decretos de emergencia social ni para evaluar la medida; sólo se abordan los elementos que se consideren relevantes para el propósito trazado. De ahí que concentramos la atención fundamentalmente en los hechos que enmarcan la conformación y la reactivación de las mesas.

³² Esto se explica toda vez que quienes hacen parte del MSSM estaban en desacuerdo con la emergencia social y sus decretos.

La emergencia es antidemocrática, antitécnica, con artículos sumamente lesivos para la población y los profesionales de la salud, que ignoran los problemas centrales del sistema y sólo tratan de resolver asuntos financieros y proteger a algunos actores, olvidando al sujeto principal del sistema: la población Yepes, (2010).

Según Mario Hernández, miembro del MNSSS, “no hay que dejarse confundir. Las medidas de Emergencia Social, que en apariencia ponen en cintura a todos los actores del sistema, en realidad lo que buscan es proteger el negocio de la salud, en detrimento de los usuarios” (2010).

Se conocieron un sinnúmero de comunicados que aparecieron en todos los medios de comunicación y las redes sociales, se realizaron eventos académicos y cartas dirigidas a la Corte Constitucional, además de demandas de inconstitucionalidad. Las protestas sociales fueron las más notorias, pues pacientes, médicos, estudiantes universitarios, miembros de organizaciones sociales y personas que nunca habían participado de movilización alguna recorrieron las calles de las principales ciudades del país, para exigir el desmonte de los decretos amparados bajo la emergencia social, configurando un

Episodios de contienda transgresora, las cuales involucran a la sociedad en su conjunto; asumen como contradictor especialmente al Estado en sus diversos niveles; son desarrolladas generalmente por actores que no acceden al poder; e implican un reto hacia las autoridades políticas dominantes Borrero, (2013).

Fue así como el 6 de febrero de 2010 algunos medios de comunicación hablaron de 15.000 personas en las calles de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena, Manizales, Ibagué, Villavicencio, Armenia, Cúcuta, Santa Marta, Pereira, Tunja y Neiva. En el caso particular de Medellín se llegó a estimar que participaron 2.000 personas.

A la presión social se sumó la decisión de la Corte Constitucional que en el mes de abril de 2010 le cerró el paso al Gobierno Nacional al declarar la emergencia social como inexecutable³³. Entre otras razones, se argumentó que la mera invocación de un problema estructural no autoriza la declaración del estado de excepción, y por ello se prohíbe su utilización para resolver asuntos crónicos, *sin que ello quiera decir en modo alguno que éstos deban quedar huérfanos de consideración por parte de las autoridades*, como son, en este caso, los problemas financieros del SGSSS.

Una breve síntesis permite observar que la contienda política que por décadas ha tenido enfrentados al sector de la salud y al Estado colombiano³⁴, dio lugar, en el período de enero a abril de 2010, a un sinnúmero de acciones contenciosas como marchas, mítines, plantones, huelgas y otras acciones no contenciosas como foros, conversatorios, demandas de inconstitucionalidad ante la corte y un sinnúmero de comunicados a la opinión pública, acciones coordinadas o acompañadas por organizaciones sociales, sindicatos y trabajadores del sector salud, partidos políticos, académicos, estudiantes y personas independientes.

Cabe anotar que las convocatorias a estas movilizaciones en particular fueron fruto de los análisis realizados por académicos, investigadores y algunos miembros de las organizaciones sociales y sindicales que históricamente han exigido el derecho a la salud. Estos encendieron las alertas sobre las implicaciones de los decretos y realizaron críticas al hecho de hacer tal declaratoria en el periodo de celebraciones navideñas, una especie de ardid de parte del gobierno.

³³ Clase de sentencia emitida por la Corte Constitucional en la que se manifiesta que esa ley es contraria a la Constitución Nacional y por lo tanto debe desaparecer total o parcialmente del orden jurídico. <http://www.senado.gov.co/glosario/Glosario-1/I/Inexecutable-19/>. Consultado 16 de oct. de 2018.

³⁴ Para una mayor profundización, consultar Uribe (2009).

La red social *Facebook*³⁵ jugó un papel importante ya que desde ahí se convocó a las marchas; según uno de los miembros de la MIAS “*no importaba quién convocara, todos estábamos listos para salir a la hora que fuera*” Este fue un momento que favoreció una nueva etapa de cohesión del movimiento social por la salud en varias ciudades del país.

4.2 El papel de las Mesas en la constitución del Movimiento Social por la Salud de Medellín³⁶

Se inicia el recorrido con los actores y las acciones que posibilitaron el surgimiento de la Mesa Antioquia Alianza por la Transformación del Sistema de Salud de los Colombianos, más conocida como la Mesa Antioquia –MA-, continuando con los actores y las acciones que conducen a la reagrupación de varias organizaciones en la Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como derecho fundamental MIAS.

4.2.1 El surgimiento de la Mesa Antioquia.

Nace de manera oficial en el año 2010, pero durante 2009 existió un proceso que marcó su origen³⁷. Antes de la Mesa Antioquia en Medellín hubo un espacio convocado por la Secretaría de Salud de Medellín...

“ese espacio se llamaba *análisis del funcionamiento del sistema de salud*, se hacía una reunión mensual, los invitados éramos actores del sistema de salud, nos reuníamos en torno a un

³⁵ Las redes sociales se están convirtiendo en un espacio de movilización social. Tal es el caso del grupo “[marcha del 6 de febrero contra los decretos de emergencia social 2010](https://www.semana.com/nacion/problemas-sociales/articulo/convocan-marcha-contra-decretos-emergencia-social/112668-3)” que el martes ya contaba con 32.000 miembros. Publicado en <https://www.semana.com/nacion/problemas-sociales/articulo/convocan-marcha-contra-decretos-emergencia-social/112668-3>. Consultado el 16 oct. de 2018.

³⁶ La Mesa Antioquia por la Transformación del Sistema de Salud Colombiano, es un colectivo de actores sociales: - sociedad civil, comunidad organizada, académicos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que con principios éticos y de justicia social, moviliza ideas y propone alternativas para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población colombiana, que promueve el análisis permanente del funcionamiento y los resultados del SGSSS.

³⁷ Algunos de los integrantes de esta mesa hicieron parte de un grupo que se reunía en ASMEDAS y que más adelante describimos con mayor claridad.

tema en especial, algunos hablaban, otros interpelaban y ahí se iba la reunión” (Luis Alberto Martínez, director ejecutivo de AESA, Medellín, marzo de 2018).

Luego de los decretos de emergencia social y su posterior declaratoria de inexecutable, este grupo de personas se reúne de nuevo con una intencionalidad más definida. Para Martínez (2018), “después de que se cae la emergencia social, el país entra como en un dilema y es si el sistema de salud necesita una reforma ordinaria o una reforma estatutaria”. A partir de esa premisa y con la suficiente motivación, este grupo de personas se dedica a escribir y a estructurar una propuesta de reforma al sistema de salud.

El grupo consolida la propuesta de reforma sobre la base de tres componentes: la rectoría del sistema, la financiación y el flujo de recursos, y una propuesta de prestación de servicios de salud a través de redes integrales de servicios de salud.

El grupo fue convocado a una audiencia pública³⁸, por sugerencia de algunos congresistas de la Comisión Séptima del Senado el grupo, el 1° de octubre de 2010, que se realizó en la ciudad de Medellín. Allí presentaron el proyecto de reforma, con el fin de que fuera incluido en un proyecto de ley que cursaba en el Senado. Fue en ese evento donde el grupo se presentó de forma oficial como Mesa Antioquia.

Cabe señalar que la propuesta de reforma que llevó la MA no se tuvo en cuenta, pero ese ejercicio práctico de elaborar, proponer un modelo de salud y convertirlo en proyecto de ley se convirtió en una práctica que definió las acciones de este grupo.

Desde su creación la mesa ha estado conformada por representantes de entidades públicas y privadas. Muchas de ellas, al momento de la investigación, ya no son parte del proceso, como es el caso de las secretarías de salud de Antioquia y de Medellín, el Área Metropolitana, la

³⁸ Las audiencias públicas son espacios donde los congresistas socializan y discuten con la ciudadanía proyectos de ley y temas de interés nacional y regional.

cooperativa de hospitales, algunas clínicas privadas, Comfama, Comfenalco, asociaciones de usuarios y veedurías ciudadanas.

Desde su inicio asisten de forma constante la Personería de Medellín (el observatorio de derechos humanos y la veeduría), la Facultad Nacional de Salud Pública FNSP, varias facultades de medicina de diferentes universidades privadas, la Asociación de Empresas Sociales del Estado³⁹ -AESA-. Ocasionalmente asiste un representante de Savia Salud⁴⁰, el editor del periódico *El Pulso* y de forma intermitente han asistido dirigentes políticos de diferentes partidos.

Organizativamente se ha establecido un día y una hora para la realización de las reuniones. AESA⁴¹ proporciona, además de un ejecutivo que coordina las acciones de la mesa, el espacio físico para las reuniones ordinarias. Cuando realizan acciones colectivas como foros, conversatorios, etc., recurren a los espacios físicos que pueden proporcionar las demás organizaciones. Han ido adoptando una forma organizativa que se ha construido de acuerdo a las necesidades y los retos que se van presentando.

Por lo tanto, elaboran actas y tienen visión, misión y logo, elementos que favorecen la estructura organizativa del grupo. Las decisiones se toman por consenso, lo que ha favorecido la interacción ante actores con intereses tan diversos. Dichos consensos son importantes toda vez que median el funcionamiento⁴² y son la plataforma teórica de la mesa.⁴³

³⁹ Entidad sin ánimo de lucro que agremia a toda la red pública hospitalaria del departamento y cuyo objetivo principal es el de representar a sus asociados en todos los espacios. Los asociados son 118 hospitales y uno del departamento del Chocó, a los cuales también asesora y capacita.

⁴⁰ EPS, entidad aseguradora de carácter mixto con afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, siendo el más representativo el subsidiado con presencia en 116 municipios que representan el 93% del total de municipios de Antioquia.

⁴¹ La participación de AESA en la mesa está en una de sus líneas estratégicas.

⁴² La mesa opera de manera informal, aunque en varias ocasiones se ha discutido la legalización entre los miembros; en esta decisión aún no hay consenso.

⁴³ Al momento de la investigación se plantean algunos ajustes en varios de los consensos que tienen adoptados; esos ajustes obedecen a los cambios en el modelo de salud y dado que algunas cosas ya se han dado o se han

“Nos han invitado a varios espacios que hacemos, vamos a los consensos y ahí sacamos la plataforma teórica desde donde nos paramos” (Luis Alberto Martínez, director ejecutivo de AESA, Medellín, marzo de 2018).

La formación hace parte del proceso interno y busca avanzar en la cualificación de los miembros, tener la posibilidad de un lenguaje común y construir los consensos. De esta manera, se han formado sobre derechos sociales y derechos fundamentales, economía de la salud, experiencias internacionales de sistemas de salud y formación de redes integradas de servicios de salud.

Del proceso de formación en redes integradas de servicios de salud recibido por los miembros de la MA salieron dos productos, un libro y un proyecto de decreto⁴⁴. Estos procesos de formación han contado con el aporte de los miembros de la mesa que contribuyen desde sus conocimientos y capacidades propias o desde las líneas de trabajo de las instituciones que representan⁴⁵.

transformado en el tiempo. Como hay temas en los cuales no hay consenso se plantea algo de forma muy general para evitar rupturas entre los miembros por esos temas. Por ejemplo, financiación. Algunos defienden que la financiación del sistema debe ser por impuestos generales, mientras hay otros que defienden que sea por impuestos a la nómina; en esos casos se opta por redactar un texto general, una especie de lugar común que permita que el tema sea explorado en otro momento.

A 2017 había consenso en temas como la línea de aseguramiento social en salud (seguro nacional de salud descentralizado), la definición de lo que entienden por aseguramiento social y se crean unas entidades descentralizadas de seguridad social en salud de carácter departamental, que administren la totalidad de recursos de la unidad de pago por capitación de ese territorio, recursos con destinación específica y sin unidad de caja. Se podrán hacer convenios de cooperación entre departamentos.

A 2018 se plantea así: las entidades descentralizadas en seguridad social en salud tendrán gobiernos colegiados con representación de los trabajadores, académicos, empresarios, proveedores de servicios, academia. Lo anterior implica que la administración del sistema no se puede delegar a particulares, es responsabilidad exclusiva del estado, eliminación de la figura de EPS, es decir, no hay intermediación.

Para llegar a la construcción de entidades descentralizadas se presentó debate del orden nacional centrado en el manejo de los recursos, se logró acuerdo en la reforma de ADRES con giro directo para el manejo del recurso que fortalezca las redes.

En cuanto al derecho fundamental hay consensos que se construyeron desde los primeros encuentros.

⁴⁴ Decreto reglamentario de los artículos del 60 al 64 de la Ley 1438 de 2011.

⁴⁵ Es el caso del observatorio de la Personería de Medellín que, desde los diplomados, contribuye con los procesos de formación.

“Mucha gente no sabe de este tema de sistemas de salud, entonces hemos tenido que hacer un proceso de nivelación, tema es clave en los consensos” (L.Martínez, comunicación personal, marzo de 2018).

Ahora bien, una de las metas de la mesa es influir en las políticas públicas. Para ello cuenta con tres estrategias, que tienen su plan de acción. Las estrategias son: mediática, orientada a mostrar las fallas del sistema; el litigio jurídico, por medio del cual se demandan las normas que contradicen otras normas, por ejemplo, normas que ponen en riesgo el acceso al servicio o el desempeño administrativo de los hospitales y se vigila que los decretos expedidos no vayan en contravía de la ley estatutaria⁴⁶, la tercera estrategia; incidencia política, se hacen o revisan proyectos de ley y su articulado, al igual que decretos reglamentarios, con el ánimo de que lo propuesto sea acogido por el legislador.

De ahí que, los proyectos de ley que se radican en el Congreso y las normas que se aprueban pasan por el escrutinio de los actores de la mesa, se discuten y recogen las diversas opiniones para hacer sugerencias a los congresistas. En ese orden de ideas, han radicado proyectos de ley y propuesto articulados y decretos por iniciativa propia o por sugerencia de algún congresista.

Ahora, como se dijo anteriormente, el grupo participó por primera vez de forma oficial a nombre de la mesa en un debate legislativo en el año 2010, donde trató de incidir con una propuesta de reforma al SGSSS, la cual fue desestimada⁴⁷; no obstante, fue el primero de muchos intentos que a la fecha se han generado en la búsqueda de la incidencia en las políticas públicas.

Es así como, en el mismo año 2010, el grupo con las destrezas adquiridas y a partir la propuesta de un senador antioqueño, elaboran un proyecto de ley para presentarlo en el Congreso. De nuevo se dedican a escribir y sobre la marcha tratan de resolver si lo ideal es una

⁴⁶ Ley estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

⁴⁷ Recordemos que la MA participó de la audiencia pública realizada en Medellín; para ese entonces la presidenta del Senado era Dilian Francisca Toro y quien según Matinés desestimó la propuesta de los integrantes de la MA.

ley orgánica o estatutaria. Dentro del grupo hubo una corriente muy fuerte que insistió que era mejor la ley estatutaria. Esta posición se impuso con el argumento de que había sido una sugerencia de la Corte Constitucional, con ocasión de la Sentencia T 760 de 2008⁴⁸, que consideraba necesaria una ley estatutaria para regular el derecho a las salud.

Fue así como el grupo trabajó en la elaboración de un proyecto de ley estatutaria que fue radicado en el Congreso antes de terminar el año 2010. Para ese momento se contaba con la mediación de cuatro congresistas antioqueños. Ese proyecto tampoco pasó. No obstante, el grupo trabajó sobre un proyecto de ley ordinaria.

Para ese entonces, cursaba un proyecto de ley ordinaria en el Congreso, presentado por unos congresistas de Santander, que habían logrado avances. A este se le sumaron elementos del proyecto que se había socializado unos meses antes en la audiencia pública de Medellín. Al grupo de la MA le proponen adicionar su articulado en ese proyecto de ley y se logra radicar. Luego de las discusiones en el Congreso salió la Ley 1438 de 2011, con gran parte de los contenidos que se trabajaron en la MA.

⁴⁸ Dicha sentencia es producto de los múltiples fallos de tutela sometidos a la revisión de la Corte Constitucional, en donde ésta ha encontrado que la mayoría de las acciones de tutela interpuestas se refieren o versan sobre el derecho a la salud y que la mayoría de éstas tiene que ver con el acceso a servicios de salud incluidos en los planes obligatorios de salud. (Navarrete & Acosta, 2009).

Gráfico 1 Artículos que propuso la MA y que fueron incorporados a la Ley 1438 de 2011.

<p>Art 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de atención primaria en salud 	<p>Art 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás 	<p>Art 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan decenal de salud pública.
<p>Art 13</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria 	<p>Art 15</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos básicos de salud 	<p>Art 29</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giro directo del régimen subsidiado
<p>Art del 60 al 64</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redes integradas de servicios de salud 	<p>Art 78</p> <ul style="list-style-type: none"> • el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito público y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y cancelarán el pasivo prestacional 	<p>Art 86</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política farmacéutica de insumos y dispositivos médicos

Fuente: elaboración propia.

Luego de la aprobación de la Ley 1438 los integrantes de la MA elaboraron propuestas de decretos reglamentarios para dicha ley, las cuales se presentaron dos veces en sociedad, una vez ante el viceministro de Salud en el año 2012 y una ante el coordinador de la reglamentación, en un proceso que se adelantaba desde el Ministerio de Salud. La metodología se basó en submesas⁴⁹. Allí se presentó el documento marco para esa reglamentación; también, entró un nuevo ministro, Alejandro Gaviria⁵⁰. Según Martínez...

“Este Ministro engavetó la 1438 y empezó a hacer cosas contrarias a la misma, inclusive en la reglamentación, como ejemplo la resolución 1441 de 2016 en donde modifica las redes y presenta unas redes distintas a las planteadas por la ley 1438, las redes integrales de prestación de servicios de salud –RIPS– las redes de la 1438 son las Redes Integrales de Servicios de Salud –RISS– un concepto completamente diferente, ya que las propuestas por el ministro no tienen que ser territoriales, no cuentan con un modelo de atención primaria en salud como lo plantea la 1438 y lo principal es que se hace el Estado a un lado y quienes las conforman son las EPS. Esa resolución fue demanda⁵¹, en la demanda se pidieron medidas cautelares que a la fecha de la investigación no han sido otorgadas, pero tampoco las han negado, están encartados con eso en el Ministerio”. (L. Martínez, marzo de 2018).

⁴⁹ Submesa del Ministerio de Salud. Luis Alberto Martínez coordinaba la de prestación de servicios de salud.

⁵⁰ Inicia su ministerio el 3 de septiembre de 2012 hasta el 6 de agosto de 2018.

⁵¹ La demanda fue instaurada por la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESA) junto con la Mesa Antioquia por la Transformación del Sistema de Salud.

De otro lado, como parte de la estrategia comunicacional de la MA, se realiza un foro una vez al año, independiente de los que se realicen en las coyunturas. Ese foro tiene por nombre Presente y Futuro del Sistema General de Salud. En esa ocasión se realizó el 14 de diciembre de 2012 en la FNSP y se contó con la presencia del ministro Gaviria.

Ahí, nos dimos cuenta de que no iba a seguir con esa reglamentación y la Ley 1438 quedó medio muerta. (L.Martínez, comunicación personal, 2018).

4.2.2 La Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como derecho fundamental–MIAS.

La Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud la MIAS, se origina en una reunión realizada en la ciudad de Bogotá⁵², en la que participaron docentes universitarios y líderes sociales y sindicales de la ciudad de Medellín, que decidieron generar un proceso de articulación amplio.

La propuesta era que llegaran otros sectores sociales y otras organizaciones sindicales, así como actores vinculados con la academia y el sector salud, gente que desde diferentes escenarios estuvieran dispuestos a luchar por un modelo de salud diferente. (Fabio Henao, Médico Metro Salud y miembro del sindicato Asmetrosalud, Medellín, marzo de 2018)

4.2.2.1 La MIAS un espacio de reagrupación de organizaciones sociales

Las primeras reuniones se convocaron en la sede de ASMEDAS. Llegaron académicos, funcionarios públicos, administradores de IPS públicas y privadas, docentes universitarios, pacientes, asociaciones de usuarios y líderes de organizaciones sindicales y sociales; estos

⁵² Posteriores al primer congreso donde se definió constituir el MNSSS con un criterio de participación amplia, democrática y plural, respetando la diversidad de formas de organización social existentes, con una organización horizontal más que piramidal, con flexibilidad en la composición de las instancias de decisión, con amplia representación de todos los sectores sociales, étnicos, políticos y académicos, con niveles nacional, regional y local y con amplia representación regional y local en el ámbito nacional. (Torres, 2011).

últimos con trayectoria en la lucha social y política. Algunos/as no se sintieron a gusto en el espacio propuesto y decidieron marginarse del proceso⁵³.

De ahí que, inicialmente la mesa se conformara de actores que participaban activamente de las luchas por la defensa de la red pública hospitalaria, de los derechos de pacientes y de los trabajadores de la salud; también, de antiguos empleados del ISS, líderes sociales como la Asociación de Usuarios de la Salud ASUDESSA⁵⁴, ASMEDAS y docentes universitarios particularmente de la FNSP.

Estos actores, en su mayoría, pusieron en práctica diferentes repertorios de acción para evidenciar sus exigencias por el derecho a la salud y resistir⁵⁵ ante el convulsionado panorama vivido en una ciudad que limitaba las condiciones de seguridad, particularmente de los dirigentes sindicales y los líderes/esas sociales.

De nuevo se presentó un período de confinamiento de la lucha social, toda vez que el conflicto social y político⁵⁶ estaba pasando por un orden ilegal alterno⁵⁷ y eso hizo que, pese a esas condiciones, los actores se ideaban diferentes formas para mantenerse en contacto ya que existían entre ellos lazos de solidaridad producto de anteriores procesos y luchas sociales de mediana y larga duración como es el caso de los trabajadores/as del ISS y de los hospitales públicos, particularmente los que hacían parte de procesos de sindicalización, además de organizaciones sociales y ONG particularmente con trayectoria en la defensa de derechos humanos y académicos con posturas críticas en cuanto al modelo de salud.

⁵³ Algunos de estos actores se continúan reuniendo en otros lugares y en el año 2010 conforman la Mesa Antioquia.

⁵⁴ Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud; Organización social defensora del derecho fundamental a la salud que nace en 1999.

⁵⁵ La resistencia, entendida como lógica de acción colectiva, se dirige contra el poder cualquiera sea la naturaleza y dimensiones de éste, bien sea estatal o no estatal, político o de cualquier otro tipo. Así mismo, la resistencia puede ser armada o no armada, abierta o simulada, pública o soterrada, confrontacional o indirecta, de horizonte emancipatorio o puramente reivindicativo (Nieto, 2009).

⁵⁶ Para una mayor profundización en el tema, remitirse a Dávila, (2016).

⁵⁷ Informe de la ONG Human Rights Watch (2010), citado por Dávila.

Las acciones que se realizaban eran localizadas, los sindicatos del sector salud cada uno enfrentaba su propia lucha y a veces los de salud pública nos invitaban a conversatorios y foros (C. Cañas, comunicación personal, 2018).

Es así como, en otro intento por reactivar los procesos sociales en la ciudad de Medellín, se dinamiza una iniciativa nacida en la ciudad de Bogotá, se trata de la realización de un campamento humanitario que se llevó a cabo los días 29 y 30 de agosto del 2007. De ello se encargaron varias organizaciones, incluidas unas de segundo nivel⁵⁸.

La realización del campamento significó la visibilización del movimiento, la posibilidad de poner en el espacio de lo público las dificultades por las que estaban pasando pacientes y trabajadores del sector salud y la articulación con otros procesos sociales que en la ciudad exigían fundamentalmente condiciones de vida digna.

Dada la complejidad de la negación del derecho a la salud y la desmejora de condiciones laborales para los trabajadores/as del sector y por medio de ese nuevo momento de articulación con otras organizaciones sociales, en el año 2009 se realiza en la ciudad Medellín entre el 3 y el 11 de octubre el Foro Social 2009: “Por la Vida, la Dignidad y la Identidad Popular - Nuestros Territorios son posibles sin Miseria, ni Exclusión”. El campamento y el foro participaron organizaciones que hacían parte de la MIAS.

Un mes después, en la ciudad de Bogotá, se realiza el tercer Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social del 12 al 14 de noviembre, al que asiste una importante delegación de Medellín. Al mes siguiente, se declara la emergencia social, hecho que tensiona fuertemente la

⁵⁸ Una organización de segundo nivel surge cuando dos o más organizaciones de primer nivel se unen para integrar esfuerzos, coordinar acciones y alcanzar objetivos comunes más amplios.

contienda política que confronta al Estado y al sector de la salud desde la promulgación de la ley 100 en el año 1993.

Como ya se expresó anteriormente, ante la declaratoria de emergencia social, la respuesta de los diferentes sectores no se hizo esperar: “los decretos nos tiraron a todos a la calle”⁵⁹,⁶⁰ este hecho posibilitó la reagrupación de varios actores entorno al *paseo de la muerte*⁶¹.

Un recorrido que realizan por los alrededores de la FNSP el médico y docente Fabio Henao con unos estudiantes de salud pública que hacían parte de un consultorio que surgió por iniciativa de FNSP y que funcionaba desde el año 2001 en la facultad de medicina, el consultorio había sido *conformado para adelantar procesos jurídicos acciones de tutela, derechos de petición, acciones de desacato* en beneficio de los pacientes que no encontraban respuesta en el sistema de salud García & Betancur, (2013).

Desde este consultorio jurídico se presentó una acción popular⁶² en contra de la gobernación de Antioquia, en ella se le exigía atención en condiciones dignas a los pacientes del régimen subsidiado que eran remitidos de otros municipios a la ciudad de Medellín, esta acción fue fallada a favor de los accionantes.

Según uno de los accionantes esa medida traía una cosa bien interesante, que nunca hemos desarrollado y es una especie de comisión que le haga seguimiento al cumplimiento. (F.Henao, comunicación telefónica, 2019)

⁵⁹ Expresión realizada por el presidente ASMEDAS en una conferencia sobre análisis de coyuntura en la sede del Polo Democrático Alternativo, 17 de mayo de 2015.

⁶⁰ El término “nos tiraron a todos a la calle”, es empleado para expresar que todas las organizaciones y personas salieron a las calles a marchar independientemente de cuál era su reivindicación, todos se sintieron aludidos.

⁶¹ Es la forma empleada para referirse al recorrido al que se ven obligados los pacientes cuando no son aceptados por diferentes razones en los servicios de urgencias y van de hospital en hospital de clínica en clínica buscando atención, en este recorrido muchos pacientes han perdido la vida.

⁶² La acción popular es uno de los mecanismos de protección de los derechos e intereses colectivos que las personas pueden invocar, cuando posiblemente se le vaya a vulnerar un derecho o para evitar un perjuicio o un daño es decir, para estos casos la vulneración al derecho no ha ocurrido pero si no se previene mediante la acción popular posiblemente se vulneren los derechos e intereses colectivos.

El paseo de la muerte consistía en un recorrido que realizaban todos los martes a mediodía, varios estudiantes de medicina, algunos líderes del movimiento estudiantil acompañados del docente y algunas personas que habían sido atendidas en el consultorio jurídico, con el fin de denunciar el sistema de salud y particularmente la Ley 100 de 1993. Fue así como, sin proponérselo, fueron el germen de *la MIAS* un espacio de protesta pacífica que aún se conserva.

Luego llega la declaratoria de inexecutable de los decretos de emergencia social. Al grupo se va sumando diversidad de actores que hicieron parte de las movilizaciones en contra de los decretos y organizaciones defensoras de derechos humanos y de pacientes, sindicatos, agremiaciones y demás. Así, con el concurso de todos, el espacio se transformó en un plantón permanente que adoptó el nombre del Martes por la Salud^{63,64}.

El proceso avanzaba liderado por Fabio Henao, quien luchaba por consolidar la MIAS. El 6 de agosto de 2011 se realizó un encuentro de orden departamental⁶⁵ con la consigna *pasemos de la indignación a la acción*, donde el Martes por la Salud es presentado como una experiencia exitosa de unidad y resistencia entorno a la defensa de la salud como derecho fundamental. Fue así como en una especie de fusión la MIAS, asume la coordinación de las acciones realizadas en el Martes por la Salud⁶⁶. “Al martes, cada uno llegaba y aportaba un tema, no había libreto, se cantaban consignas, se hacían denuncias de casos y teníamos volante y boletín (ver anexo 3.4) y hasta se leía poesía” (M.Henao, comunicación telefónica, marzo de 2019).

⁶³ Ese nombre se toma para evocar un espacio de debate académico que marcó un hito en la ciudad y que tenía por nombre el Martes del Paraninfo.

⁶⁴ La presentación más detallada acerca de la historia del martes por la salud en García & Betancur (2013).

⁶⁵ A este evento asistieron, además de las organizaciones del sector salud, una gran diversidad de organizaciones sociales que lideraban procesos en la ciudad que, si bien no estaban vinculados con el sector salud, sí avanzaban en la articulación de la defensa de la salud como parte de sus reivindicaciones; algunas de ellas ya habían hecho parte de la organización del campamento humanitario y del foro social en 2009.

⁶⁶ Para esa época ya La COMOSOC y Fundayama asistían a las reuniones de la MIAS y meses más tarde llega FEMPA.

La primera tarea de la que participó la MIAS y cuyo principal escenario es el Martes por la Salud lo constituyó la campaña *Octava papeleta voz y voto por tus derechos*⁶⁷, liderada por la Coalición de Movimientos y Organizaciones Sociales COMOSOC⁶⁸. Esta última es una organización que desde el año 2010 hizo parte activa de la MIAS y asistió a los Martes por la Salud. La campaña consistió en promover una papeleta adicional con un conteo propio en las elecciones del 30 de octubre de 2011, un mecanismo con el que se pretendió generar un hecho político de gran impacto.

Esta campaña se inició a nivel nacional en el año 2010. Con ella, fundamentalmente, se buscaba concientizar a la población acerca de sus derechos; además, que por medio de esa 8.^a papeleta se permitiría a una porción importante del pueblo colombiano expresarse a favor de un sistema de seguridad social, universal, público, equitativo e integral.

Si bien la iniciativa popular no fue acogida por la Registraduría Nacional, sí fue una gran labor de pedagogía ciudadana y de articulación de trabajo conjunto, que en el caso de la ciudad de Medellín fue asumida por las organizaciones que constituyen la MIAS y por los miembros de la COMOSOC en Antioquia.

La campaña se acompañó, entre muchas otras, de acciones pedagógicas desde el voz a voz. Se buscaba llegar a la gente y explicarle por qué la salud es un derecho. [...] Antioquia fue la que más votos puso y una razón es porque logramos hacer la acción de forma articulada con la mesa, para la COMOSOC la mesa ha sido un gran enlace ya que ha permitido que trabajemos juntos (S. Hoyos, Miembro COMOSOC y MIAS, Medellín, mayo de 2018).

En medio de este proceso, el Martes por la Salud debió cambiar de lugar de reunión, pues el plantón se realizaba en un sector conocido como el triángulo de la salud, una esquina donde

⁶⁷ Es una papeleta adicional, en alusión al mecanismo utilizado en 1990 para legitimar la convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente que sustituyó la Carta Política Colombiana en 1991.

⁶⁸ De esta coalición de movimientos sociales hace parte el MNSSS.

convergen la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, la entrada principal del Hospital San Vicente de Paúl y, en aquella época, la antigua sede del Seguro Social. Esta última era un edificio en ruinas que debió ser demolido para darle paso a la construcción del Parque de la Vida. Como el plantón se realizaba justo en el andén de este último edificio, se debía reubicar.

Para algunos el cambio de lugar no fue un tránsito fácil, pues generó nostalgia ante todo por lo simbólico del lugar.

A mí sí me dio nostalgia, era el lugar de muchos años, allá llegábamos, conversábamos, prendíamos las velitas y nos dábamos cuenta de todo lo que había en la ciudad para aprender de salud, y yo sé que el doctor Fabio no dijo nada, por no desanimarnos, pero a él también le debe haber dado duro (P. Gómez, comunicación personal, 2018).

Para otros/as el cambio de lugar fue visto de manera positiva y es así como desde noviembre del 2011 el plantón se realiza en el Parque de Berrío. Se conserva el día y la hora y por sugerencia de unos médicos que asistían al martes por la salud se decide hacer una planeación de los temas a denunciar y así el martes adquiere una nueva lógica.

Meses después se consolida un proceso importante en términos de articulación de organizaciones sociales del que la MIAS hizo parte. En el año 2012 diversas organizaciones sociales, a nivel nacional, generaron dos hechos de gran importancia. Se conformó la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud⁶⁹ –ANSA– y se presentaron iniciativas legislativas al Congreso de la República. Para esta iniciativa se contó con el respaldo de 92 organizaciones sociales, sindicales, comunitarias, étnicas, de pacientes, de profesionales y trabajadores de la salud, de académicos, estudiantes universitarios y gremios⁷⁰ y el acompañamiento de la comisión

⁶⁹ Esta alianza era fundamentalmente conformada por las organizaciones que habían liderado los congresos por la salud y la seguridad social y que promovieron diferentes acciones colectivas que dieron cuenta de la existencia de un movimiento social por la salud en Colombia.

⁷⁰ De acuerdo con la información obtenida en un volante informativo de la ANSA se habló de 92 organizaciones.

de seguimiento a la sentencia T 760 de 2008, además de 18 congresistas de 6 partidos políticos diferentes.

Fue así como, en el año 2012, se radicó ante el Congreso un proyecto de ley estatutaria y uno de ley ordinaria. Esta última recogió un proceso que en esa misma materia venía adelantando el senador Luis Carlos Avellaneda.

“La ANSA lo que busca con estos proyectos es derogar la Ley 100 de 1993 y todas aquellas leyes que intentaron ajustes sin salirse de ese modelo, como las leyes 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011” (Hernadéz, 2012. p. 2), pero los proyectos de ley fueron archivados sin haber sido discutidos en el Congreso. Para algunos actores sociales la ANSA ha sido el proceso que ha logrado la mayor convergencia de organizaciones y actores sociales y políticos en torno al derecho a la salud.

En el caso de Medellín, en respaldo a la ANSA, se logró la confluencia de más de 20 organizaciones y varias personas que de manera independiente manifestaban interés por la transformación del modelo de salud y se reunían en torno a lo que llamaron Mesa Nacional por la Salud Capítulo Antioquia⁷¹. La MIAS hizo las veces de eje articulador de los diferentes actores.

Luego de este proceso y de la mano con nuevas dinámicas surgidas del *Martes por la Salud*, la MIAS se va afianzando y para el año 2014 se consolida un antiguo espacio de formación, *La Escuela Popular de Líderes en Salud*. Surge el programa radial, *Salud para Todos* y se gesta una obra de teatro *La Feria de la Salud*. (Ver anexos 5.6.7.8).

A manera de síntesis: El anterior recorrido permite concluir que las dos mesas nacen fruto de los cuestionamientos que se le hacen al modelo de salud por su falta de capacidad de respuesta

⁷¹ Las organizaciones y personas que a título individual hicieron parte de esta mesa en su mayoría habían asistido años atrás a los congresos de salud y seguridad social, realizados en la ciudad de Bogotá.

materializada en la desatención de los pacientes, pero que se distancian porque, tanto la interpretación de las causas del problema, como los métodos para abordarlos que actores con diferentes intereses y tanto la MA como la MIAS surgen producto de las acciones colectivas de unos actores que comparten la inconformidad con el sistema de salud colombiano y que consideran necesario y oportuno generar procesos organizativos para responder a la coyuntura. Desde orillas, orígenes y agendas muy distintas, aunque puntualmente haya convergencias

Ahora, la convergencias de las dos mesas

Esta observación permitió comprender cómo los/as integrantes de la MA, mediante el ejercicio constante de la elaboración de proyectos de ley y la revisión de normas, avanzan en el proceso que les permite influir en las políticas públicas.

La mayoría de los miembros de la MA ocupan o han ocupado cargos públicos y privados en el sector salud o en la academia, que los han posicionado como consultores en políticas de salud. El anterior es un reconocimiento que legitima la mayoría de sus propuestas y favorece sus acciones de lobby.

El plantón del *Martes por la Salud*, la convocatoria y participación activa de las movilizaciones permitió a los integrantes del MIAS reafirmar, en el Congreso, su carácter de eje articulador de procesos sociales y escenario de denuncia ante la negación del derecho a la salud. El plantón como acto reiterativo en el espacio público, además de consolidar mensajes fruto del análisis de diferentes situaciones que afectan a la sociedad y que fueron analizadas por cada uno de sus miembros, les ha otorgado un reconocimiento importante de parte de las organizaciones sociales con las que se articulan procesos y se adelantan actividades puntuales⁷²; además, el

⁷² Varias de estas organizaciones sociales son invitadas al escenario del martes por la salud para que informen o denuncien diferentes situaciones que afectan a los sectores que representan.

hecho de que sus miembros sean parte de diferentes procesos sociales le otorga legitimidad a la forma de sus AC, ya sean contenciosas o no.

Un hecho importante en la historia de la MIAS ocurre a finales de 2018. El Gobierno Nacional crea en 2017 el Modelo Integrado de Atención en Salud y emplea como sigla el MIAS. Para algunos actores de la Mesa tener la misma sigla que el Modelo del gobierno (con el cual se está en oposición) podía generar en las personas una especie de confusión. *No queremos que nos relacionen con el modelo de salud, es mejor que pensemos algo diferente*, así el nombre de la mesa paso a ser Mesa por la Salud y la Seguridad Social de Antioquia y la sigla paso a ser MSSSA. Cabe señalar que este nuevo nombre no ha logrado reconocimiento, pues la mayoría de las personas identifican a la MIAS como la organización que realiza el Martes por la Salud.

4.3 Del interés compartido a la acción colectiva

El sistema de salud colombiano se característiza por estar constantemente sometido a reformas. Unas vía parlamento y otras por medio de diferentes actos administrativos emitidos desde el Ministerio de Salud y Protección Social, a lo que se suma la estructura de su diseño sobre la base de la fragmentación de los servicios de atención a la enfermedad M. Torres (,2013), con estas consideraciones se inicia un recorrido por las AC que realizaron la MA y la MIAS ya de conformadas.

El 19 de abril de 2013 se radicaron dos proyectos de ley en el Congreso de la República: el primero, de ley estatutaria 209, presentado por el presidente Juan Manuel Santos y basado en 12 ideas de autoría de la Gran Junta Médica⁷³, que permitiría establecer el derecho fundamental a la salud y el goce efectivo del derecho; el otro proyecto de ley ordinaria 210, fue presentado por el ministro de salud Alejandro Gaviria. Estos proyectos agitaron de nuevo la contienda política a

⁷³ Organización constituida por las organizaciones gremiales, académicas y científicas médicas que representan al cuerpo médico nacional.

nivel nacional. Según sus detractores, con esa reforma se pretendía revivir los decretos de la emergencia social.

Ese mismo año, mientras los proyectos seguían su curso en el Congreso, las diferentes organizaciones realizaban todo tipo de AC para protestar en contra del sistema de salud. Por ejemplo, en la ciudad de Medellín, en el mes de mayo, se realizó la *marcha de batas blancas*⁷⁴, movilización convocada por ASMEDAS y Asmetrosalud, organizaciones que agremian médicos y trabajadores/as de la salud, respectivamente.

Con esta protesta se quiere visibilizar la situación de la ESE Metrosalud, hoy amenazada con su liquidación, tanto por efecto de la crisis del sistema de salud como por la política de marchitamiento institucional (ENS, 2013).

Entre tanto, el Congreso de la República, después de un largo proceso mediado por modificaciones realizadas al proyecto inicial y debates a favor y en contra, aprobó el proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado, 267 Cámara. Posterior a su aprobación, la ley fue remitida a la Corte Constitucional el 26 de junio de 2013⁷⁵, con el fin de que la Corte adelantara el estudio de constitucionalidad correspondiente. En cuanto al proyecto de ley ordinaria 210, fue aprobado en el mes de octubre por el Senado de la República. El objetivo del proyecto de ley 210 es *redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar la efectividad del derecho fundamental a la salud*.

Ahora, con una la ley estatutaria que no cumple las expectativas generadas y que se encuentra en estudio por parte de la Corte, y con la aprobación de una la ley ordinaria que se considera una amenaza para la garantía del derecho a la salud Hernandez M, (2014), los trabajadores/as de la

⁷⁴ Así fue identificada por los medios debido no solo a la participación de trabajadores/as de la salud sino porque en esta ocasión marcharon con las batas blancas propias del ejercicio de la profesión, podríamos decir con el uniforme.

⁷⁵ Requisitos y trámites establecidos en el Decreto 2067 de 1991.

salud y sus organizaciones sindicales, los gremios, estudiantes del área de la salud y pacientes, se unieron con un solo objetivo: protestar contra todo tipo de proyecto que, según ellos/as, agudizaran la crisis del sistema de salud,

De nuevo convocan a una movilización en todo el país en rechazo a la nueva reforma, en las calles de Medellín se dieron cita para marchar trabajadores/as del sector salud, profesores y estudiantes de diferentes facultades de medicina, agremiaciones de pacientes, veedurías ciudadanas, gerentes de hospitales públicos, secretarios de salud municipales, médicos internos y residentes y personas de la comunidad, todos/as unidos en un intento colectivo de luchar por un interés común: evitar la aprobación del proyecto de ley 210.

En esa ocasión se destacó la presencia de varias ambulancias y de personal asistencial que presta sus servicios en hospitales públicos de municipios alejados del departamento y que hacen parte de AESA, una de las organizaciones convocantes, además de una carroza fúnebre y varios estudiantes de medicina cargando un féretro (ver anexo 9)

Según Germán Reyes, excongresista y presidente de Asmedas Antioquia, se marchó por dos proyectos de ley. Uno de ellos de parte del ministro de salud Alejandro Gaviria, proyecto de ley ordinaria 210, que recogía los postulados de la emergencia social del 2009; y el proyecto de ley estatutaria 209 que buscaba supeditar la garantía del derecho a la estabilidad financiera, reducir el núcleo esencial del derecho, suprimir la acción de tutela, además de nuevas herramientas para la liquidación de hospitales.

¡Esas leyes nos tiraron a todos a la calle! (Germán Reyes, Presidente de ASMEDAS, Medellín, marzo 2018).

¡esa gente con esa ley lo que bucabu era acomodarnos como fuera los decretos esos de la emergencia social! (G. López, comunicación personal, 2018)⁷⁶.

⁷⁶ Estos son comentarios que en diferentes espacios hacen los dos actores del movimiento y que están consignados en el diario de campo.

Finalmente, la Comisión Séptima de la Cámara no hizo el debate y el proyecto de ley 210 se hundió por falta de tiempo para tramitarlo⁷⁷, mientras en la Corte Constitucional se surtió el proceso legal con el proyecto de ley estatutaria, proceso dentro del cual se contemplaba escuchar intervenciones que planteaban objeciones tanto de forma como de fondo, unas a favor y otras en contra de lo planteado por la ley. De las organizaciones que hacen parte de la MIAS solo ANTHOC participó del proceso y expresó serios reparos con la norma, lo mismo hizo ANIR que ocasionalmente asistía a la MA. Cabe señalar que las observaciones fueron presentadas a nombre de las organizaciones y no de las mesas.

Durante este proceso los actores de la MIAS participaron activamente como convocantes o como convocados de las diferentes AC contensiosas y no contensiosas; además, el *Martes por la Salud* y el plantón permanente coordinado por la MIAS, se convirtieron en escenarios de denuncia en contra del proyecto de ley.

Por su parte la MA, planteó su posición en el editorial del periódico *El Pulso*, mientras que AESA participó de las movilizaciones y eventos académicos como organización.

En el año 2014 se presenta un nuevo panorama de la misma crisis. En esta ocasión, el conflicto lo protagoniza la ley estatutaria al salir el fallo de la Corte y la negativa del presidente para firmarla. La contradicción está en las modulaciones que la Corte consideró que debía tener una ley estatutaria en salud para no ser contraria a la constitución.

Para Carlos Ballesteros *el gobierno motivó una ley con un bonito discurso y la Corte le puso los dientes que no tenía, que es lo que no le gustó al ministro de Salud. (El Pulso, 2015).*

⁷⁷ Para muchos actores sociales, el proyecto de ley se hunde por la presión ejercida con la movilización social.

En medio del debate el Gobierno convoca una audiencia pública para discutir la ley estatutaria y la sentencia. Luis Alberto Martínez asiste invitado por el ministro.

Para AESA ya no hay nada que discutir, lo que tiene que hacer el presidente es firmar. (L. Martínez, comunicación personal, 2018).

Para enero de año 2015 el presidente Santos continuaba sin firmar la ley estatutaria. En esta ocasión desde diferentes sectores, tanto de Bogotá como de Medellín, emprenden mecanismos legales para exigir la firma de parte del presidente. Entre esos mecanismos estaban derechos de petición, ruedas de prensa, una acción popular y una acción de renuencia, para presionar la firma del presidente.

En una nueva audiencia en el Congreso, citada por el presidente para discutir la ley estatutaria y el plan de desarrollo, ya se escucharon dos voces, siendo más fuerte la del sector cercano a la movilización social que exigía la firma de la ley (L.Martinez, comunicación personal, Medellín, marzo de 2018).

Al final, la ley estatutaria 1751 es firmada por el presidente Santos y el presidente del Congreso el 16 de febrero de 2015, bajo la presión ejercida por algunas organizaciones como la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, ASMEDAS Antioquia y la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud que “constituyeron en renuencia”⁷⁸ (*Razón Pública*, 2015).

Para los integrantes de la MIAS la expedición de la ley estatutaria poco modificó la escena con la que día a día se enfrentan los diferentes actores del sistema de salud, ya que es una ley que sigue operando bajo el mismo modelo, por lo tanto, consideran que su principal objeto de luchar sigue siendo el derecho fundamental a la salud.

⁷⁸ Esto es, exigirle al presidente del Congreso que cumpla la ley y sancione la ley modulada e interpretada por la Corte Constitucional, como ordena el artículo 241, numeral 8, de la Constitución colombiana; esto se da cuando pasa el tiempo en que debe hacerlo el presidente de la República.

Mientras que para los integrantes de la MA, la ley estatutaria abrió unas posibilidades que se han ido desdibujando por una inadecuada reglamentación, consideran importante continúan realizando el análisis crítico y la evaluación de nuevas o viejas normas, y si es el caso, demandarlas por ilegalidad o inconstitucionalidad; solo que ahora se hace a la luz de la estatutaria.

Por lo tanto, la MA con las demandas y propuestas legislativas y la MIAS con al plantos del martes por la salud, hacen uso constante de su saber practico en esas actividades que para ellos ya son cotidianas y esta manera sin proponerselo le dan forma una estructura estable.

En términos generales en el 2015 en el país aumentaron las protestas, según la Defensoría del Pueblo en informe fechado el 13 de marzo en lo que iba corrido del año tenía conocimiento sobre 283 protestas, 70 de las cuales derivaron en plantones y concentraciones, 69 en marchas y movilizaciones, 50 en bloqueos a la movilidad y 38 en situaciones de cese de actividades (Defensoria del Pueblo, 2015).

Si bien, este dato es del orden nacional y no se obtuvo información discriminada que permitiera saber cuáles de esas protestas se relacionaron con reclamos de los diferentes sectores de la salud y cuáles fueron en Medellín, se encontró que hubo participación del MSSM en una marcha en contra del plan de desarrollo 2014-2018 y las reformas al sistema de salud incluidas en él.

Más adelante, el 19 de agosto de 2015 fue de nuevo convocada una movilización. En esa ocasión el objetivo fue exigir el pago de las deudas que las EPS tenía con los prestadores *las IPS*, que en Antioquia se estimaba ascendían a 1.5 billones de pesos, mientras en el país estaba por el orden de los \$12 billones. (El Mundo.com, 2015).

En esta ocasión, los convocantes en Medellín fueron AESA y La Alianza Somos 14 + 1⁷⁹, un actor que dada la coyuntura participa activamente de la realización de AC particularmente con campañas publicitarias, plantones en diferentes hospitales y una movilización para hacer visible la crisis del sector y presionar el pago de parte las EPS, solo en ese momento de confluencia y de articulación con otros entra a participar del MSSM.

A esta convocatoria respondieron ASMEDAS, la MIAS, algunos integrantes de la MA, además de organizaciones de pacientes y de usuarios de los servicios de salud, pensionados, sindicatos y agremiaciones médicas, trabajadores/as de la salud, la FNSP, las facultades de medicina, los internos y los residentes en, así como directivos, funcionarios/as y personal asistencial de clínicas y hospitales que pertenecen a Somos 14 + 1.

Como hecho lamentable, se registra que esta movilización fue agredida por parte de la fuerza pública que empleó gases lacrimógenos, reprimió a los manifestantes y dejó varios heridos, entre ellos uno de los voceros de Somos 14 + 1⁸⁰. (caracol.com.co, 2015)

Como movimiento por la salud nunca habíamos sido agredidos por el Esmad, a los sindicatos sí, más que todo cuando defendíamos el ISS, pero ni siquiera cuando los decretos de la emergencia social que salíamos a diario y llenábamos las calles, (Reyes, comunicación telefónica, 2018).

En consecuencia, los medios le dieron mayor cubrimiento al episodio de violencia, (ver anexo 9) dejando las exigencias de la movilización como tema marginal.

En los años 2016 trabajador/as de la salud y pacientes de antioquia vieron agudizar la crisis de la salud, en esta ocasión generada por medidas de orden nacional que sumaron a las de orden

⁷⁹ Una alianza de la que hacen parte la Clínica Cardio VID, Clínica CES, Clínica del Prado, Clínica El Rosario, Clínica Las Américas, Clínica Las Vegas, Clínica Medellín, Clínica San Juan de Dios de La Ceja, Clínica Soma, Clínica Universitaria Bolivariana, Hospital General de Medellín, Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital Universitario San Vicente Fundación y la IPS Universitaria.

⁸⁰ Juan Edgar Marín Restrepo, gerente de Contratación y Adquisición de la IPS Universitaria y vocero de la Alianza “Somos 14+1”.

local, conducían a la falta de inversión de recursos para Metrosalud la IPS más grande del municipio de Medellín y perjudicaba los hospitales públicos del departamento.

Para visibilizar este hecho en febrero de 2016 trabajadores/as de Metrosalud realizaron un plantón en protesta por el no pago de la prima de vida cara, este se llevó a cabo a las afueras de la sede principal de la IPS. La AC fue acompañada por unos pocos miembros de la MIAS y de ASMEDAS y por algunas personas orientadas por sus propios intereses y motivaciones.

Ese mismo año 2016 desde el Ministerio de Salud y Protección Social se lanza una nueva medida con la que se pretende implementar la Política Integral de Atención en Salud –PAIS– y el Modelo de Atención Integral en Salud –MIAS–. En Medellín es debatida el 28 de abril de ese mismo año en un foro que tuvo por nombre “Debate Nacional sobre la Política de Atención Integral en Salud”, evento organizado por la Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud-MIAS y la Facultad Nacional de Salud Pública-FNSP de la Universidad de Antioquia.

Una de las conclusiones del foro, según Mario Hernández,

PAIS y MÍAS, fue el surgimiento de políticas para implementar la ley estatutaria en salud 1751 de 2015, que es compatible con el SGSSS y por lo tanto con la Ley 100 de 1993 y sucedáneas. Por lo tanto, no se resuelve nada y se profundiza el modelo. (Hernández M. , 2016)

Mientras que para Luis Alberto Martínez:

El MIAS es un modelo mercantil que no cumple el principio de universalidad de la salud (...) sostuvo que *el MIAS atenta contra la dignidad humana* (Luis Alberto Martínez, comunicación personal, 2018).

La Mesa Antioquia cuestionó

(...)los criterios y procedimientos para la habilitación de Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (...) contradiciendo la Constitución y la Ley Estatutaria que ponen estas funciones en el Estado en entes territoriales y no en la EPS como lo hace este modelo. (*El Pulso*, 2016).

En el mes de mayo de 2016 el personal asistencial de la IPS Génesis, entidad que contrata servicios con la EPS Cafesalud, realizan una marcha. El recorrido fue de una de las sedes donde prestan el servicio de atención a los/as pacientes al edificio donde están ubicadas las oficinas de la administración de la empresa *cinco cuadras aproximadamente* el motivo, las trabajadoras/res tienen varios pagos atrazados.

Llevamos seis meses sin pago y a muchos hace tres meses no les pagan seguridad social [...] no sabemos que existe un movimiento por la salud. (R. Soto, Comunicación personal, abril 2017).

En el panorama general los datos hablan de acumulación de deudas de las EPS a los hospitales y clínicas, tanto públicas como privadas, y del Fosyga a las EPS, el cierre de servicios de las IPS y de puestos de salud, la intervención de varias EPS por parte de la Superintendencia de Salud, los múltiples problemas de Savia Salud que para muchos es una EPS abocada al fracaso y por consiguiente la negación del derecho a los pacientes y la vulneración de derechos laborales a los trabajadores/as, siendo la más afectadas la red pública hospitalaria de Medellín.

De ahí que, desde Asmetrosalud, se hacen constantes denuncias por medio de boletines, página web, además de recurrir a plantones en diferentes sedes de las IPS, como la sede administrativa de la entidad denuncian ante el riesgo de la privatización, el aumento de las deudas de Savia Salud y la falta de inversión de recursos que permitan brindar a los pacientes atención de calidad.

Esta misma organización el 27 de septiembre del año 2017 convocó a marchar en alianza con otros sindicatos de trabajadores/as de la salud y trató de conformar un frente amplio por el derecho a la salud, para ambientar el lanzamiento de la iniciativa realizaron un foro (Ver Anexo11), pero no se lograron mayores avances. Para algunos miembros del sindicato “*hay*

afanes de protagonismo que no dejan avanzar”⁸¹. Entre tanto el Martes por la Salud es la tribuna permanente de denuncia y de información a la opinión pública acerca de lo que pasa en METROSALUD con la atención a los pacientes y los derechos de los trabajadores.

Para concluir, se asume que en la práctica la contienda política por el derecho a la salud continúa en medio de un ambiente de tensiones permanentes a las que el MSSM responde con acciones colectivas tanto contenciosas como no contenciosas.

Ahora, estas acciones junto con los actores que las realizan dan cuenta de una interacción social la cual se da gracias a una copresencia de dos o varios agentes quienes comparten en ese momento una especialidad de posición y una especialidad de situación” (Lutz, 2010, p. 215).

4.4 Discusiones

Para empezar, las MA y la MIAS como actores sobre los cuales versa esta investigación tienen como principio *la lucha por la salud como un derecho humano y fundamental*, principio que toma fuerza en el año 2000 con la expedición de la observación general N° 14⁸², a partir de ahí el discurso de la salud como derecho humano se instaló en el campo del conocimiento y de la mano de algunos académicos⁸³, hizo el tránsito a los diferentes espacios donde se libraba la lucha social y política en torno a la exigencia por la prestación del servicio de salud por parte del Estado en condiciones dignas⁸⁴ y en contra de las medidas que violaban los derechos de los trabajadores/ as del sector salud.

⁸¹ Esta es la opinión de uno de los miembros del sindicato de Metrosalud en una reunión ordinaria de la MIAS donde estaba evaluando el desarrollo de la jornada. (nota de diario de campo).

⁸² En ella Naciones Unidas plantea; El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)

⁸³ Apartes de investigaciones y artículos hacen parte del estado del arte del presente trabajo.

⁸⁴ Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las

Es así como, la consideración de la salud como derecho humano dotó de argumentos sociales, económicos, políticos y culturales a los diferentes actores, se convirtió en el discurso que recoge las reivindicaciones, legitima las acciones, cohesiona los diferentes sectores sociales y define las representaciones del movimiento social por la salud de la ciudad de Medellín.

Ahora, la propuesta es identificar a la MA y a la MIAS, con sus diferentes acciones como actores, se parte de los orígenes de estos dos espacios, la MA surge de una iniciativa ligada a la institucionalidad, mientras la MIAS se reactiva con la presencia de actores vinculados a la lucha social y política desde diferentes sectores, a la fecha las dos cuentan con una forma de organizaciones simple⁸⁵; además, funcionan sobre la base de la legitimidad de sus acciones y no sobre la legalidad que otorga ser persona jurídica, además se alejan de toda acción violenta.

Las dos mesas han tratado de incidir en las políticas públicas de salud por medio de proyecto de ley, que se diferenciaron en la forma y en propósito que persiguen. En el caso de la MA el proyecto de ley que propusieron al congreso en el año 2010 y del cual el gobierno toma varios elementos, fue fruto de un proceso de construcción interna, propuso ajustes a la ley 100 de 1993, esto posicionó la mesa como un actor político en los debates de salud.

Mientras que el proyecto de ley liderado por la ANSA y del cual participó la MIAS en el año 2012 surgió de un trabajo de convergencia entre académicos, que se articuló con una gran variedad de organizaciones sociales y de sindicatos del sector salud, con él se buscaban

políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

⁸⁵ Como forma de organización simple se entiende que no hay niveles jerárquicos y la asignación de tareas es flexible.

transformaciones estructurales al modelo, muy probablemente la razón por la cual niquiera fue discutido en el congreso.

En cuanto a las acciones colectivas que realizan, la MA solo participa, desarrolla y promueve acciones no contensiosas, mientras que la MIAS participa, desarrolla y promuever diferentes acciones colectivas contensiosas y no contensiosas.

El relacionamiento politico⁸⁶, *lobby político*, la MA bajo el principio de pluralismo, establece relaciones con dirigentes politicos de todas las corrientes de pensamiento que se interesen en sus propuestas, mientras que los integrantes de la MIAS no contemplan lobby politico pero si establece relaciones politicas con sectores que considera progresistas.

De otro lado, las acciones colectivas que desarrolla la MA no estan necesariamente al margena de la esfera de las institucónes, esto es mas evidente en los asuntos de debate público y en el alcance de las reivindicaciones que persigue al proponer ajustes a las normas que no afentan el modelo, a lo que se suma que la mayoría de sus miembros tiene vinculos laborales en cargos directivos con entidades del Estado o con empresas privadas que contratan con el Estado.

La MIAS esta conformanda por dirigentes sindicales, lideres sociales academicos y profesionales de pensamiento critico, que desde sus posturas y reivindicaciones siempre han confrontado al Estado.

En cuanto a las estrategias de comunicación, la MIAS se orienta por la pedagogía y la formación en derechos desde la educación popular⁸⁷. Para esto cuenta con la escuela de formación popular de líderes en salud y para llegar a otros públicos con el mismo mensaje

⁸⁶ Se aclara que es diferente a la filiación política e ideológica que no son materia de este estudio.

⁸⁷ La escuela está dirigida a líderes sociales y sindicales y a personas interesadas en el tema, fruto de este proceso de formación han llegado actores a la MIAS que con su dedicación y trabajo ayudan al mantenimiento del proceso por ejemplo FEMPA.

emplea el Plantón del Martes por la Salud y en su momento la obra de teatro La feria de la salud y el programa radial Salud al derecho.

La MA por su parte cuenta con una página web y aliados como el periódico El Pulso desde donde expresan su opinión y algunas posiciones políticas con relación al modelo de salud. De otro lado, Luis Alberto Martínez es el vocero de la MA ante los medios de comunicación locales y nacionales y, si bien generalmente se expresa como directivo de AESA, la mayoría de sus posiciones dialogan con las de la MA.

Presentar la forma como se constituyen las mesas es importante para dar cuenta de la existencia de dos tipos de actores situados en condiciones diferentes para su acción y cuyo discurso gira alrededor de la defensa de la salud como derecho humano fundamental elemento esencial en la contienda por la salud y regla para ser parte del MSSM, los actores son las personas, grupos, organizaciones sociales, sindicales, de pacientes, que realizan las AC.

Además, las mesas como actores del MSSM tienen momentos de confluencia y articulación, donde sus acciones se definen como intentos colectivos de luchar por un interés común o de garantizar que se alcanza un objetivo compartido, mediante una acción colectiva, (Giddens A., 1991, p. 27).

Por lo tanto, en el análisis de resultados se encontró que las acciones que constituyen el MSSM son parte de un proceso de décadas en el que diferentes actores parten del conocimiento que tienen de una situación existente y buscan incidir en ella, empleando como medio el recurso individual y colectivo de que disponen para realizar AC.

También se observó que, de acuerdo a lo planteado por Torres (2013), las acciones colectivas que buscan la defensa del derecho a la salud fueron contenciosas y no contenciosas. Dentro de las no contenciosas se realizaron acciones legales, de negociación, pedagógicas y académicas.

Los repertorios empleados fueron proyectos de ley, pliegos de petición, una acción popular, foros, la escuela popular de líderes en salud, mientras que las acciones colectivas contenciosas fueron el plantón y la marcha.

De ahí que, para el análisis, citamos las movilizaciones en contra de los decretos de emergencia social en los primeros meses del año 2010 y las realizadas en contra del proyecto de ley 210 en el año 2013, ya que se realizaron en articulación con organizaciones, gremios y diferentes actores, incluso de varias ciudades del país, con el fin de adquirir la connotación de unas movilizaciones sociales de orden nacional.

4.4.1 La constitución del movimiento por la salud en Medellín

Ahora, uno de los objetivos de esta investigación propone identificar los actores sociales y las acciones que constituyen el MSSM, se toma como punto de partida uno de los episodios de la contienda por la salud, cuando se declara el país en emergencia social, en ese momento Medellín pasaba por un periodo en el “que la violencia socio política había mantenido matizados los procesos organizativos” (Borrero, 2013.p. 225).

Fue así como, salir a protestar en contra de los decretos de emergencia reactivó el activismo social y político de las organizaciones que desde diferentes procesos organizativos a nivel nacional y local habían hecho parte de anteriores contiendas políticas por la salud y por los derechos de los trabajadores, mientras que otros sectores y personas se sumaron a las protestas unos inconformes antes las dificultades del modelo de salud que no les había dado respuesta a sus demandas, otros motivados por argumentos de los convocantes.

En esta ocasión las convocatorias⁸⁸, fueron realizadas por las centrales obreras, los sindicatos de trabajadores, particularmente los de la salud y los académicos orientados por el análisis crítico de lo que pasaba en el país, lo que dio como resultado un gran despliegue de acciones colectivas contenciosas y no contenciosas por el derecho a la salud.

Es así como, pasada la coyuntura pero aún en medio de la contienda política por el derecho a la salud, los actores y las organizaciones que tenían vínculos con el MNSSS y otras que hacían parte de otros procesos sociales y políticos se reagrupan⁸⁹ alrededor del plantón del martes por la salud y luego de la MIAS a esta iniciativa se suma algunas personas que se consideraban víctimas del sistema de salud.

En esa misma época en la ciudad surge otra iniciativa la MA conformada por personas que en su mayoría representan instituciones y/o entidades, se reúnen alrededor de situaciones problemáticas que presenta el sistema de salud y discuten y elaboran propuestas con las que buscan incidir en las políticas de salud.

De modo que, en medio de una nueva contienda política por el derecho a la salud, estos dos grupos, cada uno con su especificidad y bajo sus propias lógicas, buscan incidir políticamente en el campo sanitario, por medio del desarrollo de AC contenciosas y no contenciosas que dan cuenta de una innovadora forma de estructurar el movimiento social por la salud.

De acuerdo con los hallazgos fue en el año 2013, en medio de la lucha en contra del proyecto de ley 210 cuando las MA y la MIAS se encuentran para desarrollar ACC de forma articulada, poniendo en evidencia los puntos de encuentro pero también las diferencias entre estos grupos y actores que las componen, en medio del proceso sobresalen AESA organización que hace

⁸⁸ No se omite la convocatoria realizada por redes sociales y que fue muy relevante, solo que los análisis sobre las implicaciones de los decretos y las alertas tempranas las realizaros actores que hacen parte de organizaciones, gremios e instituciones.

⁸⁹ Agrupar de nuevo o de modo diferente lo que ya estuvo agrupado. R.A.E.

parte de la MA⁹⁰ y ASMEDAS⁹¹ quienes asume un rol protagónico que se mantiene a lo largo del periodo estudiado.

Otra ACC que permitió identificar los actores y las acciones que constituyen el MSSM fue la marcha realizada el 19 de agosto del año 2015, propuesta y convocada por AESA y Somos 14 + 1, para exigir el pago de las deudas que tienen las EPS con las IPS, una ACC en la que confluyeron los actores antes mencionados.

Por otro lado, en el proceso de observación y a la luz de la teoría de la estructuración se indagó por los medios de que dispone el MSSM para el desarrollo de las acciones colectivas. El ejercicio permitió identificar que las propiedades que estructuraron la práctica social en este caso las ACC, es la movilización que operó como regla *procedimientos* y como recursos *medios* las marchas, plantones, los foros etc, recursos que también disponen de reglas y que permiten rendir cuenta del carácter rutinario de la acción social.

Ahora las reglas sin ser explícitas son conocidas por quienes participan de la acción. En este caso las reglas en la realización de una marcha son: caminar juntos/as, corear consignas, llevar pancartas. Conocer estas últimas hace parte de un entendimiento mutuo que permite moldear la práctica. Por ejemplo, caminar juntos/as es la conducta que materializa el acto y le permite a las personas que ven la acción identificar a quienes la ejecutan o la actúan; además, hace posible sin ser exacto hablar sobre el número de personas que asistieron a la marcha.

Un elemento que se destaca es que las condiciones de la acción cambiaron estaban en juego el derechos a la educación y el derecho al trabajo del sector salud y en consecuencia también las estrategias de los actores cambiaron. Así las ACC sin dejar de cumplir con las reglas establecidas

⁹⁰ La mesa Antioquia recordemos que no participa de acciones colectivas contenciosas.

⁹¹ Asociación Médica Sindical y Gremial

a la rutinas se le añade un ingredientes, los jóvenes en la marcha saltar, correr, de ponen de cuclillas y mientras ejecutan la rutina gritar y cantan consignas.

No hay un dato exacto pero varias de las personas entrevistadas dicen que quienes modificaron esa acción en la marcha fueron los estudiantes de medicina y salud pública de la U de A en las marchas en contra de los decretos de emergencia social. Lo interesante de esto es que esa acción se convirtió en parte de la rutina de las marchas, así un acto espontaneo se convirtió en regla (Ver anexo12).

Un recurso muy importante empleado en las marchas fue el lenguaje que no solo posibilitó el entendimiento mutuo entre los marchantes, sino también fue la forma de llegar a quienes ven pasar la marcha, estas entre muchas otras son consignas coreadas a lo largo del recorrido de las movilizaciones.

¡La salud es un derecho fundamental no un negocio neoliberal!

¡Mientras el pueblo padece las EPS se enriquecen!

¡El pueblo lo dice y tiene la razón, primero lo primero salud y educación!

Con los mensajes se buscó informar el motivo de la protesta, darle contenido político a la marcha y dejar un mensaje en los marchantes, los transeúntes y los medios de comunicación. Una característica de los mensajes es el empleo de un tono sarcástico y beligerante “*estos mensajes son legitimados desde la aceptación de los miembros del grupo, quienes le asignan el mismo significado al mensaje*” (Sarrazin, 2015. p. 138).

Otra forma de comunicación empleada fueron los mensajes en las camisetas de los integrantes de la MIAS, en los que emplean parodias con los nombres de la EPS así; *Salud Total* pasa a ser *Salud Fatal*. Wittgenstein, citado por Sarrazin (2015), plantea que el significado de una palabra no

es lo que aparece en un diccionario, sino su uso en situaciones concretas de interacción, en este sentido la palabra es utilizada para descalificar la atención de la EPS:

Esa frase es el mensaje que uno quiere que se quede en la gente que ve pasar la marcha y que uno aspiraría que le llegue al gobierno (J. Arboleda, Comunicación personal, Medellín, agosto 2018)

También, se considera como recurso las estrategias que los agentes desarrollaron y que tuvieron una carga de emotividad muy importante, donde las cosas, los sonidos y las imágenes eran portadoras de sentido y de significado, por ejemplo; la marcha de las batas blancas. Marchar con la bata medica puesta puso en evidencia que los afectados eran los trabajadores de la salud incluidos los médicos, la bata es indispensable en la labor del médico y referente de la salud.

“el objeto identificado es asociado cognitivamente a otros símbolos, a una serie de imágenes, ideas, comportamientos, usos, sensaciones, recuerdos o emociones, dependiendo del contexto de enunciación y de la comunidad en que el individuo se haya formado” (Sarrazin, 2015.p. 147).

La ambulancia y su sirena, que en medio de la marcha dejaban en las calles un mensaje de urgencia, el ataúd y un personaje disfrazado de muerte como una amenaza que se cierne sobre la vida de todos/as por culpa del sistema de salud. Aquí jugaron un papel muy importante las percepciones, que permiten hacer la correlación entre los conceptos lo que representan en nuestra mente y cómo se expresan en el mundo Hall, (2014).

Ahora, darle sentido a las diferentes acciones colectivas y los repertorios empleados por los actores del MSSM también depende de la comprensión de estos mensajes y esto se logra cuando hay intercambio de sentidos y de concepto; es decir, cuando se tiene un lenguaje compartido y un entendimiento que aparentemente poseen quienes participan de la acción, queda el interrogante

¿cómo son comprendidos e interpretados estos mensajes por quienes observan la acción, quienes están por fuera de la marcha y se supone son los destinatarios del mensaje?

Otro aspecto relevante son las representaciones que se construyen del derecho a la salud desde cada sector, permitiendo comprender como los actores sociales han construido un sistema de representación propio de su práctica social al que le dan sentido, para hacer de él algo significativo y para comunicarse desde el con los demás.

4.4.2 Identificación y asociación del derecho a la salud.

Se observa que entre los agentes que conforman el MSSM hay una clara identificación de la salud como derecho humano fundamental, desarrollo conceptual⁹² que ha sido fruto de la construcción colectiva, particularmente de los académicos que hacen parte del movimiento y que dan cuenta en múltiples escritos, algunos incluidos en el estado del arte de esta investigación.

Cuando nosotros nos reunimos las primeras veces en Bogotá sabíamos que teníamos un problema muy grande con el modelo de salud y que lo resolvíamos juntos, pero en un principio no teníamos claro todo lo que significa que la salud sea un derecho humano fundamental, eso ha sido fruto de la construcción colectiva y del estudio juicioso de muchos textos conectados con la realidad del país (E. Echeverry, nota en diario de campo, 2019).

Además, esa identificación de la salud como derecho humano no solo es un acumulado académico, también establece una especie de frontera entre quienes interpretan el derecho a la salud de la misma forma y quienes no, es como si marcara el derecho de pertenencia al movimiento.

⁹² Desarrollo conceptual que se inicia con la expedición por parte del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Naciones Unidas de la Observación general N° 14 en el año 2000.

4.4.3 En cuanto a la asociación.

Al observar los mensajes empleados en las marchas el derecho se conecta con la reivindicación del sector del que se es parte así: los mensajes de AESA reclaman por los hospitales públicos, los salubristas y la FNSP por la atención primaria en salud, los sindicatos de trabajadores/as de la salud y agremiaciones como ANTHOC y ASMEDAS por los derechos de los trabajadores/as, mientras los pacientes reclaman la atención oportuna y de calidad, entre otros.

Otra asociación importante es que el derecho a la salud debe ser ofrecido y garantizado por el Estado, un derecho público y colectivo que se aleja de intereses individuales y del capital, para hacer llegar ese mensaje se emplean consignas y pancartas que dicen *la salud es un derecho y no una mercancía*. Ahí no solo se está haciendo la crítica al modelo de salud, también es usar el lenguaje para decir algo con sentido sobre el mundo, o para representarlo de manera significativa a otras personas Hall (2014).

Igualmente se utilizan imágenes que recrean las vivencias de las personas (ver anexo 13) no solo con el sistema de salud, sino a las que se les asigna un significado que hace parte de la construcción cognitiva que tiene un colectivo que ya identificó a su manera la prestación del servicio de salud al que le atribuye propiedades y cualidades que supuestamente constituyen el objeto en cuestión (Sarrazin, 2015).

También están las pancartas y demás piezas publicitarias con imágenes que reafirman la postura ideológica de la persona que la porta y/o el sector que representa en clave de coherencia con la lucha que se libra, (ver anexo 14).

Capítulo V Conclusiones

Los colombianos hemos sido víctimas de los trámites excesivos en salud, de los paseos de la muerte, negación de medicamentos, demora en las citas, de la desprotección a la enfermedad originaria en el trabajo.

Volante 8° papeleta Voz Voto por tus Derechos.

5.1 Generales

Esta investigación permite precisar que en la ciudad de Medellín las acciones colectivas por el derecho a la salud, son parte de un contexto de acción que no solo se produce y se reproduce con cada reforma al modelo de salud, sino que también hay momentos que son interpretados como crisis del sistema, en los cuales los actores se sienten amenazados y/o vulnerados en sus derechos, ya sea desde el acceso a servicios de salud, desde el derecho a condiciones dignas de trabajo o como agentes administradores del sistema.

De otro lado, se observa que la fragmentación y mercantilización que impuso el modelo a los servicios de salud, se trasladó a los actores sociales y sus luchas, ha llevado, solo por citar dos ejemplos; a que los profesionales de la salud se organicen para efectos contractuales de acuerdo a su especialidad y los/as pacientes a su patología, condiciones que limitan la articulación entre los diferentes sectores, impidiendo de un lado el desarrollo de procesos organizativos y de otro desvaneciendo cualquier posibilidad de solidaridad entre colegas, entre pacientes y entre médico-paciente.

De otro lado, el surgimiento de la MA y la reagrupación de organizaciones y personas en la MIAS dan cuenta de cómo la acción nace de la aptitud de los individuos para producir diferencia en un determinado estado de cosas o curso de sucesos preexistentes, (Giddens A , 2003).

También, se encontró que si bien las acciones colectivas realizadas por las mesas constituyen y estructuran el movimiento, en la ciudad se presentan otras acciones colectivas que persiguen las mismas reivindicaciones y sin proponérselo contribuyen a la estructuración del movimiento.

Ahora, la marcha fue la ACC más empleadas por el MSSM, un recurso que no tiene un método rígido, pues se adecua a las condiciones cambiantes del contexto, a la vez que posibilita el mantenimiento de la rutina del movimiento (no todos los actores están dispuestos a innovar con diferentes prácticas), por lo tanto, otorga estabilidad a los diferentes actores, espacios, organizaciones y gremios que participan de la acción.

En cuanto a la configuración de acciones dominantes al interior del MSSM se pudo observar que están constituidas por las ACC ya que en ellas se concreta la capacidad de convocatoria, se legitiman las acciones, es el escenario en el cual instauran el discurso, las formas, las narrativas, es el momento en el cual los actores obran reflexivamente y aportan a la realización de un propósito compartido.

Ahora, quien domina la escena del MSSM es el discurso de la salud como derecho humano fundamental, ya que es un discurso que cohesiona los diferentes sectores que hacen parte del MSSM, legitima las acciones colectivas contenciosas o no contenciosas, es acatado con obediencia y sobre él, se fundamenta la valoración colectiva que dota al movimiento de solidaridad, reputación, prestigio, autoridad y reconocimiento en el campo de luchas sociales.

5.2 En cuanto al método

El uso de la investigación descriptiva desde lo cualitativo, permitió la caracterización detallada de los episodios, los actos y las acciones objeto de estudio y bajo las cuales se

estructura el movimiento social por la salud en la ciudad de Medellín, favoreciendo la exposición minuciosa de los resultados.

De los aspectos metodológicos empleados se resalta el aporte que las investigaciones de varios de los actores del movimiento nacional por la salud y la seguridad social han hecho a la construcción de conocimiento en torno al modelo de salud, a las acciones colectivas y al movimiento social. Esto significó la posibilidad de avanzar sobre la base de conceptos, definiciones y análisis elaborados.

Fue complejo el contraste de la información; como punto de partida se emplearon los registros de prensa teniendo la claridad que no siempre reflejan la realidad o simplemente no la registran. Así, la información existente se debía contrastar para verificar la fecha y el motivo de la movilización.

Además, fue necesario realizar un proceso de reconstrucción de cada episodio con los diferentes actores que en la mayoría de los casos recurrieron a la memoria, esto generó gran cantidad de información, la cual se logró sistematizar al establecer unas categorías que permitieran identificar el motivo de la acción y, a partir de ahí, poder ordenar cada episodio.

De otro lado, la poca información que existe en las organizaciones está dispersa, los registros fotográficos no están clasificados; hay actas, pero la información por lo general corresponde a las discusiones de orden interno de la misma organización y en la mayoría de los casos no hay un formato que permita establecer un orden en los temas abordados.

Cabe señalar que el objeto de esta investigación no eran las organizaciones que conforman el movimiento, lo que de ellas se pretendía era información que condujera a identificar los actores, los actos y la integración social que se dan entorno al MSSM.

Por otro lado, la elección de las técnicas cualitativas fue adecuada ya que facilitaron la recolección de los datos empíricos, la reconstrucción de la información y posibilitaron la comprensión del sentido que los actores le asignaron a las acciones.

También es importante aclarar que el guion de entrevista, solo sirvió para marcar un derrotero ya que desde las lógicas de los/as entrevistados lo que se obtenían eran relatos donde se mezclaban diferentes momentos de contienda, sus experiencias personales y en ocasiones lo anecdótico, de ahí la importancia que esta sea instrumento de manejo fue flexible.

5.3 A futuro...

En términos generales, la investigación logró abordar con suficiencia un tema del que aún queda mucho por indagar y que surge en respuesta a un modelo de salud que está sometido a permanentes reformas.

Así pues, es indispensable seguir indagando por el origen de las organizaciones que conforman el movimiento. Sobre las posibilidades de cohesión con miras a superar la dispersión de los diferentes sectores que reclaman el derecho a la salud,

Para finalizar, en el contexto de las diferentes acciones colectivas cabe preguntarse ¿cómo son comprendidos e interpretados estos mensajes por quienes observan la acción y son los supuestos destinatarios del mensaje?

Bibliografía

- Abadia, C., & Oviedo, D. (ene-jun de 2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia. *Revista Social Science & Medicine*. Bogotá.
- ACEMI. (8 de Julio de 2016). *El Sistema de Salud colombiano - 2 décadas de logros*. Obtenido de Acemi-opina: <https://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/10-actualidad/comunicados/903-el-sistema-de-salud-colombiano-2-decadas-de-logros>
- Altomare, M. (2012). Acción social y orden social en la sociología de Giddens. *Revista de ciencias sociales, segunda época*(22), pp. 125-136. Obtenido de <http://www.unq.edu.ar/advf/documentos/5939905d04f3c.pdf>
- Archila, M. (2003). *Idas y Venidas, Vueltas y Revueltas: protestas sociales en Colombia (1958-1990)*. Bogotá: Cinep.
- Ariztía, T. (2017). La teoría de las prácticas sociales:. 221-243. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n59/0717-554X-cmoebio-59-00221.pdf>
- Arroyave Zuluaga, I. D. (Julio de 2005). *Antecedentes de la Atención Primaria en Salud*. Obtenido de Periodico el Pulso: <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/jul05/debate/debate-01.htm>
- Bedoya, M. y. (2017). Neoliberalismo como forma de subjetivación dominante. *Dorsal. Revista de Estudios Foucaultianos, N° 3*, 31-56.
- Borrero Ramirez, Y. E., & Echeverry Lopez, M. E. (21 de julio-diciembre de 2011). Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Gerencia y Políticas de Salud, 10(21)*. (P. U. Javeriana, Ed.) Bogotá, Colombia. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54522293005>
- Borrero, Y. (2011). Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 299-307.
- Borrero, Y. (2013). Luchas por la Salud en Colombia 1994-2011: Hacia la Construcción de un Nuevo Modelo Nacional por la Salud. (*tesis doctoral*). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Borrero, Y. R., & Echeverry, E. L. (2014). Balance de la investigación nacional sobre. *Gerencia, política, salud*, 76-89.
- Bourdieu, P. (1985). *¿Que significa hablar?* Madrid: Akal, S.A.
- Bourdieu, P. (1994). El campo científico. *Redes: Revista de Estudios Sociales de la Ciencia*, 129-160. Obtenido de <http://iec.unq.edu.ar/index.php/es/publicaciones/revista-redes/numeros-anteriores/item/55-redes-%E2%80%93revista-de-estudios-sociales-de-la-ciencia-2>
- Camacho, Y. (13 de Octubre de 2017). “*La tercerización laboral en la salud, se paga con vidas*”, *presidente de Anthoc*. Obtenido de Agencia de Información Laboral – AIL: <http://ail.ens.org.co/mundo-sindical/tercerizacion-en-salud-se-paga-con-vidas/>
- Cañas, C. (28 de Noviembre de 2017). El papel de las Organizaciones en el Movimiento por la Salud. (P. Morales, Entrevistador)

- caracol.com.co. (19 de Agosto de 2015). *En disturbios terminó marcha por la salud en Medellín*. Obtenido de Caracol.com.co:
https://caracol.com.co/emisora/2015/08/19/medellin/1440013042_632921.html
- Cedetrabajo, G. S. (2010). *Anatomía de una malformación congénita incorregible*. Obtenido de Deslinde: <https://cedetrabajo.org/blog/nuestro-sistema-de-salud-anatomia-de-una-malformacion-congenita-incorregible/>
- Dávila, L. (2016). Violencia urbana, conflicto y crimen en Medellín: una revisión de las publicaciones académicas al respecto. *Criminalidad*(58), 107-21.
- De Paula, F. (Diciembre de 2002). *La encrucijada de los Prestadores de Servicios de Salud*. Obtenido de Periodico El Pulso: <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/dic02/general/general-04.htm>
- Defensoria del Pueblo. (13 de Marzo de 2015). *283 protestas sociales se presentaron en el país durante los primeros meses del año*. Obtenido de Derechos Humanos : <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/3343/283-protestas-sociales-se-presentaron-en-el-pa%C3%ADs-durante-los-primeros-meses-del-a%C3%B1o-protestas-ind%C3%ADgenas-Cauca-Derechos-Humanos.htm>
- Díaz, Bravo, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Metodología de investigación en educación médica*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es
- Dulzaides, M. y. (2014). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso . *ACIMED v.12 n.2*, 1-4.
- Echeverry Lopez, M. E., & Borrero Ramirez, Y. E. (febrero de 2015). *Protestas sociales por la salud en Colombia*. Obtenido de Cad. Saúde Pública vol.31 no.2 Rio de Janeiro: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030714>
- Echeverry, E. (2013). *Indignación Justa: Estudio sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. Medellín: Hombre Nuevo Editores.
- Echeverry, M. E. (2006). Derecho a la salud, Estado y Globalización. *Globalizacion, Estado y derecho a la Salud*. Revista Facultad Nacional de Salud Publica, Medellin.
- Echeverry, M., & Borrero, Y. (febrero de 2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cuadernos de Saude Pública* , 31, 354-364.
- El Mundo.com. (19 de Agosto de 2015). *Marchistas por la salud denuncian agresión del Esmad*. Obtenido de EL MUNDO.COM:
https://www.elmundo.com/porta/vida/salud/marchistas_por_la_salud_denuncian_agresion_del_esmad.php#.XTOE0uhKjIU
- El Pulso. (Abril de 2016). *Más propuestas y acciones para resolver* . Obtenido de “MIAS no cumple principio de universalidad de la salud”:
<http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/1604abr/debate/debate-14.htm>

- El Pulso, P. (abril de 2009). Tutelas: como arroz. Medellín. Obtenido de <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-antteriores-2018/html/0904abr/general/general-08.htm>
- ens. (27 de Mayo de 2013). *Agencia de Información Laboral AIL*. Obtenido de <http://ail.ens.org.co/movilizaciones/medellin-marcha-blusas-blancas-denunciar-crisis-la-red-publica-hospitalaria/>: <http://ail.ens.org.co/movilizaciones/medellin-marcha-blusas-blancas-denunciar-crisis-la-red-publica-hospitalaria/>
- Estrada Saavedra, M. (2012). *Protesta Social*. México: El Colegio de México.
- Fernandez, J. M. (2013). Capital simbólico, dominación y legitimidad. (U. Autonoma, Ed.) *Papers*, 98(1), 33-60.
- FLACHSLAND, C. (2003). Pierre Bourdieu y el Capital Simbólico . *Campo de ideas* , 219-222.
- Franco A, S. (2006). *Globalizacion Estado y Derecho a la Salud*. Obtenido de Facultad Nacional de Salud Pública: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/26482/20779623>
- Galeano Marín, M. E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativas*. Medellín: La Carreta.
- García, A. (2009). La teoría de la estructuración y su observación desde la acción: los límites del análisis. *Estudios Sociológicos*, xxvll(79), 31-61.
- García, L., & Betancur, N. (2013). Martes por la Salud: un caso de luchas sociales en Medellín. (*Trabajo de grado*). Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública, Medellín.
- Giddens, A. (2003). *La Constitución de la sociedad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giddens, A. (s.f.). *Sociologia* . Obtenido de http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony_giddens_-_sociologia.pdf
- Gohn, M. D. (2007). *Teorias dos Movimentos Sociais*. Sao Pablo: Ediciones Loyola.
- Gómez, C. (2011). *Dinamicas del movimiento feminista bogotano. Hiarorias de cuarto, salon y calle. Historias de vida (1970-1991)*. Bogotá : Impresol Ediciones Ltda.
- Hall, S. (2014). *Sin garantias*. Popayan, Colombia: Universidad de Cauca, Fundación Envión.
- Hernadéz , M. (2012). *Texto de Radicaciona ANSA*.
- Hernández , M. (2000). El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Salud Pública*, 2(2), 121-144. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18882/19840>
- Hernández , M. Á. (31 de enero de 2011). *razónpública*. Obtenido de La nueva ley de salud: ¿más de lo mismo: <https://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/1747-la-nueva-ley-de-salud-imas-de-lo-mismo.html>
- Hernandez , R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodologia de la Investigacion*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández, M. (10 de febrero de 2010). ¿Emergencia social o emergencia financiera? *UN Periodico* . (P. D. Unimedios, Ed.) Bogotá , Colombia . Obtenido de <https://issuu.com/mediosdigitales/docs/unperiodico130>

- Hernandez, M. (2014). *Razón pública*. Obtenido de La salud en 2014: ajustes que no van al fondo de la crisis: <https://www.razonpublica.com/index.php/economia-y-sociedad/8155-la-salud-en-2014-ajustes-que-no-van-al-fondo-de-la-crisis.html>
- Hernández, M. (28 de Abril de 2016). *¿Por qué no es factible la Política de Atención Integral?* Obtenido de Universidad de Antioquia:
<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/7f04d3d3-2832-4aec-a283-2c100b44dc67/2-+Mario+Hernandez.+PAIS.pdf?MOD=AJPERES>
- Hoyos, S. A. (16 de 10 de 2018). La participacion de la COMOSOC en la MIASS. (P. M. López, Entrevistador)
- Jaramillo Marín, J. (2011). Bourdieu y Giddens. La superacion de los dualismos y la ontologia relacional de las practicas sociales. *Universidad Javeriana*, 409 - 428.
- Jaramillo, J. (27 de enero-junio de 2011). Bourdieu y Giddens. La superación de los dualismos. *Revista CS [en linea]*, 409 - 428. Cali, Colombia. Recuperado el 27 de Noviembre de 2018, de <https://www.redalyc.org/html/4763/476348370013/>
- Jimenez, S. (Octubre de 2017). Hablemos del Movimiento . (P. Morales, Entrevistador)
- Jociles Rubio, M. I. (enero-junio de 2018). La observación participante en el estudio etnográfico de la práctica social. *revista colombiana de antropologia*, 54(1), 121-150. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcan/v54n1/0486-6525-rcan-54-01-00121.pdf>
- López, G. (15 de septiembre de 2017). ASUDESA . (P. M. López, Entrevistador)
- Lutz, B. (2010). *La acción social en la teoría sociológica: Una aproximación*. (D. 2.-2. Argumentos (México, Ed.) Obtenido de Argumentos (Méx.) [online]: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952010000300009&lng=es&tlng=es
- Martinez, L. A. (18 de septiembre de 2018). Hablemos de la Mesa Antioquia. (P. Morales, Entrevistador) Medellín.
- Mauri, M., & Elton, M. (2017). Autoridad moral y obediencia. *Temas, Revista de Filosofía*, 356-376. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/trf/n52/0188-6649-trf-52-00355.pdf>
- Mejia, Ortega, L. M., & Franco, Giraldo, Á. (2007). *Protección Social y Modelos de Desarrollo en America Latina*. Facultas Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia , Medellín. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n3/v9n3a16.pdf>
- Navarrete, P., & Acosta, R. (2009). *ANÁLISIS DE LA IMPORTANCIA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 SOBRE EL DERECHO A LA SALUD*. Chia: Universidad de la Sabana. Obtenido de https://www.academia.edu/32271351/AN%C3%81LISIS_DE_LA_IMPORTANCIA_DE_LA_SENTENCIA_T-760_DE_2008_SOBRE_EL_DERECHO_A_LA_SALUD
- Nieto, R. L. (2009). Resistencia civil no armada en Medellín. La voz y la fuga de las comunidades urbanas . *Análisis Político*, 38-59.
- Opinion y Salud . (s.f.). Transitoriamente Ministerio de Salud no podrá delegar a las EPS la organización de las RISS.

- Ospina, D. (2004). *El diario como estrategia didáctica*. Obtenido de Aprende en Línea Universidad de Antioquia:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/boa/contenidos.php/8ffccad7bc2328aa00d9344288580dd7/128/1/contenido/>
- Peña, T. y. (10 de 11 de 2009). *Análisis documental*. Obtenido de Fundación Universitaria Luis Amigó:
<http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2009/11/10analisisdocumental.143.pdf>
- Razón Pública. (8 de Febrero de 2015). *La novela de la ley estatutaria en salud*. Obtenido de Lo que salió del congreso : <https://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/8232-la-novela-de-la-ley-estatutaria-en-salud.html>
- Reguillo, R. (2000). *EMERGENCIA DE CULTURAS JUVENILES*. Bogotá: Norma. Obtenido de https://www.iberopuebla.mx/sites/default/files/bp/documents/emergencia_de_culturas_juveniles_estrategias_del_desencanto_0.pdf
- Resolución , 0183 (Ministerio de Protección Social 25 de enero de 2010).
- Reyes , G. (2018). Hablemos del Movimiento. (P. Morales, Entrevistador)
- Rodríguez, C. (2010). *De la estructura de oportunidades políticas a la identidad colectiva. Apuntes teóricos sobre el poder, la acción colectiva y los movimientos sociales*. Espacio público, México. Obtenido de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=67613199012>
- Rodríguez, L. (06 de 05 de 2019). *En protesta por retraso en pagos trabajadora de IPS Génesis se amarró a un árbol*. Obtenido de Opinión y Salud:
<https://www.opinionysalud.com/2019/05/06/en-protesta-por-retraso-en-pagos-trabajadora-de-ips-genesis-se-amarro-a-un-arbol/>
- Saavedra, M. E. (2012). *Protesta Social. Tres estudios sobre movimientos sociales en clave de la teoría de sistemas de Niklas Luhmann*. Mexico: El Colegio de Mexico.
- Sanchez , E. (2007). *El concepto de actor: Reflexiones y propuestas para la ciencia política*. (Andamios, Ed.) Obtenido de Scielo :
 <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632007000100008&lng=es&nrm=iso>.
- Sánchez, Ángel, R. (2009). *Huelga: luchas de la clase trabajadora en Colombia, 1975-1981*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/51404/1/9789587191783.2009.pdf>
- Sarralde, M. (04 de 01 de 2019). *10 años después, tutelas en salud siguen creciendo en vez de reducirse*. Obtenido de El Tiempo:
<https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/balance-de-tutelas-por-servicios-de-salud-del-2018-311250>
- Sarrazin, J. P. (2015). Aportes para el estudio empírico de los valores y su difusión social. *Antropología y Sociología: Virajes*, 135-158.

- Semana . (11 de Noviembre de 2013). *Revista Semana* . Obtenido de Revista Semana : <https://www.semana.com/nacion/articulo/continuan-marchas-contrala-reforma-lasalud/363703-3>
- Solis, Delgado, D. (2017). Hacia una definición del concepto. *Perfiles Latinoamericanos*, 83-110.
- Suárez, L. P. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Revista Gerencia Política Salud* 16 (32), 34-50.
- Suelt, V., & Cote, G. (2010). Análisis constitucional y legal del estado de emergencia social y los decretos. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*,, 18-29.
- Svampa, M. (s.f). *Protesta, Movimientos Sociales y Dimensiones de la acción colectiva en América Latina*. Obtenido de <http://maristellasvampa.net/archivos/ensayo57.pdf>.
- Tenti, E. (Junio de 2001). *Teoría de la estructuración y usos sociológicos en Giddens*. Obtenido de Instituto de Investigaciones Gino Germani: http://catalogosuba.sisbi.uba.ar/vufind/Record/http___iigg_sociales_uba_ar_cdi_librosyanaliticas_AGX00001381
- Torres , M. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá.
- Torres , M. (Noviembre de 2013). Nueva ola de protestas por el derecho a la salud en Colombia. *Semanario Virtual Caja de Herramientas* . Bogotá, Colombia: Viva la ciudadanía . Obtenido de <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0376/articulo03.html>
- Torres, M. (2011). *Acción social colectiva por el derecho a la salud en Colombia 1994 – 2010*. Tesis, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Torres, M. T. (2003). Reseña de "Salud fragmentada en Colombia, 1910-1946" de Mario Hernández Álvarez. *Gerencia y Políticas de Salud*,, 2(4), 103-105. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/545/54520410.pdf>
- Torres, M. T. (26 de Abril de 2013). *Desde Abajo*. Obtenido de Nueva reforma a la salud, lo que oculta y lo que demanda: https://www.desdeabajo.info/ediciones/item/21890-nueva-reforma-a-la-salud-lo-que-oculta-y-lo-que-demanda*.html
- Torres, Tovar, M. (19 de septiembre de 2006). *Desde abajo*. Obtenido de "Crónica de una muerte anunciada". Instituto de Seguros Sociales: <https://www.desdeabajo.info/ediciones/item/542-%E2%80%98cr%C3%B3nica-de-una-muerte-anunciada%E2%80%99-instituto-de-seguros-sociales.html>
- Uribe, M. (2009). *La Contienda por las Reformas del Sistema de Salud en Colombia (1990-2006)*. (Tesis, Doctoral). El Colegio de México, México D.F.
- Useche, B. (Junio-Julio de 2012). Los Modelos de Atención en Salud. *Deslinde*, 10. Obtenido de <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/09/D50-SALUD-INTERNET.pdf>
- Useche., B. (Junio-julio de 2012). Los Modelos de Atención el Salud. *Deslinde*.
- Vélez, M. (2008). *Salud: negocio e inequidad*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Vélez, M. (2016). *Salud en Colombia*. Bogotá: Géminis Ltda.
- Weber, M. (1994). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Yepes, F. (marzo de 2010). “*Decretos son absurdos, inconstitucionales e inconsultos*”. Obtenido de Periodico el pulso: <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/1003mar/debate/debate-15.htm>
- Yepes, F. (2010). Luces y Sombras de la reforma de la Salud en Colombia. *Gerencia y politica de salud*, 118-123. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n18s1/v9n18s1a11.pdf>

Anexos

Anexo 1 Fuentes y técnicas a implementar

Técnicas	
Observación participante	<ul style="list-style-type: none">• Reuniones de la MESSA• Mesa Salud Capitulo Ant• Presentaciones Obra de Teatro (La feria de la salud)• El martes por la salud• Eventos convocados por el MSS (foros, conversatorios, marchas , plantones)
Revisión de fuentes documentales	<ul style="list-style-type: none">• Actas• Comunicados• Chapolas.• Mensajes de pancartas.• Programas de radio.• Artículos (prensa)• Investigaciones sobre el MSS
Entrevistas semiestructuradas	<ul style="list-style-type: none">• Algunos actores de las dos mesas• Miembros de base de las organizaciones• Personas que han participado de acciones colectivas convocadas por el MSSM

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2 Guion entrevista

Guion Entrevista

Personas que han participado de acciones colectivas convocadas por el MSSM

1. Fecha:
2. Nombre:
3. Apellidos:
4. Municipio:
5. Organización a la que pertenece

¿Cuánto hace que pertenece a esta organización?

¿Por qué llega usted a esta organización?

¿Cuánto hace que su organización hace parte de la mesa?

¿Recuerda o sabe cómo llega su organización a la mesa?

¿Tiene algún cargo o responsabilidad dentro de la organización y en la mesa, cuál?

¿De qué actividades de la mesa participa usted?

¿Cuál ha sido para usted el momento más importante del MSSM?

¿De esas actividades que recuerda, tiene fotos, plegables?

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3 Volante Mesa Intersectorial por la Salud de Antioquia



Martes por la Salud

Escuela Popular de Líderes en Salud

Obra de Teatro "La Perla de la Salud"

Programa Radial "Salud para Todos"

MIAS
mesa intersectorial de Antioquia por la salud como derecho fundamental

LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL, NO UN NEGOCIO DE RENTABILIDAD.

¡PARTICIPA EN NUESTROS ESPACIOS!

Martes por la Salud:
Plantón permanente **por la defensa de la salud como derecho humano fundamental** a la salud que se realiza todos los **martes** a las **6:00 p.m.** en el Parque Berrio de la ciudad de Medellín (frente a la estación del metro).

Escuela Popular de Líderes en Salud:
Escenario que busca contribuir a la formación de sujetos políticos comprometidos con la defensa de la salud como derecho humano fundamental y con la transformación d

Obra de Teatro "La Perla de la Salud":
Puesta en escena educativa que busca representar como la ley 100 convirtió el derecho fundamental a la salud en una mercancía. Las presentaciones se realizan en organizaciones populares, sindicales, comunitarias, instituciones educativas y de salud y demás espacios donde nos inviten.

Programa Radial "Salud para Todos":
"Salud para Todos" es un espacio virtual destinado a abordar el tema de la salud con un enfoque social y político. Se emite todos los jueves a las 5:00 p.m. en la Once Radio (www.laonce.radio.fm)

CONTÁCTENOS:

✉ gestion.mias@gmail.com  [@saludderechoant](https://twitter.com/saludderechoant)

Fuente: archivo MIAS

Anexo 4 Boletín Mesa Intersectorial por la Salud de Antioquia



MARTES POR LA SALUD
Boletín Nº.1 07-2010

LOS COLOMBIANOS NECESITAMOS ATENCIÓN CONTINUA, OPORTUNA Y DIGNA EN SALUD

REUNIÓN TODOS LOS MARTES A LAS 6:00 P.M. EN EL PARQUE DE LA VIDA, frente a la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Nos encontramos para pensar, hablar, actuar y analizar la atención en SALUD de hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios y demás instituciones denominadas IPS o ESE, donde se colocan barreras administrativas y/o financieras.

Que nos atiendan como colombianos, INVOCANDO EL DERECHO FUNDAMENTAL AUTÓNOMO A LA SALUD PÚBLICA Y A LA SEGURIDAD SOCIAL, sin exigencia de carné, pagos, cuotas moderadoras o SISBÉN. Debemos estar en la base de datos. Ser atendidos por cualquier enfermedad, nos remitan, de ser necesario, al especialista o procedimiento que requiera nuestra situación de SALUD. SOMOS ENFÁTICOS EN RECLAMAR QUE NO SE REPITAN "LOS PASEOS DE LA MUERTE".

Se exige: medicamentos, terapias, exámenes y cirugías, de manera oportuna y continua. Que no se niegue la atención en los servicios de URGENCIAS, y si es de nuestra convicción o decisión, nos atiendan médicos y terapeutas de otras medicinas, tan válidas como la medicina oficial.

Que los profesionales, tecnólogos y técnicos trabajadores del sector SALUD, tengan empleo estable, decente y se garantice la continuidad de la relación con los pacientes.

EL ESTADO COLOMBIANO DEBE PAGAR DIRECTAMENTE LAS ATENCIONES EN SALUD A LOS PRESTADORES DEL SERVICIO, Y QUE POR MEDIO DE SUS INSTITUCIONES, LLEGUE A LA POBLACIÓN COLOMBIANA DONDE RESIDA O TRABAJE PARA SER EDUCADA Y ATENDIDA EN SALUD Y NO TENGA QUE BUSCAR AL MÉDICO O A LA IPS EN SITIOS QUE NO ESTÁN A SU ALCANCE.

POR LA BÚSQUEDA DE UN MODELO DE SALUD QUE ATIENDA A LA POBLACIÓN COLOMBIANA CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD, TODOS ASISTAMOS Y APOYEMOS EL PROYECTO DE MARTES POR LA SALUD.

INFORMES: martes.por.la.salud@gmail.com ASMEDAS: Tel.263 16 12 FUNDAYAMA: Tel. 218 20 72
CONSULTORIO MÉDICO Y DE SEGURIDAD SOCIAL "CARDEA" Teléfono: 411 37 09

Cortesía de: 

Fuente: volante archivo personal

Anexo 5 Plantón Martes por la Salud



Fuente: archivo personal Plantón marzo de 2013.

Anexo 6 Obra de Teatro La Feria de la Salud



Fuente: archivo personal, parque de Caldas, Antioquia. 2016.

Anexo 7 Programa de Radio Salud al Derecho



Fuente: archivo personal, sede Once Radio. 2015.

Anexo 8 Escuela Popular de Líderes en Salud



Fuente: archivo personal, Sede Salud Pública U de A, 2017.

Anexo 9 Ataque del ESMAD al MSSM




Fuente: página web caracol.com fecha 19/08/2015

Anexo 10 Estudiantes marchando con féretro



Fuente: archivo personal, protesta Medellín. 2013.



INVITA A LA MARCHA:
EL DERECHO A LA SALUD
"ASUNTO DE TODOS"

Nos movilizamos...¿y TÚ?


¿Usted se identifica con uno de estos casos?
o usted sabe que le ha pasado a un familiar o conocido

<input type="checkbox"/> V	Ha llamado a la EPS para pedir cita Médica General y no contestan o dicen que no hay agenda.	<input type="checkbox"/> V	Ha solicitado cita médica con especialista y se demora más de un mes.
<input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> V	El médico le formula y en la farmacia no hay medicamentos, después de una larga espera.	<input type="checkbox"/> V	Para órdenes de exámenes y especialistas le han puesto a recorrer el Área Metropolitana obligándole a incurrir en gastos.
<input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> V	El tiempo asignado al médico, ¿es suficiente para una atención con calidad?	<input type="checkbox"/> V	Solo puede consultar por una dolencia, para otras le toca volver a pedir cita.
<input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> F	

Si su respuesta es **afirmativa**, al menos en una de las preguntas, **USTED** nos debe acompañar en la **MARCHA**

LUCHAR por la **DEFENSA**
del **DERECHO** a la **SALUD**
PORQUE
TODOS SOMOS PACIENTES

Exponga su caso, con evidencias y pruebas:
Correo: defensadelderechoalasalud@gmail.com
www.facebook.com/frente.amplio.92798



Fuente: cortesía ASMETRO

Anexo 12 Participación Jóvenes Movilización por la Salud



Fuente: archivo personal, Medellín, abril de 2010.

Anexo 13 Imagen empleada en volantes y pancartas de la MIAS



Fuente: cortesía archivo MIAS

Anexo 14 Pendón ASUDESSA



Fuente: archivo personal, Medellín, septiembre de 2017