

Salud al Derecho. Una experiencia de exigibilidad de derechos

César Abadía¹, Vanesa Giraldo², Catalina Muñoz³, Martha Bejarano⁴, Diana Oviedo⁵

Resumen

Salud al Derecho es una organización social que surge como una iniciativa de exigibilidad del derecho a la salud debido a las continuas violaciones del sistema de salud colombiano que tras la reforma de la ley 100 de 1993 responde al paradigma de la atención gerenciada, basado en el aseguramiento por parte de entidades privadas reguladas por el Estado. El presente artículo reconstruye la experiencia de Salud al Derecho a partir de los tres ejes que propone Alberto Melucci para pensar los movimientos sociales como sistemas de acción multipolar: fines, medios y ambiente. Dicha reconstrucción ha permitido reconocer un proceso en el que los sujetos se forman políticamente y construyen colectivamente unos intereses comunes alrededor de los cuales organizan la acciones individuales y colectivas y se posicionan frente al contexto en el cual reivindican el derecho a la salud.

Introducción

La Ley 100 de 1993 reforma el sistema de salud colombiano mediante la implantación del sistema de aseguramiento; la creación de mecanismos de mediación financiera entre los asegurados y los proveedores de servicios, que introdujo en el sector de salud a empresas aseguradoras del sector financiero; el establecimiento de un sistema de subsidio parcial para las personas sin capacidad de pago; la aplicación de un plan básico de beneficios en el que los pacientes debían cubrir las necesidades no contempladas por el plan (Hernández, 2002).

En el año 2001 se realizó el 1º Congreso Nacional por la Salud organizado por la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, que para tal año propuso el derecho

¹ Universidad Nacional de Colombia. Doctorado en Ciencias Médicas (DMSc) Harvard University. Director del Grupo de Investigación Antropología Médica Crítica. Áreas de interés: antropología médica, salud colectiva.

² Universidad Nacional de Colombia. Magister en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Asistente de investigación. Áreas de interés: antropología médica, género.

³ Universidad Nacional de Colombia. Magister en estudios de las mujeres y el género Erasmus mundus (GEMMA). Asistente de investigación. Área de interés: antropología médica, género.

⁴ Salud al Derecho. Especialista en Gerencia social, Universidad Uniminuto. Asistente de investigación. Áreas de interés: Gerencia social, movilización social.

⁵ Universidad Nacional de Colombia. Antropóloga, Universidad Nacional de Colombia. Estudiante de doctorado en Salud Pública. Áreas de interés: antropología médica, ciencias políticas

a la salud como prioritario. Diferentes organizaciones sociales, sectores académicos pertenecientes a la corriente de la medicina social latinoamericana, sindicatos tradicionales del sector salud se reunieron para discutir si debía crearse un movimiento independiente por la defensa del derecho a la salud y si era necesario empezar a trabajar desde ese momento por un nuevo sistema de salud o se debía esperar más tiempo para evaluar el actual. Con respecto al primer punto se optó por crear el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS) (Abadía & Oviedo, 2012), que se define como un movimiento “con criterios de participación amplia, democrática y plural, respetando la diversidad de formas de organización social existentes, con una organización horizontal más que piramidal, con flexibilidad en la composición de las instancias de decisión, con amplia representación de todos los sectores sociales, étnicos, políticos y académicos, con niveles nacional, regional y local, y con amplia representación regional y local en el ámbito nacional” (Torres, 2011, p. 1).

Así mismo, se planteó la necesidad de recopilar y documentar los casos de violaciones del derecho a la salud y de asesorar jurídicamente a las personas a quienes les fuera negada la atención mediante los mecanismos jurídicos establecidos en la Constitución de 1991, como la Acción de Tutela, Acción de Tutela contemplada en el Art. 86 y el Derecho de Petición contemplado en el Art.23, de allí surge el Proyecto de Exigibilidad del Derecho a la Salud, integrado por doce abogados voluntarios que en septiembre de 2003, con la solidaridad de la Corporación Cactus, organización social sin ánimo de lucro que trabaja por los derechos de los trabajadores del sector floricultor, quien presta dentro de su sede un espacio de trabajo para que desde allí se coordinaran las acciones de asesoría jurídica gratuita, esta labor estuvo en cabeza de Martha Bejarano, estudiante de administración de empresas, quien recientemente había perdido a su padre por errores cometidos en el sistema de salud, como la falta de atención oportuna y la negación de insumos, durante seis meses se desarrolla el proyecto que consistía en hacer la difusión, recepcionar los casos de vulneración, asesorar y elaborar los documentos que fueran necesarios para exigir la garantía del derecho a la salud, en este tiempo el grupo adquiere destrezas suficientes para argumentar las violaciones del sistema de salud. El proyecto tuvo acogida, reflejando la necesidad de muchas personas víctimas del sistema de salud creado por la ley 100 de 1993, razón por la cual después de seis meses de iniciado, se creó una organización con personería jurídica y permanente en el tiempo de nombre Salud al Derecho – Asociación Colombiana Para la Exigibilidad del Derecho a la Salud y la Seguridad Social, que vinculo no solo a profesionales de derecho, sino a profesionales del sector salud y a personas interesadas en apoyar la lucha por el derecho a la salud.

El presente artículo describe y analiza la constitución de SD como un movimiento social en defensa del derecho a la salud retomando la propuesta teórica de Alberto Meluccique entiende los movimientos sociales como sistemas de acción multipolar, en tanto nos permite entender el proceso de construcción de la acción colectiva.

Algunos elementos teóricos

Bajo la corriente del construccionismo social, Melucci entiende la acción colectiva desde la iniciativa autoreflexiva de los sujetos de una colectividad que buscan producir una realidad social particular. Este autor critica el pensamiento dualista respecto a la acción colectiva de los enfoque subjetivistas, como la psicología de masas y la sociología del comportamiento colectivo, por un lado, y de los enfoques objetivistas, entre ellos, el marxismo (Melucci, 1994). El primero, porque ve la acción colectiva como una suma fortuita de eventos individuales y el segundo porque la deduce de las condiciones sociales estructurales que los actores de la colectividad tienen en común. Las diferencias individuales y las motivaciones no explican satisfactoriamente la cuestión de cómo ciertos individuos llegan a reconocerse y a formar parte de un “nosotros “ más o menos integrado. Y la explicación basada en la existencia de condiciones estructurales ignora los procesos que permiten (o impiden) a los actores definir la situación como susceptible de una acción común (Melucci, 1991). Ambos enfoques asumen lo colectivo como un objeto dado, sin ocuparse de los procesos en los cuales los individuos se reconocen en unas situaciones comunes, se conectan en red con otros y en función de unas motivaciones particulares deciden actuar en conjunto. Éste es entonces, uno de los ejes centrales de la propuesta de Melucci, un análisis del nivel intermedio en el cuál es posible preguntarse cómo se construye la acción colectiva.

En este nivel intermedio, el autor retoma una distinción que hace Klandermans entre potencial de movilización, redes de reclutamiento y motivaciones para participar. El potencial de movilización refiere a un sector de la sociedad que comparte determinadas características que lo hacen afines hacia ciertas reivindicaciones o movimientos; en las redes de reclutamiento los individuos interactúan, se influyen recíprocamente, negocian y producen las estructuras de referencia cognoscitivas y motivacionales necesarias para la acción; y las motivaciones para participar son las expectativas que elabora el individuo a partir de las cuales evalúa sus límites y posibilidades de acción y le es posible definirse a si mismo y a su ambiente (Melucci, 1999), (Melucci, 1994). Si bien las motivaciones parten de las expectativas individuales, se consolidan en la interacción y a este proceso Melucci llama construcción de la identidad colectiva, que es la que hace posible "producir" acción colectiva (Melucci, 1991).

La identidad colectiva es un proceso mediante el cual los actores producen las estructuras cognoscitivas comunes que les permiten valorar el ambiente y calcular los costos y beneficios de la acción; las definiciones que formulan son, por un lado, el resultado de las interacciones negociadas y de las relaciones de influencia y, por el otro, el fruto del reconocimiento emocional (Melucci, 1999, p. 31).

Un aporte valioso de este autor es que reconoce la importancia de esta construcción conjunta de significado y no sólo los recursos políticos para determinar la expresión colectiva. La construcción de significado simbólico se da a partir de procesos interactivos, de ahí la noción de solidaridad,

pues constituye un elemento implícito en la identidad colectiva, al referir la capacidad de los actores de reconocerse a sí mismos y de ser reconocidos como miembros del mismo sistema de relaciones sociales (Rodríguez, 2010).

Para analizar cómo se configuran los movimientos sociales y abandonar la mirada dualista que toma la acción colectiva simplemente como un fenómeno empírico dado, los movimientos sociales se describen como sistemas de acción en tanto sus estructuras se construyen en virtud de objetivos, creencias, decisiones e intercambios, que operan todos ellos en un campo sistémico de límites y posibilidades (Melucci, 1991) (Melucci, 1999). Esta perspectiva eleva "la organización" a una categoría analítica que permite comprender el ámbito en el que se define la acción (Cruz, 2001). Al definir los límites y posibilidades de la acción, la organización de la acción colectiva confiere a los individuos una identidad que da sentido a la acción.

La forma organizada de la acción es la manera mediante la cual el actor colectivo busca darle una aceptable y duradera unidad a ese sistema, que está continuamente sujeto a tensiones. De hecho, la acción colectiva tiene que enfrentar múltiples y exigentes requisitos. Nunca es la simple expresión de una intención de propósito que se persigue, sino que se construye por medio de los recursos disponibles a los actores y de acuerdo con las posibilidades y obstáculos que provienen de determinado ambiente. (Melucci, 1989, p.358).

En concordancia con lo anterior Melucci propone entender los movimientos sociales como sistemas de acción multipolar comprendidos por tres ejes: fines (lo que tiene sentido para el actor), medios (las posibilidades y límites de la acción); y ambiente (el campo en el que tiene lugar la acción). Es nuestro interés presentar el modo en que se ha desarrollado y funciona SD a partir de estos tres ejes, retomando las voces de los fundadores, los asociados y los usuarios a quienes la organización asesora jurídicamente cuando le es negado el derecho a la salud.

Fines plurales, fines comunes

En los estatutos de SD se contempla que el objeto de la Asociación "es brindar apoyo y adelantar, con criterio humanista y filantrópico, toda clase de acciones y actividades orientadas a la defensa, promoción, construcción y realización de los derechos fundamentales, a la seguridad social, a la salud pública y en general los derechos humanos, económicos, sociales y culturales". Esto inspirado en la búsqueda de un sistema de salud universal, gratuito e integral. Si bien cada uno de los integrantes de SD tiene diferentes intereses, miradas y trayectorias políticas, a todos los convoca este objetivo general, animado por una conciencia de justicia social que cada uno de ellos aporta desde su historia de vida y en el encuentro con los demás. En este fin común los sujetos que conforman SD se reconocen a sí mismos y son reconocidos como una unidad social.

Yo pienso que en Salud al Derecho convergen una serie de miradas políticas que en últimas hacen un acuerdo de unidad de acción, no es una ONG partidista sino que convergen en la unidad de acción alrededor de construir justicia y exigibilidad en salud, entonces puede converger gente de distintas tendencias políticas, pero lo importante es que estén funcionando sobre una unidad de acción sobre el problema para construir justicia en salud, entonces Salud al Derecho es eso, es una polifonía, no es hegemónico y es diverso, y es en esa diversidad que se construyen cosas y acuerdos” (Jorge, fundador).

Y se construyen en conjunto, como bien lo expresa Mireya una integrante asociada de SD “No es un trabajo individual es un trabajo colectivo, y además es un trabajo colectivo, por ausencia o por insistencia”

Todos los fundadores y asociados de SD tienen en común una trayectoria política por la defensa de la justicia social desde muy diferentes frentes, en el ámbito jurídico, en el sector salud, en el trabajo comunitario, en la militancia en diferentes movimientos sociales, entre otros, que los convoca a ser partícipes de la lucha de SD. De otro modo se unen a estos fines los usuarios. Si bien el primer contacto de estos últimos con la organización está motivado por resolver una urgencia particular que puede tener consecuencias graves en la salud y la vida de sí mismos o sus familias, la experiencia negativa con el sistema de salud y el proceso de exigencia de sus derechos necesariamente involucra la formación de una consciencia crítica frente al sistema de salud y el modelo económico y político en el que éste tiene lugar.

Es el caso de Fátima, una mujer jefe de hogar que tiene cuatro hijos/as con diferentes tipos de discapacidad y ha tenido que asumir una confrontación constante con el sistema de salud para acceder a los tratamientos de sus hijos. Su paso por la Asociación no solo la ha empoderado para defender la salud de sus hijos, sino también para asumir una postura frente a sus derechos, como lo expresa Martha Bejarano, directora de SD.

En Salud al Derecho no sólo vemos a la persona con la enfermedad sino con toda una historia de vida, que es afectada por muchos problemas como el desempleo, la falta de oportunidades educativas, de vivienda y los conflictos sociales en general.

O Edison, un asesor comercial de Yacobi, Cundinamarca, padre de una niña a quien fue necesario realizarle un trasplante de hígado a los 3 años. El tratamiento después del trasplante le fue negado y debió interponer una acción de tutela que falló a su favor. Después de esta experiencia, Edison asumió un compromiso en la difusión de la

información respecto a las falencias del sistema de salud, que describe de la siguiente manera

[he participado] en marchas acá en el centro en la plaza de Bolívar, con pancartas [...] porque es para darle a conocer a la gente que esto no es como lo dicen los medios de comunicación, que todo está marchando bien, lo que pasa es que la realidad está oculta y pues si uno no la publica pues todo se sigue quedando callado.

Este proceso de transformación de los sujetos y las comunidades lo describe Jorge como

[...] formar a cada persona sobre los derechos para exigir una adecuada atención en salud, Salud al Derecho está enfocada en la democracia en salud entonces esto significa construir una ciudadanía comprometida con ellos mismos y en la construcción de proceso que evidentemente mejore el bienestar de las personas.

En este sentido, formar una ciudadanía comprometida y empoderada que no sólo defienda sus derechos, sino que se comprometa con la defensa colectiva del derecho a la salud se ha convertido en uno de los fines principales de la asociación.

Salud al Derecho es un proyecto perfectible que [...] está trabajando por los derechos colectivos, y eso realmente es muy importante [...] mirando hacia los derechos colectivos, reitero, porque, por ejemplo, las EPS⁶ ya tienen frentes sobre los derechos individuales, porque ellos viven de eso. Es tan perversa la situación que al ser victimarios generan un recurso para seguir ganando de sus víctimas, no solamente le niegan servicios sino que amparándose en ellos logran mayores beneficios económicos, pero en derechos colectivos ya les queda de pa' arriba. [...] el problema de la salud no es solamente el problema médico, es el problema social, ambiental, cultural y Salud al Derecho aporta hacia una salud colectiva. [...] Se pretende un vínculo cada vez más adentrado con las comunidades, aprender mucho más de las comunidades, apoyarlas todo el tiempo para permitir que sean autónomas, eso es lo que nos diferencia de otras ONG. Nosotros no queremos comunidades para que dependan de nosotros, nosotros necesitamos crear comunidades para que dependan de ellas mismas, para que avancen, para que no tengan que pedirle permiso a Salud al Derecho de nada, sino que avancen y se construyan. [...] Es por esa razón que el proyecto de Salud al Derecho (SAD) se va a destruir con el tiempo, si dentro de 40 años existe, es que el trabajo que estamos haciendo hoy no sirve, nosotros tenemos que desaparecer con el tiempo, porque nosotros ya quedamos metidos en la sociedad. Acabamos haciendo lo que muchas ONG hacen, de celebrar su cumpleaños 123, ¡no! eso solamente lo hace el capitalismo,

⁶ En el Sistema General de Salud y Seguridad Social en Colombia, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son las empresas aseguradoras que funcionan como intermediarias de los recursos en salud.

porque necesita preservarse como un negocio, y pues la ventaja que tenemos es que todos los integrantes de Salud al Derecho somos seres humanos tenemos una mirada hacia el universo, no hacia nuestro apartamentico, bañito, carrito, no, es mirando el universo, nosotros necesitamos que el universo sea más hermoso de lo que es (Jorge, fundador).

Así pues, una de las particularidades de los integrantes de SD es que tienen presente que cuando el país cuente con un sistema de salud universal, gratuito e integral que es el fin que inspira su existencia, debe desaparecer.

Yo me acuerdo una vez que hicimos un marco lógico y yo me acuerdo que uno de las pregunta fue, adónde quieres que llegue Salud al Derecho y nuestra respuesta fue a que no exista, y la persona que nos coordinaba decía esa no puede ser una meta, nosotros, sí esa es un meta, es decir el día en que este sistema no maltrate, no robe, no usurpe, no mate, pues no tiene que sentido que existamos, ahí es donde queremos llegar, entonces eso es muy bonito, eso es muy bacano (Mireya, asociada).

Porque vea que a pesar del tiempo que lleva y de las crisis, nosotros seguimos ahí en Salud al Derecho, no lo abandonamos, no estamos pensando en que se vaya a acabar. Ahora, ¿cuándo se debería acabar Salud al Derecho? Pues cuando el sistema de salud primero sea público y atiendan a todo el mundo, pero no que lo atiendan solamente con carnet, sino que le atiendan sus necesidades, es que el problema no es atenderlo sino atender las necesidades, atenderlas bien. Ahí Salud al Derecho tendría que remodelar totalmente su misión estructural, porque ya no tendría razón (Wilson, fundador).

Abadía, Oviedo y Martínez (2008) sintetizan los principios que guían la asociación como la mercantilización del derecho a la salud, evaluar constantemente la crisis en salud en Colombia, y generar una transformación de los imaginarios colectivos acerca del sistema de salud, mediante el apoyo a las resistencias sociales y a su vez, incentivando las luchas por la transformación del modelo económico y político que está impuesto actualmente en el país, el cual bajo estos presupuestos va en detrimento de las comunidades.

Estrategias de reivindicación

Asesorías jurídicas

Las acciones legales en procesos de violación del derecho a la salud, contempladas en la Constitución Política de Colombia para la garantía, protección y restitución de derechos fundamentales, es una de las estrategias más consolidadas de la organización, dado que entre las principales motivaciones que dieron origen a SD estaban recopilar y documentar los casos de violaciones del derecho a la salud para evidenciar las consecuencias de las negaciones del sistema

de salud y asesorar jurídicamente a las personas para garantizarles el acceso a servicios. Entre las acciones legales se encuentran los derechos de petición, las tutelas, la impugnación y el incidente de desacato.

A finales de 2010, SD ya contaba con una base de datos de más de mil asesorías directas de violación del derecho a la salud. La sistematización y el análisis de los casos de forma cuantitativa y cualitativa han reportado que las acciones jurídicas son efectivas en más del 80% de los casos para garantizar la prestación de los servicios requeridos por las personas, pero que las demoras ocasionadas por los trámites obligatorios para asegurar la atención, de carácter administrativo y legal, afectan la condición clínica de las personas.

En la sistematización y análisis de los casos asesorados por salud al derecho se ha encontrado que la negación de la atención en salud afecta a niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres de todas las edades, afiliados (de los dos regímenes de afiliación) y no afiliados, y de todos los niveles socioeconómicos (Abadía & Oviedo, 2009), con distintos grados de magnitud según sus capitales culturales y sociales (Abadía & Oviedo, 2008). Los colombianos y colombianas deben someterse a una larga ruta a través del sistema de salud que incluye las acciones legales con consecuencias nocivas para su estado de salud, lo que la comisión de investigación de Salud al derecho denominó en un estudio itinerario burocráticos (Abadía & Oviedo, 2009).

Las asesorías jurídicas, que algunos miembros asumen voluntariamente y a pesar de las difíciles condiciones económicas que ha debido sortear la organización, se han ido destacando como una estrategia esencial frente a las necesidades impostergables de atención en salud de las personas a quienes se les vulnera el derecho a la vida mediante la negación de los servicios. No obstante, se ha reconocido la importancia de trascender la acción legal que soluciona casos particulares y apostarle a la construcción de una conciencia crítica de más amplio espectro mediante iniciativas de educación popular y trabajo comunitario.

Yo hacía tutelas... Incluso me tocaba trasnochar, a vecesirme a casa de amigos, que me prestaran computadores. Así fueron las primeras tutelas que yo hice. Después de eso también [...] hay algo muy importante que es la formación política que eso tiene que ir de la mano con lo otro, y eso es tan importante como la exigibilidad (Adolfo, fundador)

Educación popular y trabajo comunitario

La educación popular y el trabajo comunitario le apuntan directamente a un fin de carácter más general que busca desarrollar una consciencia crítica en las ciudadanas y ciudadanos para exigir el derecho a una salud integral, que incluya además de tratamientos, estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vivienda digna, alimentación, entre otros. La comisión de educación popular busca empoderar a las y los asistentes de las capacitaciones con el fin de que sean las comunidades mismas las que exijan sus derechos, por medio del conocimiento de las normas existentes. También se espera que se unan a la movilización social: la lucha por un modelo alternativo en salud. Y la comisión de trabajo comunitario se encarga de fortalecer redes comunitarias en exigibilidad de los derechos humanos y, fundamentalmente, en el derecho a la salud.

En el 2006 se realizaron capacitaciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Constitución Política de Colombia y los mecanismos legales de exigibilidad del derecho en localidades de la ciudad de Bogotá, gracias a convenios con instituciones tales como la Secretaria de Integración Social y Organizaciones no Gubernamentales.

En el 2007 y el 2008 con recursos del Fondo de Pequeños Proyectos de Pan para el mundo, y el trabajo de los voluntarios se elaboraron 4 cartillas pedagógicas cuya finalidad eran, además de presentar conceptos básicos sobre el sistema de salud colombiano, discutir una la postura de SD frente a un modelo de salud alternativo. Y un video institucional “un negocio más, mil vidas menos” con casos y personas asesoradas por la Asociación de diversas edades, regímenes de salud e impacto para la vida de las familias y las personas (Oviedo, 2012)

En el 2007 y el 2008, un grupo de asociados tomo la decisión de dotar a SD de herramientas que permitieran llevar la información, con recursos del Fondo Noruego de los Derechos Humanos y del Fondo de Pequeños Proyectos de Pan Para el Mundo, elaboraron el kit de “Cartillas Pedagógicas para la Exigibilidad del Derecho a la Salud ...Porque la Salud NO es una Mercancía” compuesto por cartillas, cuya finalidad era *“no sólo transmitir conceptos básicos sobre el sistema de salud, sino socializar y controvertir la postura de Salud al Derecho para construir-enriquecer la propuesta de modelo alternativo”*. También se diseño un video institucional “Un Negocio Más, Mil Vidas Menos” que muestra la crisis del sector salud, el cierre de hospitales como el Hospital San Juan de Dios, los escenarios de movilización en Bogotá, los conceptos de algunos políticos, así mismo se documentaron casos y se entrevistaron a personas asesoradas por la Asociación de diversas edades, regímenes de salud e impacto para la vida de las familias y las personas (Oviedo, ¿2012?)

Al 2012 se ha hecho presencia en cerca de 15 localidades de Bogotá y en otras ciudades del país, con la participación de más de mil personas. La estrategia de educación popular busca informar sobre el sistema de salud, los servicios que incluye y los procedimientos a seguir para acceder a la atención, incluyendo los mecanismos legales disponibles en caso de negación, así como la construcción conjunta de un modelo alternativo. En concordancia con ello, esta estrategia está estructurada en 10 ejes:

1. ¿Qué es Salud al Derecho?
2. ¿Qué es Salud?
3. ¿Qué son y cuáles son los Derechos humanos?
4. Sistema General de Seguridad Social en Salud
5. Problemática del Derecho a la Salud en Colombia. ¿Es realidad el derecho a la salud en Colombia? Salud-Derecho o Salud-Mercancía
6. Procedimientos o Acciones Legales para Garantizar el Derecho a la Salud
7. Otros Sistemas de Salud
8. Globalización y Salud – TLC y Salud
9. Modelo Alternativo en Salud para Colombia
10. Estructuración de red de promotores y articulación al diplomado.

La educación popular y el trabajo comunitario acarrearán un interés esencial en la formación política de las comunidades que integrantes de SD destacan con especial énfasis.

Yo propuse [una estrategia] que era una formación política. En esa yo era el encargado de hacer charlas con las personas, a mí me gusta eso. Yo lo tengo en un taller muy asequible para cualquier público. Puedo leer la Constitución, puedo leer la ley, pero por artículos, los pongo a que comenten. (Adolfo, fundador)

Salud al Derecho también hace pedagogía, de construir cómo es la exigibilidad. Se han hecho cantidad de talleres en localidades con gremios y con ONGs sociales (Jorge, fundador)

No hay capacitación sin formación política [...] ¡No hay en la humanidad ninguna capacitación que no tenga formación, No hay, la que quiera decir que es como dicen algunos cultores del derecho... “Es neutral, es imparcial, es puro” ¡Miente desde el comienzo! ¡No existe! ¡No existe! No es posible. Razones: porque las capacitaciones las hacen humanos con intereses humanos, sociales, políticos y económicos ¡Toda! Entonces, obviamente que la capacitación, ¿qué busca? Empoderar al ser humano de algo que le pertenece y que no le reconoce este sistema, con todo lo perverso que es el sistema de salud... Y que se apropie, que se defienda, que lo haga sin necesidad de tener la muletilla [...] Que lo defina (Wilson, fundador).

En palabras de algunos de los usuarios:

[Las capacitaciones] me han ayudado con información que uno necesita cuando no se le están respetando los derechos a la salud, qué derechos tiene uno en el Estado en que estamos en una emergencia de esas como una enfermedad. [...] por medio de SAD tuve la información y qué se debe hacer para un derecho de petición, una tutela, primero acudir a todas las alegaciones y en este caso las EPS dicen que no se puede, que es la negación, y pues ir a las entidades a pedir el derecho que le están negando. (Edison)

Los cursos que ellos dictaron a mí me sirvieron muchísimo porque yo ya sé qué es un derecho de petición, ya sé qué es una tutela. Cosas que a mí actualmente me sirven muchísimo. [...] Logré en los hospitales muchas veces poner en conocimiento a personas que no saben lo que está pasando. El caso de un señor vecino que lo tenían en el Hospital del Bosa, le tocaba pagar 800 mil pesos para sacarlo y él era mayor de edad, que si no pagaba no podía salir del Hospital. Yo sabía ya más o menos redactar el derecho de petición, qué derechos tenemos, y le ayudé. Eso uno ve en los hospitales las personas

como lloran porque su hijo necesita un tratamiento urgente y no se lo hacen, y yo [les digo] “No, mire que yo le indico cómo se hace”. Yo les digo: “haga un derecho de petición que si eso no le sirve entonces hay que ir con tutela”. Les digo que cojan las fotocopias que les den [...] he logrado informar a otras personas. Pues me falta muchísimo, yo quisiera seguir aprendiendo. Si las capacitaciones fueran los sábados a la tarde sería mucho mejor, porque trabajo hasta medio día y así es complicado. (Fanny)

Edison y Fanny describen la importancia que han tenido las capacitaciones de SD para sortear sus propias experiencias de negación del derecho a la salud, pero también, según lo menciona Fanny, para apoyar a otros. En este sentido los usuarios que se acercan a SD y son formados en temas de derechos y exigibilidad de los mismos se convierten en replicadores de estas herramientas en los diferentes espacios en donde interactúan con otras víctimas del sistema de salud.

Estrechamente articulado con la educación popular está el trabajo comunitario que en el 2007 había permitido conformar un Comité de Salud entre la localidad Rafael Uribe Uribe de Bogotá y la asociación de pequeños comerciantes “Mercado de las pulgas San Alejo” para velar por la garantía de ese derecho, y unos Núcleos de Apoyo a Salud al Derecho (NUSAD) que son la presencia de la organización a nivel local y están liderados por personas de la comunidad. Estas alianzas con la comunidad han permitido generar redes de solidaridad alrededor de un fin común relacionado con la construcción de un sistema de salud diferente, que ha logrado ir desarrollando una conciencia crítica y dinámicas de movilización social (Abadía, Oviedo, & Martínez, 2008).

Investigación

La investigación aparece en Salud al Derecho como una iniciativa para sistematizar y analizar los casos de personas que fueron asesoradas por la organización para interponer acciones legales ante la negación de la atención, con el fin de generar categorías de denuncia al sistema. Investigar y divulgar el conocimiento se fue convirtiendo con el tiempo en una vía de gran impacto para analizar el sistema de salud colombiano, repensar el rol de SD y transformar sus dinámicas cotidianas de ejercicios jurídicos individuales en estrategias colectivas y políticas, así como para visibilizar ante la esfera política y el público general las negligencias del sistema de salud, las consecuencias en la vida de muchas personas, y las acciones de la organización (Abadía, et. al, en prensa)

La comisión de investigaciones ha realizado estudios que demuestran que el sistema de salud colombiano no responde a las necesidades de la población y está inmerso en lógicas de mercado que afectan dramáticamente el bienestar de ciudadanas y ciudadanos de todas las edades y condiciones socioeconómicas (Abadía & Oviedo, 2009) (Abadía & Oviedo, 2008) (Abadía, Oviedo, & Martínez, 2008) (Abadía, et. al, 2008).

En particular, en un estudio que analiza 458 casos de acciones legales interpuestas contra el sistema de salud, asesorados por SD, muestra los intrincados recorridos que deben realizar los usuarios por

diferentes instancias del sistema para acceder a los servicios, en los que los mecanismos jurídicos se han convertido en parte de los pasos burocráticos obligatorios para ser atendidos. En esta investigación se planteó la categoría de “itinerarios burocráticos” como una herramienta teórica y metodológica para el estudio y comparación de diferentes sistemas de salud basados en la atención gerenciada, que en el caso de Colombia ha creado burocracias que dificultan la atención en salud por medio de mecanismos que buscan disminuir costos en detrimento de la salud y la vida de las personas (Abadía & Oviedo, 2009). Esta categoría analítica y de denuncia sirvió para importantes debates nacionales a finales de 2009, cuando el gobierno Uribe anunció los decretos de Emergencia Social para profundizar el modelo privatizador de salud (Oviedo, 2012).

Los estudios que se ocupan de las experiencias de los usuarios se articulan con otros que describen y analizan el detrimento que este modelo ha implicado para las instituciones y trabajadores y trabajadoras de salud, como la crisis general de la red pública hospitalaria, con casos tan dramáticos como el del Instituto Materno Infantil y el San Juan de Dios (Abadía, Pinilla, Martínez, & Navarrete, 2006) y la precarización de las condiciones laborales de los profesionales de salud.

Una función de la investigación que resaltan los integrantes de SD es su carácter de denuncia social.

César Abadía lideró investigaciones muy buenas. La primera se publicó en un periódico de la Universidad Nacional, después de que se publicó eso sobre el colectivo cayeron rayos y centellas. Posteriormente, como a los dos o tres años, se volvió a hacer otro estudio y ya esa investigación no corrió con la misma suerte que corrió la primera, habían cambiado los directivos de la Nacional y no lo publicaron. Y ese profesor logró que se publicara en una revista médica-científica y social de Estados Unidos y fue vista acá, ellos mismos hicieron una traducción y acá en Colombia. Eso también causó mucho escozor en las EPS. Porque apenas se publicó eso yo no sé como llegó a Tola y Maruja y por ahí sacaron un programa precisamente hablando de la salud, usted sabe como son ellas, de lo social sacan humor. De todas formas es una forma de denuncia, que eso era de los retos que nosotros teníamos: denuncia a nivel internacional (Adolfo, fundador)

La investigación ha sido fundamental en la denuncia, en la divulgación, no sólo en medios alternativos de comunicación nacional, sino también en medios internacionales, para que las autoridades asumiesen posiciones claras. [Con el estudio de itinerarios terapéuticos] Salud al Derecho denunció lo de la tramitomanía que los estaba enriqueciendo y esa estructura infame de la ley 100, entonces en un sitio se pide la consulta, en otro sitio la autorización, en otro sitio la especialización, entonces la gente acaba desesperada para morir en su casa, es una infamia. Lo que hizo SAD fue demostrar que esa era la infamia, que eso es un delito, y eso fue un estudio que se presentó por medios internacionales, que fue tomada por medios de acá y que hicieron un gran escándalo, y que eso en últimas sale la prensa diciendo que eso es terrible y sale después la declaración de la emergencia en social, y entonces la gente acabó diciendo que el gobierno sí se dio cuenta de lo que estaba sucediendo ¡pero no!, era la que sus amigos se estaban dando cuenta que no estaban ganado todo el porcentaje que debían estar ganando a finales del 2009 (Jorge, fundador)

Mobilización

La movilización es la estrategia que más conecta a Salud al Derecho con otras organizaciones y da lugar a los momentos de mayor visibilidad del movimiento. Alrededor de la movilización se generan sistemas de intercambio dentro de los cuales circulan personas e información que “actúan como laboratorios culturales sumergidos dentro de la sociedad civil” (Mueller,1994:110). Si bien las demás estrategias también hacen parte de dicho intercambio y de la construcción colectiva de identidad que con frecuencia permanece oculta a los ojos de la sociedad, lo que Melucci denomina redes sumergidas, es mediante la iniciativa de movilización que Salud al Derecho fortalece sus lazos con otros grupos y se suma a colectivos más amplios en pro de una lucha de carácter más general por el derecho a la salud y de lo cual se derivan acciones visibles. En este proceso “los movimientos sociales se sitúan en un espacio de privacidad *compartida* que hace posible la conversión de intereses privados en cuestiones de debate en la esfera pública” (Teijerina, 2005).

Como se mencionó previamente, SD surge como un proyecto de exigibilidad del derecho a la salud creado y financiado por la Plataforma Colombiana de Derecho Humanos con el fin de vincular a las personas interesadas en el tema, fortalecer los procesos de movilización por la salud en Colombia, cumplir con los objetivos propuestos anuales de la Plataforma de reivindicación de los derechos contemplados en la carta de Viena y documentar la crisis del sector salud analizada en el 1º Congreso Nacional por la Salud en el 2002, el cual dio origen al MNSSS. (Oviedo, 2012)

En el año 2004 se realiza el 2º Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social: hacía la construcción ciudadana de un nuevo modelo que garantice el derecho a la salud y a la seguridad social, con sede en Bogotá. Este evento acarreó diferentes actividades como marchas y plantones frente al Ministerio de Protección social. Pese a las grandes expectativas, el II Congreso supuso una serie de tensiones relacionadas con el oportunismo de algunas organizaciones que emplearon las discusiones desarrolladas como ideas para obtener financiación de organismos internacionales, la exclusión que se hizo en las conclusiones y las memorias de un modelo de salud desmercantilizado, público y universal, la cercanía del MNSSS con la administración distrital del momento que, siendo un gobierno de izquierda, no respondió a las necesidades de la población en materia de salud ni renunció a un modelo neoliberal de salud (Abadía & Oviedo, en prensa), tensiones que hacían evidentes las posiciones de cada organización y las grietas en los objetivos comunes.

Pese a estas tensiones SD continuó fortaleciéndose como organización y acompañando otras movilizaciones, entre ellas, el Comité del San Juan de Todos, apoyando la marcha del 7 de abril de 2006 por la protección de la red hospitalaria y participando como organizador del Campamento Humanitario por la Salud en el que brindó asesoría jurídica y vinculó a usuarios en la movilización.

En el 2009 se organiza un III Congreso Nacional por la Salud titulado *Resistencia, organización y lucha por el derecho a la salud y la seguridad social* que pretende reanimar el MNSSS bajo una serie de premisas que consolidan su postura y direccionan los mecanismos de lucha, entre éstas, la necesidad de un movimiento de carácter nacional, el interés común por la derogatoria de la ley 100 y la construcción de un sistema de salud público, universal, integral y gratuito, el desarrollo de estrategias de participación ciudadana en todo el país, la consolidación de una coordinación y la articulación con intereses nacionales más amplios que van en contravía de una sociedad democrática (Abadía, et al, en prensa).

Los decretos de Emergencia Social proponían reformas que no solucionaban los problemas estructurales del sistema, y que imponían mayores barreras para el acceso, aumentaban los gastos de bolsillo en salud, ponían en riesgo la estabilidad financiera de las familias y tenían un efecto aún más lesivo sobre los hospitales públicos al quitar las medidas de protección de éstos, limitaban aún más la autonomía profesional, entre otros (Yepes, 2010).

La emergencia social movilizó a más de 60.000 personas con diferentes intereses y fue visto por las organizaciones que defienden el derecho a la salud como una oportunidad política para abrir el debate hacia un nuevo sistema de salud.

Nosotros tenemos que reafirmar que esto no lo logra Salud al Derecho sólo, ni lo logra las organizaciones que vienen luchando, lo logra es la ciudadanía, lo logra es el pueblo colombiano, mira el ejemplo de lo que pasó con la emergencia social, dentro del gobierno de Uribe, ahí si era acabar más con la salud entregársela toda al sistema privado [...] la gente se movilizó, los médicos que estaban apáticos tuvieron que movilizarse porque a ellos si daban un medicamento por fuera del POS les seguía un procedimiento penal, los médicos se movilaron, se movilizó la ciudadanía y echó para atrás los decretos de la emergencia social, hasta que no se siga movilizandando la ciudadanía y estas luchas, las manifestaciones, los plantones, eso irá sumando, eso va a lograr que esto algún día vaya a cambiar, esto no va a cambiar de un sólo golpe pero sí iremos ganando terrenos (Adriano, fundador).

Universidades públicas y privadas, así como organizaciones de diferente índole realizaron análisis profundos del sistema de salud y reunieron una amplia documentación que enviaron a la Corte Constitucional en la que además de las discusiones de los colectivos y las mesas de trabajo, se incluían investigaciones que durante los años 90's y la primera década del 2000 demostraban las fallas estructurales del sistema de salud y el modo en que respondía a intereses de mercado antes que a las necesidades de la población, lo que demostraba que la crisis del momento no respondía a un evento sobreviniente. El 16 de abril de 2010 La Corte Constitucional declaró inexecutable el decreto *madre* 4975 de 2009, que declaraba el *estado de excepción* para la salud y del cual se desprendían los demás decretos, reconociendo que los hechos que daban lugar a la emergencia social no eran coyunturales, sino históricos y por tanto el gobierno nacional no podía argumentar una situación sobreviniente de carácter excepcional que ameritara una medida de ese tipo (Abadía, et al, 2012).

A partir de esta coyuntura y tras numerosos encuentros, negociaciones y sesiones de trabajo entre organizaciones comprometidas con la defensa del derecho a la salud, se crea la Campaña Octava Papeleta Voz y Voto por tus Derechos, más adelante *Campaña Nacional por la Salud y Seguridad Social, Universal, Pública, Equitativa e Integral* que, retomando la iniciativa de la séptima papeleta propuesta por el movimiento estudiantil en 1990 que incluyó en las elecciones de parlamentarias y municipales un voto adicional para que la ciudadanía se pronunciara a favor o en contra de la convocatoria de una Asamblea Constituyente para reformar la Constitución Política de Colombia, se propuso crear una constituyente por la salud (Abadía, et al, 2012). Esta campaña se formuló inicialmente en dos grandes fases:

1) la *octava papeleta* que buscaba, mediante una papeleta adicional en las elecciones de alcalde del 30 de octubre de 2011, que al menos el 10% del censo electoral se pronunciara a favor de un nuevo modelo de salud 2) la construcción social de un *nuevo modelo de salud*. Subdivididas en numerosos pasos políticos, administrativos, de diseño, de convocatoria y lanzamiento, de interlocución con la Registraduría Nacional del Estado Civil y el gobierno nacional, administrativos, legales, entre otros. Luego un integrante de SD propuso como fase intermedia un juicio ético y político a los responsables del negocio de la salud en el país por todo el sufrimiento que han causado a miles de colombianos y

colombianas víctimas de la negación del derecho a la salud, en la línea de utilizar herramientas jurídicas para reivindicar el derecho a la salud.

Ante la solicitud de la octava papeleta la Registraduría Nacional del Estado Civil respondió de manera negativa argumentando que antes de ello debían agotarse otros mecanismos de participación, no obstante, las condiciones en materia de tiempos y cobertura (nacional) desbordaban la capacidad de las personas que venían trabajando por el derecho a la salud en Colombia y los recursos disponibles. A mediados del 2012 se hace el cierre simbólico de la octava papeleta, pero sin renunciar a los objetivos que dieron lugar a la campaña, ya que integrantes de este colectivo, incluido Salud al Derecho, continúan con sus actividades de trabajo con las comunidades y movilización. Otros sectores sociales que inicialmente hacían parte de la Campaña Nacional optan por crear la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud y Seguridad Social en el que se diseña un proyecto de ley con un modelo alternativo de salud y se apoya una mesa de negociación con el gobierno.

El trasegar por las diferentes estrategias de lucha ha implicado una permanente construcción de identidad que supone un posicionamiento y reposicionamientos de SD frente al SGSSS, el Estado, las demás organizaciones y la comunidad. Así como la confrontación con sus propios objetivos y estrategias.

En cuanto a los posicionamientos políticos que asume SD Adriano sugiere que:

Cuando se habla de política hay que hacer claridad, aquí en Salud al Derecho, nosotros no nos alineamos a ningún movimiento político, a Salud al Derecho pueden pertenecer los de cualquier movimiento político, la política es frente al sistema de salud y frente al cambio que él obedece, lógico esto conlleva a que muchos sectores políticos partidistas pues se aislen porque tienen intereses en el sistema de salud actual, para nadie es mentira que varios congresistas son accionistas de EPS, se dice que Uribe y su familia tienen intereses en algunas EPS, es el rumor popular que corre entonces imagínese esa situación, esto ha sido pronunciado porque hasta los capitales emergentes, por ejemplo los capitales de los narcos de los paras, están metidos en las empresas de salud, [...] Sí lógico, los integrantes tienen su tendencia política, pero eso no se confunde con la lucha de Salud al Derecho. En Salud al Derecho se lucha porque el sistema sea público y no privado, y eso se los inculcamos a las personas y eso es toda la política que le lanzamos a las personas, no nos metemos en el aspecto partidista, independiente de que cada uno tenga su propia militancia política” (Adriano, fundador).

Este recorrido por la movilización de SD lo resume bien Marcos cuando habla de la historia de la organización:

[SD ha acompañado] procesos cercanos que tienen que ver con la lucha por el tema de salud... Entonces esos tienen que ver con algunos escenarios que se han venido trabajando... como es el caso del San Juan de Dios, por la defensa por la red pública y salarios, en especial en el San Juan de Dios. En procesos como la campaña nacional por la salud y la seguridad social, octava papeleta y un proceso... diría yo un poco más amplio... la coordinación nacional de organizaciones sociales y políticas... aunque ahí es un tema en donde confluyen muchos más temas y problemáticas sociales... la salud también se encuentra inmerso ahí y en este tipo de organización tiene como carácter vinculante diferentes plataformas sociales y organizaciones que a su vez conforman muchas otras organizaciones. Y buscan como criterio tratar de generar posibles acciones unitarias que permitan visibilizar esas realidades. Y allí se encuentran y se van concentrando todas esas otras expresiones se van sumando... No solo el tema de la salud... Y aparecen otras expresiones... como... la Alianza Nacional por la Salud y la Seguridad Social, que actualmente se está impulsando esa iniciativa... (Marcos, asociado)

Algunos de los usuarios que se acercan a SD para obtener asesoría con una acción de tutela también se involucran con otras estrategias de la organización en el marco más amplio de la defensa del derecho a la salud, más allá de la solución de sus casos particulares. Como la declaración, ya citada, de Edison en cuanto a su compromiso respecto a informar a los demás sobre las condiciones del sistema de salud.

[he participado] en marchas acá en el centro en la plaza de Bolívar, con pancartas [...] porque es para darle a conocer a la gente que esto no es como lo dicen los medios de comunicación, que todo está marchando bien, lo que pasa es que la realidad está oculta y pues si uno no la publica pues todo se sigue quedando callado (Edison, usuario)

Ambiente

Se describirá el ambiente como el contexto socio-político en el que se ha desarrollado la asociación y los retos a los que se ha debido enfrentar en su lucha por el derecho a la salud.

SD surge en el año en que inicia el primero de los dos períodos presidenciales de Álvaro Uribe Vélez, cuyo gobierno estuvo en contravía de las corrientes políticas alternativas que empezaron a emerger en América del sur y “recogieron el descontento de amplios sectores de la población con

los efectos de la estrategia neoliberal puesta en práctica desde finales de los años ochenta” (Ahumada, 2009). En consecuencia, la organización se desarrolló en un contexto de importantes retos políticos, asumiendo la lucha por la defensa de un sistema de salud gratuito, universal e integral en un momento en el que el país profundizaba el modelo neoliberal que ya venía implementándose desde finales de los 80’s.

El gobierno de Uribe Vélez (2002-2010) se centró en la construcción de un Estado Comunitario (CINEP, 2010), es decir “un Estado gerencial (que administre lo público con eficiencia y honestidad), un Estado participativo (que tenga en cuenta las demandas de la gente) y un Estado descentralizado (que tenga en cuenta las necesidades locales sin perjuicio del interés nacional y de la solidaridad regional)” (DNP, 2003). En los estados comunitarios la participación ciudadana juega un papel central, así los ciudadanos asumen las responsabilidades sociales que venían siendo competencia del estado, como la salud, educación, vivienda, alimentación, servicios públicos, entre otros. Bajo esta perspectiva la privatización de los diferentes servicios, el ajuste fiscal y el recorte del gasto se vuelven fundamentales bajo la premisa del Estado Gerencial (Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo, 2003).

El Estado comunitario se basaba en tres ejes principales, que pese a las variaciones entre un período y otro respondían a la misma orientación: seguridad democrática, confianza inversionista y cohesión social (CINEP, 2010).

La seguridad democrática, el gran baluarte de la política de Uribe Vélez, estaba cimentada en “reforzar y garantizar el Estado de Derecho en todo el territorio, mediante el fortalecimiento de la autoridad democrática: del libre ejercicio de la autoridad de las instituciones, del imperio de la ley y de la participación activa de los ciudadanos en los asuntos de interés común” (Presidencia de la República y Ministerio de Defensa Nacional, 2003, p. 12). Entre los núcleos más importantes de esta política estaba el aumento del pie de fuerza militar con miras al debilitamiento de los grupos insurgentes, en particular de la guerrilla, que implicaron un gasto militar promedio del 3,64% del PIB con un máximo del 4,0% en el 2009.

Buitrago (2006) propone que la política de seguridad democrática tuvo 3 grandes líneas de acción: “la continuación de la ofensiva contra las FARC, activada al final del gobierno anterior; una “política de paz” con los para- militares; y un grupo de políticas específicas –como los soldados campesinos, los estímulos a la desertión y las redes de informantes– destinadas a alimentar las otras dos” (Buitrago, 2006, p. 3), pero no existe articulación entre ellas, y se hace evidente una primacía de lo militar excluyendo otras instituciones estatales relacionadas con el tema de seguridad. Desde este último punto de vista existe la contradicción con el no reconocimiento del conflicto armado interno, sin embargo, se crea el Plan Patriota, como complementario al Plan Colombia, establecido, con apoyo de los Estados Unidos, para la lucha contra el narcotráfico (Buitrago, 2006).

Estas medidas efectivamente se reflejaron en una disminución de los indicadores relacionados con el conflicto armado, no obstante, no sólo el énfasis en la carrera armamentista desatendió y agravó problemas sociales de carácter estructural, sino que también falló en la solución los grandes problemas de seguridad del país (CINEP, 2010). En cuanto a los grupos guerrilleros, las dificultades para el diálogo y la falta de propuestas de desarrollo integral perpetuaron las raíces del conflicto; la

negociación con los grupos paramilitares estuvo envuelta en graves situaciones de impunidad, además de la recomposición de estos grupos posterior a las negociaciones; las violaciones a los derechos humanos por parte de la fuerza pública aumentaron, especialmente en lo que a las ejecuciones extrajudiciales o “falsos positivos” se refiere, adicionalmente hubo permanentes escándalos por la parapolítica y por las interceptaciones telefónicas a los opositores del gobierno realizadas por el Departamento Administrativo de Seguridad (Ahumada, 2009); la lucha contra el narcotráfico contó con una estrategia erradicación de cultivos ilícitos bastante controvertida por las consecuencias adversas en el medio ambiente, los otros cultivos, el agua, y la salud de las personas (Ahumada, 2009), sin obtener los resultados esperados; y las víctimas nunca tuvieron un papel protagónico en lo que se presentó como el “procesos de paz” con los grupos paramilitares (Castellanos, 2009).

Las políticas diseñadas en pro del crecimiento económico partían del principio que a mayor seguridad, mayor confianza para los inversionistas, por tanto mayor crecimiento económico, menor desempleo, y finalmente menor pobreza. Esto se reforzaba, entre otras cosas, con reformas en materia fiscal para consolidar la estabilidad macroeconómica y dar reglas estables para la inversión (DNP, 2007), una reforma laboral (Ley 789 de 2002) que abarató la mano obra bajo la promesa de aumentar el empleo y laxitud en regulaciones ambientales. En los 8 años de gobierno de Uribe Vélez efectivamente hubo mayor inversión en el país, como porcentaje del PIB, ésta paso del 17,16% al 24,33% entre 2002 y 2007, pero frente a esto la disminución del desempleo sólo fue del 17,6% en el 2002 al 13% en el 2009 (González, 2010). Y el coeficiente Gini bajó un solo punto de 0,58 a 0,59 entre el 2002 y el 2009 (DANE-DNP, 2010) y el coeficiente Gini para tenencia de la tierra llegó a 0,85 (González, 2010). Es decir, la confianza inversionista que en última instancia favoreció las economías extractivas a expensas de los recursos naturales del país no sólo no tuvo el impacto esperado en el empleo, por demás con condiciones precarias, y en la disminución de la pobreza, sino que elevó la desigualdad, al aumentar la brecha urbano rural (González, 2010).

Con la política de cohesión social el gobierno de Uribe Vélez bajo la bandera de derrotar la pobreza y construir la igualdad de oportunidades, sometió a una creciente privatización la seguridad social, la salud, la educación, la vivienda, la energía, el agua, el saneamiento básico. “La perspectiva de derechos fue reemplazada por la de mercancías y riesgo, y la prestación de servicios sociales se desvaneció en un supuesto sistema de aseguramiento” (CINEP, 2010, p. 1). El incremento sin precedentes de la movilización social, un promedio de 643 protestas al año, señala la falta de solución a los problemas de los sectores sociales que reclaman el reconocimiento de los derechos económico, sociales, políticos, culturales y ambientales. Aunado a la deslegitimación y judicialización de la protesta social (CINEP, 2009).

En relación con la salud, la política se basó en la ampliación y mejoramiento de la seguridad social (DNP, 2003), profundizando el modelo de mercado establecido en la ley 100 de 1993. Una de las principales metas en materia de salud fue la ampliación de la cobertura del sistema, para 2010 se hablaba del 89% de la población afiliada (CINEP, 2010), de ellos 17 millones pertenecían al régimen contributivos (solo 8 millones como cotizantes), y 28,8 millones se encontraban en el régimen subsidiado. Una situación que reflejaba la naturaleza precaria de las políticas de empleo (Sarmiento Anzola, 2010), además de la inequidad frente al acceso puesto que las coberturas del plan de servicios de cada uno de los regímenes eran diferentes, siendo menor para el régimen subsidiado. De otro lado los aumentos de cobertura de aseguramiento, no garantizaron el acceso

efectivo, ni la calidad de los servicios prestados (Plataforma colombiana de derechos humanos, 2009) (Coronado, 2010). Como bien lo demuestran las 869.604 tutelas apelando al derecho a la salud que se realizaron entre 1999 y 2009 (Defensoría del Pueblo, 2010), la mayoría de ellas por servicios incluidos en el POS y que fueron negados por las aseguradoras (Yepes, 2009), situación que bien conoce SD en tanto asesoró más de mil casos para interponer este recurso constitucional debido a la negación de la atención.

Esta tendencia creciente de las acciones de tutela empieza a disminuir en el 2009 tras la Sentencia T -760 de la Corte Constitucional que declara el derecho a la salud como derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana y comprende, entre otras cosas, el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Para Wilson esta sentencia

lo único que hace es legitimar la Ley 100. O sea, es ocultar lo que viene ocurriendo desde la aprobación de la Ley 100. ¿Qué es? ¡El negocio! La T- 760 apunta el negocio... ¿Por qué? Porque hace lo que le dije... de las reformas legislativas: aceita el mismo sistema... La misma estructura, no la ataca... la mantiene [...] Yo soy un crítico de esa sentencia, y no porque sea mala como documento jurídico, político, conceptual del derecho fundamental de la salud. ¡No! No como documento, sino como consecuencias de lo que se ha logrado. Si hoy en Colombia se incumple o no la atención de urgencias... observamos que de nada ha servido la T-760 y con todos los seguidores y con todos los discursos de la Corte Constitucional... Claro, la Corte Constitucional dice: “Es que yo lo único que hago es administrar justicia... pero yo no soy el ejecutor...” Entonces queda ahí... Entonces toda la institucionalidad quedó amarrada... Y lo que es peor... Ocultó la crisis (Wilson, fundador).

En éste gobierno la crisis de los hospitales públicos continuó y se profundizó, llevando a una crisis económica a cerca del 80% de la red pública hospitalaria, y al cierre de muchas de las instituciones (Plataforma colombiana de derechos humanos, 2009) (Coronado, 2010), en una avanzada hacia el la privatización de la atención en salud y la lógica del subsidio a la demanda. Lo que ha implicado desempleo y precarización de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. (Corporación para la salud popular & Grupo Guillermo Ferguson, 2006)

Las ganancias desmesuradas por la intermediación de las EPS, la baja afiliación del régimen contributivo y las deudas del Estado con el sistema (Sarmiento Anzola, 2010), por mencionar algunas, provocaron una crisis financiera del sistema de salud a raíz de lo cual el gobierno declara la Emergencia Social en salud, a la cual se hizo alusión previamente, presentando dicha crisis como un evento coyuntural debido a los recobros por tutelas, que en realidad no sumaban más del 5% de los gastos totales del sistema (Yepes, 2010). Pese a que los decretos no fueron aprobados, buena parte de estas reformas se establecieron en la ley 1438 de 2011.

Según Jorge:

En el 2010 el gobierno declara la emergencia en Salud y no por la tramitología [los trámites a los que deben someterse los usuarios], sino por los amigos del gobierno, las EPS, que calculan que las tasas de ganancias no eran las mismas que proyectaban en el 93, a eso se sumó la denuncia de la procuraduría y la denuncia que hizo SD por canales internacionales, que obviamente los captan los canales nacionales y dicen que están preocupadísimos por lo que pasa en la salud, pero que lo que querían

eran incrementar el enriquecimiento de las empresas, después de que se desmonta esa farsa, la sensación actual genera otro proyecto para que disimuladamente se concentre más el poder en manos de las EPS. Pero simultáneamente a eso SD comienza a trabajar el concepto de derechos colectivos, que ya le va dando forma al problema, se apunta a hacer casos emblemáticos desde lo colectivo, y por eso SD se vincula a la lucha del Centro Universitario Hospitalario San Juan de Dios de Bogotá, que es un caso emblemático de la violación de derechos colectivos, y grandes campos de la salud en Colombia, pienso que SD ha pasado de lo individual, que era lo evidente, a lo colectivo, yo creo que en este rumbo va a aportar cosas nuevas SD (Jorge, fundador).

Como se mencionó en el apartado de medios, tras los decretos de emergencia social se generaron nuevas dinámicas en la movilización por el derecho a la salud que ahora se enfrentan a un gobierno que inició con la promesa de enfrentar la crisis del sistema de salud, pero que más allá de apaciguar el escándalo mediático de la corrupción en el sistema continuó acentuando las lógicas de mercado del sistema de salud actual.

Entonces durante los 8 años de gobierno de Uribe era claro, ahora Santos descubre el agua tibia, “el sistema de salud no funciona”, sí mi amor, se lo llevamos diciendo 15 años, pero ningún presidente lo había dicho, es como una cortina de humo, pero en el fondo sigue siendo el mismo (Mireya)

Conclusión

Como se mencionó en el apartado de movilización, Melucci señala que hay dos niveles de existencia de los movimientos sociales, un nivel de visibilidad en donde se expresa la movilización colectiva para presentar determinadas demandas o posturas y un nivel de latencia en el cual se gestan dichas acciones, que generalmente es ignorado (Melucci, 1990; 1994). El presente documento presentó algunas de las acciones visibles de SD, pero principalmente se ocupó de reconstruir el modo en que se organiza SD en ese período de latencia a partir de los fines que motivan su acción, los medios que emplea para conseguir dichos fines y el ambiente en el que se ha desarrollado durante sus años de existencia.

La organización de la acción colectiva da lugar a un proceso permanente de reelaboración de la identidad colectiva, en la que los sujetos que integran SD analizan los límites y posibilidades de la acción y negocian continuamente códigos y significados desde sus roles. Los sujetos que participan en SD son plurales, llegan al movimiento por diferentes motivaciones y se suman a un proceso de formación política que les permite posicionarse y contribuir al desarrollo y fortalecimiento de la identidad de SD que da sentido a la acción.

Un reto importante de la organización es conservar la autonomía pese a las grandes dificultades de financiamiento, que pese al compromiso de la mayoría de los integrantes ha implicado entorpecer varios procesos. Y esta es una situación de difícil manejo en un país en el que las condiciones laborales suelen ser precarias y asumir labores de voluntariado, como lo hacen los integrantes de SD, generalmente supone un sacrificio muy grande de tiempo y recursos.

Agradecimientos: esta investigación obtuvo financiamiento del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación –Colciencias, de Colombia.

Bibliografía

Abadía, C., Cortes, G., Fino, D. E., Marcela, G. C., & Oviedo, D. P. (2008). “Perspectivas intersituadas sobre el capitalismo en salud desde Colombia y sobre Colombia”. **Palimpsesto** (68), 163-176.

Abadía C.E., Muñoz, C., Alzate, D., Oviedo D. and Melo, M. (2012) Acumulación Capitalista en Salud y Resistencias en Colombia. **Informe de Investigación**, CLACSO.

Abadía, C., & Oviedo, D. (2008). “Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las Ciencias Sociales”. **Humanística** (66), 57-82.

Abadía, C. E., & Oviedo, D. G. (2009). “Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system”. **Social Science and Medicine**, 68, 1163-1160.

Abadía, C., Oviedo, D., Alzate, D. & Bejarano, M. (En prensa). “Etnografía, activismo político y movilización social en salud”. **Reflexiones sobre el trabajo académico en momentos neoliberales**. Documento de trabajo.

Abadía, C., & Oviedo, D. (En prensa). “Salud al Derecho y su lucha por el derecho a la salud en Colombia”.

Abadía, C., Oviedo, D., & Martínez, A. (2008). “Movilización social por la defensa del derecho a la salud en Bogotá: esfuerzos locales y conexiones globales”. **Pre-til** (17), 46-63.

Abadía, C., Pinilla, M. Y., Martínez, A. G., & Navarrete, H. (2006). “En Alto Riesgo: La Crisis de la Salud Pública en el Instituto Materno Infantil de Bogotá Colombia”. **Antípoda**, 199-226.

Ahumada, C. (2009). “La Política de Seguridad Democrática en el contexto regional: viejas afinidades con el Norte, nuevas contradicciones con el Sur”. En **P. C. Desarrollo ¿Continuidad o desmembramiento? La seguridad democrática insiste y la esperanza resiste** (pp. 11-18). Bogotá: Ediciones Antropos.

Buitrago, F. (2006). “La política de seguridad democrática 2002-2005”. **Análisis Político** (57), 3-30.

Castellanos, C. (2009). “La involución de un país”. En: **D. y. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos ¿Continuidad o desmembramiento? La seguridad democrática insiste y la esperanza resiste** (pp. 33-42). Bogotá: Ediciones Antropos.

CINEP. (2009). **La protesta social: 2002-2008**. Bogotá.

CINEP. (2010). **El legado de las políticas de Uribe: retos para el gobierno de Santos**. Bogotá.

Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo. (2003). “Estado. Hacia un Estado Autoritario”. En: **P. C. Desarrollo, El embrujo autoritario. Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez** (pp. 17-26). Bogotá: Ediciones Antropos.

Coronado, S. (2010). “Política social (2002 -2010) Pocos avances, grandes interrogantes”. **Cien días** (70), 40-43.

Corporación para la salud popular, & Grupo Guillermo Ferguson. (2006). “Salud: crisis humanitaria”. En: **D. y. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Deshacer el embrujo: Alternativas a las políticas del gobierno de Álvaro Uribe Vélez** (pp. 115-120). Bogotá: Ediciones Antropos.

Cruz, A. (2001). “Reseña de "Acción colectiva, vida cotidiana y democracia" de Alberto Melucci”. **Estudios Sociológicos**, XIX (1).

DANE – DNP. (2010). **Resultados Cifras de Pobreza, Indigencia y Desigualdad 2009**. Bogotá.

Defensoría del Pueblo. (2010). **Tutela y el derecho a la salud**. Bogotá.

DNP. (2003). **Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Hacia un Estado Comunitario**. Bogotá, Colombia.

DNP. (2007). **Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Estado Comunitario: Desarrollo para Todos**. Bogotá, Colombia.

González, J. I. (2010). “Más inversión, más pobreza y más desigualdad” . **Cien Días** (70), 31-33.

Hernández, M. (2002). “Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia”. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. XVIII(4), 991-1001

Melucci, A. (1991). “La acción colectiva como construcción social”. **Estudios sociológicos, IX** (26), 357-364.

Melucci, A. (1994). “Asumir un compromiso, identidad y movilización en los movimientos sociales”. **Zona abierta** (69), 153-180.

Melucci, A. (1999). **Acción colectiva, vida cotidiana y democracia**. México: El colegio de México.

Oviedo, D. (2012). **Reconstrucción del caso de salud al derecho. Una experiencia de movilización social por la salud en Bogotá**. Bogotá: Salud al Derecho.

Plataforma colombiana de derechos humanos. (2009). **Informe alterno de quinto informe del Estado colombiano ante el comité del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales**. Bogotá

Presidencia de la República y Ministerio de Defensa Nacional. (2003). **Política de defensa y seguridad democrática**. Bogotá.

Rodríguez, C. M. (2010). “De la estructura de oportunidades políticas a la identidad colectiva. Apuntes teóricos sobre el poder, la acción colectiva y los movimientos sociales”. **Espacios públicos, XIII** (27), 187-215.

Sarmiento Anzola, L. (2010). “Uribe 2002-2010, hecatombe social”. **Centro de Estudios Políticos para las Relaciones Internacionales y el Desarrollo (CEPRID)** .

Teijerina, B. (2005). “Movimientos sociales, espacio público y ciudadanía: Los caminos de la utopía”. **Revista Crítica de Ciências Sociais** , 67-97.

Torres, M. (2011). 10 años de apuesta por la construcción de un movimiento social por la salud en Colombia. **Corporación Viva la Ciudadanía** .

Yepes, F. (2010). Ni emergencia social, ni salud de la población. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, 9 (19), 30-40.