



# 2.

---

**Movimientos sociales  
subalternos: análisis crítico  
del discurso del Movimiento  
Nacional por la Salud y la  
Seguridad Social en Bogotá**



# Movimientos sociales subalternos: análisis crítico del discurso del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social en Bogotá<sup>1</sup>

Por Massiel Adriana Mossos Jiménez<sup>2</sup> y Giovanni Mora Lemus<sup>3</sup>

## Introducción

Los movimientos sociales tienen ideales políticos que se pueden abordar desde el punto de vista del análisis crítico del discurso —ACD—: la perspectiva analítica de Van Dick, en su texto *El análisis crítico del discurso* (1999), sostiene que esta disciplina permite estudiar el abuso del poder social, pero también la resistencia que se hace frente a dicho abuso. Así, el ACD deja ver que quien produce el discurso da a conocer tanto su posición social como política.

Así, esta investigación buscó identificar cuáles son los elementos notables del discurso en el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad

---

<sup>1</sup> Artículo recibido en febrero de 2015.

Artículo aprobado en mayo de 2015

Este artículo presenta los resultados de avance del proyecto de investigación “Discurso del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social: hacia un rol político del Trabajo Social en la relación MNSSS-Estado”, que se desarrolla con el auspicio de la Fundación Universitaria Monserrate. De igual forma, recoge las discusiones e indagaciones realizadas por el grupo académico Sociedad, discursos e imaginarios, que se hizo con relación al análisis crítico del discurso – ACD – del Movimiento Social por la Salud y la Seguridad Social – MNSSS – en Colombia.

<sup>2</sup> Licenciada en Español, Universidad Pedagógica Nacional; Magister en literatura, Universidad Javeriana. Profesora investigadora Universidad Santo Tomás.

<sup>3</sup> Sociólogo, Universidad Nacional de Colombia; Magister en estudios políticos, Pontificia Universidad Javeriana. Profesor investigador Fundación Universitaria Monserrate.

Social —MNSSS— y cuáles son sus retos y posibilidades políticas en el contexto de la Constitución de 1991; para ello se analiza el discurso del MNSSS como resistencia a las prácticas del dominio del Estado. Es necesario señalar que el ACD realizado en esta investigación se hace desde la perspectiva de la subalternidad, lo que hace que sea de gran interés porque permite entender la praxis política subalterna, las dinámicas internas, los ejes nodales, el manejo del poder social y las propuestas del MNSSS.

Es importante aclarar, también, que para el desarrollo de este artículo se tuvo en cuenta el concepto de la subalternidad desde la perspectiva teórica de Antonio Gramsci, para quien esta nace de una posición concreta y real de subordinación, pero con la posibilidad de romper con la dominación. Más adelante se ampliará este término.

Entendemos al MNSSS como un conjunto de acciones colectivas de distintos grupos sociales que ha construido una praxis y un discurso subalterno en torno a la defensa del derecho a la salud en el marco del Estado Social de Derecho y la Constitución de 1991 y que ha venido desarrollándose a nivel nacional desde la expedición de la Ley 100 de 1993.

De otro lado, los últimos gobiernos nacionales han intentado hacer reformas al sistema de salud del país sin tener éxito alguno, debido a que no se ha logrado el consenso entre los parlamentarios y los ministros de salud, representantes de los gobiernos, y a que diversos intereses económicos y políticos de sectores privados han imposibilitado reformas como la Ley 1438 de 2011, en la que el Ministerio de la Protección Social define una política nacional de participación<sup>4</sup>. Lo mismo pasa con la Ley 1122 de 2007, que no ha alcanzado su objetivo de realizar todo tipo de ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS –

---

<sup>4</sup> Título VIII, De los Usuarios del Sistema, artículo 136.

mejorando la prestación de los servicios a todos los usuarios. Además, es importante mencionar las mesas de trabajo que se efectuaron en el 2010, convocadas por el Ministerio de Protección Social, donde hubo participación de diversas organizaciones tanto del sector institucional como actores de la sociedad civil, de las cuales salió un documento con propuestas para fortalecer las prácticas de la salud “en cuanto a sus objetivos, características, estructura, niveles y rectoría, con un enfoque de derechos” (González, Caro y Bedoya, 2011, p.90).

De otro lado, el Senado de la República, los días 15 y 16 de octubre de 2013, aprobó el texto del proyecto de ley No. 210 de 2013, el cual tiene por objeto redefinir el SGSSS para garantizar el derecho y promoción de la salud: prevención, atención y paliación de las enfermedades. Así, según este proyecto de ley, el Estado deberá organizar, coordinar, vigilar y controlar la prestación del servicio que ofrecen las entidades involucradas.

Teniendo en cuenta lo anterior, el MNSSS ha estado muy activo en la movilización y la convocatoria de la sociedad colombiana y ha logrado construir con varios sectores sociales, gremiales y políticos su propia propuesta de reforma, pero no ha podido consolidar un proyecto capaz de derrotar las iniciativas gubernamentales y de liderar una alternativa más societal.

El desarrollo de los movimientos sociales en el país tiene su marco de referencia en la Constitución de 1991, puesto que esta abrió, por lo menos en el papel, posibilidades de participación y de movilización de los sectores sociales subalternos. Los derechos sociales en general tienen un refuerzo institucional que es aprovechado por aquellos sectores que fueron invisibilizados en décadas pasadas y por acciones colectivas que surgen con los nuevos derroteros sociales que se propone la Constitución. Así, este artículo retoma la propuesta del teórico de movimientos sociales, Sidney Tarrow, y su estructura de oportunidad política (1999).

De igual forma, a través de esta investigación se puede identificar cómo las relaciones de poder son discursivas y hacen parte de la sociedad y de un trabajo ideológico e histórico. Además, por medio del ACD del MNSSS se puede hacer una interpretación y explicación de los elementos nodales ideológicos centrales y su acción social.

Es importante aclarar que este artículo se desarrolló desde un paradigma hermenéutico, ya que se interpretaron los documentos del MNSSS y las entrevistas realizadas a líderes de dicho movimiento. Además, el enfoque que se retomó es cualitativo porque se exploraron los diferentes puntos de vista, percepciones y posturas políticas propuestas. Las entrevistas semiestructuradas permitieron el análisis cualitativo al desarrollarse una conversación entre investigadores y líderes del Movimiento. Adicionalmente, el estudio de estas permitió conocer de cerca la historia y dinámica del MNSSS, así como su propuesta política, lo que condujo a la identificación de los ejes nodales de su discurso.

El análisis del discurso que se elaboró en esta investigación permitió ver diversos niveles de descripción, por ello es importante tener en cuenta que los miembros del grupo a los que se les hizo la entrevista se involucraron como individuos y como miembros sociales e integrantes del MNSSS, quienes interactuaron con los investigadores reflejando un discurso establecido en las acciones colectivas del Movimiento. De igual forma, se reflejan los constructos mentales (modelos) de los entrevistados de acuerdo con su acción política dentro del Movimiento.

Además, se analizaron las macroestructuras semánticas de cada una de las entrevistas para identificar los ejes nodales del discurso del Movimiento. De igual forma, se resalta en los esquemas discursivos de cada entrevistado, para llegar a las categorías de los ejes y mostrar los puntos de mayor interés o que han recibido mayor énfasis en los ideales del Movimiento.

El aspecto metodológico también estuvo marcado por la participación directa de Giovanni Mora Lemus, uno de los autores de esta investiga-

ción, en el trabajo realizado en Bogotá por las acciones de salud pública, denominado Plan de Intervenciones Colectivas – PIC –, en varios hospitales públicos de la ciudad.

Finalmente, cabe señalar las preguntas de investigación que sirvieron de directriz: ¿Cuáles son los elementos nodales del discurso en el Movimiento Social por la Salud y la Seguridad Social? y ¿cuáles son sus retos y posibilidades políticas en el contexto posterior a la Constitución de 1991?

## **Movimientos sociales subalternos**

No todas las acciones de la sociedad civil pueden ser consideradas como movimientos sociales. Es evidente que, en Colombia y en el mundo, muchas manifestaciones son esporádicas o espontáneas y, por lo tanto, no pueden ser agrupadas bajo esta categoría. De igual forma, existen eclosiones masivas de la sociedad civil que pretenden reafirmar la legitimidad o la legalidad de los Estados o del establecimiento y, por consiguiente, distan de ser oponentes u opositores del poder político estatal.

Es así que existen movimientos sociales que tienen una vocación más institucionalizada que otros: buscan producir reformas grandes o pequeñas en el andamiaje del establecimiento pero su interés no es cuestionar a fondo los principios económicos y sociales que sustentan la sociedad contemporánea.

El cambio que producen los movimientos sociales no necesariamente es revolucionario (entendido como cambio total del sistema) en la mayoría de los casos van produciendo reformas a nivel institucional y no institucional, dejando ondas huellas en las estructuras y en las prácticas sociales cotidianas (Torres Carrillo, 2011, p.34).

Sin embargo, paralelo a este tipo de acciones se han desarrollado movimientos sociales con un claro carácter subalterno que se oponen a las

medidas económicas y políticas de los Estados. Estos, desde la perspectiva teórica con la que se quiere trabajar este artículo, se denominarán *movimientos sociales subalternos*.

Los movimientos sociales son el resultado de una experiencia cotidiana de subordinación y de subalternidad que construyen, a su manera, caminos distintos en su accionar político:

En este sentido, el concepto de subalterno se coloca entre el ser social y la conciencia social, alude a una *experiencia desde la subordinación*, una combinación de espontaneidad y conciencia que se manifiesta tendencialmente y progresivamente, usando la fórmula de Thompson, como ‘disposición a actuar como clase’. Al mismo tiempo, a la luz de las etapas enunciadas en la nota anterior, las combinaciones desiguales entre espontaneidad y conciencia tienden a modificarse a favor de la segunda en la medida en que se avanza de la subalternidad a la autonomía (Modonesi, 2010, p.36).

Es decir, la dinámica de los movimientos sociales subalternos se explica por su capacidad de resistencia, que los lleva a construir autonomías absolutas y relativas con respecto al Estado, pero además por las señales de apertura o de cierre democrático que los Estados posibilitan en un determinado momento.

El concepto *subalterno* tiene una clara connotación gramsciana, por lo tanto se profundizará en esta perspectiva.

Siguiendo a Gramsci, para entender las dinámicas propias de los grupos subalternos se hace necesario desentrañar la historia social y política de los mismos. De tal modo, propone una metodología de investigación para lograr este cometido. Desde su propia interpretación del marxismo, Gramsci anota que estudiar a los grupos subalternos implica reconocer y entender su formación a la luz de las transformaciones que se dan en el mundo de la producción económica. Su adhesión pasiva o activa a las formaciones políticas, diríamos



partidos políticos tradicionales o hegemónicos.

De igual forma, para estudiar a los subalternos es menester conocer su praxis política, sus programas y propuestas, las organizaciones políticas que se construyen orgánicamente a sus demandas. Las relaciones con las organizaciones políticas hegemónicas que buscarán, dice Gramsci, cooptar a las organizaciones subalternas.

Así, estudiar todo este mundo subalterno nos lleva a identificar que estos grupos construyen autonomía. Para Gramsci existirán dos momentos diferentes de autonomía; una relativa que se desarrolla en los marcos del viejo Estado y la otra integral cuando los subalternos son incluidos y conforman los que el autor italiano va a conceptualizar como el *Estado ampliado*. En Colombia existe una dinámica subalterna y una autonomía relativa de los movimientos sociales, en el marco de la democracia participativa que inauguró la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) de 1990-1991 (Mora Lemus, 2013, p.2).

En el caso del MNSSS en Colombia, consolidado en el año 2001, después de quince años de existencia ha logrado construir una autonomía relativa que se puede visualizar en su discurso y práctica política, debido a que ha buscado ser reconocido frente al Estado como un actor de interlocución permanente.

Una de las exigencias que plantea el Movimiento es que el Estado debe dar un viraje en cuanto a la forma de concebir el proceso salud-enfermedad en la población colombiana. En tal sentido, el MNSSS ha construido discursos y acciones de manera subalterna, tales como los congresos nacionales, los encuentros populares y las movilizaciones donde se buscaba discutir y corregir los problemas estructurales del sistema de salud aparecidos después de la Ley 100 de 1993. Según Mauricio Torres Tovar, en el caso de Bogotá se desarrollaron las siguientes acciones:

Se destacaron los eventos públicos de deliberación, desarrollados en tres congresos nacionales en defensa de la salud (2001, 2004 y 2009), un campamento humanitario (2006), cinco asambleas distritales (2004-2010) y una audiencia pública por la salud (2008), seguidos de propuestas legislativas elevadas en diversos aspectos de la salud, incluidas los recursos de tutela por el derecho a ese servicio (Torres, 2011, p.243).

El Movimiento interpreta la aparición de la Ley 100 como el instrumento legal y constitucional que posibilitó la entrada del modelo neoliberal al sector de la salud. Dicha Ley permitió la entrada del capital y de los agentes privados en las llamadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), que más adelante se asociarían para formar su propio gremio o grupo de presión, llamado Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral —ACEMI—. La expansión de este tipo de empresas fue alta en los primeros años de la reforma, pero con el paso del tiempo se ha visto que unas pocas empresas han venido comprando a otras más pequeñas, dando como resultado un mercado oligopolizado.

De la misma forma, el modelo de operación cambió y se dividió la población en tres grandes regímenes de afiliación, según la capacidad de pago de las personas: el subsidiado, el contributivo y otro llamado vinculado, que surgió con el paso de los años. La lógica de las finanzas públicas cambió de concepción con la entrada en vigor de la Ley: se pasó del modelo de subsidio a la oferta a otro muy distinto conocido como subsidio a la demanda. Para el MNSSS, los agentes privados han mercantilizado un derecho y el Estado colombiano, que en la Constitución de Colombia dice proteger y promover los derechos sociales, lo ha permitido.

Ahora bien, es importante retomar a Sidney Tarrow, quien define el marco de referencia de la estructura de oportunidad política como “las señales continuas, aunque no necesariamente permanentes, formales o a nivel nacional, percibidas por los agentes sociales o políticos que les

animan o desaniman a utilizar los recursos con que cuentan para crear movimientos sociales” (1996, p.89).

En el caso de la dinámica de los movimientos sociales subalternos, una oportunidad política para su desarrollo fue la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, debido a que esta promovió el Estado Social de Derecho. El resultado de dicho proyecto político, en el caso del MNSSS, fue el de valorar la salud como un derecho y, de manera subalterna, construir una concepción y una operación del sistema.

Es necesario señalar que no se interpreta el planteamiento de Tarrow a la manera causa-efecto, es decir, el cambio institucional en el Estado no es únicamente el que posibilita la aparición de los movimientos sociales. Los subalternos no existen por decisión del Estado sino por su capacidad de organización autónoma; sin embargo, los subalternos están pendientes de los cambios institucionales, los cuales son juzgados, manipulados y entendidos casi siempre de manera distinta por parte estos. Un ejemplo de ello es la forma como los movimientos han interpretado el Estado Social de Derecho con la perspectiva de la sociedad civil.

Sin embargo, Tarrow no considera que la dinámica de los movimientos sociales subalternos pueda tener la capacidad y potencia de un cambio social total. Por el contrario, refiriéndose a este tópico, Modonesi interpreta a Gramsci de la siguiente forma: “a partir de la conquista paulatina de su autonomía, la trayectoria política de los sectores subalternos atraviesa a la sociedad civil, disputa a la hegemonía y, tendencial y potencialmente, se dirige hacia el Estado para ‘quebrar’ definitivamente a la dominación” (2010, p.32).

Con la cita anterior no se pretende señalar que en Colombia se valora de los movimientos sociales una “conciencia socialista” homogénea: los subalternos son por definición diversos. Aquí se interpreta a los movimientos como sujetos y colectivos que se desenvuelven en una experiencia cotidiana de subordinación y de subalternidad y que cons-

truyen, a su manera, caminos distintos en su accionar político. Por lo tanto, la aparición y la dinámica del MNSSS se explican por su capacidad de resistencia que los lleva a construir autonomías absolutas y relativas con respecto al Estado, pero además por las señales de apertura o de cierre democrático que los Estados posibilitan en un determinado momento.

Por lo tanto, la subalternidad no es solo económica en el sentido del clásico movimiento obrero que luchaba por mejorar sus condiciones laborales y salariales; la subalternidad se evidencia en ámbitos como la fábrica, el acceso a los servicios públicos y, en este caso, la garantía a un derecho humano fundamental como la salud. Los subalternos pueden ser los desempleados, los jubilados, los estudiantes, las mujeres y los propios profesionales, quienes se movilizan, resisten y proponen movimientos sociales. La subalternidad no es pasiva sino propositiva; además, puede ser estratégica en el sentido de un cambio social total.

## **El discurso político**

Un discurso es un acto de habla cuyas funciones básicas son entretener, informar y convencer. Ahora bien, el discurso político es un tipo de comunicación que expone ideas y opiniones de cualquier asunto público, se hace por medio de un actor político y es producido por diferentes instituciones del Estado, partidos políticos, comunicadores y otros entes sociopolíticos. Este siempre está relacionado con elementos de poder y el contexto social y cultural de una sociedad. Según Meyenberg y Lugo (2011), el discurso tiene como función principal persuadir, además de despertar la confianza en quien lo recibe con el fin de obtener su apoyo. Así mismo, este muestra una postura con respecto a un asunto y argumenta por qué se tomó la misma.

Los discursos políticos deben impactar y ejercer el poder para llegar a la dominación de las ideas y a resolver los conflictos por medio de argumentos que toquen “la racionalidad comunicativa”, con el fin de convencer y persuadir al ciudadano de que lo que se está diciendo es verídico.

Así, en Colombia el MNSSS ha construido desde su dinámica y posibilidades su propio discurso político que lo lleva a un determinado tipo de prácticas. El análisis crítico del discurso del Movimiento permite afirmar que es marcadamente distinto al configurado por el Estado y los agentes privados sobre la salud y la seguridad social. Por lo tanto, apoyados en el marco de referencia de Gramsci lo denominamos como discurso político subalterno.

Por último, es necesario aclarar en este marco teórico dos elementos sobre el concepto de movimientos sociales subalternos. Apoyándonos en Antonio Gramsci para este tipo de análisis, afirmamos que el MNSSS no es un movimiento antihegemónico ni contrahegemónico, pues el recorrido y los acumulados sociopolíticos de este colectivo no nos permitirían valorarlo bajo estas referencias. La interacción con otros movimientos no logran, por ahora, construir una hegemonía que derrote políticamente la hegemonía estatal. Entendemos que el Movimiento está en una primera etapa de subalternidad que implica una autonomía relativa con respecto al Estado, lo que no significa que, junto con otros movimientos subalternos, no pueda llegar a ser hegemónico.

La utilización del concepto *movimientos sociales subalternos* significa además que nos diferenciamos de los conceptos “movimientos sociales” o “nuevos movimientos sociales” por considerarlos menos pertinentes que el primero. Aunque la teorización sobre los movimientos sociales fue el resultado de la aparición de otros actores sociales distintos a los sindicatos y al movimiento obrero, como por ejemplo el feminismo o el ecologismo, estos conceptos son, desde nuestra perspectiva, limitados frente a la dinámica sociopolítica actual. En las últimas décadas buena parte de los estudiosos de este tipo de movimientos pensaron que los actores sociales ya no pretendían o querían acabar con la dominación estatal, sino negociar o interactuar con ella; sin embargo, los procesos en varios países de América Latina (el caso boliviano es el más paradigmático) dan cuenta de momentos donde la dominación estatal se ha “quebrado”.

## **Análisis del discurso político del MNSSS**

Desde sus inicios el MNSSS tiene como principio defender la salud de la población colombiana. Es por esto que a su alrededor se unieron algunos intelectuales, pacientes, trabajadores del sector salud y otras organizaciones sociales de base que posibilitaron la aparición del mismo.

Las distintas instancias y espacios de trabajo que se unieron en torno a la defensa de la salud como derecho se reunieron en el 2001 en el denominado Foro Nacional, realizado en la Universidad Nacional, con la participación de más de dos mil personas que incluían campesinos, líderes indígenas, sindicalistas, y trabajadores en general del sector salud, quienes definieron, según Yadira Borrero (2013), cinco estrategias para la acción y movilización clasificadas en dos grupos. El primero, relacionado con las disputas del campo sanitario, trata los siguientes temas:

Luchar por transformaciones legales y constitucionales para el cambio del sistema de salud y seguridad social; promover la reconfiguración de lo público a partir de la vigilancia ciudadana y la exigencia de inversión y asignación de recursos para ello; ganar visibilidad internacional alrededor del fracaso del sistema de salud colombiano, así como alianzas con actores internacionales para avanzar en la lucha (p.206).

Por su parte, el segundo grupo se enfoca en

Ampliar las demandas del campo de la salud hacia el modelo de desarrollo y construir alianzas con actores vinculados a otras luchas sociales en el país, estas estrategias incluían proponer la reorientación de los recursos utilizados para el pago de la deuda externa y del Plan Colombia y promover el voto programático (Borrero, 2013, p.207).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y las entrevistas con los líderes del MNSSS se pudieron identificar los siguientes ejes nodales en el discurso:

El derecho a la salud. Este es un eje central que se logró consolidar con el paso del tiempo, de trabajo y de acciones conjuntas de los diferentes agentes, por lo que se constituye en un elemento unificador. El hecho de que el Movimiento haya nacido de la unión de organizaciones de Derechos Humanos va a marcar pautas en su desarrollo discursivo y en sus acciones colectivas.

Antes del nacimiento del Movimiento, los discursos de varios actores sociales giraban en torno a la defensa de la red pública hospitalaria (en el caso de Bogotá el Hospital San Juan de Dios) o la preservación del Instituto de Seguros Sociales —ISS—, amenazados por el modelo de salud instaurado por la Ley 100 de 1993; pero después de la decisión de inaugurar el Movimiento se expande la concepción del derecho a la salud. Este es un discurso que va en contravía con la ideología neoliberal y que pone de manifiesto el interés de los subalternos de reafirmar ese derecho.

Ahora bien, es importante señalar que el Movimiento ha emprendido campañas de exigibilidad del derecho y de la garantía del derecho por parte del Estado. En tal sentido, el grupo Guillermo Fergusson<sup>5</sup> se ha interesado por la conformación de una escuela de líderes que van a las diferentes localidades de Bogotá con la clara perspectiva de expandir el discurso subalterno del derecho a la salud, teniendo como principio ampliar la base social que comprenda cada vez más que la salud no es una mercancía. De igual forma, la Federación Médica Colombiana y algunos

---

<sup>5</sup> El Grupo Guillermo Fergusson es una organización no gubernamental que “dirige su accionar a la construcción y consolidación de un proyecto político de sociedad basado en la promoción y desarrollo de procesos de ciudadanía con énfasis en seguridad social a través del fortalecimiento organizacional y la formación colectiva” (Grupo Guillermo Fergusson, s.f.). Fue creado en 1983 por estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia inspirados en el pensamiento de medicina social del maestro Guillermo Fergusson Manrique. Actualmente está conformado por diferentes profesionales de la salud y las ciencias sociales. Ha logrado consolidar una línea de trabajo en investigación y educación para la salud y de asesoría, planeación y gestión a organizaciones sociales en Bogotá y otras ciudades del país.

académicos han animado espacios como foros y congresos donde está clara la perspectiva de los derechos.

El derecho a la salud navega, en los actuales momentos, bajo los derroteros planteados por la Constitución de 1991. Se hace necesario para el Movimiento reclamar al Estado el compromiso de reconocer el derecho a la salud y cambiar la manera como concibe la salud<sup>6</sup>.

Es precisamente en el Primer Congreso Nacional por la Salud, en octubre del 2001, según Borrero (2013), donde se construyó un acuerdo de organización y movilización por el derecho a la salud del país,

la declaración política amplió de entrada el ámbito de las demandas al vincular directamente la crisis del sistema de salud con el modelo de desarrollo neoliberal que había adoptado el país y atrapado al SGSSS en una lógica de mercado (p.206).

*La determinación social de la salud.* Este eje cuenta con un aporte importante desde la perspectiva académica y política de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social —ALAMES—. Además, Borrero (2013) señala que el grupo Guillermo Fergusson “Desarrolló trabajos en el campo de la salud desde una visión que vincula condiciones de vida y de trabajo con los resultados sanitarios de las poblaciones; esta perspectiva compartida colectivamente se retomó de los aportes conceptuales de la Medicina Social” (p.175).

Según el MNSSS, la salud es un producto social y es la consecuencia de la manera como la sociedad organiza la economía, la cultura y la política. La concepción que se identifica a propósito de este eje nodal es que

---

<sup>6</sup> Cabe recordar que la sentencia T-760/08 de la Corte Constitucional definió la salud como derecho fundamental y, además de esto, previó sanciones a las EPS en caso de que continuaran poniendo barreras al acceso a los servicios de la salud.



la población se enferma o está sana dependiendo de los siguientes determinantes: el género, la etnia y la clase social, que se enmarcan dentro del modo de vida capitalista. Estos aspectos son los que determinan los perfiles de morbilidad y mortalidad. A propósito, Mauricio Torres Tovar<sup>7</sup> argumenta en la entrevista realizada que:

El enfoque de determinación es un enfoque estructural del análisis de las sociedades y de la base económica de la sociedad que hace que la distribución de la sociedad sea de una manera u otra y determine los estados de la salud y enfermedad de las poblaciones, dependiendo de su posición social y económica en la sociedad (M. Torres Tovar, comunicación personal, 31 de octubre de 2013).

*Las críticas al sistema de salud.* Un primer elemento que causa tensión entre el Movimiento y el Estado es la privatización del sistema de salud. Los regímenes de salud, el subsidiado, el contributivo y el vinculado, generan barreras de acceso a la población y no permiten la garantía del derecho. De igual forma, los denominados Planes Obligatorios de Salud – POS – dejan por fuera una serie de servicios (derechos) que necesita la población y que, debido a la mercantilización del sistema, no son ofrecidos en los planes.

Para el MNSSS, el cambio de paradigma de pasar de un modelo de Estado donde se desarrollaba el subsidio a la oferta al actual modelo, que subsidia a la demanda, es el reflejo de la privatización del sistema. Por ejemplo, en el modelo actual el Estado descarga su responsabilidad frente a la salud, puesto que los contribuyentes son los que tienen que pagar o hacen valiosas contribuciones para que logren la atención “debida” en

---

<sup>7</sup> Participó en la Coordinación General de ALAMES; vocero político del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Fue coordinador del Grupo de Organizaciones Facilitadoras de la Sociedad Civil de América Latina en el marco de la iniciativa de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Médico y autor de varias publicaciones relacionadas con el MNSSS.

el sistema y, de paso, sostienen a otros sectores sociales que están dentro del régimen subsidiado. En este sentido, afirma Torres Tovar:

Tales cierres fueron expresiones concretas de la implementación de la Ley 100, que transformó el subsidio a la oferta (presupuesto estatal anual para el sostenimiento de los hospitales) en subsidio a la demanda (los hospitales solo reciben dinero por venta de servicios) (2010, p.240).

De otro lado, el Movimiento es claro en señalar que el simple hecho de estar afiliado al sistema (carnetizado) no implica que las personas tengan un acceso oportuno y de calidad a la salud. Por lo tanto, las cifras de cobertura que han señalado los últimos gobiernos le resultan discutibles. También es importante mencionar que el MNSSS ha identificado que el Estado captura el discurso del Movimiento, lo aprovecha y lo pone en términos estatales sin realizar un cambio real. Este es el caso de la última reforma, que echa abajo la figura de las EPS, y crea una “nueva” figura, las empresas gestoras, que en el fondo siguen siendo las mismas intermediadoras. Aquí aparece una lucha discursiva entre el Movimiento y el Estado.

De igual forma sucede con el tema de construir un fondo único público, que es una propuesta central del Movimiento. Sin embargo, lo que hace el Estado es capturar la iniciativa y contemplarla en un proyecto de ley, pero cambian su connotación pública y proponen más bien un fondo mixto (público y privado). La intención del Estado con las últimas reformas, según el Movimiento, es que estas no trastoquen radicalmente el funcionamiento del sistema de salud sino que mantenga su *modus operandi* sin cambiar nada de fondo.

Otro ejemplo, siguiendo la entrevista con Torres Tovar, lo da el Banco Mundial, que ha cooptado el concepto de la cobertura en salud, pero desde la perspectiva de la venta por parte de un particular de servicios que aseguran al ciudadano. La cobertura crece de tal manera que los paquetes de servicios son más especializados y llegan a toda la pobla-

ción. Sin embargo para el Movimiento, por este camino, el derecho se convierte en un paquete de seguros y de servicios.

En este mismo contexto, en el año 2000 se realizó en Bangladesh una asamblea del Movimiento por la Salud de los Pueblos – MSP – . En esta, se puede evidenciar la preocupación por el desmantelamiento que han tenido los sistemas de salud: “la agenda neoliberal estaba desmantelando los sistemas públicos de salud y con ello empeorando las condiciones de salud de los habitantes del mundo” (Borrero, 2013, p.231).

*Las propuestas que el movimiento hace al Estado y a la sociedad colombiana.* Es importante recordar que en el debate a propósito de la Ley 100 del año 2003, y posteriormente en el del año 2007, el MNSSS participó con sus líderes, quienes propusieron “una transformación radical vinculada a la calidad de vida con enfoque de salud pública, con un sistema de salud de carácter público, rectoría territorial y amplia participación comunitaria” (Borrero, 2013, p.292).

No obstante, la reforma de la Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, no transformó las condiciones estructurales del mismo, sino que solo modificó su parte financiera y administrativa, lo cual mantuvo la crisis.

Sin embargo, en el 2011 en el debate legislativo, varios académicos, miembros de COMOSOC<sup>8</sup>, la instancia por el derecho a la salud y la MIAS<sup>9</sup>, proponen la vía legislativa como una oportunidad para mantener el modelo de salud, aunque no hay condiciones políticas ni sociales para ganar la disputa, debido a la unidad nacional (Borrero, 2013, p.293).

---

<sup>8</sup> Coalición de Movimientos y Organizaciones Sociales de Colombia.

<sup>9</sup> Mesa Internacional de Antioquia por el derecho a la Salud.

Así mismo, hay propuestas que el MNSSS identifica y pueden contribuir con el debate; entre ellas tenemos que la cabeza del sistema, la vigilancia y la supervisión sean administradas por cuenta del Estado. Por lo tanto, este debe manejar el sistema de salud, es decir, acabar con la intermediación de las empresas promotoras de salud. Esto implicaría que se acabara con los tres regímenes actuales –el contributivo, el subsidiado y vinculado– y que existiera un plan universal y equitativo para la salud de la población.

De igual manera, los distintos profesionales de la salud deben participar activamente en cualquier proceso de reforma al sistema, pues el Movimiento entiende que las distintas ramas o las áreas de saber de la salud han sido subvaloradas con el paso del tiempo de ejecución de la Ley 100 de 1993: la mercantilización de la salud ha sido acompañada por la mercantilización de los servicios prestados por los profesionales del sector. Ahora bien, la propuesta del Movimiento no es volver el sistema absolutamente estatal, pues podrían existir figuras mixtas —instituciones públicas y privadas— en la operación del mismo. Pero la regulación y manejo de los recursos deben ser tareas del Estado y no de los agentes privados: así se cumpliría con el mandato de la sentencia T-760 de 2008 y la con la actual ley estatutaria 1751 del 2015 donde se explicita el derecho a la salud.

## **Oportunidades políticas y retos del Movimiento Social por la Salud**

El reconocimiento de la salud como derecho en el marco del Estado Social y la consecuente normatividad surgida para darle forma y contenido a este proyecto societal se convierten en instrumentos discursivos y prácticos para los subalternos. La frase “derecho a la salud” ha sido ganada y resignificada por parte de los movimientos sociales subalternos como el MNSSS. Sin embargo, el Movimiento no pretende, por lo menos hasta ahora, quebrar la dominación, como lo sugiere Gramsci en sus análisis sobre los movimientos subalternos. Pretende más bien

exigir y recordarle al Estado colombiano su compromiso frente a la protección del derecho, aprovechando la oportunidad política nacida del contrato social de la Constitución de 1991. Así, el MNSSS como movimiento subalterno ha construido, por el momento, una autonomía relativa con respecto al Estado.

Otra oportunidad política para seguir con el desarrollo del MNSSS está en la máxima “la salud es un derecho y no una mercancía”. En este sentido, comenta Torres Tovar:

Hay que entender el movimiento social como una idea que se moviliza y que tiene múltiples maneras de expresarse y de ser liderada por la gente, y otro lo que es una estructura organizativa y es donde uno podría decir que la idea de la salud como derecho humano es una idea que hoy está presente en el escenario nacional y donde tú puedes ir a un lugar muy apartado y la gente te dice: ‘No, es que la salud se volvió una mercancía y aquí hay que luchar por la salud como derecho humano’; eso sí es de carácter nacional (M. Torres Tovar, comunicación personal, 31 de octubre de 2013).

El ejercicio de ACD de esta investigación permitió concluir que en el discurso del Movimiento hay un marcado acento en el primer eje nodal, derecho a la salud, tal como lo expone, en entrevista, Esperanza Morales<sup>10</sup>: “la línea es la defensa del derecho a la salud, el derecho como un derecho, no como un servicio” (E. Morales, comunicación personal, 4 de agosto de 2013); y una perspectiva más débil de la salud como un proceso de determinación social. Un reto futuro para el Movimiento es que la propuesta latinoamericana de la medicina social y de la salud colectiva debe estar más empoderada y presente dentro del discurso político y de las distintas movilizaciones.

---

<sup>10</sup> Líder del MNSSS, presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC).

Ahora bien, la salud colectiva es el resultado de un proceso social e histórico. Las dimensiones económicas, culturales, de género, clase social y etnia y las predisposiciones subjetivas individuales se relacionan y entretajan para dar como resultado un perfil epidemiológico o un determinado estado de salud. La morbi-mortalidad de las poblaciones no está determinada únicamente por las características biológicas; los enfoques propios de la medicina social y de la salud colectiva latinoamericana señalan que existe una concatenación entre los hechos sociales y los biológicos. Por lo tanto, un reto concreto del Movimiento es convencer a otros sectores subalternos de la conveniencia de esta perspectiva: por ejemplo, cómo deben ser superados los enfoques clínicos que tienen como centro de análisis el individuo y que consideran solo tangencialmente sus condiciones de vida, su pertenencia a una clase social y su cultura.

A propósito, en entrevista, Ana Lucia Casallas<sup>11</sup> señala que:

Los llamados factores ‘socioeconómicos’ se convierten en protocolos diligenciados por los profesionales de la salud, pero no son interpretados como elementos determinantes del proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, la epidemiología y las ciencias de la salud deben interactuar cada vez más con las ciencias sociales y descentrar su enfoque biologicista, clínico e individual, convirtiéndose este en un reto académico y político para el movimiento (A.L. Casallas, comunicación personal, 10 de julio de 2013).

De esta perspectiva sociológica de la salud y la enfermedad se desprenden varias discusiones y retos que son necesarios señalar en el caso de identificar la salud y la enfermedad como algo determinado de manera histórica por la economía capitalista. En términos generales, el modo de producción en el actual sistema global deteriora la salud colectiva de los pueblos.

---

<sup>11</sup> Líder del MNSSS, miembro del Grupo Guillermo Fergusson y profesora universitaria.

El enfoque que sustentamos se inscribe en una línea de crítica permanente a los elementos técnico-ideológicos que soportan un modo de producción (el capitalista), al que consideramos esencialmente patógeno y, por lo tanto, opuesto por naturaleza al ejercicio epidemiológico verdaderamente eficaz (Breilh, 2010, p.51).

Así, asumir el enfoque de la determinación social implicaría reconocer la subsunción de lo biológico a lo social y ambiental. Envejecer, por ejemplo, refleja una historicidad de lo biológico y que dicho envejecimiento está determinado por los modos de vida que llevan las sociedades en un determinado tiempo. Así lo recuerda Jaime Breilh en el siguiente pasaje:

El proceso salud-enfermedad no se escapó a ser planteado como una de esas cosas que se desarrollan sujetas a leyes naturales y expuesto a modificaciones, apenas inducidas desde el exterior por factores del medio (naturaleza), tales como los agentes físicos, químicos, orgánicos y la cosa social (2010, p.51).

En tal sentido, Breilh sostiene que es falaz afirmar que los seres humanos tienen exactamente la misma probabilidad de enfermar y de sanar. El modo de vida que permite y reproduce el sistema de mercado y las condiciones concretas en cuanto a la pertenencia a una clase social configuran un abanico de posibilidades que difiere de una población o de un grupo humano a otro y que marcan caminos distintos en el proceso salud-enfermedad.

Desde la perspectiva teórica asumida en esta investigación, valoramos este enfoque, denominado *proceso de determinación social de la salud*, como una interpretación teórica y práctica de carácter subalterno en la medida en que discutir el derecho a la salud implica dar una mirada crítica a las condiciones y a los modos de vida de la población.

Por otro lado, la dicotomía eficiencia/equidad con la que se pretende operar y evaluar los sistemas de salud se resolvería a favor de la últi-

ma, toda vez que la consecución de una sociedad equitativa llevaría a resolver los problemas que genera la acumulación de capital, como son la pobreza, la desigualdad social y la violencia. Es decir, la eficiencia en el manejo de los recursos se evaluaría dependiendo de las metas y proyecciones hechas desde el principio de la equidad social. Así lo resalta Mario Hernández:

el debate sobre los sistemas de salud se ha concentrado en el viejo dilema entre equidad y eficiencia. En principio, todas las sociedades han enfrentado este dilema y lo han resuelto de diferente manera. Pero en el último siglo, el aumento desproporcionado de los costos de la atención en salud ha exacerbado la tensión. En este debate, las posiciones van desde los que consideran que no existe tal dilema, en la medida como el mercado resuelve correctamente la distribución mientras se respete la elección individual, hasta los que pensamos que es necesario priorizar la opción política por la equidad, para luego desarrollar estrategias de manejo eficiente de los recursos (2003, p.229).

Así, la opción no es una defensa a ultranza del eficientismo propio del lenguaje neoliberal; es la opción política por la equidad que identifica el ejercicio de las finanzas públicas, no como algo reducido al campo de la tecnocracia, sino como el ensayo de las decisiones políticas que prioriza una dimensión sobre la otra.

Otro reto que se identifica con el análisis del discurso político del MNSSS es la pretensión de convertirse en un movimiento de carácter nacional.

El Movimiento ha sido de unas pocas ciudades, básicamente de Bogotá como epicentro; Medellín y Cali, con un buen protagonismo en los últimos años; en Tunja, Neiva, Ibagué, Villavicencio y Bucaramanga la presencia del MNSS es débil, en ese sentido no es un movimiento nacional, aunque su aspiración es serlo, pero su estructura organizativa no lo permite por la limitación de recursos (M. Torres Tovar, comunicación personal, 31 de octubre de 2013).



En este sentido, uno de los retos está en llegar a cada ciudad y pueblo para que haya mayores activistas y militantes que propaguen los ideales y formen parte de la estructura organizativa; es decir, ganar más seguidores y adeptos que valoren la lucha del Movimiento en torno a la salud como derecho humano. Sin embargo, el escenario legal y político es contradictorio. El espíritu de la Constitución de 1991 se enmarca dentro de los marcos de la preocupación de Estado por la garantía de los derechos sociales; entre tanto, la Ley 100 de 1993 tiene un marcado acento en la salud como un servicio y la concomitante interpretación de los agentes privados que ven la salud como un negocio.

Por consiguiente, las posibilidades futuras del Movimiento están guiadas por su capacidad de convertirse en un actor importante que agrupe otras experiencias organizativas de diferentes sectores subalternos. De esta manera, un escenario posible de articulación de experiencias puede ser con los movimientos ciudadanos por la paz y con los movimientos de víctimas del conflicto, pues el ciclo de violencia política que aún no termina ha generado una tragedia humanitaria que singulariza el análisis de la situación de salud con respecto a otros países de la región. Saúl Franco y Luz Forero identifican la relación entre guerra, salud y paz, recordando el Mandato Ciudadano por la paz de 1997/98 en los siguientes términos:

La salud resulta así un concepto con bastante proximidad al de paz. Aun etimológicamente la paz se relaciona con tranquilidad, buen funcionamiento, relaciones armónicas, resolución negociada de las diferencias, condiciones propicias para que todos los miembros de la sociedad puedan sentirse igualmente protegidos, respetados y tenidos en cuenta. [...] Podría decirse que la paz es la salud política, producto de pactos humanizados, de normas y valores compartidos y de condiciones de equidad en la riqueza y las oportunidades. La paz es precondition para la salud y la salud es prerequisite para la paz (Franco y Forero, 2002, p.558).

De igual forma, los distintos movimientos de víctimas del conflicto armado pueden llegar a ser unos interlocutores del MNSSS. En el actual

escenario de diálogo y negociación entre el gobierno de Juan Manuel Santos y las guerrillas se han escuchado las voces del Movimiento de Víctimas de Crímenes de Estado – MOVICE – y las víctimas del accionar guerrillero, entre otros colectivos sociales. Los temas de la justicia transicional –verdad, justicia y reparación– presentan una imbricada relación con la salud pública y con la manera en que el sistema de salud debe operar en un posible escenario de paz.

Para el MNSSS, el caso de Bogotá es un punto de referencia para el resto del país, puesto que en la ciudad capital se ha logrado construir sinergias entre el Movimiento y los últimos gobiernos distritales. La llegada de partidos progresistas al timón de la ciudad ha sido además una oportunidad política para el desarrollo de las acciones colectivas del Movimiento. El discurso de la salud como derecho y la determinación social de la salud, aunque con diferentes matices, han estado presentes en las iniciativas distritales tanto comunitarias como institucionales. A propósito, Torres Tovar destaca lo siguiente, en este punto de análisis:

También contribuyen los partidos políticos, como el Polo Democrático Alternativo, que empieza a hablar del tema de la salud desde el derecho. Para mí ese es el aporte sustancial, se constituye como un elemento discursivo clave para confrontar el discurso ideológico neoliberal y esto tiene un punto de avance nítido y fuerte con la emergencia social de salud; esta coyuntura llevó a que la gente tenía que tomar partido: o usted estaba respaldando una posición del gobierno nacional o se alinderaba en el campo del derecho; no había la posibilidad de un punto intermedio (M. Torres Tovar, comunicación personal, 31 de octubre de 2013).

## **Conclusiones**

En Colombia existen implicaciones políticas para el Estado y los movimientos sociales que se desprenden de la nueva Constitución. Aunque el telón de fondo de las movilizaciones y de las protestas de los grupos subalternos, como en el caso del Movimiento por la Salud, está ligado

al modelo de desarrollo neoliberal y en contra de la Ley 100 de 1993, los movimientos han pasado del formalismo legal a la exigencia de los derechos. Este es un salto cualitativo que se desarrolla de manera evidente en la época posconstitución de 1991 y que se destaca en el análisis crítico de su discurso.

A pesar de la enorme contradicción entre una Constitución que enarbolaba el Estado Social de Derecho y un modelo de desarrollo neoliberal que ha traído consecuencias sociales negativas en el sector salud, el MNSSS se ha empoderado del discurso y de los derroteros planteados por los derechos sociales. “La salud es un derecho y no una mercancía” se ha convertido en el propósito estratégico de los organismos subalternos que hacen parte del Movimiento.

De igual forma, asistimos a un periodo concreto en la historia de los grupos y clases subalternas de Colombia: una expansión cualitativa en términos de renovadas demandas y nuevas propuestas sociales de los subalternos, pero en el marco de una democracia restringida y liberal. Sin embargo, a nuestro juicio, los movimientos sociales subalternos, como el estudiado en esta investigación, han sabido reinterpretar y aprovechar la oportunidad política para hacerse más fuertes y dialogar en mejor posición frente al Estado.

Por otro lado, las dinámicas internas del Movimiento y sus respectivas agendas son cada vez más incluyentes con otros sectores sociales. La agenda social que promueve el MNSSS encuentra puntos de referencia comunes, lo que podría posibilitar una unión más orgánica entre los grupos subalternos. De igual forma, la dinámica interna del movimiento buscará posicionarse en los espacios locales y regionales para que el MNSSS tenga una connotación nacional.

A pesar de que el derecho a la salud es un eje nodal del discurso del Movimiento y que genera identidad entre las organizaciones y participantes del mismo, se hace necesario asumir con más voluntad la

perspectiva de la determinación social de la salud. Este eje discursivo y práctico debe ser más desarrollado dentro del MNSSS, pues es una propuesta que pasa de la operatividad de un determinado sistema de salud a las condiciones de vida de la población. Es decir, los procesos generales de la sociedad —económicos, sociales, culturales, ambientales y políticos, entre otros— deben ser analizados y estudiados como determinantes y como puntos de partida en el estado de salud de los pueblos y de las futuras generaciones. El Movimiento ganaría mucha cualificación en este sentido.

Las pretensiones del MNSSS de convertirse en un interlocutor del Estado a escala nacional son necesarias y estratégicas para los fines del Movimiento. Aunque la capital del país ha tenido desarrollos importantes en la movilización y las acciones de protesta por el derecho a la salud y ha existido alguna articulación relativa con los últimos gobiernos distritales, el riesgo de convertirse en un movimiento local que no logre aglutinar y nuclear acciones de este tipo en las regiones del país es latente. Por lo tanto, los espacios más amplios de reconocimiento con distintas organizaciones son importantes, como el llevado a cabo en mayo de 2014 cuando se realizó el Encuentro Nacional por el Derecho a la Salud, donde fue posible un comunicado conjunto que fue firmado como “Mesa Nacional por el Derecho a la Salud”. De igual forma, el escenario de la Alianza Nacional por la Salud, donde se reúnen sindicatos, gremios, usuarios, académicos e intelectuales de distintos sectores, es vital para el Movimiento. Esto sin querer desconocer las tensiones, luchas y disensos que se dan en cualquier movimiento social y en cualquier acción colectiva subalterna.

Por último, podemos retomar algunas preguntas que otros estudiosos del tema han hecho a propósito del MNSSS y sugerir algunos interrogantes que puedan proponer una línea de investigación. En tal sentido, Torres Tovar (2013) formula la siguiente pregunta: “¿Por qué no ha detonado el campo de la salud?” (119). Este cuestionamiento apunta a reflexionar sobre por qué no se ha logrado un cambio estructural en el

sistema de salud a pesar de las distintas luchas sociales por el derecho a la salud. Para este investigador, la violencia contra el movimiento social, el discurso estatal y el imaginario social que considera exitoso el sistema de salud colombiano, así como una movilización ciudadana en torno más a la enfermedad que a la exigencia del derecho a la salud, son los principales elementos que explican las razones por las cuales en el país no se han dado cambios de fondo en este campo.

Igualmente, se hace necesario investigar el discurso estatal sobre la salud y desentrañar sistemáticamente su carácter individualista, asistencial y mercantilizado que desmoviliza a la ciudadanía. Así mismo, hay que indagar por la manera en que otros movimientos sociales y subalternos comprenden el proceso salud-enfermedad y cómo articularlos con las propuestas del MNSSS.

Para terminar, la línea de investigación estudiaría si los espacios de participación ciudadana que propuso la Ley 100 de 1993, que impulsó una serie de escenarios donde la ciudadanía tiene asiento, son o no funcionales a la propia dinámica del sistema.

## Referencias bibliográficas

- Borrero Ramírez, Y. E. (2013). *Luchas por la salud en Colombia 1994-2011: hacia la construcción de un movimiento nacional por la salud* (tesis de Doctorado en Salud Pública). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología, economía, política y salud*. Quito: Universidad Andina.
- Franco, S., y Forero, L. (2002). *La Salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- González Gómez, H., Caro López, I., y Bedoya, I. (18 de agosto de 2011). *Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano*. Recuperado de <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/viewFile/434/357>

- Green, M. (2004). Métodos y análisis de Gramsci sobre los grupos subalternos. En D. Kanoussi. (Ed.). *Poder y hegemonía hoy: Gramsci en la era global*. (pp. 63-78). México: Plaza y Valdés.
- Grupo Guillermo Ferguson. (s.f.). *Grupo Guillermo Ferguson*. Recuperado de [http://www.grupoferguson.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=90:historia&catid=78:nosotros](http://www.grupoferguson.org/index.php?option=com_content&view=article&id=90:historia&catid=78:nosotros)
- Hernández, M. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de la reforma sanitaria en América Latina. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(3), 228-235.
- Instituto Centro Americano de Estudios Politicos (INCEP). (mayo de 2014). Discurso político. *Cuadernos de Formación para la Práctica Democrática No 9*. Guatemala: Programa editorial INCEP.
- Meyember, Y., y Antonio, L. J. (2011). *Palabra y poder. Manual del discurso político*. México: Grijalbo.
- Modonesi, M. (2010). *Subalternidad, antagonismo, autonomía: marxismos y subjetivación política*. México: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Mora Lemus, G. (25 de septiembre de 2013). Resistencias y movimientos por la salud colectiva en Colombia 1999- 2012. En *VII Congreso Latinoamericano de Ciencia Política*, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122 de Enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de [www.minprotección.gov.co](http://www.minprotección.gov.co)
- Congreso de la República de Colombia. ( 2013). *Texto aprobado en sesión plenaria del Senado de la República los días 15 y 16 de octubre de 2013 al proyecto de ley No.210 de 2013 Senado y sus acumulados número 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado “por medio de la cual se redefine el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”*. Recuperado de <http://www.achc.org.co/documentos/reforma/DEFINITIVO%20REFORMA%20SALUD%20APROBADO%20PLENARIA%20SENADO%20PL%20210%20-%202013%20SALUD.pdf>
- Tarrow, S. (1999). Estado y oportunidades: la estructuración política de los movimientos sociales. En D. McAdam, M. McCarthy, y M. N. Zald (Eds.),

*Movimientos sociales perspectivas comparadas* (pp. 71-99). Madrid: Ediciones Istmo.

Torres Carrillo, A. (2011). *Movimientos sociales. Trayectorias históricas y desafíos contemporáneos*. Bogotá: Grupo Editorial Educar.

Torres Tovar, M. (2011). Acción colectiva por el derecho a la salud. Bogotá, 1994-2010. *Controversia*, (197), 233-272.

Torres Tovar, M. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá: CINEP.

Van Dijk, T. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos* (186), 23-36.

Van Dijk, T., y Mendizabal, R. (1999). *Análisis del discurso social y político*. Quito: Ediciones Abya-Yala.