

Contribución de la Sociedad Civil al Logro de la Salud para Todos

Documento síntesis del caso Colombia – Stage 1

1. Introducción

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se constituyó una alianza interuniversitaria e interdisciplinaria integrada por los Posgrados de Administración en Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas y el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá, el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana sede Cali, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Se constituyeron dos equipos de trabajo, uno de estudiantes y otro de profesores tutores de los estudiantes. La participación de estudiantes se hizo a partir de sus trabajos de grado en pregrado, maestrías y doctorados, y la de los profesores como tutores de los respectivos trabajos de grado. Esta fue la estrategia que a comienzos del proyecto de investigación se decidió seguir dados los intereses comunes entre estudiantes y profesores en apoyar el proyecto del MSP y en estudiar la relación entre sociedad civil y logros en salud.

La participación de los estudiantes, según los casos, se distribuyó como se describe a continuación. Por la Universidad Javeriana sede Bogotá: 1) Jenny Cristina Gutiérrez García, estudiante de la Maestría de Política Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, con la tutoría del profesor Román Vega Romero, trabajó sobre el caso de “Las Mujeres Campesinas y su Contribución al Logro de la Salud para sus Comunidades. El caso de la Asociación Campesina del Valle del Río Cimitarra”. En la Universidad Javeriana sede Cali varias estudiantes de la Maestría de Salud Pública trabajaron sobre los siguientes dos casos: 1) Katherine Cuéllar B, del Departamento de Salud Pública, con la tutoría de la profesora Yadira Eugenia Borrero Ramírez, trabajó sobre “Construcción de Ciudadanía en Salud en el Marco del Movimiento Social LGBT en la Ciudad de Cali”; y 2) las estudiantes Gloria Amparo Yonda, Luz Ángela Palacios y Alexandra de la Cruz, del Departamento de Salud Pública, con la tutoría de la profesora Yadira Eugenia Borrero Ramírez, trabajaron sobre los “Aportes del Movimiento Indígena del Norte del Cauca a la Construcción de Salud para Todos. Una mirada desde las autoridades tradicionales y los dinamizadores del tejido de salud de la ACIN”¹.

En la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca las estudiantes Deisy Paola Carranza López y María Alejandra Contreras Sánchez del pregrado en Trabajo Social, con la tutoría de la profesora Diana Yadira Almonacid Rojas, trabajaron el caso “Luchas Invisibles: un estudio sobre el proceso de resistencia de los trabajadores del Hospital San Juna de Dios”.

¹ Asociación de Cabildos Indígenas del Norte

En la Universidad Nacional de Colombia tres estudiantes trabajaron tres casos diferentes: 1) el estudiante del Doctorado en Salud Pública Mauricio Torres Tovar, con la tutoría de profesor Jairo Ernesto Luna, trabajó sobre “Acción Colectiva por el Derecho a la Salud en el Trabajo: el caso de la asociación de ex-trabajadores enfermos de Colmotores – Asotrecol”; 2) la estudiante de pregrado de la carrera de Nutrición y Dietética, Katherin Iovanowa Carrillo Noguera, con la tutoría de Néstor Joaquín Mendieta Cruz (Docente adscrito al Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Universidad Nacional de Colombia), trabajó sobre el caso “Zona de Reserva Campesina del Valle del Río Cimitarra, una estrategia en la búsqueda por el logro de la soberanía alimentaria y el cumplimiento del derecho a la alimentación para las comunidades campesinas del Magdalena Medio”; y , 3) el estudiante de pregrado en la carrera de Medicina Juan Pablo López, bajo la tutoría del profesor Juan Carlos Eslava, trabajó el caso “de “La Salud y la Vida en la Comunidad Rural del Valle del Río Cimitarra”.

Desde la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, buscando dar cuenta del contexto histórico de las luchas por la salud en Colombia, las profesoras Yadira Eugenia Borrero Ramírez, María Esperanza Echeverry López y el profesor Mauricio Torres Tovar de la Universidad Nacional de Colombia trabajaron sobre “Salud Para Todos. La construcción del movimiento social en salud, caso Colombia 1990-2015”. Igualmente, en el caso de Antioquia se trabajó el caso de la Escuela Popular de Salud de la Mesa Intersectorial de Antioquia por el Derecho a la Salud a cargo de la profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública María Esperanza Echeverry López.

El proceso de trabajo relacionado con este proyecto de investigación implicó elaborar un convenio específico de cooperación científica entre algunas de las universidades participantes ejes de la alianza, con excepción de la universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y la Universidad de Antioquia, para establecer la forma como éstas (Universidad Nacional de Colombia y Pontificia Universidad Javeriana) contribuirían con los trabajos de grado de los estudiantes involucrados a la ejecución del proyecto de investigación “Contribution of Civil Society to Health for All” (Contribuciones de la Sociedad Civil a la Salud para Todos) durante la ejecución del mismo. Este convenio específico se firmó luego de suscrito el marco del convenio entre Médecine pour le Tiers Monde (M3M) y la Pontificia Universidad Javeriana, el cual especificaba la misión, presupuesto asignado por el MSP, distribución de los gastos e informes, entre otros, y permitiría entregar por parte de la Universidad Javeriana a las universidades participantes los recursos asignados entre las partes al proyecto de investigación, definir las transferencias de recursos, las obligaciones, derechos de autor y de propiedad intelectual, entre otros aspectos. El convenio específico de cooperación científica entre las universidades se definió previa aprobación del proyecto de investigación del MSP adecuado al caso Colombia por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana en sus sesiones del 23 de septiembre y 14 de noviembre del año 2014, así como previo registro el proyecto en las respectivas áreas de investigación de las universidades.

Con base en las aprobaciones de los convenios, el equipo de investigación inició el proceso de trabajo. Éste implicó varias reuniones presenciales y virtuales que permitieron socializar y asimilar el contenido del Proyecto del MSP por el conjunto de los investigadores y tutores, la traducción del mismo, la elaboración del protocolo de los trabajos de grado de los estudiantes y su adecuación al espíritu del proyecto del MSP respetando la autonomía de los estudiantes en la

definición del caso y problema a estudiar, y la elaboración del respectivo plan de trabajo general. La aprobación del protocolo de investigación de cada estudiante implicó, a su vez, el paso de los mismos por las respectivas autoridades competentes de cada una de las unidades o programas académicos involucrados de las respectivas universidades.

Como se observa arriba, los casos aprobados corresponden a diferentes experiencias sobre distintos tópicos relacionados con el involucramiento de la sociedad civil en el logro de la salud para todos en los espacios locales urbanos y rurales. Dado que en el contexto colombiano no propiamente se han implementado los cinco temas objeto del proyecto del MSP como han sido orientados por éste, se decidió estudiar un conjunto de casos nativos que reflejan algunos problemas y dinámicas similares de involucramiento de la sociedad civil en la lucha por la salud para todos. Estos problemas y dinámicas han emergido entre diversos sectores sociales sobre realidades generales y particulares del país, pero se han venido expresando siguiendo los componentes programáticos que, en general, busca estudiar el proyecto de investigación del MSP. En este sentido, algunos casos aluden a campesinos de regiones de Colombia, otros a comunidades de pertenencia étnica, otros a temas de género LGBT y mujeres, otros a trabajadores asalariados y otros a la movilización general por el derecho a la salud en el país. Algunos temas, de entre los casos estudiados, se refieren más a campañas desarrolladas por los procesos y movimientos sociales en relación con la lucha por el derecho a la atención en salud en Colombia, y otros incluyen aspectos relacionados con la determinación social más amplia de la salud y con las dinámicas de organización y movilización social por otros derechos relacionados con la salud.

Para conducir estos trabajos el equipo de tutores se reunió periódicamente de modo de hacer retroalimentación colectiva a los proyectos de los estudiantes e ir definiendo las pautas sobre cómo deberían articularse los casos particulares en el examen de conjunto del caso Colombia. Algunos de los proyectos de los estudiantes alcanzaron a tener retroalimentación colectiva presencial del equipo de tutores y otros solamente virtual, aunque todos al principio tuvieron retroalimentación presencial y colectiva, además de la del respectivo tutor encargado de cada caso. Cada proyecto de los estudiantes implicó elaborar un protocolo de investigación con problema, preguntas de investigación, estado del arte, marco conceptual, metodología y plan de trabajo que debió ser aprobado en las respectivas instancias competentes de cada universidad. La dinámica de desarrollo de estos protocolos fue heterogénea alcanzándose resultados más o menos completos en algunos casos, dadas las dificultades de recolección de información o las propias de proyectos regulados por procesos sometidos a los tiempos e imprevistos de trabajos de grado. De un total de ocho proyectos hasta la fecha han sido terminados de forma completa cinco, dos de forma parcial y uno restante aún no ha entregado ningún resultado.

En la tarea de construir un marco conceptual sobre sociedad civil, categorías de análisis de la información para la integración de los casos y una guía metodológica de articulación en una misma estructura de los casos, el equipo de investigación propuso y discutió sendos documentos alusivos a estos temas. En concreto, el equipo de investigación construyó los siguientes documentos guías: 1) Orientaciones para la construcción del informe de cada uno de los estudios de caso de los estudiantes; 2) Documento guía para el análisis integrado de la información de los casos de Colombia; 3) Documento sobre sociedad civil desde la perspectiva de Gramsci en respuesta a las inquietudes de algunos integrantes del equipo de investigación sobre ausencia de una adecuada conceptualización de sociedad civil en el documento del proyecto de investigación del MSP; 4)

Documento sobre categorías de análisis del proyecto sociedad civil y salud desde la perspectiva de los casos de Colombia; y, 5) Documento sobre Propuesta de estructura para el documento integrado del caso Colombia.

El primer documento recuerda a los responsables de cada uno de los casos en estudio las preguntas generales de investigación del proyecto del MSP, las orientaciones para la recolección y análisis de la información de la primera fase teniendo en cuenta que la evaluación de los temas de cada caso debe hacerse de forma separada del análisis empírico alrededor de las relaciones causales con respecto al involucramiento de la sociedad civil en el logro de la Salud para Todos. De acuerdo con las orientaciones del proyecto del MSP, se sugirió que cada estudio de caso particular tuviera la siguiente estructura y componentes: Título, Tabla de contenido, Breve introducción y presentación general del caso (incluyendo alusión corta a la metodología usada), Análisis del caso según los temas establecidos por el proyecto del MSP (arriba señalados) e Implicaciones para la segunda fase del proyecto en cuanto a desarrollo de programa, evaluación e investigación.

El segundo documento define que la estrategia analítica para la evaluación integrada de los cinco programas del MSP y del análisis empírico de las relaciones causales sobre el involucramiento de la sociedad civil en la lucha por la salud para todos en Colombia, debe adoptar un enfoque narrativo de estudio de caso, incluyendo comentarios evaluativos estructurados alrededor de los elementos de la lógica de programa y del involucramiento de la sociedad civil. El análisis integrado de la información del caso Colombia lo hace el equipo en su conjunto bajo la coordinación de los tutores del proyecto (Jairo Ernesto, Yadira Eugenia, María Esperanza, Juan Carlos, Diana Yadira y Román Rafael). Se elabora una narrativa a partir del Documento síntesis que reconstruye la historia del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS), del informe de cada uno de los estudios de caso, teniendo en cuenta la matriz de categorías de análisis a partir de los esquemas lógicos del Anexo 2 del documento “Civil Society engagement for health for all” y las categorías de análisis adicionales acordadas por el equipo de investigación de Colombia.

El tercer documento hace una revisión de distintos textos en los cuales Gramsci explora y analiza el concepto sociedad civil. Identifica definiciones que de sociedad civil hace este autor, como por ejemplo: “el espacio extendido y complejo donde tienen lugar las confrontaciones ideológicas, políticas y culturales, y donde se puede definir la hegemonía de un grupo dirigente sobre el resto de la sociedad” (Gramsci, 1975); o, en el Tomo III de Cuadernos de la Cárcel, la definición según la cual sociedad civil es la “hegemonía política y cultural de un grupo social sobre la sociedad entera, como contenido ético del Estado” (28). En estas definiciones Gramsci clarifica que cuando nos referimos a sociedad civil no aludimos solamente a elementos de la estructura social y económica, como decir un sujeto o grupo social aislado, una comunidad, una ONG, una organización de trabajadores o empresarial, un movimiento social o un partido político, entre otros, ni a una relación puramente material de intercambio económico entre individuos. En Gramsci sociedad civil hace referencia al resultado de una relación social dinámica entre grupos sociales (que es necesariamente económica y de lucha de clases, como señalara antes Marx, pero que no solamente se reduce a este aspecto de la estructura social) en la que se define e impone una cierta superestructura que determina la concepción del mundo o la ideología que sirve de dirección intelectual y moral de un grupo social dominante sobre el conjunto de la sociedad en un momento determinado de la historia.

También fue importante clarificar que es en las relaciones que se establecen entre partidos políticos, intelectuales y sociedad civil donde se define una específica relación de fuerzas que define el grado de desarrollo de la conciencia política de los grupos sociales involucrados en la disputa por la transformación de la sociedad²: a) el económico-corporativo, que se refiere a la solidaridad de gremio o profesional, entre iguales, pero no incluye al grupo social más amplio; b) el de la solidaridad de intereses entre todos los miembros del grupo social pero sólo en el plano de los intereses económicos o materiales en sentido reformista (Tomo V, p. 36); c) la fase de la unidad de fines económicos y políticos y de la unidad intelectual y moral, o del cambio revolucionario; en esta fase “se alcanza la conciencia de que los propios intereses corporativos, en su desarrollo actual y futuro, superan el círculo corporativo, de grupo meramente económico, y pueden y deben convertirse en intereses de otros grupos subordinados” (Tomo V, p. 36).

Una definición de sociedad civil de aquella naturaleza, explorada en un marco teórico más amplio al del proyecto del MSP, nos permitiría entender cómo individuos y grupos sociales explotados, discriminados y/o subyugados, en lucha por la satisfacción de sus necesidades materiales, y expresando sus derechos, verdades e identidades, podrían construir sus capacidades para resistir las políticas de salud dominantes, o influir en los procesos de más amplios de formulación de políticas públicas, planes y proyectos apuntando a dar satisfacción a sus necesidades inmediatas, o para de un modo más amplio, radical y de largo plazo, contribuir a construir un nuevo orden socioeconómico, político, cultural y ético, más inclusivo y equitativo, donde en el proceso pudiera emerger y desarrollarse su conciencia subjetiva y colectiva, su autonomía, libertad y emancipación. Para comprender el proceso de las transformaciones sociales en sentido progresivo Gramsci plantea dos condiciones importantes: primera, la constitución de una voluntad colectiva nacional-popular; segunda, el desarrollo de una concepción del mundo alternativa a la del *status quo* a través de una reforma intelectual y moral.

Las anteriores condiciones podrían ser aplicables al caso de Colombia, donde históricamente la no solución del conflicto por la propiedad de la tierra en términos de una reforma agraria democrática, la persistencia de relaciones patriarcales y de dominación de clase, la dependencia e injerencia externa y la ausencia de una mayor apertura democrática, han impedido la irrupción política de grupos sociales como los campesinos, mujeres, indígenas, grupos LGBT, trabajadores y capas medias urbanas e intelectuales que, en su conjunto, podrían contribuir a la construcción de la voluntad colectiva nacional-popular necesaria para el cambio. El no cumplimiento de la anterior condición ha negado la posibilidad de la constitución de movimientos sociales amplios y permanentes y la emergencia de un partido o convergencia de fuerzas políticas que materialicen esa voluntad colectiva nacional-popular, en la medida en que se ha negado mediante la violencia más brutal la existencia de la oposición social y política y, con ello, se han imposibilitado las transformaciones sociales y políticas progresivas, entre ellas las relacionadas con la salud.

El cuarto documento, construido a partir de las discusiones del equipo de investigación sobre el contenido del proyecto de investigación del MSP, el documento sobre sociedad civil a partir de Gramsci, y los marcos conceptuales de los estudios de caso de Colombia, en particular los relacionados con los enfoques teórico sobre movimientos sociales y acción colectiva, entre otros,

² Según Gramsci, que el individuo pueda cambiar las relaciones sociales existentes es el resultado de su capacidad para asociarse con todos aquellos que deseen cambiarlas, y la radicalidad del cambio dependerá de la cantidad de los individuos así asociados.

permite acordar dos conjuntos de categorías de análisis: uno, ligado a las indagaciones del proyecto global del MSP; y otro ligado a las particularidades socioeconómicas, políticas y culturales de la realidad nacional y a los intereses conceptuales de los investigadores nacionales. Entre las categorías ligadas al proyecto del MSP están las siguientes: salud para todos, sociedad civil, involucramiento de la sociedad civil para el cambio social, formas de involucramiento de la sociedad civil, dinámicas del cambio social a través de las cuales el involucramiento de la sociedad civil puede contribuir al logro de salud para todos, dimensiones espaciales del involucramiento de la sociedad civil, práctica del involucramiento de la sociedad civil, principios para proveer apoyo político o financiamiento a la sociedad civil, factores contextuales que afectan el involucramiento de la sociedad civil, grupos sociales beneficiarios del involucramiento de la sociedad civil. Entre las categorías nuevas o reconceptualizadas del proyecto del MSP relacionadas con la realidad nacional y los intereses de los investigadores nacionales están las siguientes: contribución de la sociedad civil al logro de la salud para todos que se replantea desde la perspectiva del derecho a la salud, la determinación social de la salud y la sustentabilidad ambiental; sociedad civil, se redefine atendiendo a Gramsci; grados de conciencia de la sociedad civil se plantea en la relación dinámica de la sociedad civil con el partido político (económico-corporativo, reformista, cambio revolucionario); condiciones para que la sociedad civil contribuya a las transformaciones sociales de acuerdo con Gramsci (voluntad colectiva nacional-popular, concepción del mundo alternativa, reforma intelectual y moral); acción colectiva, movimiento social, estructura de oportunidad, construcción de identidad; justicia social como sociedad de iguales; derecho a la salud; diversidad; espacio/territorio; y acumulación por despojo.

El presente documento recoge de modo sucinto e integrado los casos de Colombia en el marco del proyecto del MSP sobre contribución de la sociedad civil al logro de la salud para todos.

En **primer lugar**, se describen los referentes teóricos y metodológicos de los estudios de caso; en **segundo lugar**, se hace una descripción general del contexto nacional en el que se inscriben la lucha por la salud para todos en Colombia y se describen los contextos regionales de los casos y la dinámica de movilización social por la salud; en **tercer lugar**, nos referimos a cada uno de los temas objeto de investigación en el proyecto del MSP (construcción de capacidades, generación de conocimientos, diálogos sobre política y gobernanza global, campañas y construcción de movimiento en los espacios locales). En **cuarto lugar**, presentamos un conjunto de conclusiones buscando dar cuenta de las implicaciones de esta primera fase para la segunda fase del proyecto en cuanto a desarrollo del programa, evaluación e investigación.

1.1 Referentes Teórico-Metodológicos

Los diferentes casos anidados que hacen parte del estudio de Caso Colombia se construyeron utilizando diversos abordajes teórico-metodológicos. En el ámbito teórico encontramos que en general los casos locales usan la articulación de 2 o 3 perspectivas diferentes. En ningún caso se usó de manera exclusiva un abordaje teórico único, más bien podemos afirmar que los problemas de investigación específicos requerían para su comprensión perspectivas teóricas complementarias y adecuadas a la singularidad de cada caso y a los aportes que estos hacían a las preguntas del estudio propiciado por el Movimiento por la Salud de los Pueblos. En la tabla se encuentra una síntesis de los abordajes teóricos.

1.2 Tabla: Tipo de abordaje teórico de casos anidados en el estudio de los aportes de la sociedad civil a la construcción de la salud para todos

Actores	Organización a la que pertenece	No casos	Tipo de abordajes utilizados
Organización de trabajadores y ex trabajadores urbanos	Asotrecol	1	Teorías de la acción colectiva y la identidad Enfoque de derechos humanos Enfoque de salud de los trabajadores desde la medicina social
Organización de trabajadores urbanos sector salud	Trabajadores Hospital San Juan de Dios	1	Teorías de la acción colectiva Teorías de la resistencia Paradigma de la construcción social de la realidad
Campesinos/as	Asociación Campesina del Valle del Río Cimitarra (ACVC) Movimiento social por la tierra	3	Teoría de la subalteridad Determinación social de la salud
Población LGTB	Movimiento social LGTB	1	Teoría de la acción colectiva y la identidad Enfoque de derechos humanos Enfoque de género
Población Indígena	Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN)	1	Teoría de la acción colectiva y la identidad Enfoque de derechos humanos
Usuarios de salud, víctimas del conflicto armado, trabajadores/as y ciudadanos/as	Escuela Popular de Educación de la: Mesa Intersectorial por el Derecho a la Salud MIAS – GGF – UdeA	1	Enfoque de Derechos Humanos Enfoque de educación popular

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla la mayoría de los trabajos se inscriben en el campo de estudios de la acción colectiva con 4 trabajos; así mismo 4 trabajos utilizaron el enfoque de derechos humanos; los tres trabajos relacionados con población campesina usaron como abordaje teórico las perspectivas de subalteridad y determinación social de la salud; finalmente y de acuerdo a las necesidades de cada caso se usaron enfoques singulares como la perspectiva de salud desde los trabajadores, teorías de resistencia, enfoque de género y de educación popular. A continuación de describirá de manera general como fue entendido y apropiado por los trabajos cada uno de estos abordajes.

El campo de estudio sobre los movimientos sociales (MS) y la acción colectiva (AC) es amplio y heterogéneo. A su interior se pueden encontrar diversas perspectivas entre las que resaltan: i) aquellas que privilegian la mirada sobre las condiciones estructurales que propician y configuran la acción colectiva, cuyos desarrollos los podemos encontrar en la llamada estructura de oportunidades políticas (EOP) o con mayor desarrollo en la contienda política (CP); ii) representada por aquellas teorías que privilegian el análisis de los procesos sociales vinculados a la construcción de los MS como actores colectivos, conocidos de manera genérica como enfoques de identidad; iii) aquellos que intentan abordajes complementarios entre los estos enfoques anteriores, que recogen las miradas provenientes principalmente de Europa y Estados Unidos y iv) otras perspectivas teóricas, especialmente las que se vienen configurando desde Asia y América Latina desde la subalternidad, y en particular de América Latina que se caracterizan por una visión de desde abajo, ligadas a la defensa del territorio y a la autonomía de la movilización y la organización social.

Para los estudios de caso en Colombia que usaron el abordaje de teorías de la AC y los MS, se privilegió una mirada complementaria –teorías de la identidad y la EOP- lo cual intentó leer la AC y los MS explorando los procesos propios de configuración de actores colectivos y como estos se construyen en conflicto y tensión con los cambios estructurales de política pública y modelo de Estado. El análisis de los procesos de construcción de identidades -como en los casos de la ACIN, el movimiento LGTB, Asotrecol y la Escuela Popular- mostró que ésta es procesual, que el actor se va construyendo a través de la AC, que dichas identidades se edifican a partir de la manera particular como cada actor entiende el derecho a la salud como derecho humano fundamental y; la segunda arista teórica desde este campo -la EOP- aportó al análisis de los trabajos al permitir comprender cuáles eran los elementos estructurales que actualmente se disputan en la contienda por la salud y que configuran la AC. En este sentido los diferentes trabajos muestran al menos dos asuntos, de un lado que hay un vínculo claro entre los procesos de reforma de la política social y la política de salud y de seguridad social en Colombia con la movilización social, es el despojo sistemático de la garantía de derechos como el de trabajo, el territorio, las pensiones, la protección de la salud en el trabajo y por su puesto el acceso a los servicios de salud, lo que ha generado indignación y sufrimiento produciendo –no de manera automática, sino mediada por la construcción de actores colectivos- ejercicios de organización y movilización por los derechos. De otro lado, los casos muestran que dicho despojo afecta de manera particular a cada uno de los actores que hacían parte de los casos estudiados.

El segundo enfoque usado por cuatro casos –ACIN, movimiento LGTB, Asotrecol y la Escuela Popular- es el de derechos humanos; este enfoque reconoce el DS como derecho fundamental que de acuerdo con la normatividad nacional, el bloque de constitucionalidad y la jurisprudencia de la Corte Constitucional debe ser universal, no discriminar, vincularse a la condición de ciudadano y garantizado equitativamente por el Estado con base en la dignidad humana; así mismo se reconoce como interdependiente de otros derechos como el derecho al trabajo, el derecho a la protección de la salud en el trabajo, el derecho a la pensión, el derecho a la vida, el derecho al territorio, asuntos claramente encontrados en los casos. De igual manera, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en la Observación No.14 define que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”. Adicional al universalismo del enfoque de derechos humanos se suma el llamado por el derecho al reconocimiento, se evidenció en los casos de la ACIN y del movimiento LGTB, en ambos se

encontró que sus actores, además de lo establecido en la jurisprudencia, exigen el reconocimiento del derecho a la diferencia en la atención en salud, a partir de la incorporación de las prácticas ancestrales en salud y la inclusión de modelos de atención que reconozcan las orientaciones de género y sexuales no heteronormativas.

Los trabajos anteriores además requirieron aportes teóricos específicos. En el caso de los aportes del movimiento LGTB a la construcción de la salud para todos requirió del enfoque de género que desde autores como Lamas y Butler, plantean que la categoría de género pretende diferenciar entre lo biológico y las construcciones socio-culturales que se hacen alrededor de las características biológicas, asumiendo que las estructuras de poder dan forma a un modelo dominante –la heterosexualidad- y a unas prácticas socioculturales que implican formas de dominación y control de unos actores con mayor poder que otros, explicando así formas de exclusión y discriminación histórica frente a poblaciones con orientaciones de género y sexuales no heteronormativas.

El caso de los trabajadores del Hospital San Juan de Dios incorporó además los aportes de la teoría de la resistencia desarrollada por Quiñones, que complementa la AC desde una perspectiva de organización, colectivización y desobediencia civil para contravenir situaciones problemáticas y actuar para el cambio político. Y el paradigma de la construcción social de la realidad planteado por Berger y Luckman aportó al ejercicio de análisis y tratamiento de la información recolectada desde la construcción de subjetividades colectivas que se han gestado a través del proceso de resistencia, en una cotidianidad mediada y modificada por la organización y acción, que perduró por más de una década y genera formas diferentes de entender y explicar lo ocurrido desde los actores.

El caso de la escuela popular requirió además del enfoque de DH el enfoque de educación popular. La escuela tiene tres componentes: el pedagógico, el comunicativo y el de investigación. El componente pedagógico está basado en la **educación popular** entendida no como proceso de transmisión de conocimientos desde alguien que sabe hacia alguien que no sabe, sino como un encuentro entre personas, las cuales por medio del diálogo, la reflexión y el intercambio de sus propios saberes recrean el mundo para tratar de comprenderlo, teniendo como horizonte la construcción de una sociedad más justa y democrática. El componente comunicativo, que se sustenta en la **comunicación para el cambio social** —CCS—, busca incidir en la transformación social, fortaleciendo la comunicación en los procesos de organización y participación, como una estrategia de crecimiento colectivo. La CCS³ da relevancia a la participación y al diálogo. Por eso se complementa muy bien con la educación popular*. El componente de investigación se basa en la **investigación crítica** utilizando métodos de investigación social en la construcción de conocimientos para la acción frente a las distintas formas de dominación social, incidiendo así en la transformación de nuestra realidad. En la EPLS se concreta en las tutorías y en la *sistematización de la experiencia*, la cual es una forma de investigación cualitativa que trabaja con el ordenamiento, reconstrucción, análisis y comprensión crítica de experiencias vividas, por ejemplo, a nivel de procesos organizativos comunitarios o procesos educativos. Es un ejercicio que busca

3. La CCS está inmersa en los seminarios formativos, porque los responsables de cada sesión también son maestros o educadores de las organizaciones que convergen en la Escuela, en una relación horizontal.

comprender el proceso vivido y los factores que intervinieron para que dicho proceso se diera de una forma y no de otra.

El estudio de caso de los trabajadores de Asotrecol además de los enfoques de DH y AC y MS, requirió comprender la relación entre salud y trabajo, para ello utilizó el enfoque de salud de los trabajadores desde la medicina social, el cual permite caracterizar los procesos productivos y las condiciones de trabajo que generan y su impacto sobre la salud de los trabajadores; igualmente estudiar los cambios en el mundo del trabajo producto de los ajustes de tipo gerencial y técnico y cómo influyen sobre la vida y la salud de la población laboral.

Finalmente, los 3 casos del movimiento campesino y minero en el Valle del Rio Cimitarra usaron, además del enfoque de la AC, tres abordajes diferentes a los planteados hasta ahora: el enfoque de determinantes sociales de la salud, el de la determinación social de la salud y de la soberanía alimentaria y nutricional. Desde estas apuestas conceptuales el enfoque de determinantes sociales de la salud la OMS (2014) los describe como circunstancias, en las que tienen lugar la vida de las personas incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son consecuencia de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que obedecen a su vez a las políticas públicas. Desde la medicina social latinoamericana la determinación social permite comprender el carácter polisémico de la salud, al comprenderla a la vez como objeto real, síntesis de sus múltiples determinaciones ontológicas; como objeto pensado, sobre el que se construye una conceptualización que permite hacerlo inteligible; y como campo de praxis, en el que operan las formas de incidencia y las fuerzas sociales movilizadas (Breilh, 2010). Todo lo anterior inscrito en un proceso dialéctico de determinación socio histórica (Breilh, 2013). Al hablar de soberanía alimentaria se hace necesario el análisis de aspectos como territorio y territorialidad, gobernanza y gobernabilidad, y ordenamiento territorial con perspectiva alimentaria.

Metodológicamente todos los estudios correspondieron a estudios de caso, en general todos ellos contruidos desde abordajes cualitativos. Uno de los estudios correspondió a un caso con diseño etnográfico –ACIN, dos de las experiencias se plantearon como estudios de caso con sistematización de experiencias –Escuela Popular y uno de los casos del Valle del Rio Cimitarra-, el caso del movimiento LGTB fue un estudio de caso con método biográfico, y los demás se plantearon como casos cualitativos. En general las técnicas utilizadas fueron análisis documental, grupos focales, entrevistas a profundidad, entrevistas semiestructuradas y observación participante. Todos ellos intentaron, desde los casos particulares, aportar a las diferentes categorías planteadas por el estudio del Movimiento de Salud de los Pueblos, siendo las más desarrolladas: construcción del movimiento, campañas o abogacía, producción y diseminación de conocimiento y entrenamiento y construcción de capacidades; por las características de los casos y las particularidades del contexto colombiano fueron más limitados los aportes en términos de la política y gobernanza local.

1.3 Contexto Nacional De La Movilización Por La Salud

Colombia está localizado en la punta superior de América del Sur. Tiene una enorme biodiversidad producto de su riqueza geográfica, dada por la presencia de diversas regiones tanto de costa, como de valles y montañas; hídrica, al estar bañada por dos océanos y por la presencia de multitud de ríos y lagunas; vegetal y animal por las selvas que posee entre ellas un parte del Amazonas; cultural, al ser una nación multiétnica que tiene grupos indígenas, afros y mestizos;

energética, por sus yacimientos de minerales y petróleo; y humana, dada la calidad de su gente que a pesar de la adversidades cotidianas producto del contexto de violencia y de injusticia social, lucha cotidianamente por forjar una mejor vida.

Colombia tiene, según el DANE, cerca de 49 millones de habitantes, 75% en zonas urbanas y 25% en la zona rural; 51% mujeres y 49% hombres. Según la Constitución Política de 1991, es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, democrática, participativa y pluralista; asunto que en la práctica se traduce en un sistema político de corte presidencialista, con una democracia representativa, con una historia de bipartidismo, excluyente de sectores políticos no tradicionales, con escasa promoción de la participación ciudadana que ha llevado a que las decisiones sean tomadas por elites a favor de intereses particulares, generando profundas injusticias sociales, base de un muy duradero conflicto social y político, razón explicativa de la guerra interna que lleva más de 50 años en el país.

Desde finales de la década del ochenta Colombia empieza a transitar por la senda de un conjunto de transformaciones en el contexto de las reformas económicas y la limitación de la acción social de los Estados, decisiones tomadas siguiendo orientaciones de política pública promovidas por los organismos multilaterales de crédito, en especial el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Homedes y Ugalde, 2005), que promovían un conjunto de medidas de ajuste estructural bajo el argumento de la necesidad de superar la crisis de la deuda externa latinoamericana.

Este marco contextual, es el que genera un proceso de resistencia y movilización social por la salud y la constitución de un movimiento nacional por la salud en Colombia, el cual se analiza en un conjunto de cuatro periodos, articulados a periodos presidenciales.

1.3.1 Reformas neoliberales marcan el contexto colombiano desde los 90

Las transformaciones impulsadas por los organismos financieros internacionales llevaron en Colombia a un cambio del modelo de desarrollo, junto a reformas sectoriales entre ellas la laboral y la de la seguridad social. La reforma laboral se adelantó a través de la Ley 50 de 1990 que llevó a transformar las relaciones capital-trabajo a partir de generar un proceso de flexibilización y desregulación laboral; y con la Ley 100 de 1993 se instauró una política de Estado en seguridad social con base en el aseguramiento individual a un mercado de servicios de pensión y de atención a la enfermedad de origen común por un lado y de origen laboral por otro.

De manera específica, la transformación de las políticas de salud en el país siguió las directrices del denominado Consenso de Washington, que como dice Misas (2002) “ha generado un corpus, una matriz teórico-ideológica acerca de lo que es una buena política económica” (p. 206) y, con ello ha logrado proveer nuevas formas de acumulación del capital a través de la privatización de sectores que como la salud y la educación eran desarrollados en el pasado por el Estado, aunque como lo señalan algunas investigaciones históricas, tampoco ese arreglo institucional garantizó el derecho a la salud porque mantuvo la segmentación instalando más las nociones de caridad para los pobres y de pago para el resto de la población, que la de ciudadanía (Hernández, 2000 y De Currea, 2003).

En este marco, el Estado colombiano desarrolló un proceso dual que hasta el día de hoy marca los matices en la orientación de la política pública en salud. De un lado, siguiendo las orientaciones de la banca internacional, y promovido por el sector de seguros, a finales de los ochenta el país

empezó un intenso debate sobre la necesidad de transformar el antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS). Los principales argumentos para ello fueron: fragmentación y bajas coberturas de la seguridad social (se estimaba que llegaba al 18% de la población aproximadamente), ineficiencia en el uso de los recursos públicos y del sistema público de salud, persistencia de crisis económica de la red pública hospitalaria, deficiente calidad en la prestación de servicios de salud, baja competitividad por la existencia de poblaciones cautivas, y corrupción e ineficiencia administrativa (Borrero, 2008). Este debate concluyó con la creación del SGSSS (Ley 100 de 1993), mediada por una fuerte contienda, especialmente del Estado con los sectores sindicales (Borrero, 2008; Uribe, 2009).

De otro lado, el país asumió un proceso de negociación política con el movimiento insurgente M-19 que terminó con la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente, la cual promulgó la nueva Constitución Política (CP) de 1991. Esta apuesta de reorganización institucional aunque abrió las puertas a los procesos de apertura económica y privatización de diferentes bienes y servicios, tuvo la particularidad de definir al país como un Estado Social de Derecho (ESD), con un tímido reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales que debían garantizarse a través de la transferencia creciente y progresiva de recursos de la nación a los departamentos y municipios, con el mandato del gasto social obligatorio y prioritario; y al establecimiento de mecanismos constitucionales de protección de los derechos fundamentales a través de la acción de tutela (AT) y las acciones populares (AP) (CP, 1991). Esta orientación garantista de la CP estará en permanente tensión con la apuesta de corte neoliberal que ha predominado en el ejecutivo y legislativo a lo largo de estos 25 años.

De acuerdo con algunos investigadores (Almeida, 2005; Hernández, 2008) el modelo de pluralismo estructurado, implantado en Colombia con el SGSSS, seguía las orientaciones del BM ya mencionadas y se concretó en un sistema de salud basado en el aseguramiento individual – concebido como mecanismo de financiación y no de solidaridad- con dos regímenes: uno subsidiado para la población pobre seleccionada por focalización, y otro contributivo para la población con capacidad de pago y financiado por trabajadores y empleadores. El seguro de salud es manejado por un intermediario que recibe una prima por cada afiliado y contrata la prestación de los servicios, cubiertos por un plan de beneficios, con instituciones prestadoras, y los afiliados realizan pagos adicionales cuando utilizan los servicios.

Adicionalmente los hospitales públicos debieron re-estructurarse convirtiéndose en “empresas sociales del Estado” financieramente autosostenibles, e introduciendo mecanismos de flexibilización laboral. Formalmente el Estado cumpliría el papel de “modulador” del sistema y de la “competencia regulada” entre aseguradores y prestadores públicos y privados. Sin embargo, más de dos décadas de implantación de este diseño institucional, evidencian la primacía del mercado, la extinción de aseguradores públicos, la precarización laboral de los trabajadores de la salud, la crisis permanente de los hospitales, el retroceso en indicadores de salud pública, y las múltiples barreras de acceso a los servicios de salud (Vélez, 2016).

Los efectos de la implantación del nuevo sistema de salud se empezarán a sentir de manera especial con la profundización de la crisis hospitalaria⁴ de un lado, y de otro por el retroceso de

⁴ Uno de los casos más emblemáticos en Colombia ha sido el cierre del complejo hospitalario San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil en Bogotá. Estas dos instituciones fueron emblemáticas

algunos indicadores de salud, especialmente la caída de las coberturas de vacunación, el incremento de las enfermedades inmuno-prevenibles, el despido de trabajadores de los hospitales públicos, y la emergencia de nuevos problemas como la aparición de barreras de acceso a los servicios de salud, el cierre de hospitales, centros y puestos de salud y la supresión de cargos de personal promotor de salud, asunto crítico en las zonas rurales, y en las rurales dispersas del país (Borrero, 2014, Echeverry-López & Borrero, 2015; Ocampo, 2012).

En el período 1998-2000 Colombia asiste a la primera gran crisis económica producto de las políticas de ajuste que triplicó la tasa de desempleo, avanzaban la desregulación estatal, la flexibilización laboral acompañada del despido masivo de trabajadores del sector público, la creación de nuevas instituciones pro-mercado en los sectores del bienestar; y, empezaba a configurarse una tendencia legislativa –que se mantendrá durante todo el período- hacia el desmonte del frágil Estado Social de Derecho –ESD- de la Constitución Política de 1991 (Echeverry, 2011) con la primera reforma a las transferencias en 2001, que disminuyó los recursos para la política social en los territorios (municipios y departamentos). Estos efectos detonaron amplias movilizaciones y protestas sociales en las que hubo una importante participación de sectores sociales involucrados con los temas de la educación y la salud.

En ese contexto, entre 1997-1998, la situación de salud pública del país fue la que motivó, a iniciativa de sectores académicos, la necesidad de organización, de pedagogía, y de debate crítico frente a lo que estaba pasando, y este sería el germen de un movimiento nacional por la salud (Borrero, 2013), en el escenario de dos momentos de intensificación de la protesta social en salud en 1999 y 2001 (Echeverry y Borrero, 2015).

A partir de 2002, el gobierno nacional asumido por el Presidente Álvaro Uribe Vélez⁵ de corte neoliberal y autoritario, dentro de sus políticas profundizó el proceso de apertura económica y la minimización del papel del Estado en la provisión de bienes y servicios como la salud. Para la política social, introdujo el enfoque de *Manejo Social del Riesgo* que había sido propuesto por el Banco Mundial y en el cual el papel del Estado se concibe como complementario actuando solo cuando el individuo, la familia y la comunidad no logran resolver, a través del mercado, la provisión de bienes y servicios básicos (Echeverry y Borrero, 2015).

En el campo de la salud, este periodo de tiempo se caracterizó porque el modelo de aseguramiento se profundizó; así mismo la crisis hospitalaria –una de las principales causas de la protesta a lo largo de estos 22 años- atravesaba la vida cotidiana del país, situación que persiste hasta hoy debido a la desigual competencia entre instituciones prestadoras de servicios privados y públicos, en desventaja para éstos últimos, y a la política de recorte de los subsidios a la oferta de servicios de salud que ha terminado favoreciendo el aseguramiento y la expansión no regulada de la red de prestadores privados. La deuda de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), intermediarias que captan la prima del seguro, con la red pública y privada de prestación de servicios de salud -para 2004 se estimaba en aproximadamente 2,5 billones de pesos (Borrero, 2014), hoy asciende a 5,8 billones de pesos (El Espectador, 5 de noviembre de 2015) –; por las

“Hospitales Universitarios” que formaron miles de profesionales de la salud, especialmente de la Universidad Nacional de Colombia, que produjeron tecnología de punta y que estaban a la vanguardia de la formación y generación de conocimiento médico en América Latina y el mundo.

⁵ El presidente Álvaro Uribe Vélez fue uno de los Senadores ponentes de la Ley 100 de 1993 que creó el SGSSS.

desiguales condiciones de las instituciones públicas, obligadas a convertirse en Empresas Sociales del Estado, financieramente autosostenibles, y a competir en el mercado de servicios de salud; y, por políticas de salud más proclives al mercado que a la defensa del interés público. Las políticas de salud que adelantó el Gobierno Uribe profundizaron la apuesta que se traía: favorecer la acumulación del capital en el sector de la salud (Borrero, 2014).

Paralelamente, el gobierno profundizaba las reformas de mercado en los sectores sociales: acogiendo el enfoque del Manejo Social del Riesgo del BM, se fusionaron los Ministerios de Salud y de Trabajo en el Ministerio de Protección Social, concentrando aún más la ya limitada presencia social del Estado en la población en extrema pobreza; la política de salud se orientó al fortalecimiento del aseguramiento privado, debilitando las aseguradoras públicas; a poner en marcha un proceso de re-estructuración y atomización del Instituto de Seguros Sociales para favorecer la libre competencia, fracturando de paso uno de los sindicatos más representativos de la salud en el país que para entonces había liderado una importante articulación de actores en salud, a endurecer la re-estructuración de los hospitales públicos y a iniciar la negociación del Tratado de Libre Comercio –TLC- con Estados Unidos que favorecía los intereses de la industria farmacéutica, reformando la propiedad intelectual. La permanencia del gobierno de Uribe en el gobierno durante 8 años (2002-2010) mantendría en este período, y a futuro un escenario socio-económico que alimentaría el malestar social, pero también la politización de los actores subalternos, pese a la represión de la protesta y a las violaciones a los derechos humanos de los sindicalistas (Uribe, 2011).

Los ocho años de gobierno de Álvaro Uribe se cierran con “broche de oro” con la denominada emergencia social⁶, que conllevó a uno de los momentos de mayor movilización social en salud en los cuatro periodos analizados en este documento (Torres-Tovar, 2010A).

La gente expresó un gran rechazo a las medidas en foros públicos, en consultas virtuales, en comentarios a los artículos de prensa, en noticieros radiales y televisivos, en redes sociales creando opinión y entre otros un grupo llamado “todos en contra los decretos de emergencia social de 2010 en Colombia”.

Los médicos se pronunciaron vehementemente contra el decreto que buscaba coartar aún más su autonomía. Los sectores académicos discutieron que los decretos no resolvían los problemas estructurales de salud del país. Secretarios de Salud y Gerentes de Empresas Sociales del Estado se pronunciaron ante el riesgo del deterioro y desaparición de la red pública hospitalaria al no colocársele un tope mínimo de contratación de las EPS para con los hospitales públicos y también por retornarle los recursos de promoción y prevención a las EPS. Los pacientes de enfermedades denominadas catastróficas y de alto costo expresaron su enorme preocupación frente a sus tratamientos y frente a la imposibilidad de pagarlos. Diversos sectores políticos se expresaron en contra. La iglesia exigió al gobierno que revisase los decretos. Trabajadores del sector salud se tomaron dos iglesias en Bogotá en rechazo a la emergencia social. Sumado a estas expresiones, se

⁶ El Gobierno de Uribe a través del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 estableció el estado de emergencia social, haciendo uso del artículo 215 de la Constitución Política, que permite implementar tal estado de excepción cuando se da una situación que ponga en riesgo la estabilidad económica, social y ecológica del país. El Gobierno justificó esta medida con el argumento de que la salud tenía un problema grave de iliquidez que demandaba la obtención de recursos extras para ponerle fin a la crisis financiera de este sector (Torres-Tovar, 2010B).

realizaron un conjunto amplio de marchas en varias ciudades del país demandando la derogatoria de los decretos de la emergencia (Desde Abajo, 2010).

Los dos cuatrienios de Uribe se cerraban entonces con una derrota política en salud, con un ascenso importante en la movilización social por el derecho a la salud, y una voluntad de muchos sectores y actores sociales, académicos y políticos por conformar un nuevo modelo garante de la “salud para todos”, el cual se venía delineando como un modelo con eje central en la salud pública, universal, gratuito, equitativo y altamente participativo (Movimiento Nacional por la Salud, 2010).

En este contexto es que inicia el primer gobierno de Juan Manuel Santos en agosto de 2010, que tenía que enfrentar el profundo descontento y presión social para resolver la crisis del sistema de salud y a su vez tenía que desentramar la firma del tratado de libre comercio (TLC) con Estados Unidos, que tenía también implicaciones importantes en materia de salud y una importante oposición social.

El gobierno de Santos retomó la iniciativa de una nueva, la segunda, reforma a la Ley 100, que había ya propuesto Uribe el final de su periodo, como vía para resolver los múltiples problemas presentes en el sistema de salud, responsables en gran medida de las protestas y las luchas sociales en el campo de la salud en el país.

En enero de 2011 se expidió la Ley 1438 de reforma a la Ley 100, la cual no modificó la esencia del sistema de salud al sostener el modelo de intermediación de las EPS y no controlar la integración vertical, por lo cual no permitió superar la crisis del sector salud, llevando a que a mitad del primer periodo de gobierno de Santos se volviera a hablar de otra reforma al sistema de salud, la tercera, la cual se justificaba en la idea de ajustar el sistema de salud para resolver sus problemas.

El proyecto de ley ordinaria presentado por el gobierno de Santos produjo una gran oposición social, en tanto la iniciativa mantenía los dos regímenes de aseguramiento, con lo cual no enfrentaba las inequidades que se dan entre los afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado. Más que desaparecer las EPS les cambiaba su denominación por el nombre de Gestoras de Servicios de Salud, pero las potenciaba en tanto les daba potestad en aspectos que son centrales en el sistema de salud como crear y direccionar las redes prestadoras de servicios de salud, mantener la contratación, vigilancia y pago a las prestadoras de servicios de salud, mantener el rol de autorizadores de servicios, contratar con su propia red en la prestación primaria de servicios de salud sin ningún límite de porcentaje, continuar con la potestad de realizar acciones de salud individuales y colectivas y mantener el negocio de la medicina prepaga (Torres-Tovar, 2013A). Pero finalmente este proyecto de ley no logró hacer todo el trámite en el Congreso de la República y terminó siendo archivado.

La otra iniciativa legislativa impulsada por el Gobierno de Santos fue la presentación de un proyecto de Ley Estatutaria en Salud (LES), el cual terminó siendo aprobado a finales del 2013 por el Congreso de la República y fue declarada exequible por la Corte Constitucional a través de la Sentencia C-303 de 2014, con un conjunto de modulaciones.

Tal fue el conjunto de modulaciones establecidas a la LES por la Corte Constitucional, en un enfoque internacional garantista del derecho a la salud, que Santos firmó la Ley producto de la presión social de diversos sectores ciudadanos, gremiales y académicos.

Con la LES se estableció en el marco constitucional del Estado colombiano que la salud es un derecho humano fundamental, con un contenido integral que va más allá de un paquete de prestación de servicios (POS), asunto que impidió lo que pretendía el gobierno de Santos que era estrechar el contenido del derecho a la salud al simple POS y con esto limitar los alcances del uso jurídico de la tutela. Pero lo cierto que la sanción de la LES que fue leída por los sectores sociales como un logro de su iniciativa y de su lucha, no tocó para nada la matriz de aseguramiento del modelo de salud, elemento estructural explicativo de los profundos problemas que genera.

Esta dinámica en salud del primer periodo de gobierno de Santos, nada diferente en el desarrollo de su segundo periodo presidencial, han mostrado que las iniciativas impulsadas por su gobierno han mantenido la tendencia de los gobiernos anteriores de fortalecer el modelo de mercado en la perspectiva del aseguramiento individual de atención a la enfermedad, sin resolver los graves problemas de garantía del derecho a la salud que el modelo ha generado.

1.3.2 Contextos regionales y locales

Si bien es cierto que el contexto nacional influye sobre el conjunto de la territorialidad en Colombia, se hace necesario reconocer que cada región tiene particularidades de contexto que dan matices a las dinámicas sociales y políticas que se dan en él y por su puesto a la dinámica de movilización social y de organización por el derecho a la salud.

En la investigación emprendida, los casos estudiados se dan en cinco regiones y/o ciudades de Colombia: el Valle del Rio Cimitarra (ubicado en la región media del río Magdalena); la zona norte del Departamento del Cauca (en el suroccidente del país); la ciudad de Cali, capital del Departamento del Valle (también en el suroccidente del país); el departamento de Antioquia (en el noroccidente del país) y la ciudad de Bogotá, capital del país, ubicada en la zona central.

El Valle del río Cimitarra (VRC) es una zona ubicada entre el costado oriental de la cordillera central y el margen occidental del río Magdalena, al sur de la Serranía de San Lucas, en las inmediaciones de los municipios de Yondó y Remedios del nordeste de Antioquia y, San Pablo y Cantagallo, en el sur del departamento de Bolívar. Es una zona de colonización tardía que inicia a finales de los años 70' como fruto de la violencia política que se vivía en la región del Magdalena Medio, desde Cundinamarca hasta la rivera del río Sinú. Conforman un espacio geográfico marginal al proyecto nacional del país, pues es producto de la acción combinada entre el Estado y actores sociales excluidos y subalternos que conforman espacios en los que poco se expresan los intereses políticos, económicos, culturales y militares que dan soporte a la comunidad nacional, con lo cual se justifica una configuración socio espacial excluyente que pone en evidencia el contraste entre espacios integrados a la lógica del régimen político y espacios no integrados a ésta, ajenos a la sociedad nacional que forman un enclave territorial desintegrado (Alonso, 1997). Ha sido una de las regiones de Colombia donde se ha desplegado más intensamente la disputa por la tenencia de la tierra, la extracción de minerales del subsuelo, el narcotráfico y la violencia en contra de la participación de las organizaciones comunitarias, movimientos sociales y partidos políticos en la vida y las decisiones políticas nacionales, regionales y locales.

La zona Norte de departamento del Cauca ha sido un escenario de resistencia de grupos indígenas y afrodescendientes, quienes históricamente han sido actores subalterizados. Corresponde a uno de los territorios colombianos donde el conflicto armado se presenta con mayor intensidad, dado que su posición geográfica hace que se convierta en un corredor que

comunica la Región Andina Colombiana con la salida al Océano Pacífico. Económicamente tiene dos áreas diferenciadas, una baja, donde se ubican pueblos indígenas y afrodescendientes, dedicada especialmente a la agroindustria de la caña de azúcar, la cual ha desplazado fuertemente las pequeñas parcelas campesinas; y una zona alta, predominantemente indígena, dedicada a cultivos de pan coger, zonas de reserva acuífera y con presencia de cultivos ilícitos. El departamento del Cauca en general presenta indicadores de pobreza y miseria muy por encima del promedio nacional, esta situación es peor para los pueblos indígenas y afrodescendientes del departamento. Entonces este territorio se puede caracterizar como una zona históricamente excluida del desarrollo económico y social del país, con intensificación del conflicto armado y del fenómeno del narcotráfico.

De otro lado Cali es la ciudad más importante del suroccidente del país. Su desarrollo económico se ha hecho de la mano de la agroindustria azucarera, cuyo capital se encuentra concentrado en muy pocas personas. De las tres ciudades más importantes del país –Bogotá, Medellín y Cali- es la que presenta los más altos índices de pobreza urbana y la mayor segregación socioespacial. Después de Bahía en Brasil, es la segunda ciudad en América Latina con mayor proporción de población afrodescendiente. A partir de la década de los ochenta, de la mano de la guerra del Estado a los carteles de la droga, la ciudad ha tenido una crisis económica que aún no logra superar completamente, pues buena parte de su crecimiento económico previo se hizo de la mano del narcotráfico. Pese a las dificultades económicas y los altos índices de pobreza, es una ciudad con menor movilización social, comparada con Medellín y Bogotá, en el campo de la salud, pues según investigaciones previas (Borrero 2013, 2014) no ha habido en ella presencia de un pensamiento crítico sanitario fuerte, los procesos de implementación del sistema de salud fueron posteriores al resto de las ciudades –específicamente en lo relacionado con la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado- y, no ha habido una alta densidad de procesos organizativos en salud de carácter autónomo, sino que la mayoría de estos han estado vinculados a procesos de participación institucional, como se evidencia en el caso del movimiento LGTB.

Medellín y las localidades cercanas como el Valle de Aburra, representan la segunda región de Colombia con mayor desarrollo económico, pese a lo cual corresponde a una de las áreas conurbadas con mayor nivel de inequidad (Borrero, 2013). Frente a la lucha por la salud la ciudad se ha caracterizado por contar con procesos organizativos de larga tradición de lucha como es el caso de la Asociación Médica de Antioquia (Asmedas) quien aportó en la organización de procesos sindicales (Asmetrosalud) y de usuarios (Asudessa); así mismo, a diferencia de Cali y de manera más cercana al caso de Bogotá, cuenta con una larga historia de pensamiento crítico a través de actores como la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la misma universidad. Según Borrero (2013, 2014), esta confluencia de trayectorias de lucha y pensamiento crítico en salud han hecho que el movimiento por la salud tenga cierta fortaleza y permanencia en la ciudad. Sin embargo, una de las situaciones más críticas ha sido la presencia y disputa por el control de la ciudad por parte de actores armados –especialmente paramilitares y en los últimos años bandas criminales (bacrim) que infiltraron los barrios y las organizaciones populares, amenazando a líderes y controlando los círculos económicos locales. Esto ha afectado al movimiento social en general y al de salud en particular, pues genera desconfianza, temor y atomización de los actores sociales. En contraste, en el contexto de la reforma a la salud, la defensa de la red hospitalaria

pública organizada como unidad de empresa con 53 puntos de atención en toda la ciudad ha sido un elemento de cohesión y de lucha del movimiento social en la ciudad

El contexto de Bogotá, en tanto capital del Colombia, está muy afectado por el contexto nacional y por lo tanto es una ciudad donde las reformas económicas, laboral y de seguridad social, entre otras, se evidencia con fuerza, expresadas en un franco deterioro de las condiciones laborales y falta de realización de derechos a la población, entre ellos los de salud. Igualmente, se ha evidenciado la liquidación de la institucionalidad de la seguridad social pública y la crisis de la institucionalidad hospitalaria pública, con el cierre y fusión de hospitales, que ha generado gran conflictividad laboral. Pero como particularidad de su contexto, se destaca el hecho de la presencia de gobiernos de la ciudad de carácter progresista entre los años 2004 a 2015, que orientaron la política de salud más hacia su garantía que hacia su mercantilización, pero sin lograr modificar sustancialmente las condiciones laborales de los trabajadores de este sector. Y por supuesto, como otra de las particularidades, se registra en ella buena parte de la resistencia y movilización social en contra de las políticas de corte neoliberal.

1.3.3 La dinámica de movilización social por la salud

Este contexto descrito, de mediana duración, ha estado marcado por la restricción y mercantilización de la política social con desmonte del papel del Estado en la garantía de los derechos sociales, un proceso de implantación de una reforma a la seguridad social de corte privatizador y un ambiente de alta conflictividad social favorable a la articulación de actores y a su politización, que ha detonado la protesta social.

Dinámica socio-política que en más de 20 años ha permitido, a pesar del contexto colombiano de violencia política y especialmente antisindical y de represión gubernamental, generar un proceso de movilización social importante, donde se han involucrado diversos actores sociales, han surgido nuevos, se han configurado diversas formas de acción colectiva y se ha venido delineando la construcción de un movimiento social por la salud que han construido su identidad en torno a la lucha por el derecho fundamental a la salud (Echeverry-López & Borrero-Ramírez, 2015).

Movilización social en la cual se ha inscrito como una de sus principales formas organizativas el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, nacido en el año 2001 y que ha impulsado en varias regiones del país acciones colectivas por el derecho a la salud, y otras expresiones nacionales más recientes como Alianza Nacional por la Salud – ANSA o la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud, o regionales como la Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud –MIAS, que interpelan al Estado y proponen el establecimiento de un nuevo sistema de salud para Colombia que efectivamente garantice el derecho a la salud; o expresiones más específicas reclamando derechos a la salud de poblaciones como la LGTBI o más autónomas que plantean desarrollos propias en salud como las que se gestan en el Valle del Rio Cimitarra o en el norte del departamento del Cauca.

La descripción que sigue es una síntesis de los estudios de caso realizados en los espacios regionales y locales, urbanos y rurales de Colombia, a los que nos hemos referido anteriormente.

2. Análisis De Temas Objeto De Investigación

En este acápite se analizan los cinco temas objeto de investigación en el proyecto del MSP, a partir de una lectura conjunto de todos los casos de estudio, que generaron aportes en todos los temas pero en donde unos casos aportaron más en unos temas que en otros.

2.1 Construcción de capacidades

En cuanto al **entrenamiento y construcción de capacidades** es importante resaltar una serie de ejercicios de formación y educación de los procesos sociales y comunitarios estudiados que han permitido su cualificación en la exigibilidad y garantía del derecho a la vida, la salud, al trabajo, a la permanencia en los territorios y a la autonomía y autodeterminación colectiva. En ellos se procuró el desarrollo de sus conocimientos y habilidades en ejercicios tipo taller y en varias escuelas en asuntos de derechos humanos, planeación estratégica, derecho a la atención básica en salud, entre otros. La formación se ha acompañado de una diversificación de estrategias para compartir y profundizar el conocimiento y la formación de capacidades.

Se ha podido evidenciar que los casos responden directamente a su contexto cultural y político regional y local. Es decir, en los procesos étnicos y campesinos se hace un fuerte énfasis en la construcción colectiva de planes de trabajo territorial, como demandas que demarcan unas rutas para materializar su concepción de identidad, territorio, autonomía y salud, finalmente en un modelo propio de vida. En el caso de la ACIN las formas de resistencia indígena promueven la democracia participativa para la construcción de “los planes de vida” municipal que, además de fundamentar la exigibilidad de derechos y la lucha política por el territorio, plantean una concepción propia de salud y derechos colectivos. Escenario en el que los medios alternativos propios han jugado un papel importante de difusión y e información alternativa a la hegemónica, cargada de contenidos de la cultura occidental.

Para el caso del Valle del Rio Cimitarra la generación de capacidades ha estado relacionada tanto con las necesidades de formulación de sus propios planes de desarrollo, como el de la Zona de Reserva Campesina, que plantea unos ejes para el desarrollo y financiación de proyectos productivos y de inversión social e infraestructura, como con el contexto de violencia y represión estatal extrema en que les ha tocado vivir. Para apoyar lo cual, los ejercicios de capacitación han variado iniciando por la formación en derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario, pasando por análisis de coyuntura política y hasta el manejo de fuentes hídricas contaminadas por las diversas actividades económicas desarrolladas en la región. En atención en salud es importante resaltar que se ha destacado la formación en el entrenamiento de parteras, la capacitación de agentes comunitarios en salud, el manejo de la malaria y la leishmaniasis y la generación de habilidades para la atención primaria popular en salud.

En zonas urbanas como Bogotá, Medellín y Cali se reconoce la formación mediada por instituciones educativas nacionales a nivel superior, de instituciones internacionales y de procesos locales y de base comunitaria en temas específicos que permiten mejorar las formas de diligenciar sus exigencias colectivas. Para el caso de la población LGBTI la capacitación se ha orientado a la cualificación de líderes y a estrategias de educación para la salud. Mientras para el caso de los trabajadores y colectivos del HSJD fueron propuestos temas sobre exigibilidad a derechos económicos y sociales, particularmente laborales, reconstrucción de la memoria del HSJD,

ordenamiento territorial, temas en áreas de la Atención Primaria en Salud, entre otros. Este último caso tuvo como elemento particular la diversificación de las formas del conocer a través de las estrategias utilizadas para socializar su situación. Por ello han hecho uso de diferentes recursos como boletines, pasquines, movilizaciones, galerías, etc., que hacen necesario el entrenamiento para el manejo y uso de medios de comunicación alternativa.

En la Escuela Popular desarrollada en Medellín se ha procurado la formación de capacidades frente a la exigibilidad del derecho a la salud. En ellas se tiene como propósitos comprender y profundizar los conocimientos en salud, la incorporación de sus propias experiencias para la exigibilidad de este derecho, el entrenamiento en habilidades para debates públicos y la construcción participativa, y en el reconocimiento de actores subalternos para el cambio. Sin embargo, se evidencian algunas situaciones que han obstaculizado el logro de los objetivos, entre los que se encuentran el desarrollo desigual de tutorías, la baja replicabilidad de los conocimientos de la escuela entre líderes y organizaciones de base, y la escasa participación en otros escenarios de lucha del Movimiento por la Salud en la región.

Finalmente, es importante reconocer que la formación de capacidades para la exigibilidad del derecho a la salud ha incluido gran diversidad construida por los diferentes actores sociales en un contexto de desigualdad, violencia, persecución y resistencia. De esta forma, cada proceso ha respondido a necesidades particulares de entrenamiento para el despliegue de la acción colectiva que incluyen la defensa de la vida, los territorios, las identidades y autonomías, el trabajo y la atención en salud. Así como herramientas para co-construir e intercambiar conocimientos mediante estrategias asamblearias, generación de planes de acción colectiva, talleres, charlas y escuelas en las que se tiene como premisa fundamental el reconocimiento de saberes y prácticas comunitarias, con la participación de expertos, académicos, líderes y organizaciones de base. Además de generar estrategias comunicativas de dichos resultados en diferentes instancias locales, nacionales e internacionales.

2.2 Generación de conocimiento

Se pueden resaltar algunos elementos comunes a los casos estudiados en relación con la dimensión **producción y diseminación del conocimiento**. De un lado, en relación con la recuperación y fortalecimiento de conocimientos propios para llevar adelante sus procesos de contribución a la Salud Para Todos, y en la producción de conocimientos mediante procesos de investigación participativa en el marco de alianzas con actores académicos. De otra parte, en la diseminación de conocimiento, incorporando el uso de nuevas tecnologías que les ha permitido ganar visibilidad nacional e incluso internacional.

En relación con el primer aspecto, en el contexto rural cabe resaltar la experiencia de la ACIN en la cual la construcción de identidad desde los saberes ancestrales es un elemento clave en la lucha por la salud; pero así mismo en el Valle del Río Cimitarra donde se desarrolló una experiencia de diagnóstico rápido participativo. En el contexto urbano de Bogotá, la experiencia de Asotrecol se vincula con un ejercicio de apropiación de conocimiento como base para adelantar su lucha: tuvieron que ganar conocimiento lego en relación a las patologías laborales que adquirieron, para poder fortalecer sus argumentos técnicos para su propia defensa, como una exigencia en los litigios que han tenido que dar contra la Agencia de Riesgos Laborales (ARL), la empresa, las Juntas de Calificación de Invalidez y ante el propio sistema judicial. Igualmente, adquirir un conocimiento

en las lides de los litigios judiciales para poder fortalecer su acción ante el Ministerio de Trabajo, el Ministerio Público y el sistema judicial. Producto de la subordinación que les imponía el conocimiento experto de los equipos técnicos de las ARL, las Entidades Promotoras de Salud (intermediarios financieros del aseguramiento en salud), de las juntas de calificación y de los propios jueces, sintieron la enorme necesidad de ilustrarse a través de la búsqueda de información, encontrada por diversos canales entre ellos la Internet e igualmente de las discusiones entre los mismos trabajadores y las conversaciones con abogados, médicos y otros profesionales de la salud. En la medida que se apropiaban de conocimientos que les eran útiles en la confrontación en relación a los fallos de sus patologías, los iban disseminando con otros trabajadores en su labor de asesoría que fueron desarrollando y legitimando. Por lo tanto, este conocimiento ganado en el terreno médico-legal ha sido transmitido directamente en el diálogo uno a uno y ha permitido que otros trabajadores y ex trabajadores se acerquen a ASOTRECOL buscando su apoyo y asesoría técnica.

Mediante las alianzas, esta construcción de conocimiento permitió a la ACIN la capacitación de recursos propios en los niveles técnicos, tecnológicos, profesionales y posgraduados en el campo de la salud, generando capacidades en el recurso humano –que pese a que aún son pocas personas- mejoran la capacidad de argumentación y disputa frente al Estado; el aprendizaje a través de formas de resistencia para el uso de mecanismos de exigibilidad jurídica de derechos; y la formación profesional y en posgrado de líderes indígenas, que ha permitido construir un vínculo más cercano academia–movimiento indígena para el análisis de problemas emergentes en salud pública como la lucha por el derecho a la salud. En el proceso del HSJD, la producción de conocimiento se ha dado en primera instancia mediante la participación en espacios de cualificación con entidades educativas y organizaciones sociales, y mediante la constitución de redes organizativas gremiales y con instituciones locales; esto ha tenido como resultado investigaciones de estudiantes y activistas que permitieron avanzar en estudios jurídicos e históricos sobre el Hospital San Juan de Dios.

La EPLS ha logrado ganar espacio y visibilidad en la academia posicionando y enriqueciendo la educación popular y la formación de ciudadanía en salud como un tema de investigación y de producción de conocimiento, esto representa un logro para las organizaciones, para el MS y para el conocimiento en salud pública: en la academia se obliga a pensar la propia práctica educativa. El mayor alcance ha estado en la apropiación que han hecho los líderes que participan en la EPLS como sujetos constructores y divulgadores de conocimiento en salud y en derechos sociales, en una perspectiva horizontal donde el conocimiento y la experiencia de vida se comparten en igualdad de condiciones a través del diálogo de saberes. La producción de conocimiento se hizo a través de tres componentes: pedagógico, investigativo y de comunicación para el cambio social –serán abordadas con mayor detalle en el entrenamiento y generación de capacidades.

La ACVC desarrolló un convenio de colaboración con Cetam Lav y Unipaz, para el estudio de recuperación de fuentes de agua contaminadas con mercurio producto de actividades mineras en la región, proyectos de energías alternativas a bajo costo y la caracterización biológica de la Línea Amarilla y la Ciénaga de San Lorenzo. Es de resaltar que en el caso LGTB, la principal estrategia de producción y disseminación de conocimiento han sido los observatorios, entre ellos el observatorio de violaciones de Derechos Humanos y el observatorio de violación del Derecho a la Salud que

tiene la Fundación Santamaría, con especial énfasis en violación del Derecho a la Salud de mujeres trans.

En el plano de la diseminación del conocimiento, de la denuncia y de las acciones emprendidas, Asotrecol principalmente se ha expresado a través de medios virtuales, en donde la página Web y las redes sociales los han visibilizado especialmente en el ámbito internacional y por este medio han recibido solidaridad política y apoyo económico. En este sentido, esta experiencia deja de un lado como aprendizaje que es posible la transferencia de conocimiento técnico en clave política de defensa de derechos, en el compartir directo entre afectados y que el uso de este conocimiento se convierte en una herramienta para disputarle a los sectores que habitualmente controlan el conocimiento técnico, que es un recurso de poder, la orientación de las decisiones. De otro lado, deja como aprendizaje que el uso de los recursos virtuales y en especial las redes sociales, son un medio de difusión muy valioso del conocimiento que la organización va adquiriendo y a su vez como medio de denuncia, de reconocimiento y de canal para el establecimiento de apoyos y alianzas tanto en el ámbito nacional como en el internacional. En el caso de la ACVC, se han empleado programas de medios virtuales y escritos, entre los que se cuenta Marcha TV, Agencia Prensa Rural y Comunidades campesinas en resistencia.

2.3 Diálogos sobre política y gobernanza global

El **diálogo sobre políticas y gobernanza global** se ha expresado de manera más heterogénea en los casos analizados en el estudio de Colombia, incluso hubo dificultades para dar cuenta de esta dimensión gobernanza global en algunos de ellos.

El movimiento indígena ha participado en múltiples escenarios de negociación con el Estado. En los últimos años la Corte Constitucional ha ordenado al Estado la creación de espacios de negociación y concertación con los Pueblos Indígenas como la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas reconocida en 2013, en la cual hay un capítulo de salud. Sin embargo coinciden los actores del MS que el Estado incumple sistemáticamente los acuerdos desarrollados y por ello deben usar repertorios de acción contenciosos. Pese al incumplimiento estatal los pueblos indígenas han logrado un marco jurídico importante de política pública en su beneficio propio como el Decreto 1811 de 1990, la Ley 691 de 2001, Acuerdo 326 de 2005 y Decreto 1953 de 2014 (este último reconoce el SISPI).

La acción colectiva de ASOTRECOL evidencia una gran capacidad de gestión para encontrar aliados, especialmente en el escenario internacional. Esto en tanto comprendieron rápidamente que si el problema se mantenía en el escenario local no tendría mayor posibilidad, por lo cual buscaron rápidamente poder incidir en escenarios internacionales. El lobby internacional con los Estados Unidos ha presionado al gobierno colombiano y en especial al Ministerio de Trabajo para actuar cautelosamente con el caso de ASOTRECOL y ha protegido la resistencia dada desde la carpa. No se puede decir que ASOTRECOL ha tenido capacidad para influir en el proceso de toma de decisiones de organizaciones internacionales como la OIT, o como el Senado de los Estados Unidos, o de la propia General Motors; pero sí se puede decir que ha influido de un lado en sectores de la sociedad norteamericana y sus sindicatos y estos han presionado al gobierno nacional para que atienda los casos de ASOTRECOL. En este sentido, el caso de ASOTRECOL ha logrado tocar la gobernanza en sectores del gobierno nacional, eso sin lograr parte de sus cometidos como organización.

El movimiento LGTB ha abierto espacios de diálogo y negociación con el Estado a través de Mesa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva, el Comité Departamental de VIH/Sida, la Mesa LGBT Municipal y la Confluencia Departamental, permitieron la firma del acuerdo de voluntades, la formulación de una Política Pública Municipal aún en proceso de aprobación y la publicación de la Política Pública para la garantía y la exigibilidad de derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales (LGBTI) en el Valle del Cauca. Sin embargo, y pese a los avances formales, en la práctica los actores del movimiento LGTB coinciden en que hay un incumplimiento sistemático de los acuerdos por parte del Estado. Así mismo, plantean que continúan siendo vistos por el sector salud como “sujetos peligrosos” que requieren control y por ello las orientaciones de política pública se restringen al campo de la prevención de ITS.

El diálogo con instituciones para apoyo económico en la ejecución de proyectos productivos contemplados en el Plan de Desarrollo Sostenible de la ACVC.

Este nivel de expresión del Diálogo sobre políticas y gobernanza global da cuenta del estado de construcción en Colombia del Movimiento de Salud de los Pueblos, y de la relativa dispersión y poca proyección en un ámbito más global que ha tenido hasta ahora.

2.4 Campañas

En relación al componente sobre **campañas y abogacía** los estudios de caso de Colombia evidencian aspectos importantes dentro de los que se identifican los motivos que conllevan a la movilización de las organizaciones sociales con el fin de reivindicar derechos como el derecho al territorio, a la autonomía, a la salud en el trabajo, además de escenarios rurales y urbanos, y a la reivindicación salarial de los trabajadores de la salud.

Es así como en el escenario rural, las luchas por el derecho a la salud toman elementos de contextos fuertemente marcados y condicionados por las luchas por el territorio, como el caso de la ACIN, cuya garantía por el derecho a la salud es entendida como el derecho al territorio, derecho a la autonomía alimentaria, derecho al reconocimiento de saberes ancestrales, derecho a autogobierno y autonomía en salud y derecho al acceso a servicios de salud con modelos de atención interculturales y contruidos desde el territorio con personal comunitario de salud y basados en la Atención Primaria en Salud (APS).

Para el caso de la ACVC, las campañas por el derecho a la salud y al territorio se recogen en elementos como el Plan de Desarrollo y Protección de los Derechos Humanos, en el Plan de Desarrollo Sostenible de la ZRC, en los Planes de desarrollo locales, en las movilizaciones en busca del reconocimiento de la figura jurídica de Zona de Reserva Campesina (ZRC) y en la solución política al conflicto armado; también en las propuestas de trabajo en campo e investigación en torno a la agroecología con el fin de generar menores impactos en el medio ambiente a través de la agricultura orgánica, además de buscar formas de producción y explotación del suelo más sustentables.

En escenarios urbanos, y con relación a los estudios de caso de luchas por la salud de los trabajadores, se encuentran acciones colectivas que buscan incidir en actores institucionales, sociales y sindicales y en los propios trabajadores de la empresa, buscando el reconocimiento de su situación y la legitimidad de su lucha, para presionar una decisión de la empresa a favor de sus demandas, como es el caso de ASOTRECOL. En el plano internacional fue mayor el alcance de su

incidencia al aprovechar una estructura de oportunidad política dada por el contexto particular en el país de búsqueda de suscripción del Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Colombia, que permitió que este proceso de resistencia y lucha por la garantía del derecho a salud en el trabajo no quedara marginado y olvidado en el país y la ciudad, en tanto se convirtió en un ejemplo para evidenciar las violaciones a los derechos laborales, sindicales y de salud, que fue un elemento de presión para el gobierno nacional desde Estados Unidos como requisito para la firma del TLC. Esta abogacía en el ámbito internacional, le dio visibilidad internacional al problema y lo instaló en el mismo seno de gobierno y del Congreso norteamericano, que básicamente sirvió para mostrar el problema de los trabajadores y ex trabajadores de la GM en Bogotá y para que la dinámica emprendida por ASOTRECOL no fuera anulada y arrasada. Lo cual, a su vez, permitió establecer una campaña de denuncia y solidaridad emprendida desde los Estados Unidos, impulsada principalmente a través de una página Web y que configuró a su vez un proceso de solidaridad económica para sostener la resistencia en la carpa instalada al frente de la Embajada de Estados Unidos en Bogotá.

Para el caso de los trabajadores de la salud del Hospital San Juan de Dios, las campañas han estado entorno al reconocimiento de sus derechos como trabajadores, además de la lucha por salvaguardar una institución insigne de la prestación de servicios de salud con calidad, equidad y que fue una de las afectadas por el modelo de salud impuesto para este país. Estas se caracterizan por las siguientes exigencias: 1) El pago de los honorarios, el cual hace parte de una reivindicación salarial; 2) La reapertura de la institución; y 3) El acceso a un buen servicio de salud para todos.

En cuanto al movimiento LBGT, sus campañas y abogacía se caracterizan por una lucha constante contra la discriminación, por el derecho a la vida, y por los DH de la población LGTB. Estas son reivindicaciones por el reconocimiento de sus derechos y en contra de los crímenes de odio, el reconocimiento de igual valor para todos los cuerpos, la no patologización y el derecho al reconocimiento de identidades de género y orientaciones sexuales no heteronormativas, además del reconocimiento de identidades de género en tránsito, el derecho al acceso a servicios de salud más allá del componente de SSR, el diseño e implementación de modelos de atención diferenciales de acuerdo a las identidades de género y las orientaciones sexuales diversas, y contra la violencia simbólica ejercida por las instituciones del Estado.

Estas campañas y abogacía han estado acompañadas por repertorios de acción o formas de lucha caracterizadas por escenarios de contención como las mingas, marchas masivas, recuperación de la madre tierra, bloqueo de vías, y éxodos o grandes movilizaciones campesinas, asentamientos en zonas de colonización y la búsqueda del reconocimiento de Zonas de Reserva Campesinas; estas movilizaciones se han generado en escenarios rurales que han tenido alcance hasta escenarios urbanos con el fin de lograr una mayor visibilización con el apoyo de otros sectores como estudiantes, académicos, y activistas.

Otros de los repertorios de acción o formas de lucha contenciosos son los plantones en instituciones prestadoras de servicios de salud, los plantones frente a la embajada de Estados Unidos, la participación en marchas en contra del cierre de hospitales públicos de la ciudad, el uso de redes sociales para visibilizar la negación de servicios de salud en el marco de prácticas discriminatorias, entre otros. Los cuales hacen parte de las formas de acción empleadas por los trabajadores en el caso de ASOTRECOL, los movimientos LBGT y el HSJD.

Respecto a escenarios no contenciosos, estos se han caracterizado por encuentros con espacios de interlocución que el Estado ha creado para concertar con los pueblos indígenas, siguiendo las orientaciones de la Corte Constitucional, ejemplo la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas reconocida en 2013 (como sucede en el caso de la ACIN). Además de otros escenarios como la Cumbre Agraria, Étnica y Popular en donde las comunidades campesinas e indígenas ponen de manifiesto las principales problemáticas que los afectan, además de determinar las principales exigencias al gobierno y al estado con el fin de dar solución a las mismas.

Otros de los repertorios no contenciosos encontrados son los mecanismos jurídicos de exigibilidad como derechos de petición, acciones de tutela, demandas a instituciones prestadoras de servicios de salud en pos del acceso a la atención médica, acceso a medicamentos antiretrovirales y la posibilidad de iniciar procesos de transformación corporales. Además la elaboración de informes y relatorías sobre la situación de DH y la puesta en marcha de observatorios para el registro de violaciones de DH.

Finalmente y por otro lado, el caso de la escuela (EPLS) tiene una particularidad, ya que no es un movimiento social, sino que es uno de los repertorios de lucha del MS, basado en la educación popular donde convergen una pluralidad de organizaciones sociales con su propia historia y dinámica organizativa pero que se articulan parcialmente a otros repertorios de lucha sistemáticos del MS de Medellín, especialmente las organizaciones que han estado en las tres versiones, pero que comparten una identidad en torno a la creación de capacidades mediante la estrategia de la educación popular. La motivación relatada por las organizaciones para hacer parte de la EPLS es la necesidad de aprender a defender el derecho a la salud, de compartir las experiencias con otros, y de cualificarse políticamente.

2.5 Construcción de movimiento en espacios locales

En cuanto al papel de la sociedad civil, específicamente de los activistas y organizaciones de trabajadores, comunidades, usuarios, académicos y políticos con respecto a la generación de formas organizativas, redes y procesos de movilización social alrededor de la Salud Para Todos (SPT), el estudio de Colombia, además de las dinámicas mostradas en el contexto nacional ya referidas arriba, examinó la construcción de movimiento en dos grandes escenarios con contextos de lugar y tiempos particulares: los espacios urbanos y los territorios rurales agrarios, mineros e indígenas.

En lo que sigue describimos las características de los procesos de construcción de movimiento alrededor de temas específicos objeto de los estudios de caso en los escenarios urbanos y rurales respectivos, buscando desentrañar posibles relaciones entre los procesos en uno y otro escenario, y entre estos con el nacional y global, y algunas conclusiones de acuerdo con las preguntas del proyecto de investigación del MSP.

2.5 1 Construcción de movimiento en espacios urbanos

En los casos urbanos estudiados describimos a continuación las experiencias de construcción de movimiento a través de la asociación de trabajadores y extrabajadores enfermos de la empresa automovilística Colmotores y de los trabajadores del HSJD y de las comunidades de barrios aledaños al mismo en la ciudad de Bogotá, del movimiento de la comunidad LGBT en la ciudad de

Cali y la forma organizativa detonada por la Mesa Intersectorial de Antioquia por el derecho a la salud a través de la Escuela Popular de Salud.

2.5.1.1 Trabajadores por el derecho a la salud en el trabajo

Desde finales del año 2009 y comienzos del 2010 en Colombia se empieza a dar una emergencia de Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo, como una expresión de resistencia, lucha y movilización por el derecho a la salud en el trabajo. ASOTRECOL hace parte de esta oleada de creación de Asociaciones de este tipo, al nacer en mayo de 2011.

No se puede hablar, con la aparición de estas Asociaciones, de la configuración de un movimiento social por el derecho a la salud en el trabajo, pero si de un proceso de movilización social que denuncia y demanda que estas patologías de origen laboral sean reconocidas, tratadas y que los trabajadores reciban las prestaciones asistenciales y económicas que estos casos demandan.

Los factores que facilitan la creación de estas Asociaciones están de un lado con los niveles identitarios que logran extrabajadores frente a sus casos de patologías laborales que no fueron reconocidas y por las cuales les han negado derechos laborales y de protección social, y por otro lado, por la debilidad o desinterés de las organizaciones sindicales de tomar estas reivindicaciones e impulsarlas.

Para el caso de ASOTRECOL, la principal estrategia para facilitar su creación fue la construcción de un nivel identitario entre los trabajadores, que les permitió evidenciar que sus problemas eran comunes, en tanto sus patologías eran muy similares y estaban relacionadas con las condiciones parecidas en que trabajaron, y que el tratamiento que les daba la empresa Colmotores, las Agencias de Riesgos Laborales, las Juntas de Calificación y el sistema judicial era el mismo.

2.5.1.2 Trabajadores y comunidades por el HSJD

En el caso del Hospital San Juan de Dios (HSJD) se evidencian diferentes **formas de organización** por parte de los trabajadores y comunidades que reivindicaban la defensa del HSJD, el derecho al trabajo, a la salud y a la ciudad frente a procesos de privatización del hospital y de renovación urbana en el área del centro de la ciudad donde se ubica el HSJD. La organización para la defensa del hospital por parte de los trabajadores se despliega en dos grandes grupos: por un lado las organizaciones por áreas del Hospital y, por otro, la consolidación de dos colectivos generales denominados la Mesa Comunitaria Ciudad Salud Región y el grupo San Juan de Todos.

El primer grupo ha tenido dos formas de organización y resistencia. Por un lado los que hacen asistencia diaria a las instalaciones para el cumplimiento de la jornada laboral con miras a defender su derecho a la continuidad del contrato de trabajo, defender el hospital frente a la amenaza de liquidación y privatización y procuran su puesta en funcionamiento al mismo tiempo que realizan actividades y prácticas de subsistencia, generación de capacidades y construcción de identidades políticas y artísticas. Por otro lado los que conforman familias de trabajadores que se vieron forzados a tomar y adecuar las instalaciones del hospital como lugar de residencia dada la pérdida de sus capacidades económicas para procurarse cobijo por fuera del mismo. Este grupo es más disperso organizativamente y buscan permanencia en las instalaciones hasta que les sea reconocido el pago de sus honorarios pero establecen vínculos individuales con procesos con procesos comunitarios por fuera del hospital.

Además de las organizaciones anteriores directamente vinculadas con los trabajadores del Hospital se identifica un segundo grupo de organizaciones comunitarias con participación de algunos trabajadores que levantaban la bandera del derecho a la salud, a la defensa del HSJD, a la permanencia en el territorio y el derecho a la ciudad. Entre estas organizaciones comunitarias se estudia la Mesa Comunitaria Ciudad Salud Región y el Colectivo San Juan de Todos.

En la Mesa Comunitaria Ciudad Salud Región participan miembros de las comunidades de los barrios aledaños al Hospital y activistas externos que levantaban como banderas centrales la resistencia a los riesgos de despojo y privatización de los planes de renovación urbana que involucraban a los dos hospitales anteriores y a 7 instituciones hospitalarias aledañas. Por estas características tan amplias, la cantidad de participantes en esta organización comunitaria no era estable y sus actividades giraban alrededor de la respuesta a los proyectos del gobierno y el debate frente a los mismos. El colectivo “San Juan de todos” también convocaba la participación de activistas sociales y personas de la comunidad circunvecina. Se caracterizaba por tener una escuela de formación de capacidades sobre temas de salud abierta al público como estrategia de movilización social, denuncia de la problemática del hospital y generación de redes.

Cabe resaltar que dentro de las organizaciones de trabajadores consolidadas, cada individuo había generado redes externas que ayudaron a conformar grupos de activistas cuya tarea específica ha sido la defensa del San Juan, despertando interés y visibilización de la problemática. Por otro lado, hubo narrativas que dieron cuenta de una invisibilización de los procesos organizativos. En este caso, se referían los trabajadores a la falta de confianza de los escenarios colectivos de esas formas organizativas. Además de la poca importancia que los participantes daban a los sindicatos de trabajadores del Hospital San Juan de Dios y del Instituto Materno Infantil.

2.5.1.3 Actores del movimiento LGBT

El MS-LGBT en el país se origina en la década del 70, de la mano de los profesores universitarios León Zuleta y Manuel Velandia en las ciudades de Medellín y Bogotá. En la ciudad de Cali, las primeras organizaciones identificadas se ubican en la década de los 90, constituidas inicialmente por hombres homosexuales que realizaron el tránsito de grupos de apoyo para VIH/Sida a procesos de organización y visibilización de las orientaciones sexuales diversas. Este proceso sirvió como un semillero de liderazgos permitiendo el intercambio y visibilización de algunas agendas comunes.

Para el año 2000, bajo la influencia de la ONG Planeta Paz, el discurso del movimiento en la ciudad empieza a abordar el tema de la diversidad sexual, algunas de las personas que asistían a los grupos de apoyo se convierten en los primeros integrantes del Proyecto Espiritual Quirón, luego aparecen otras organizaciones cuya propuesta que pretendía a través del arte, la cultura y la reflexión académica contribuir a la disminución del estigma y la discriminación.

Con la llegada en el año 2004 a la Gobernación del Valle del Cauca de Angelino Garzón, por un partido independiente, se estableció en el departamento una dinámica de reconocimiento a los actores del MS-LGBT quienes encontraron en los diálogos sociales -reuniones del gobernador con la ciudadanía y diversos sectores sociales- un espacio de interlocución con el Estado. Se logró entonces el reconocimiento como actor social y político.

En la ciudad de Cali en 2009 fue asesinado Álvaro Miguel Rivera, una de las figuras más visibles y activas del movimiento; esta situación se constituyó como punto de inflexión que debilitó varios de los procesos organizativos y generó el cese provisional de las acciones.

2.5.1 4 Convergencia de organizaciones en la EPLS

La Escuela Popular en Salud es la estrategia de educación popular implementada por la expresión del movimiento por la salud: Mesa Intersectorial de Antioquia por el derecho a la salud (MIAS) durante el periodo 2011-2016 con 3 versiones o cohortes y en alianza con una ONG de Bogotá –el Grupo Guillermo Fergusson- GGF. La Facultad Nacional de Salud Pública, a través de la línea de investigación “Derecho a la salud y Luchas sociales por la salud en Colombia” acompaña la tercera versión de EPLS.

La EPLS de la Mesa Intersectorial por la Salud es un espacio de convergencia de 23 organizaciones sociales de Medellín y de algunos municipios de Antioquia –asociaciones de usuarios, mesas de salud, asociaciones de pacientes, comités de víctimas, sindicatos, organizaciones de pensionados, estudiantes y profesores, gremios de la salud, asociaciones de víctimas. La MIAS ha hecho del movimiento Nacional por el derecho a la salud como expresión regional en la región de Antioquia (ver sección contexto)

Las organizaciones de la EPLS mantienen una dinámica organizativa propia, algunas vienen de tradiciones de lucha de hace más de una década, en salud o en otros movimientos sociales y las que han participado en las 3 versiones de EPLS, se articulan de manera más orgánica al movimiento por la salud de Medellín y a sus repertorios de lucha.

La EPLS continúa este año con su cuarta versión trabajando en el tema de salud y paz.

La EPLS ha contribuido a construir y fortalecer el MS en Medellín y al enriquecimiento mutuo de academia, movimiento social y organizaciones populares.

2.5.2 Construcción de movimiento en los espacios rurales

A continuación describimos los procesos de construcción de movimiento a partir de los tres estudios de caso realizados en el Valle del Río Cimitarra y del estudio de las comunidades indígenas del Norte del departamento del Cauca.

2.5.2.1 Movimiento campesino y minero del Valle del Río Cimitarra

La descripción sobre construcción de movimiento entre campesinos y mineros del Valle del Río Cimitarra corresponde a los tres casos estudiados en esta región anidados en la experiencia de la Asociación Campesina del Vale del Río Cimitarra (ACVC). La ACVC ha sido el resultado del acumulado histórico de experiencias, triunfos y frustraciones de las luchas de campesinos y mineros de la región. Tiene como antecedentes procesos comunitarios alrededor de la desaparecida Asociación Nacional de Usuarios Campesinos –ANUC- y de las luchas de los pequeños mineros; el Comité de tierras de sobrevivientes que en 1983 exploró posibilidades de colonización de nuevos territorios como forma de resistencia a la persecución, desplazamiento y despojo de tierras; la Cooperativa de Medianos Agricultores de Antioquia –COPEMANTIOQUIA-, que a mediados de los años 80 se conformó con el fin de facilitar de forma autónoma la comercialización de productos agrícolas, evitar el abuso de los especuladores, (Mendoza y Molano 2009), regular el uso y construcción del territorio, preservar el medio ambiente, facilitar el acceso a alimentos, mediar la solución de conflictos y trámites ante el estado y promover la organización

de juntas de acción comunal; la Coordinadora Campesina del Magdalena Medio, que en 1982 lideró el éxodo de las comunidades hacia Barrancabermeja y en 1985 promovió la Gran Marcha campesina desde San Pablo hasta Cartagena, recorriendo el río Magdalena durante 40 días; y la Asociación de juntas de acción comunal de Yondó –ASOCOMUNAL- que, en medio de la ofensiva paramilitar contra la Unión Patriótica –UP- y los campesinos de la región, funcionaría como instancia de interlocución con las autoridades locales y serviría para la adquisición de créditos y maquinaria para cultivos comunitarios (Mendoza y Molano, 2009).

Luego de trasegar por las anteriores formas organizativas, los campesinos y mineros constituyeron la ACVC en 1996 en una asamblea de líderes y lideresas de 120 juntas de acción comunal del Sur de Bolívar, el Nordeste Antioqueño y el centro del Valle de Río Cimitarra mediante la afiliación de las juntas y de los socios de las mismas a la ACVC. Ha sido mediante esta forma de organización masiva que los campesinos, cocaleros y pequeños mineros del Valle del río Cimitarra han enfrentado la crisis de la producción agropecuaria, exigido el acceso a la propiedad de la tierra, reclamado el reconocimiento del territorio y la territorialidad, participado de forma efectiva en la formulación y desarrollo de las políticas públicas, demandado inversión social por parte del estado, exigido garantías reales para el ejercicio de los derechos políticos de la población rural, enfrentado la violencia estatal y paraestatal y levantado las banderas de la solución política al conflicto armado interno.

En ese proceso de organización y movilización, las comunidades y sus dirigentes han dado origen a otras formas organizativas complementarias de las actividades de la ACVC. Entre ellas destacamos: las cooperativas fijas y móviles que, según las circunstancias del conflicto armado, han permitido transportar en mulas alimentos de vereda en vereda con el fin de brindar alivio a las necesidades de los campesinos afectados por el bloqueo del ingreso de los mismos al territorio por parte de retenes del ejército, la policía y los paramilitares quienes buscaban controlar de este modo el acceso de alimentos a las guerrillas (ACVC, Agencia Prensa Rural, 2003); de esta rica experiencias de cooperativas, incluyendo COPEMEATIOQUIA, que existió antes del surgimiento de la ACVC, se ha dado el renacer de la Cooperativa campesina en el año 2015, ahora de carácter nacional, la Cooperativa Multiactiva Nacional por la Paz (COOMUNALPAZ), cuyo propósito es acabar con los intermediarios y con la manipulación de los precios que azotan las zonas rurales de la región; la Mesa regional permanente por la paz del Magdalena Medio, que ya existía para 1999, y la Mesa Nacional Del Magdalena Medio De Trabajo Por La Paz que surgió del éxodo de 103 días y uno de cuyos puntos principales de la agenda fue la discusión de la preservación de la vida de los pobladores del Valle del Río Cimitarra y la defensa de los derechos humanos; la organización CREDHOS (Corporación Regional para la Defensa de los Derechos Humanos) y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio (PDPMM), que se articularon con la Mesa Nacional; alrededor de la defensa de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario se creó en diciembre del año 2004 la Corporación Acción Humanitaria por la Convivencia y la Paz del Nordeste Antioqueño – CAHUCOPANA- como respuesta a la crisis humanitaria que se presentaba en la región del Nordeste Antioqueño⁷; igualmente, para canalizar las actividades de exigibilidad

⁷ Dado el enorme desplazamiento propiciado por el avance de una ofensiva militar y paramilitar desde la vereda Cañaveral hasta la vereda Carrizal de Remedios, la comunidad de la vereda Lejanías hizo el intento de crear el primer “refugio humanitario de resistencia” que fue frustrado por el terror que se extendió entre los campesinos pero que llevó luego a crear organizaciones en defensa de los derechos humanos

de derechos, entre ellos atención en salud, saneamiento básico, alimentos, vivienda, etc., y demandar inversión social, se crea en el municipio de Yondó, en el año 2005, la Mesa Comunal por la Vida Digna, que luego se extiende a todos los municipios de influencia de la ACVC.

Al ascender las mujeres a la dirección de la ACVC⁸ para reemplazar a sus compañeros perseguidos por el gobierno de Uribe Vélez desde año 2007, éstas imprimen a la organización una nueva dinámica en cuanto a la equidad de género se refiere pues no sólo logran llevar una mujer a la junta directiva de la ACVC sino que propician el crecimiento de la afiliación de mujeres a la asociación, crean comités femeninos y de chatarreras, se vinculan a organizaciones como CAUCOPANA, así como se cualifican política y organizativamente luego de años de participar de los espacios como escuchas, estar en las marchas, en las avanzadas, acompañar a sus esposos a las reuniones y cocinar para ellos en un contexto reconocidamente machista.

La lucha por la reactivación de la ZRC lleva a la realización del primer encuentro nacional de ZRC en agosto del 2010, que gestaría la Asociación Nacional de Zonas de Reserva Campesina ANZORC. En este encuentro se crea el comité de impulso para la activación de la ZRC del VRC y se plantea el objetivo adicional de proyectar la propuesta de ZRC desde espacios territoriales en todo el país. También se realiza en Barrancabermeja, en agosto del 2011, el Encuentro nacional de comunidades indígenas, campesinas y afrodescendientes por la tierra y la paz de Colombia que promovió el compromiso de las comunidades campesinas, étnicas y populares por la paz y el territorio desde una perspectiva de solución política al conflicto armado. La lucha por la paz, la tierra y el territorio lleva a la confluencia de la movilización campesina y popular desde el año 2010 y, con ello, a la conformación e integración del movimiento social y político Marcha Patriótica que hoy cuenta con gran variedad de organizaciones en todo el país y concentra el apoyo a la solución política de la confrontación armada entre el Estado, los empresarios y las FARC-EP mediante el diálogo. La ACVC, a través de ANZORC, es hoy parte de la Cumbre Agraria, Étnica, Campesina y Popular, plataforma de convergencia de distintos procesos y organizaciones rurales⁹ que desde el paro agrario de campesinos e indígenas del año 2013 es el centro de las luchas campesinas y rurales del país por una reforma agraria integral.

Al lado de las organizaciones campesinas, de mineros y cocaleros del territorio han actuado siempre, ayudando a la conducción ideológica y política del movimiento de la ACVC y apoyándolo en sus luchas gremiales, el Partido Comunista y la Unión Patriótica –UP- tanto antes del genocidio - que dejó alrededor de 4 mil de sus militantes asesinados en todo el país por parte de fuerzas paramilitares apoyadas por elementos del estado y del sector privado- como luego de su resurgimiento al devolverse su personería jurídica en el año 2013.

⁸ Desde los años 2003 y 2004 las mujeres venían participando de las actividades de la ACVC desde los comités de salud y de proyectos productivos de las juntas de acción comunal del territorio.

⁹ De la Cumbre Agraria, Étnica, Campesina y Popular forman parte las siguientes organizaciones: la Mesa de Interlocución Agraria - MIA, la Marcha Patriótica, el Coordinador Nacional Agrario - CNA, el Congreso de los Pueblos, el Proceso de Comunidades Negras - PCN, la Mesa de Unidad Agraria - MUA, la Coalición de Movimientos y Organizaciones Sociales de Colombia - COMOSOC, la Organización Nacional Indígena de Colombia - ONIC, el Movimiento por la Constituyente Popular - MCP, Federación Nacional Sindical Unitaria Agropecuaria, FENSUAGRO, Asociación nacional de Zonas de Reserva Campesina – ANZORC y Asociación Campesina Popular.

Actuando como un movimiento campesino y cooperativo, que incluye COOMUNALPAZ, la ACVC ha dejado de ser básicamente un proceso de colonización y resistencia en un territorio y ha pasado a ser otro de carácter nacional como ACVC - Red Agroecológica Nacional, lo cual le permite dar un enfoque de economía campesina solidaria a sus actividades, defender y promover la soberanía alimentaria, y auspiciar la autogestión y autonomía campesina en los procesos de control y construcción de territorios y territorialidad, así como en las actividades económicas, sociales y políticas. En sus luchas ha ayudado a construir un sujeto social y político que no sólo defiende las reivindicaciones corporativas de los campesinos sino que se plantea transformaciones en materia de democracia, justicia social, paz y soberanía nacional.

2.5.2.2 Movimiento indígena

En el proceso de posicionamiento de la lucha por la salud en el movimiento indígena se encuentran cinco periodos: El primero, comprendido entre creación del CRIC en 1971 hasta 1987, el tema de salud era poco visible, la prioridad se centraba en la autonomía y la recuperación de las tierras. Un segundo periodo entre 1988 y 1996, en el cual se posiciona fuertemente la salud, desde el VIII Congreso Regional del CRIC, Toez-Tierradentro de 1988, que define la realización de encuentros regionales y nacionales sobre salud y comunicaciones para construir propuestas y exigir al Estado este derecho; además, se evidencia la situación de salud de los pueblos indígenas, dando paso al Decreto 1811 de 1990.

El periodo entre 1997 y 2001 corresponde a la creación de una institucionalidad propia a partir de las oportunidades políticas que da el Estado con la Ley 100 de 1993. Al respecto, el X Congreso Regional CRIC realizado en Silvia - Cauca, crea la EPS indígena Asociación Indígena del Cauca (AIC), como asegurador y la IPS-I como institución prestadora de servicios, con el fin de garantizar la salud en las comunidades de acuerdo con la cosmovisión y las formas propias de cuidado. El periodo entre 2002 y 2010 corresponde a la validación del Sistema de Salud Propio e Intercultural (SISPI) al interior de los pueblos indígenas y su reconocimiento nacional. A partir de 2002, en el Congreso Zonal de la ACIN en Jámalo se definió la consolidación del SISPI. Entre 2011 y 2015 se autonomiza la lucha por un autogobierno en salud; en 2011 la Ley 1450 reconoce el SISPI como Política Pública.

3. Conclusiones

El estudio de Colombia nos enseñan que los movimientos globales y nacionales relacionados con la Salud Para Todos y el derecho a la salud no siempre se articulan con los procesos regionales y locales, los cuales promueven objetivos y dinámicas de lucha que no necesariamente encajan con las de aquellos procesos globales y nacionales sino que responden a contextos y necesidades situadas en los niveles regionales y locales. Así mismo este hallazgo obliga a re-pensar formas de articulación real de lo global y nacional con lo local, para avanzar en el logro del derecho a la salud.

Es por ello que componentes como la formación de capacidades, la generación y difusión de conocimientos, el diálogo para las políticas y la gobernanza, el desarrollo de campañas y la construcción de movimiento para el logro de la salud para todos o la exigibilidad del derecho a la salud, ha incluido gran diversidad de formas construidas por los diferentes actores sociales según las circunstancias y contextos de desigualdad social, discriminación, persecución, violencia sociopolítica y resistencia en que les ha correspondido trabajar y vivir. De esta forma, en los casos

que hemos examinado, cada proceso ha respondido a necesidades particulares para el despliegue de la acción colectiva que incluyen la defensa de la vida, los territorios, las identidades y autonomías, el trabajo, la protección de la salud en el trabajo, la atención en salud y el reconocimiento a la diferencia.

Así, por ejemplo, la forma y contenido de cada uno de los componentes en los escenarios urbanos ha sido diversa y ha estado relacionada con procesos sociales identificados con la lucha por el derecho a la salud en el trabajo, la resistencia a procesos de privatización y mercantilización de la atención en salud y a dinámicas de despojo por proyectos de renovación urbana ligados a estrategias de generación de negocios de atención en salud y de turismo médico, el reconocimiento del derecho a la salud en el marco del reconocimiento del derecho a la ciudadanía social de las diversidades sexuales y, más generalmente, la disputa la orientación y el contenido del sistema de salud y seguridad social, sus garantías prestacionales y de acceso a la atención en salud.

En los escenarios rurales, agrarios y mineros, la forma y contenido asumida de los anteriores componentes ha estado más vinculada a las relaciones tejidas entre el movimiento social y las fuerzas y construcciones políticas que han orientado las dinámicas de lucha campesina e indígenas para garantizarse formas populares y propias de atención en salud ante la ausencia de servicios en salud oficiales o el reclamo de autonomía de los pueblos indígenas y campesinos, la creación de condiciones propias, sociales, ambientales y culturales para la salud y la soberanía alimentaria y seguridad nutricional.

En este estudio encontramos que aunque estos procesos locales no muestran vínculos directos entre sí, ni usualmente con los movimientos nacionales específicos que han emergido por el derecho a la salud y a la seguridad social en Colombia, como tampoco con las dinámicas regionales y globales explícitas del Movimiento para la Salud de los Pueblos (MSP), sin embargo han estado influenciados tanto con las luchas del Movimiento Nacional por la Salud como con las orientaciones y enfoques del MSP a través de activistas nacionales y locales vinculados con éste, especialmente en los espacios urbanos y étnico-indígenas.

Explorar los temas sobre construcción de capacidades, generación y difusión de conocimiento, construcción de movimiento, entre otros, en estos procesos locales también contribuye a comprender los modos particulares cómo la sociedad civil se vincula a la SPT, aún en circunstancias de represión y violencia contra fuerzas que disputan hegemonías de clase, étnicas y de género.

Uno de los aspectos que en este sentido se devela en los casos del Valle del Río Cimitarra es la relación entre movimientos sociales y partidos políticos de cara a la transformación ético-política de tales movimientos y a los logros en salud de los mismos desde una perspectiva de determinación social. Los casos nos enseñan que la dinámica de construcción del movimiento campesino, minero y cocalero en un escenario de máxima represión y confrontación violenta tuvo una estrecha relación con partidos de izquierda que contribuyeron a trascender los intereses puramente individuales, familiares y gremiales del movimiento, a precisar el carácter de clase de sus luchas y de construcción de sus identidades y prácticas como sujetos sociales y políticos, a transformar las relaciones de solidaridad que les han permitido lograr transformaciones materiales de sus condiciones de vida y de trabajo en una voluntad de cambio más profunda y general que se

plantea reformas estructurales económicas, sociales y políticas; igualmente nos enseña que sus vinculaciones con la lucha por la salud se hace a partir de la disputa por las transformaciones mismas de sus condiciones de vida y de trabajo, trascendiendo los niveles de conciencia y acción corporativa y sectorial.

Finalmente, el conjunto de investigaciones que aportaron al caso Colombia, mostraron de manera clara que el logro de Salud Para Todos y del Derecho a la Salud no se restringen únicamente al componente prestacional del derecho a la salud, sino que desde la cotidianidad de los actores colectivos, sus necesidades y condiciones de vida y de trabajo, este logro pasa por garantía de derechos individuales y colectivos como el derecho al territorio, a la seguridad alimentaria, derecho al trabajo, derecho a la protección de la salud y la vida en el lugar de trabajo, al reconocimiento y respeto a la diferencia y derecho a la participación plena y decisiva de actores sociales subalterizados.

Bibliografía

- ACVC. (9 de Diciembre de 2003). Agencia Prensa Rural. Recuperado el 25 de Abril de 2015, de <http://www.prensarural.org/acvc20031209>
- ACVC. (2010). Informe sobre la situación minera y de derechos humanos en el Nordeste Antioqueño. Agencia prensa rural.
- ACVC. (2012). Plan de Desarrollo Sostenible de la Zona de Reserva Campesina del Valle del Río Cimitarra. Barrancabermeja.
- ACVC gana premio de emprendimiento. (19 de Noviembre de 2014). Semanario VOZ.
- Almeida, Celia. Reforma del Sector Salud y equidad en América Latina y el Caribe. Revista Gerencia y Sistemas de Salud, 4(9), 2005, 6-60.
- Alonso, M. A. Conflicto armado y configuración regional. El caso del Magdalena Medio. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia 1997.
- Borda, F. (Noviembre de 1998). mamacoca.org. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de Guía práctica del ordenamiento territorial en Colombia: http://www.mamacoca.org/e_book_Compendio_rural/Orlando_Fals_Borda_guia_practica_ordenamiento.htm
- Borda, O. F. (2000). Acción y espacio, autonomías en la nueva república. Bogotá: Tercer mundo.
- Borrero-Ramírez, Yadira E. & Echeverry López, María E. Balance de la investigación nacional sobre acción colectiva y movimientos sociales por la salud en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 13 (26): 76-89, enero-junio de 2014
- Borrero-Ramírez, Yadira E. La reforma del sector salud y los conflictos clasistas en Colombia: el caso de la Ley 100 (Trabajo de Grado - Maestría en Sociología). Universidad del Valle - Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Santiago de Cali. 2008.
- Borrero-Ramírez, Yadira E. "Luchas por la salud en Colombia 1994-2011: hacia la construcción de un Movimiento Nacional por la Salud. Tesis para optar el título de PhD en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, 2013.
- Borrero-Ramírez, Yadira E. Lucha por la salud en Colombia. Cali: Pontificia Universidad Javeriana, Colciencias, Universidad de Antioquia, 2014.
- Bravo, A. M. (2009). En medio del Magdalena Medio. Bogotá: CINEP
- Breilh J. Epidemiología: economía política y salud. 7ª ed. Quito: Corporación Editora Nacional - Universidad Andina Simón Bolívar; 2010. p. 35-44
- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl. 1): S13-S27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Campesina, V. (22 de Enero de 2006). Via campesina.org. Recuperado el 21 de 03 de 2015, de http://www.hegoa.ehu.es/congreso/bilbo/doku/bat/soberania_alimentaria.pdf
- Campesino, L. (Marzo de 2015).

- CEPAL. (1999). Consensos urbanos. Aportes del Plan de Acción Regional de América Latina y el Caribe Sobre Acentamientos Humanos.
- CEPAL. (2009). tercera Reunión de Seguimiento de la declaración de Brasilia. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- CINEP. (s.f.). El programa de desarrollo y paz del Magdalena medio. CINEP.
- CMA. (2002). Informe Cumbre Mundial por el derecho a la alimentación. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
- Comité de derechos sociales económicos y culturales. (1999). 20º periodo de sesiones. Ginebra.
- Consejo nacional de política económica y social. (31 de Marzo de 2008). Documento CONPES social. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN). Bogotá, Colombia.
- DANE. (2005). Departamento Nacional de Estadística. Recuperado el 26 de Mayo de 2015, de Censo general 2005: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>
- DANE. (2013). Departamento administrativo Nacional de estadística. Recuperado el 26 de Mayo de 2015, de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales>
- De Currea, Víctor. El derecho a la salud en Colombia, Diez años de frustraciones. Bogotá: Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos y Ediciones Ántropos. 2003.
- De Sousa Santos, B. Epistemologías del Sur. Utopía y Praxis Latinoamericana [en línea] 2011, 16 (Julio-Septiembre) Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27920007003>> ISSN 1315-5216
- De Sousa, J. F. “Sistematización: un instrumento pedagógico en los proyectos de desarrollo sustentable”. En: Revista internacional Magisterio. No.33 junio-julio de 2008. Bogotá. Página 10
- Delgado, A. Anotaciones a la política del partido comunista, En: Controversia no. 190 (junio 2008). Bogotá: IPC, FNC, CINEP, CR, ENS, 2008. En: Bogotá D.C <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cinep/20100926125523/anotacionesalapolitica.pdf>
- Echeverry-López, María E. & Borrero-Ramírez, Yadira E. Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. Cad. Saúde Pública. 2015, vol.31, n.2, pp. 354-364.
- Echeverry, María E. Acción colectiva por la salud 1994-2002. Medellín: Documento de trabajo. Sin publicar. 2011.
- Equipo Desde Abajo. Editorial: Contra la emergencia social, frente amplio por el derecho a la salud. Edición No. 154, febrero de 2010.
- Godelier, M. (1989). Lo ideal y lo material: pensamientos, economías, sociedades. Barcelona: Taurus.
- Gramsci A, 1975. Quadernos de la Cárcel. Edición Crítica Del Instituto Gramsci. Organizado por Gerratana V, Turín, 1975. Citado por Semeraro G, 1999. Gramsci e a Sociedade Civil. Editora Vozes, Petropolis, RJ, Brazil

- Gramsci A. Cuadernos de la Cárcel (Tomo III). Edición Crítica Del Instituto Gramsci. A Cargo de Valentino Gerratana. México, Ediciones Era, 1985 (Primera Edición en español)
- Gramsci A. Cuadernos d la Cárcel (Tomo V). Edición Crítica Del Instituto Gramsci. A Cargo de Valentino Gerratana. México, Ediciones Era, 1979 (Primera Edición en español)
- Harvey, D. El “nuevo” imperialismo: acumulación por desposesión - Socialist register 2004 (enero 2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20130702120830/harvey.pdf>
<https://www.dnp.gov.co/programas/agricultura/estadisticas-del-sector-agropecuario/Paginas/Resultados-de-Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.aspx>
- Hernández, Mario. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Revista Salud Pública, 2(2), 2000, 121- 144.
- Hernández, Mario. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud Revista Salud Pública, 10(1), 2008, 72-82.
- Homedes, Nuria & Ugalde, Antonio, A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Revista Panamericana de Salud Pública, 17(3), 210-220, 2005.
- INER. (2000). Magdalena Medio, Desarrollo regional: Una tarea común Universidad-Región . Medellín: Universidad de Antioquia.
- Misas, Gabriel. La ruptura de los 90 del gradualismo al colapso. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002.
- Laza C, Ruiz C, "El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida.". En: Colombia Avances En Enfermería ISSN: 0121-4500 Ed: Universidad Nacional De Colombia Bogotá v.27 fasc.2 p.113 - 126 ,2009
- Ley 135 de 1961 (Diciembre 13) “Sobre reforma social agraria DIARIO OFICIAL. AÑO XCVIII. N. 30691. 20, DICIEMBRE, 1961. PAG. 801 disponible en
http://www.incoder.gov.co/documentos/Normatividad/Leyes/Leyes%201961/ley_1961_135.pdf
- Londoño D.M. y Atehortúa G.J. Los pasos en el camino de la sistematización. Decisión ENERO - ABRIL 2011 disponible en http://www.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio_28/decisio28_saber5.pdf
- Machado, A. (2009). La reforma rural, una deuda social y política. Bogotá: Gente Nueva.
- Mejía M.R. La sistematización como proceso investigativo o la búsqueda de la episteme de las prácticas. Planeta Paz Expedición Pedagógica Nacional Programa Ondas de Colciencias disponible en
http://www.cepalforja.org/sistem/sistem_old/sistematizacion_como_proceso_investigativo.pdf
- Mendoza, C. y Molano, F. (2009). Voces de la Historia. Reconstrucción de las memorias de la ACVC. Disponible en: <http://prensarural.org/spip/spip.php?article1861>
- Midgley, G. 1997. Mixing Methods: developing Systemic Intervention. In: Mingers, J., and Gill, A. (Eds) 1997. Multimethodology. England: Wiley
- Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Por una salud con principios. Desde Abajo, Edición 155. Marzo de 2010.

- Moreno S, C A. y Zamora A, E. A. Acumulación capitalista y nueva espacialidad en el magdalena medio. Ciencia Política; núm. 13 (2012): Espacialidad, política y acumulación de capital 1909-230X disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/38594/#sthash.AsyffaZ1.dpuf>
- Mujica, J. M. (1 de Noviembre de 2012). Grupo de estudios en ciencia politica y administracion publica. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de GECIPAP: <http://gecipap.blogspot.com/2012/10/el-ordenamiento-territorial-en-el.html>
- Naciones unidas. (2010). El derecho a la alimetnacion adecuada. Folleto inforativo No 34. Ginebra: Naciones Unidas.
- Ocampo, Dayan. Perfil de la acción colectiva en salud motivada por la crisis hospitalaria en Colombia, 1994 - 2008 (Tesis de pregado). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública "Hector Abad Gómez". Universidad de Antioquia. 2012.
- OPI. (2011). International Peace Observatory. Recuperado el Mayo de 2015, de Contexto regional el Magdalena Medio: <http://www.peaceobservatory.org/es/124/contexto-regional-el-magdalena-medio>
- OPI. (2014). Observatorio de Paz Integral del Magdalena Medio. Recuperado el 5 de Mayo de 2015, de <http://www.opi.org.co/paginas/cartografia.htm>
- Ospina R. Unión Patriótica Expedientes contra el olvido Centro de Memoria, Paz y Reconciliación 2012 ISBN: 978-958-8411-52-1 <http://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2015/05/Union-Patriotica-expedientes-contra-el-olvido.pdf>
- PAHO/ OMS Carta de Ottawa para la promoción de la salud disponible en <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Paez, Y. A., & Garcia, J. A. (2013). Diagnostico del territorio Magdalena Medio. Barrancabermeja: Centro de estudios regionales del Magdalena Medio.
- Peña, Y. t. (2010). El ordenamiento territorial y su construccion social en Colombia: ¿un instrumento para el desarrollo sustentable? Revista Colombiana de Geografia.
- Pérez Martínez. La conformación territorial en Colombia: entre el conflicto, el desarrollo y el destierro Cuadernos de Desarrollo Rural (51), 2004 http://www.javeriana.edu.co/ier/recursos_user/documentos/revista51/61_90.pdf
- PRENSA RURAL <http://prensarural.org/spip/spip.php?article17444>
- Redacción Salud. Crisis del sistema de Salud. Deudas a hospitales y clínicas ya suman \$5.8 billones. El Espectador, 5 de noviembre de 2015. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/deudas-hospitales-y-clinicas-ya-suman-58-billones-articulo-597295>
- República de Colombia. Constitución Política, 1991
- Rodríguez, De La Torre y Miranda, La salud mental en situaciones de conflicto armado Biomédica 2002;22:337-46 disponible en www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/1183/1298
- Romero, C. M., & Molano, F. (27 de Enero de 2009). Voces de la hisoria. Agencia prensa rural.

- Stedile J. y Martínez De C. Publicado como capítulo del libro BRASIL SEM FOME, editado por el Ministerio de Desenvolvimento Social-MDS, Brasilia, abril de 2011
<http://www.alainet.org/images/SOBERANIA%20ALIMENTARIA%20es.pdf>
- Torres– Tovar, Mauricio. Balance del gobierno de Uribe en el tema de salud. Ocho años de inseguridad social en salud. Desde Abajo, Edición No.157, Junio de 2010A.
- Torres-Tovar, Mauricio. Colombia: declaratoria de emergencia social. Salvavidas para el negocio de la salud. Le Monde Diplomatique, edición Colombia No. 86, febrero de 2010B.
- Torres-Tovar, Mauricio. Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá: Ediciones CINEP, 2013.
- Uribe, Mónica. La contienda por la reforma del sistema de salud en Colombia (1990-2006) (Trabajo de Grado-Doctorado en Ciencia Social). Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, México, DF, 2009
- Uribe, Mónica. (Coord.). ¿Mercado regula o competencia sin control? Las reformas de la salud en Colombia, 1995-2011. En Los vaivenes de las políticas sociales en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay (pp. 33-80). México: Editorial Porrúa y Universidad de Guanajuato, 2011
- Vélez, Marcela. La salud en Colombia: pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Bogotá: Editorial Debate, 2016.