

Acción colectiva por el derecho a la salud*

Bogotá, 1994-2010

Por Mauricio Torres Tovar**

* Artículo recibido en septiembre de 2011.

Artículo aprobado en noviembre de 2011.

** Investigador y activista del Movimiento Nacional por la Salud

*A las miles de víctimas de la Ley 100.
A todos los hombres y mujeres colombianos que han luchado y
siguen luchando porque efectivamente se concrete una experiencia
histórica de derecho a la salud en nuestro país.*

Introducción¹

A finales del año 1993 Colombia establece, en la Ley 100 de ese año, una política de Estado en salud² que tiene como base el aseguramiento individual a un mercado de servicios de atención a la enfermedad.

En términos de los resultados sanitarios que ha tenido este modelo neoliberal de salud durante estos dieciocho años de implementación se evidencia un conjunto de violaciones sistemáticas del derecho a la salud en relación con su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Torres, 2008b), con una respuesta ciudadana para enfrentar tal situación, tanto de orden individual, principalmente por la vía de la acción jurídica de tutela (Defensoría del Pueblo, 2011), como colectiva, en el marco de una contienda política (Uribe, 2009).

¹ Este artículo se apoya en lo resultados de la tesis “Acción social colectiva por el derecho a la salud en Colombia, 1994-2010. Estudio de caso de Bogotá”, de la Maestría de Estudios Políticos del Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales (Iepri) de la Universidad Nacional de Colombia, dirigida por el profesor Mauricio Archila Neira.

² Utilizo el término de política de Estado para referirme a una política que ha prevalecido por varios gobiernos, pero tomo el planteamiento de Fernando Coronil de que no fue hecha ni orientada por el Estado sino que se trató de una imposición de organismos financieros internacionales (Coronil, 2002).

Esta situación de Colombia en materia de salud despertó el interés de la ciencia política por investigar cuáles han sido las acciones sociales colectivas emprendidas para enfrentarla y buscar la garantía efectiva del derecho a la salud. La inquietud se justifica asimismo porque hasta ahora, para conocer tal situación, el país solo dispone de estudios muy limitados basados en la teoría de la acción colectiva y de los movimientos sociales.

El análisis realizado en este trabajo adoptó diversos enfoques que han contribuido a la comprensión de la acción colectiva, especialmente a partir de la teoría de movilización de recursos en lo relacionado con la contienda política y el repertorio de acciones colectivas (Tilly, 2004; Tarrow, 1997), la teoría de los nuevos movimientos sociales en lo relacionado con la configuración de identidades y marcos de sentido para el impulso de acciones colectivas (Melucci, 1999), y, finalmente, los desarrollos más propios de América Latina referidos al reconocimiento de injusticias como motor de la acción colectiva (Archila, 2005).

Metodológicamente, la investigación se hizo mediante la revisión de fuentes primarias y secundarias, la consulta sobre movilización social por la salud contenida en la Base de Datos de Luchas Sociales del Centro de Investigación y Educación Popular (Cinep) y el aprovechamiento del conocimiento propio del autor como partícipe directo de la promoción de acciones sociales colectivas por el derecho a la salud desarrolladas en Bogotá (en adelante, Ascds) y en la gestación y desarrollo de la iniciativa del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (en adelante, Mnsss).

El artículo describe y analiza las acciones sociales colectivas por el derecho a la salud realizadas en el lapso corrido entre la expedición de la Ley 100 y el año 2010, con la ciudad de Bogotá como estudio de caso. Se hace una caracterización de las acciones sociales colectivas, tanto contenciosas como no contenciosas, en cuanto a su ritmo, repertorios, convocantes, participantes, adversarios y motivos, lo que permite evidenciar que, como producto de la realización de tales acciones colectivas, se pudo avanzar en la construcción de una identidad colectiva alrededor de la comprensión de la salud como derecho

humano y se configuró un movimiento social por el derecho a la salud, aunque sin llegar aún a crear un sujeto político capaz de ganar la contienda política y establecer las decisiones necesarias para la transformación de los factores de la salud en favor de los sectores que demandan la garantía de ese derecho.

Epicentro de la acción colectiva: Ley 100 y su impacto sobre el derecho a la salud

Desde comienzos de los años 90 del siglo XX Colombia fue una de las naciones latinoamericanas más juiciosas en acoger e impulsar el conjunto de orientaciones dadas por los entes financieros multilaterales en materia de reformas económicas, sociales y políticas, en el marco de la globalización neoliberal que propuso la liberalización del mercado y el ajuste estructural del Estado.

En este sentido, el país impulsó un conjunto de reformas, tanto del aparato estatal (reforma judicial y administrativa) como del sector económico y social (reformas tributaria, educativa, laboral, de seguridad social y de salud), y avanzó en una reorientación del Estado enderezada a que cumpliera un papel más de regulador del mercado que de oferente directo de servicios sociales como los de educación, salud y vivienda, entre otros.

En el campo específico de la seguridad social en salud, Colombia acogió la orientación de reforma del sector propuesta por el Banco Mundial (Banco Mundial, 1993), que tenía como eje central la reforma del financiamiento de los servicios de salud.

La Constitución Política de 1991 se puso a tono con esta orientación al definir la salud, no como derecho humano sino como servicio público que podía ser prestado por instituciones públicas o privadas, base para instaurar una reforma de la seguridad social a la luz de los postulados de la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social Integral (Sgsss), un modelo de aseguramiento individual ante la enfermedad hecho bajo la lógica de la regulación del

mercado, con una figura de intermediación ejercida por empresas aseguradoras de salud privadas, denominadas Empresas Prestadoras de Salud (EPS).

En la Ley 100 de 1993 subyace la idea de que la salud es un bien de consumo privado, de responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios en donde el Estado, mediante una política de focalización de subsidios, incorpora a las personas que no tienen capacidad económica. Durante los dieciocho años corridos desde la expedición de esta norma se ha consolidado en el país una concepción de la salud como mercancía, alejada de las políticas públicas que entienden la salud como un derecho humano y un deber del Estado (Torres y Paredes, 2005).

El Sgsss ha ocasionado un conjunto de efectos negativos –que motivaron, en gran parte, la realización de las Ascdes–, entre los cuales se destacan: 1) el debilitamiento de la institucionalidad pública en materia de seguridad social y salud, con pérdidas de los acumulados en el desarrollo de políticas y programas de salud pública, de promoción y prevención y de los procesos de inspección, vigilancia y control sanitario; 2) el deterioro de la situación de salud de la población y de la condición laboral de los trabajadores del sector salud; 3) el incremento de las barreras puestas al acceso a los servicios de salud, que cubrió prácticamente a toda la población y se evidencia en el elevado recurso de la acción de tutela en materia de salud (Torres, 2008b).

La Ascds en Bogotá, 1994-2010

Al establecer un conjunto de relaciones conflictivas entre sectores de la sociedad y el Estado (McAdam, Tarrow y Tilly, 2005), la Ley 100 definió un campo³

³ Abordo la categoría campo propuesta por Pierre Bourdieu y entendida como un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas, que se definen por la posesión o producción de una forma específica de capital, propia del campo en cuestión (Bourdieu y Wacquant, 2005). En este caso de estudio se hace referencia a la producción de la salud, que el capital la entiende como atención a la enfermedad, por lo cual en ese campo entran en juego la producción de medicamentos y de tecnología médica, la formación del personal técnico, el aseguramiento y la prestación de servicios asistenciales.

de contienda política. Esta fricción promovió un repertorio de acciones colectivas por el derecho a la salud que fue configurando el campo de la disputa, en medio de una dinámica relacional y de confrontación entre actores proclives a la Ley 100 y actores en contra de ella⁴.

Las acciones sociales colectivas por el derecho a la salud fueron tanto contenciosas como no contenciosas⁵. La Gráfica 1 muestra que en 1999, 2001 y 2007 se llevó a cabo el mayor número de Ascds contenciosas, que disminuyeron en 1994, 1995, 1996 y 2009.

Los contextos políticos nacionales y distritales contribuyen a explicar por qué en algunos años hubo en Bogotá mayor movilización por el derecho a la salud, al brindar elementos que contribuyeron a la configuración de estructuras de oportunidad política para la acción colectiva por ese derecho (Tilly, 2004; Tarrow, 1997).

En 1999 empezó a impulsarse el Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002, “Cambio para construir la paz”, del gobierno de Andrés Pastrana, el cual provocó un amplio rechazo de diversos sectores sociales, debido en especial a las propuestas de ajuste fiscal y cambios en el régimen de transferencias que afectarían principalmente las finanzas del sector público de la salud y la educación, no resolverían los problemas estructurales del sistema nacional de salud y profundizarían la *financiarización*⁶ y la flexibilización laboral (Agudelo, 1999; Rodríguez, 1999).

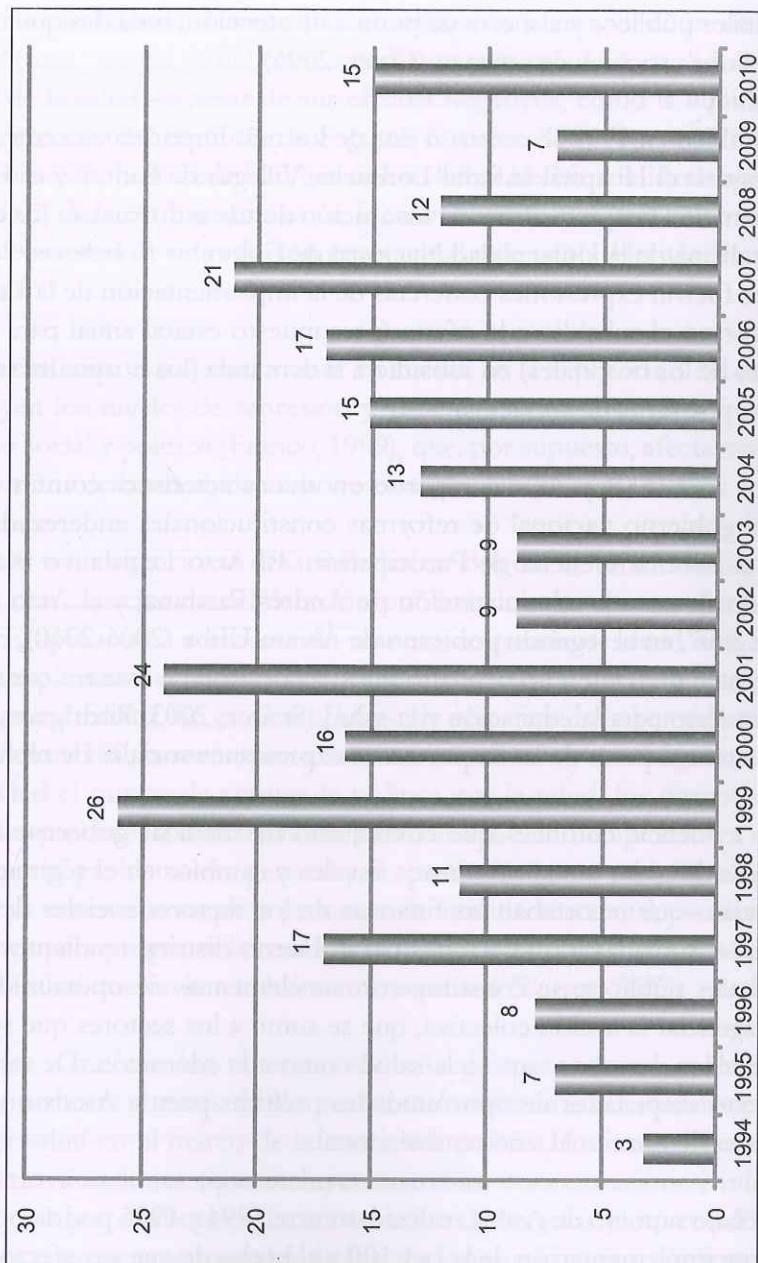
En ese mismo año el gobierno del Distrito Capital impulsó un proceso de reestructuración de las redes de servicios de salud que llevaría a la fusión de

⁴ La configuración de esta política nacional de salud estableció asimismo un campo de contienda, producto de ese proceso socio-político (Hernández, 2002).

⁵ La investigación clasificó las acciones colectivas como contenciosas (acciones de protesta directas, no violentas) y no contenciosas (de carácter institucional y legal; no son acciones de hecho).

⁶ La financiarización se refiere al dominio del ámbito financiero sobre el funcionamiento del ámbito productivo; por lo tanto, el patrón de acumulación se establece fundamentalmente a través de los canales financieros, en lugar de hacerlo por conducto de la producción y el comercio de mercancías.

Gráfica 1
Acciones sociales colectivas contenciosas por el derecho a la salud
realizadas en Bogotá, 1994-2010



Fuente: Base de Datos de Luchas Sociales del Cinep.

hospitales públicos y al cierre de puntos de atención, medidas que impulsaron expresiones sociales de rechazo (Cotes, 2006).

También en 1999 se cerraron dos de los más importantes centros de salud de Bogotá: el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos y el Hospital de San Juan de Dios, éste último la institución donde se formaban los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Colombia (Cárdenas, 2004). 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).

Los años 2001 y 2007 compartieron una característica común: el impulso por el gobierno nacional de reformas constitucionales enderezadas a modificar el Sistema General de Participación. El Acto Legislativo 012 de 2000, emitido durante la administración de Andrés Pastrana, y el Acto Legislativo 04 de 2007, en el segundo gobierno de Álvaro Uribe (2006-2010), reformaron el régimen de transferencias territoriales, recortaron de manera considerable el presupuesto para la educación y la salud (Suárez, 2003; Rodríguez, 2010) y se impusieron a pesar de las importantes expresiones sociales de rechazo.

Se evidencia entonces que el conjunto de medidas gubernamentales nacionales dirigidas a realizar ajustes fiscales y cambios en el régimen de transferencias —que recortaban las finanzas de los sectores sociales de educación y salud—, sumadas a operaciones del gobierno distrital tendientes a fusionar hospitales públicos, se constituyeron en elementos de oportunidad política para agenciar la acción colectiva, que se sumó a los sectores que se movilizaban por los derechos tanto a la salud como a la educación. De tal manera, el contexto auspiciador de oportunidades políticas para la AscDs no solamente fue de orden nacional sino también local.

El bajo número de AscDs realizadas entre 1994 y 1996 podría obedecer a la reciente implementación de la Ley 100 y al hecho de que sus efectos negativos

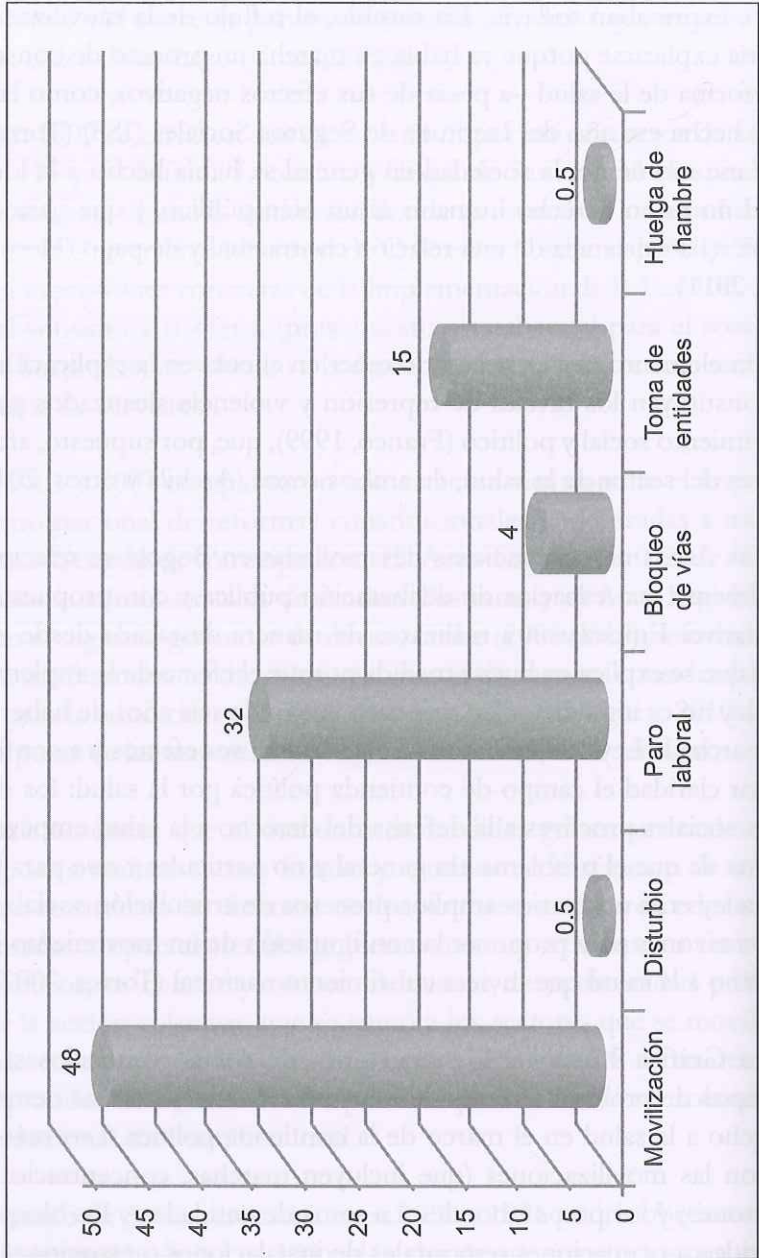
no se expresaban todavía. En cambio, el reflujo de la movilización de 2009 podría explicarse porque ya había en marcha un proceso de consolidación de la reforma de la salud —a pesar de sus efectos negativos, como la liquidación total hecha ese año del Instituto de Seguros Sociales (ISS) (Torres, 2006)— y, para ese momento, la sociedad en general se había hecho a la idea de que la salud no es un derecho humano ni un bien público, y que para obtenerla se requiere la existencia de una relación contractual y de pago (Hernández y Torres, 2011).

Un elemento que es necesario tener en cuenta en la explicación del asunto lo constituyen los niveles de represión y violencia alcanzados para frenar el movimiento social y político (Franco, 1999), que, por supuesto, afectaron a los líderes del sector de la salud, de ambos sexos (Archila y otros, 2010).

Las Ascds no contenciosas desarrolladas en Bogotá se relacionaron principalmente con espacios de deliberación pública y con propuestas de orden legislativo. Empezaron a realizarse de manera destacada desde el año 2000, cosa que se explica en buena medida porque el efecto de la implementación de una ley no es inmediato. En este caso, luego de seis años de haber sido puesta en marcha la Ley 100, comenzaban a sentirse sus efectos y a configurarse con mayor claridad el campo de contienda política por la salud: los diversos sectores sociales proclives a la defensa del derecho a la salud empezaron a darse cuenta de que el problema era general y no particular y que para transformar dicha ley eran necesarios amplios procesos de articulación social; esta fue una de las razones para proponer la configuración de un movimiento social por el derecho a la salud que tuviera cubrimiento nacional (Torres, 2002).

La Gráfica 2 muestra los repertorios de Ascds contenciosas, es decir, de los tipos de protesta a través de los cuales se visibilizan las demandas por el derecho a la salud en el marco de la contienda política. Los más recurrentes fueron las movilizaciones (que incluyen marchas, concentraciones, mítines, plantones) y los paros laborales. La toma de entidades y los bloqueos de vías, referidos a ocupaciones temporales de instalaciones o espacios públicos, fue-

Gráfica 2
Tipos de acciones sociales colectivas contenciosas por el derecho a la salud. Bogotá, 1994-2010



Fuente: Base de Datos de Luchas Sociales del Cinep.

ron formas menos utilizadas, mientras escasearon los disturbios y las huelgas de hambre.

Las expresiones empleadas en las Ascds evidencian una tradición que, como menciona Sidney Tarrow, suele transmitirse de una generación a otra (Tarrow, 1997), mientras los repertorios que históricamente han sido más socorridos en la acción colectiva contenciosa del país y de la ciudad han sido las marchas y los ceses laborales (Archila, 2005).

En cuanto a los tipos de acción prevalecientes en las Ascds de carácter no contencioso en el periodo de esta investigación, 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.

El escenario público de los congresos nacionales por la salud y la seguridad social suscitó procesos de deliberación por el derecho a la salud, tanto en Bogotá como en otras partes del país, así como la construcción de una plataforma política organizativa impulsada por el Mnsss para definir y promover en Colombia un nuevo sistema de salud, garante del derecho.

El Campamento Humanitario por el Derecho a la Salud tuvo la particularidad de salirse de los repertorios habituales y adquirió carácter innovador en la forma de agrupar e involucrar a la gente que habitualmente no participa en la protesta social, al llevarla a la tribuna de denuncia permanente en una plaza pública durante tres días.

Las asambleas distritales por el derecho a la salud y a la calidad de vida permitieron encauzar tanto procesos de deliberación sobre el problema de la salud —en una alianza entre la institucionalidad distrital de salud y sectores comunitarios organizados—, como acciones ciudadanas colectivas de exigibilidad

del derecho y de incidencia en la orientación de la política pública de salud en Bogotá.

Otras Ascds no contenciosas desarrolladas de manera regular durante el periodo de estudio fueron propuestas de orden legislativo que buscaron hacer ajustes a la Ley 100 para garantizar aspectos específicos de salud de algunos sectores sociales o establecer una nueva ley para definir otro tipo de sistema de salud.

El análisis de este repertorio permitió observar que las posturas y opiniones de los actores varían de acuerdo con sus intereses y con la posición que ocupan dentro del Sgsss, la cual les da más o menos recursos de poder. También posibilitó observar que la contienda política en el campo de la salud, en el periodo de análisis, ha favorecido a quienes disponen de mayores recursos de poder (EPS, industria farmacéutica, gobierno nacional y mayorías instaladas en el Congreso de la República y el Concejo de Bogotá). No obstante, los sectores con menor poder (trabajadores, usuarios, enfermos, comunidades, indígenas, estudiantes) han podido instalar a su favor algunos aspectos específicos en materia legislativa.

La tutela se consideró como un recurso jurídico importante, utilizado de manera amplia por la ciudadanía del país. Aunque es más una acción individual que colectiva, dado el volumen tan alto de su uso se consideró importante analizarlo como acción ciudadana para la protección del derecho a la salud.

Cuadro 1
Número de tutelas elevadas en el campo de la salud en Bogotá, 2003-2010

| 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 7.634 | 9.561 | 12.538 | 15.399 | 18.072 | 18.313 | 10.893 | 9.390 |

Fuente: Defensoría del Pueblo. Programa de Salud. La tutela y el derecho a la salud, 2010.

El Cuadro 1 muestra que el uso de la tutela en la capital colombiana fue ascendente y que en 2008 alcanzó una cifra récord de 18.313 acciones. El posterior descenso se explica por los efectos de la Sentencia T-760/08 de la Corte Constitucional, que definió la salud como derecho fundamental y previó sanciones a las EPS en caso de que continuaran poniendo barreras al acceso a los servicios de la salud, razón principal del empleo de la tutela por parte de los usuarios.

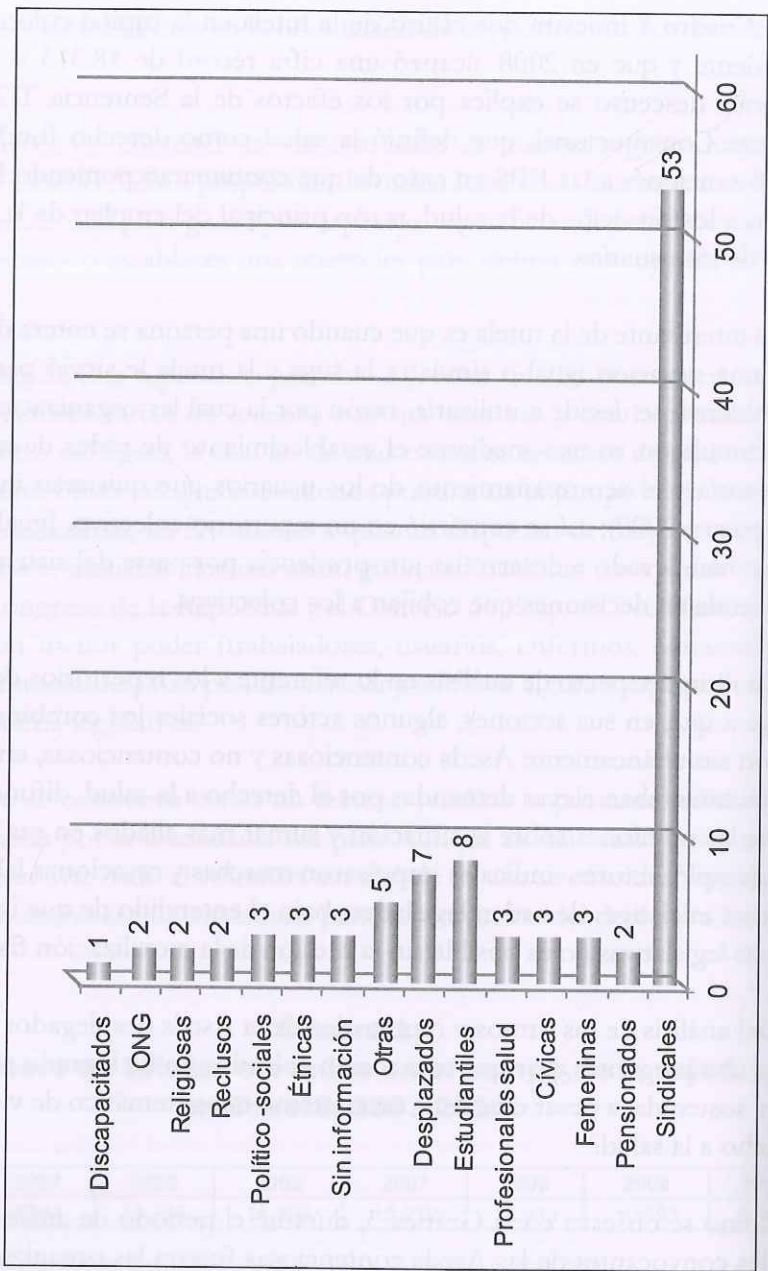
Lo interesante de la tutela es que cuando una persona se entera de que otra tuvo una situación igual o similar a la suya y la tutela le sirvió para resolver el problema, se decide a utilizarla, razón por la cual las organizaciones sociales estimularon su uso mediante el establecimiento de redes de apoyo para la asesoría y el acompañamiento de los usuarios que quisieran interponerla (Echeverry, 2009); así se convirtió en un repertorio colectivo. Igualmente, las tutelas han llevado a desarrollar jurisprudencia por parte del sistema judicial, convertida en decisiones que cobijan a los colectivos.

Un último aspecto de análisis en lo referente a los repertorios de acción se refiere a que, en sus acciones, algunos actores sociales los combinaron y realizaron simultáneamente AscDs contenciosas y no contenciosas, en la medida en que intentaban elevar demandas por el derecho a la salud, difundir ampliamente las opiniones sobre la situación y sumar más aliados en esa contienda. Por ejemplo, actores sindicales impulsaron marchas y cesaciones laborales paralelos a iniciativas de orden legislativo, bajo el entendido de que instaurar reformas legislativas no es posible sin la presión de la movilización física directa.

Del análisis de los ritmos y repertorios de la AscDs desplegados en Bogotá surge una pregunta: ¿por qué esta acción colectiva no ha logrado ser más amplia y sostenida, a pesar de existir un contexto tan sistemático de violación del derecho a la salud?

Como se observa en la Gráfica 3, durante el periodo de análisis los principales convocantes de las AscDs contenciosas fueron las organizaciones sin-

Gráfica 3
Organizaciones convocantes de las acciones sociales colectivas
contenciosas por el derecho a la salud, Bogotá, 1994-2010



Fuente: Base de Datos de Luchas Sociales del Cinep.

dicales, seguidas de lejos por las estudiantiles y las asociaciones de personas en condición de desplazamiento. En menor medida lo hicieron agrupaciones de mujeres, étnicas y cívicas, gremios de profesionales de la salud, alianzas de organizaciones políticas y sociales y ONG. Los actores participantes en las Ascds contenciosas fueron principalmente los asalariados en general, trabajadores hospitalarios y profesionales de la salud, estudiantes, pobladores urbanos y personas en condición de desplazamiento.

En las Ascds no contenciosas se encontró que, a diferencia de lo observado en las acciones contenciosas, los convocantes están más directamente involucrados con el sector de la salud, es decir, son profesionales y trabajadores del mismo, pacientes y usuarios de los servicios, estudiantes y académicos del campo de la salud, ONG de la salud pública y los derechos humanos.

En las acciones no contenciosas desplegadas en Bogotá se encontró un espectro muy amplio de participantes, que involucró organizaciones específicas de salud, de mujeres, indígenas, afrocolombianos, gitanos, jóvenes, adultos mayores, personas en condición de discapacidad, personas desplazadas, ligas de enfermos, campesinos, trabajadores de la salud y de otros sectores, población LGBTI, pensionados, personas habitantes de la calle, estudiantes, académicos, profesionales de la salud y de otras áreas, funcionarios públicos, ONG, autoridades distritales, líderes políticos y representantes de la comunidad internacional.

Del análisis de los actores convocantes y participantes se concluye que las organizaciones sindicales tuvieron el rol protagónico, lo que puede explicarse por su tradición organizativa y de beligerancia, por disponer de mejores recursos financieros y operativos en comparación con otros sectores y por el nivel de cohesión identitaria que poseen. Sin embargo, también se constató que con el paso de los años su papel fue declinando de manera importante, como efecto directo del proceso de flexibilización laboral puesto en marcha en el sector de la salud y que afectó profundamente la afiliación sindical, y por la violencia política ejercida contra la dirigencia sindical y los afiliados a los sindicatos de la salud (Delgado, 2002; Torres y Luna, 2008; Archila y otros, 2010).

La participación del sector estudiantil presentó ascensos y descensos drásticos, al compás de coyunturas específicas. Su participación obedece también a una tradición organizativa, de movilización y beligerancia, aunque, en comparación con los trabajadores, sus recursos son menores y los niveles identitarios se sostienen menos en el tiempo, dada la movilidad de la condición de estudiante (Múnera, 2010).

Por su parte, las asociaciones de población en condición de desplazamiento participaron con Asclds contenciosas principalmente en dos momentos: en los últimos años 90 y a finales del primer decenio del presente siglo. Estas organizaciones son un actor emergente en la ciudad de Bogotá, que despuntó desde finales de los años 90. Sus recursos son bastante escasos, pero sus niveles identitarios están relacionados con el hecho de compartir la precariedad de sus condiciones de vida y de salud, a la que quedan sometidos por su condición de desplazamiento.

Llama la atención la baja intervención, en calidad de convocantes y participantes de las Asclds contenciosas, de actores de quienes se esperaría que tuviesen un mayor protagonismo por estar directamente vinculados al sector de la salud, como ocurre con los gremios de las profesiones de la salud, los usuarios de los servicios de salud y las personas enfermas. Esto podría explicarse por el bajo nivel de organización de esta población, asociado a su débil politización y a su tendencia a buscar soluciones de sus problemas de manera más individual que colectiva.

También sorprende la escasa capacidad de convocación de las alianzas entre organizaciones políticas y sociales en torno de la salud pública, lo cual sugeriría que el derecho a la salud no ha estado incorporado en la agenda de los partidos políticos, tanto tradicionales como progresistas.

Entre los actores convocantes y participantes en Asclds no contenciosas se destacan los que están directamente involucrados con la rama de la salud (trabajadores y profesionales del ramo, pacientes y usuarios de sus servicios), a diferencia de lo observado en las acciones contenciosas, lo que puede expli-

carse en gran medida porque en aquéllos sectores las posiciones políticas son de menor confrontación directa y más de búsqueda de acuerdos y de incidencia por las vías legislativas.

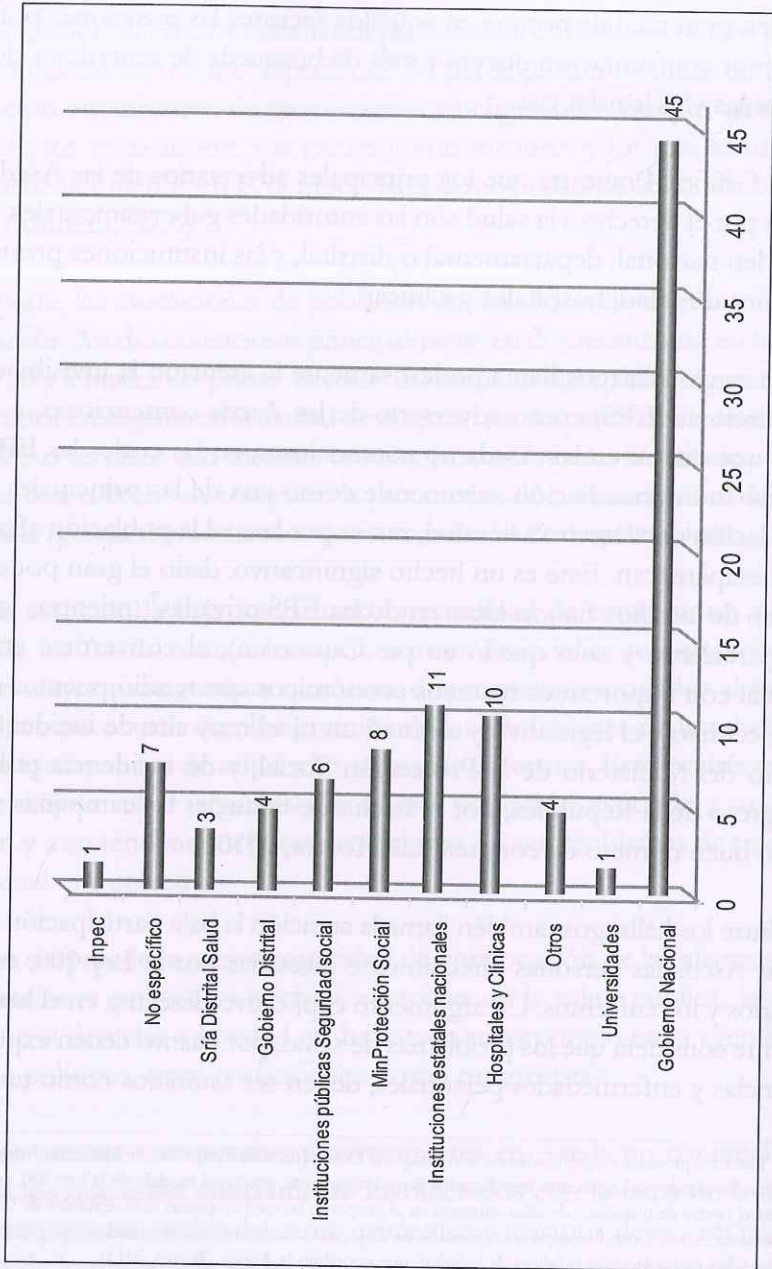
La Gráfica 4 muestra que los principales adversarios de las AscDs contenciosas por el derecho a la salud son las autoridades gubernamentales, bien sean de orden nacional, departamental o distrital, y las instituciones prestadoras de servicios de salud, hospitales y clínicas.

En estos hallazgos llama poderosamente la atención la invisibilidad de las aseguradoras (EPS) como adversario de las AscDs contenciosas, a diferencia de lo que ocurre en las AscDs no contenciosas, en las cuales las EPS resaltan porque su intermediación se entiende como una de las principales causas de la violación del derecho a la salud, razón por la cual la población afectada pide que desaparezcan. Este es un hecho significativo, dado el gran poder que con el paso de los años fueron alcanzando las EPS privadas⁷ (mientras las públicas desaparecieron y solo quedó en pie Caprecom), al convertirse en un actor gremial con importantes recursos económicos que tendió puentes con el poder ejecutivo y el legislativo y alcanzó un nivel muy alto de incidencia técnica dentro del Ministerio de la Protección Social, y de incidencia política en el Congreso de la República, por el hecho de financiar las campañas electorales de un buen número de congresistas (Torres, 2010c).

Entre los hallazgos también llama la atención la baja participación que tienen en las AscDs las personas directamente afectadas por la Ley 100, es decir, los usuarios y los enfermos. Un argumento explicativo descansa en el hecho de que la gente considera que los problemas de salud, por cuanto tienen expresiones en dolencias y enfermedades personales, deben ser asumidos como un asunto de

⁷ Las EPS privadas y agremiadas en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Acemi, han sido los actores del Sgss más beneficiados económicamente, gracias al modelo de la Ley 100, como lo demuestra el hecho de que cinco de ellas entraron en el grupo de las cien empresas más rentables de Colombia (*Revista Semana*, 2010). Como se supo a comienzos de 2011, esto fue posible, entre otras cosas, por una estrategia de desfalco de las finanzas públicas de la Salud, que coordinó la Acemi (Torres, 2011).

Gráfica 4
Adversarios en las acciones sociales colectivas contenciosas por el derecho a la salud. Bogotá, 1994-2010



Fuente: Base de Datos de Luchas Sociales del Cinep.

índole individual más que colectiva. Y resulta todavía más sorprendente encontrar que el problema de la salud pública parecería ser inexistente, en la medida en que no está presente en el acontecer de la vida individual y social; en cambio, sí aparece su factor contrario, la enfermedad (Gerschman, 1992).

Otro argumento que se suma a la observación es que el modelo de la Ley 100 ganó un terreno ideológico, en el sentido de que aparentemente convenció a la gente de que la salud es un bien de consumo privado, para acceder al cual hay que demostrar capacidad de pago, concepción que despoja a la salud de su condición de derecho humano (Torres, 2008b).

Del análisis sobre el papel protagónico de los sindicatos en las Ascds cabe preguntarse si la lucha por el derecho a la salud se practica principalmente como lucha sindical. Esta pregunta es importante, debido a las implicaciones que tiene concebir el campo de la contienda como un campo de la contradicción entre el capital y el trabajo, lo que lleva a que las reivindicaciones se refieran principalmente al mundo laboral y no se logre entender que las demandas por el derecho a la salud van más allá. Eso dificulta avanzar en el establecimiento de un conjunto de alianzas importantes, necesarias para participar con mayores recursos de poder en la contienda y elemento fundamental para la configuración de un movimiento social (Múnera, 2010).

La salud, campo de contienda política

Como se ha sostenido atrás, con el paso del tiempo la puesta en operación de la Ley 100 de 1993 fue desarrollando una contienda política por el control del campo de la salud, como producto de una dinámica relacional entre actores que fueron encontrando identidades y abriendo el campo a confrontaciones con sus adversarios. Esta contienda se fue estableciendo entonces entre actores atraídos por la Ley 100, inclinados al reconocimiento de la salud como bien privado de consumo, y actores opuestos a la Ley 100 y proclives a defender la salud como un derecho humano (Uribe, 2009).

La contienda ha sido vivaz y ha evolucionado con el paso del tiempo. Actores que inicialmente respaldaron la política nacional de salud, en 2010 ya se encontraban en las filas de los que defienden la salud como derecho humano (por ejemplo, las asociaciones científicas de medicina). Los hechos más destacados que contribuyeron a configurar esa situación estuvieron relacionados con los momentos de reforma de la Ley 100 (2005-2006 y 2009-2010, dos periodos en los que se desarrollaron las discusiones que desembocaron en las leyes 1122 de 2007 y 1348 de 2011), y la coyuntura de la emergencia social de la salud pública que se presentó a comienzos del año 2010 (Torres, 2010a).

El análisis de los adversarios en el ejercicio de la Ascds posibilita conocer que la acción política contenciosa por el control del campo de la salud se establece entre dos sectores de contendientes⁸. El primero aparece conformado por un conjunto de actores sociales, políticos e institucionales proclives a considerar la salud como un derecho humano, en el que se identifica a sectores de trabajadores de la salud, enfermos y dolientes de los enfermos, usuarios de los servicios de salud, gremios de profesionales de la salud, sectores académicos y universitarios, organizaciones sociales (indígenas, afrocolombianos, lgbt, mujeres, jóvenes), la Corte Constitucional, algunos gobiernos municipales, hospitales públicos, ONG, medios periodísticos –especialmente los alternativos e independientes–, el Mnsss, funcionarios públicos del sector salud y partidos y sectores políticos progresistas e independientes.

Al otro sector lo componen actores partidarios de entender la salud como una mercancía, como negocio, y en él se identifica al gobierno nacional y los gobiernos territoriales, empresas aseguradoras de salud y su gremio (la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Acemi), empresas proveedoras de insumos de atención (industrias farmacéutica y de tecnología médica), bancadas políticas tradicionales del Congreso Nacional y del Concejo

⁸ Es importante reconocer que cada actor no es totalmente homogéneo en su posición y que en su seno puede operar varias posturas, incluso contradictorias, pero que asimismo hay tendencias generales y hegemónicas que definen finalmente su política.

de Bogotá, grupos financieros y empresariales (Anif, Andi), algunos centros de investigación y pensamiento (Fedesarrollo) y medios de comunicación masivos.

Una expresión concreta de esta contienda ha aparecido en el conjunto de definiciones surgidas en el seno del Sgsss, que, en general, han favorecido a las EPS privadas, por ejemplo, en las definiciones sobre el monto de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)⁹, el contenido del Plan Obligatorio de Salud (POS) y sus exclusiones, la posibilidad de desarrollar y mantener la integración vertical, las formas de contratar y de pagar a las ESE, las formas de contratación de los trabajadores por la vía de la intermediación con cooperativas, la débil regulación estatal que éstas tienen y la muy escasa participación de los usuarios en el control de sus funciones.

En este sentido se puede decir que, por lo menos en el periodo que abarcó el análisis de este trabajo, la contienda estuvo a favor del conjunto de sectores que impulsaron el diseño e implementación de la Ley 100, especialmente las EPS agremiadas en la Acemi, las cuales casi siempre tuvieron como su aliado y vocero al ejecutivo nacional, que actuó como un órgano desvinculado de los intereses generales y como representante de las empresas aseguradoras (Uribe, 2009).

En la lista de los perdedores o excluidos aparecen los trabajadores del sector, los usuarios, los profesionales de la salud, los diversos sectores sociales subalternos y las instituciones públicas tanto de seguridad social como de salud, que fueron sistemáticamente debilitadas. Sin embargo, a pesar de esta condición, este conjunto de actores no dejó de protagonizar Ascds contenciosas y no contenciosas que, aunque no lograron transformaciones estructurales, pusieron en evidencia los vacíos y exclusiones de las iniciativas de la política nacional de salud (Uribe, 2009) y construyeron propuestas alternativas en varios sentidos, incluida la de un modelo de salud que efectivamente reconoce la salud como derecho.

⁹ La UPC es un pago per cápita que reciben las EPS por cada afiliado que tienen. La UPC equivale hoy a \$505.627 para el régimen contributivo y \$302.040 para el subsidiado (Acuerdo 19 de 2011 de la Cres).

De mantenerse la contienda de esta manera, se prevé que el modelo de privatización de los servicios de salud seguirá avanzando hasta llegar al punto de desaparecer la exigua y débil institucionalidad pública, tanto de aseguramiento como de prestación de servicios, y profundizándose más la violación del derecho a la salud.

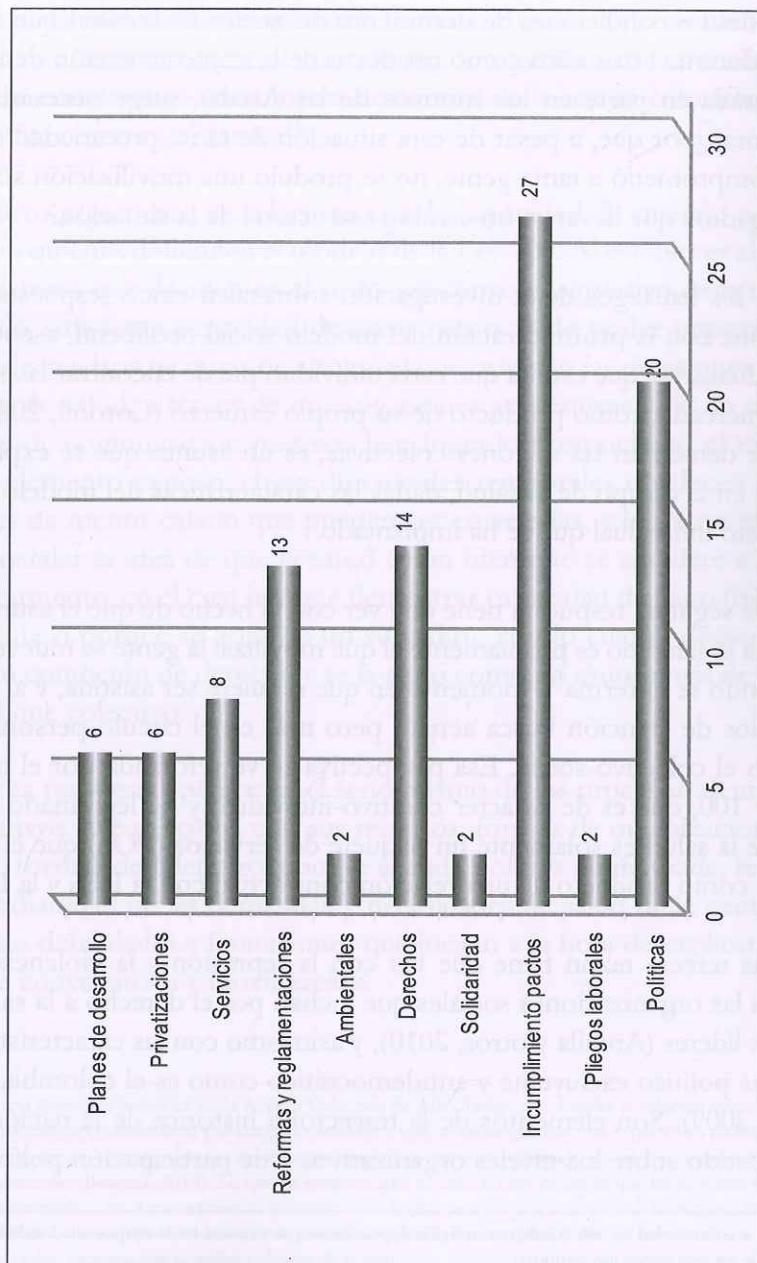
¿Por qué no ha detonado socialmente el tema de salud?

Los principales motivos por los cuales se emprendieron las Ascds contenciosas, como se observa en la Gráfica 5, se relacionaron con demandas por incumplimientos de acuerdos; políticas sociales de atención o en contra de cierto tipo de decisiones gubernamentales de orden económico o fiscal; reclamaciones del derecho a la salud y la seguridad social; demandas de servicios (públicos, sociales o de seguridad social), acciones en contra de privatizaciones de la salud y de planes de desarrollo nacionales.

Los principales motivos esgrimidos por las Ascds no contenciosas se relacionaron con la deliberación pública frente a la situación del derecho a la salud, la denuncia de su violación y la pretensión de dar curso a procesos organizativos dirigidos a fortalecer la lucha por ese derecho. Sin duda, un gran motivo para el emprendimiento de este tipo de Ascds fue el rechazo al modelo de salud implantado por la Ley 100, acompañado de proposiciones alternativas que se convirtieron en propuestas políticas y jurídicas.

Esta proyección de las Ascds fue construyendo una identidad entre actores afines y configurando un marco de acción colectiva originado en el reconocimiento de la seguridad social y la salud como derechos. Es decir, aunque cada actor promovía reivindicaciones específicas, comenzó a brotar una identidad colectiva basada en la comprensión de la salud como derecho humano que permitía cobijar todas las reivindicaciones particulares y construir un cuerpo demandante más colectivo.

Gráfica 5
Motivos de las acciones sociales colectivas contenciosas por el derecho a la salud. Bogotá, 1994-2010



Fuente: Base de Datos de Luchas Sociales del Cinep.

Dadas las condiciones de detrimento del sector de la salud que se presentaron durante estos años como producto de la implementación de la Ley 100 (expresada en parte en los motivos de las Ascds), surge necesariamente la pregunta: ¿por qué, a pesar de esta situación de tanta precariedad en salud y que comprometió a tanta gente, no se produjo una movilización social de tal envergadura que llevara a un cambio estructural de la situación?

De los hallazgos de la investigación sobresalen cinco respuestas. Una se relaciona con la profundización del modelo social neoliberal, asentado en el individualismo, que estima que cada individuo puede encontrar las soluciones en el mercado, como producto de su propio esfuerzo (Coronil, 2002), con lo cual se demeritan las acciones colectivas; es un asunto que se expresa claramente en el campo de la salud, dadas las características del modelo de aseguramiento individual que se ha implantado.

Una segunda respuesta tiene que ver con el hecho de que el asunto del derecho a la salud no es propiamente el que moviliza: la gente se mueve realmente cuando se enferma¹⁰, momento en que requiere ser asistida, y al no recibir servicios de atención busca actuar, pero más en el círculo personal-familiar que en el colectivo-social. Esa perspectiva se ve reforzada por el modelo de la Ley 100, que es de carácter curativo-individual y ha legitimado el criterio de que la salud es solamente un paquete de servicios (POS) que el individuo recibe como producto de una relación contractual con la EPS y la IPS.

Una tercera razón tiene que ver con la represión y la violencia ejercidas contra las organizaciones sociales que luchan por el derecho a la salud y contra sus líderes (Archila y otros, 2010), y asimismo con las características de un sistema político excluyente y antidemocrático como es el colombiano (Echeverry, 2009). Son elementos de la trayectoria histórica de la nación que han repercutido sobre los niveles organizativos y de participación política. La pe-

¹⁰ La enfermedad es una condición individual, por cuanto se expresa en la corporeidad individual, y además suele ser una condición temporal.

nalización de la protesta, la desaparición forzada, el exilio o el asesinato de un dirigente o una dirigente social, al infundir miedo y parálisis en la movilización colectiva, se convierten en una forma de control de la acción colectiva, tanto en el presente como en el futuro¹¹.

Un cuarto argumento se relaciona con la capacidad de manejo político que ejercen quienes defienden el modelo de la Ley 100. Al establecer alianzas con los sectores que deciden en el orden ejecutivo y legislativo de la nación han ganado suficiente capacidad de crear recursos de poder importantes; disponen de cuadros técnicos de alto nivel que orientan las decisiones claves en materia de salud; a través de investigaciones académicas y de un trabajo en medios de comunicación masivos han logrado promocionar el modelo como un elemento exitoso, cuyas dificultades temporales obedecen solo a situaciones de menor calado que pueden ser corregidas, y lograron aparentemente instalar la idea de que la salud es un bien que se adquiere a través del aseguramiento, en el cual hay que demostrar capacidad de pago (bien sea directamente o porque se goza de un subsidio), con lo cual se despojó a la salud de su condición de derecho y se la situó como un asunto más de orden individual que colectivo.

La última respuesta aparece en el seno mismo de los procesos identitarios y organizativos y se relaciona con sus recursos, formas de organización y articulación, formas de liderazgo, tipo de agenda política configurada, relación con la cotidianidad de las demandas y necesidades de salud de la gente. Allí han existido debilidades y limitaciones que juegan a la hora de explicar la capacidad de convocatoria y movilización.

¹¹ Existe una perspectiva teórica de la Acción Colectiva de Alto Riesgo que estudia la relación entre la acción colectiva de carácter contencioso y el conflicto armado y que sostiene que hay una explicación multicausal del porqué de la acción colectiva ante la aparente contradicción entre movilización social y condiciones adversas para su desarrollo (Bautista, 2010). Lo que se sostiene aquí es que, si bien es cierto que las acciones colectivas siguen presentándose en el país a pesar de los contextos de alto riesgo—producto de esta situación—, hay menos acción colectiva, menos oportunidades de organización social y menos posibilidad de configuración de movimientos sociales, factores que se aplican al caso de la salud.

Entre ellas cabe destacar las siguientes: los sectores sociales no han logrado establecer una agenda política lo suficientemente diversa, que posibilite articular las particularidades y necesidades de los diferentes sectores que podrían confluír para constituir un movimiento social por la salud; se actúa en un plano estratégico o en uno coyuntural, sin lograr conjugar adecuadamente estos dos niveles; se adelantan prácticas que no consiguen poner en contacto a la gente y se lanzan propuestas estructurales pero no se proponen ni se dan respuestas concretas a los problemas cotidianos de la salud de la gente; aparecen liderazgos a partir de intereses específicos, que no entienden suficientemente la importancia de las articulaciones entre los diversos sectores; finalmente, al mezclar la idea de un proceso (la movilización social) con la de una instancia organizativa (el Mnsss), terminó por priorizarse el fortalecimiento de la estructura.

Esta situación organizativa, que contrasta con el alto nivel propositivo contenido en el delineamiento de un nuevo modelo de salud para el país y su ciudad capital, lleva a sostener que a veces el surgimiento de una propuesta política, en un lugar político decisorio, puede ser el catalizador de un profundo proceso de cambio social, pero que no es suficiente si en la sociedad no se han constituido sujetos políticos encargados del encauzamiento de dichos cambios (Gerschman, 1992).

Esto, tal vez, es lo que ha pasado con el caso del derecho a la salud en Bogotá: todavía no se ha logrado configurar el sujeto político capaz de encarrilar las oportunidades políticas para avanzar en el cambio. Este aspecto del análisis muestra la importancia de desarrollar investigaciones comparativas entre procesos de Ascds que permitan comprender por qué en unos lugares es posible avanzar en la configuración de amplios movimientos sociales de salud¹² y en otros, como Colombia, no ocurre tal cosa.

¹² Damos dos ejemplos para ilustrar el asunto. En los años 80 se configuró en el Brasil un Movimiento Sanitarista que logró incidir para que en la Constitución de 1988 se definiera la salud como un derecho humano y un deber del Estado, y dejó establecida la creación de un Sistema Único de Salud (Escorel, 1987; Labra y Giovanella, 2007). En El Salvador, desde finales de los años 90, un conjunto amplio de organizaciones sociales, comunitarias, gremiales y ciudadanas emprendió un proceso de lucha social exitoso que evitó una reforma privatizadora de los servicios de salud (Almeida, 2006; Méndez y Torres, 2011).

Un movimiento social por el derecho a la salud y un sistema de salud garante del derecho

Alberto Melucci (1999) plantea que la acción social colectiva, en este caso por el derecho a la salud, ha sido una oportunidad para tejer vínculos entre diversos sectores, como resultado de compartir objetivos, recursos y límites con el propósito de avanzar en la garantía del derecho a la salud. A partir de los hallazgos de la investigación, esta manifestación colectiva puede ser caracterizada en tres fases, que han ido configurando un proceso dirigido a configurar un movimiento social por la salud.

Una primera fase fue de carácter reivindicativo y se presentó en los primeros años de implementación de la Ley 100; ella, desde luego, no estuvo desligada del proceso de lucha por la salud que transcurrió antes de 1994¹³. En esa fase los actores, de manera independiente, exigen reivindicaciones específicas de acuerdo con su origen: los trabajadores demandan garantía de derechos laborales; los estudiantes exigen presupuesto para la educación y la salud y preservación de los establecimientos de formación profesional; los usuarios demandan mejor calidad en la prestación de los servicios de salud; los gremios de profesionales de la salud buscan el reconocimiento de su estatus social y laboral; los indígenas reclaman una legislación específica que les reconozca sus tradiciones y prácticas en salud, y así por el estilo.

En esta etapa la gente, de manera individual, empezó a recurrir a la tutela en materia de salud, práctica a la que siempre se atuvo durante el periodo de análisis. El recurso jurídico de la exigibilidad del derecho es la expresión de una reivindicación individual, esencialmente en aspectos relacionados con el derecho de acceso a la atención en caso de enfermedad, pero se fue tornando colectivo, como se señaló atrás.

¹³ Según la investigadora Martha Cecilia García, entre 1977 y 1991 los pobladores bogotanos pidieron servicios sociales en 66 de las acciones reivindicativas estudiadas. Las peticiones en materia de salud que se registraron en ese periodo estuvieron dirigidas principalmente a pedir infraestructura y dotación para los centros asistenciales y en menor medida a la demanda de acueducto, control de basureros, programas específicos de prevención y atención médica (García, 1992).

Durante esa fase, entonces, las Ascds ocurrían en torno a reivindicaciones específicas que para ser resueltas presuponían principalmente responsabilidad estatal.

El segundo periodo se caracteriza por el debate público, la articulación y la politización de la lucha por la salud. Se inicia en 2000 con el proceso de preparación y realización del primer Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social, un paso de la Ascds destinado a suscitar un debate público amplio por el derecho a la salud y a articular diversos sectores sociales a fin de poner en marcha procesos organizativos que tuvieran la posibilidad de transformar la realidad existente en torno al derecho a la salud¹⁴.

Esta fase concatenó la realización de eventos públicos de deliberación que configuraron la propuesta de construir un movimiento social por la salud e impulsar un proceso político de movilización con la intención de cambiar el modelo de la Ley 100 por un sistema de salud garante del derecho.

La configuración de lo que sería ese nuevo modelo de salud fue consensuada en 2004, en el segundo Congreso Nacional por la Salud, y como elementos centrales del mismo se destacaron: 1) entender la salud como un derecho humano en relación con el bienestar y la calidad de vida; 2) establecer ese derecho como universal, equitativo, solidario, que reconoce las diferencias (culturales, de sexo, de edad); 3) administrarse con la lógica de lo público, lo que implicaba la supresión de la intermediación de las empresas aseguradoras; 4) ser financiado a partir del presupuesto nacional, mediante un fondo público nacional unificado y fondos regionales; 5) priorizar la promoción, la prevención, la educación y el fomento de la salud; 6) implementar un sistema nacional y único de información en salud; 7) responder a las necesidades de la gente e incluir los avances tecnológicos (equipos y medicamentos, entre otros); 8)

¹⁴ En este proceso preparatorio, en julio de 2000 se realizó el Seminario Nacional por el Derecho a la Salud, que reunió a 45 organizaciones de diferentes sectores sociales. El Seminario aprobó dos acuerdos: la creación del Comité Nacional de Impulso por el Derecho a la Salud y la definición de un Plan Nacional de Acción por el Derecho a la Salud, que incluyó la realización del Primer Congreso Nacional por la Salud (Torres, 2002).

incorporar los patrimonios culturales e intelectuales de la medicina indígena y la medicina del resto de grupos étnicos del país; 9) tener una cabeza estatal en el ministerio público y un organismo colegiado; 10) establecer la vigilancia y el control social del servicio, con alta participación de la ciudadanía (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2005).

Esta segunda fase dio pasos hacia la politización de la acción colectiva en salud, en el sentido de que empezaba a entenderse que había un elemento estructural responsable de la situación colectiva, ligado a la política de Estado en salud, por lo cual era necesario dar una lucha más colectiva y menos particular.

En esta fase continuaron ocurriendo acciones de carácter reivindicativo específico, pero sectores con mayor capacidad de liderazgo y presencia en la promoción del derecho a la salud empezaron a entender que era necesario politizar la reivindicación a fin de gestar un sujeto político capaz de derrotar el modelo de la Ley 100.

Esta etapa tuvo una particularidad: el inicio de un gobierno de orientación política alternativa en Bogotá, que en la conducción del sector salud incorporó a miembros que impulsaban las AscDs y auspiciaban la creación del movimiento social por la salud. Esto posibilitó que la política pública distrital de salud se diseñara con base en un enfoque de derechos humanos y que en ella fueran incorporados varios elementos de la propuesta social (Hernández, Forero y Torres, 2005). La experiencia evidenció las limitaciones para reorientar el modelo de la Ley 100 a partir de un escenario local y la debilidad en términos del aporte hecho para incrementar la movilización social por el derecho a la salud¹⁵.

¹⁵ Este aspecto demanda el estudio de la relación entre procesos de movilización social y gobiernos alternativos, que ya han empezado a elaborarse en otros países de Suramérica (Massal, 2006), a fin de poder localizar las implicaciones que aparecen cuando personas que han liderado las acciones sociales colectivas ingresan al Gobierno. ¿Qué tanto se incorporan las iniciativas sociales en las políticas públicas?, ¿en qué medida se logra apoyar la movilización social?, son algunas de las preguntas que deben ser abordadas.

Desde comienzos de 2010 se perfiló una tercera fase de avance en la configuración de una identidad colectiva y de maduración de la propuesta política. Con el paso de los años el proceso de articulación fue posibilitando una redefinición de los vínculos colectivos, que ha acercado las posturas de los diferentes actores sociales (ya no está cada uno por separado emprendiendo su propia lucha) y se ha venido conquistando una identidad colectiva alrededor de la idea de la salud como un derecho humano.

El avance en la configuración de esa identidad colectiva tuvo un momento relevante durante el periodo de la emergencia social que sufrió el país y que desató una gran indignación colectiva, por las medidas que el gobierno nacional trató de implantar a la fuerza y que claramente beneficiaban a las EPS y perjudicaban al conjunto de la población y a los gremios de médicos y odontólogos (Torres, 2010a). Este contexto permitió dar un gran paso en la alineación de los actores defensores del derecho a la salud y en el reconocimiento más claro de quienes defienden el modelo de la Ley 100.

En este sentido, y bajo el entendido de que un movimiento social es un conjunto de acciones sociales colectivas permanentes, orientadas a enfrentar condiciones de desigualdad, exclusión o injusticia, y que tienden a ser propositivas en contextos espacio-temporales determinados (Archila, 2003), esta experiencia por el derecho a la salud, en su tercera fase, dio pasos en la configuración de un movimiento social por la salud.

En esta tercera fase avanza el aspecto identitario, porque permite identificar con mayor claridad un “ellos” en el sentido planteado por Carlos Walter Porto-Gonçalves cuando afirma que es en los procesos de las luchas sociales donde se van construyendo las identidades colectivas, identidades que no se definen por sí mismas sino por contrastes, donde la invención de un “nosotros” implica la identificación de un “ellos”; de ese modo, la identidad se construye junto con la alteridad en situaciones concretas (Porto-Gonçalves, 2001). Aquí se van dando los dos procesos al mismo tiempo: uno de mayor acercamiento al reconocimiento de la salud como derecho y otro que identifi-

ca a un adversario más claro, ubicado en la figura de la intermediación de las EPS, base estructural del modelo de la Ley 100.

De este análisis, y tal como se entiende un movimiento social, se puede concluir que en el campo de la salud efectivamente hay un proceso relacional entre actores que está posibilitando conformar un movimiento social por el derecho a la salud, pero que todavía no logra configurarse como sujeto político capaz de conducir e impulsar las transformaciones sociales y políticas necesarias para garantizar el derecho a la salud. Como lo plantea Ricardo Delgado, se requiere enmarcar las desigualdades, las oportunidades políticas, las calidades organizativas de movilización, y traducirlas en términos de injusticia, identidades colectivas y sentido de eficacia (Delgado, 2009).

La experiencia estudiada muestra la presencia de desigualdades importantes en la garantía del derecho a la salud, oportunidades políticas ofrecidas por elementos del contexto nacional y distrital, avances en aspectos organizativos de la movilización por el derecho a la salud, aunque no se logra todavía traducir esta situación en un adecuado reconocimiento de la injusticia que, como un elemento decisivo, aporte a la construcción de una identidad colectiva; de otro lado, la acción colectiva no logra mostrar un grado de eficacia en la resolución de las demandas.

En este sentido, y como mecanismo para desatar la movilización colectiva, se hace necesario explorar más el aspecto referido a la presencia de situaciones desiguales y a su reconocimiento como injustas —es decir, que no pueden ser aceptadas por la sociedad y cuya existencia necesariamente debe llevar a acciones sociales, culturales, políticas y jurídicas que las impidan—; e igualmente verificar la cercanía o distanciamiento de los procesos colectivos frente a las necesidades concretas de la gente y a lo que ella misma hace, según sus posibilidades, y que, en materia de respaldo y participación, puede sumar o restar en la movilización.

En cuanto a la configuración de movimientos sociales y sujetos políticos, bajo el entendido de que no todo movimiento social, *per se*, es un sujeto político y no todo sujeto político se expresa como movimiento social, es necesario

considerar quiénes serían los actores principales que podrían liderar la configuración del sujeto político de la lucha por el derecho a la salud, dadas las características particulares de la salud que hemos descrito.

Conclusiones

El dinamismo desarrollado por las AscDs en Bogotá después de la instauración de la Ley 100 de 1993 no fue amplio y tuvo ritmos irregulares. Las acciones contenciosas estuvieron presentes desde el mismo inicio de la Ley y las no contenciosas más destacadas principiaron unos años después. Tal dinámica colectiva estableció una contienda política por el control del campo de la salud, entre unos actores sociales proclives al derecho a la salud y otros inclinados al modelo de mercado en la salud.

En general, el repertorio de las acciones contenciosas correspondió a los sectores tradicionales: marchas, concentraciones, mítines, plantones, manifestaciones públicas y cesaciones laborales, situación explicada por quienes fueron sus principales convocantes, entre quienes sobresalieron los trabajadores de la salud. En las acciones no contenciosas el repertorio forjó innovaciones gracias al despliegue de escenarios públicos para la denuncia de la situación de la salud, la reflexión colectiva y la concertación de acuerdos políticos y propuestas para marchar en una dirección diferente a la establecida por la Ley 100.

De manera específica, el recurso de la tutela fue permanente durante todo el periodo de estudio. Su análisis lleva a plantear que debe ser considerado como uno de las formas de lucha de las AscDs no contenciosas porque, a pesar de ser un acto individual, se convierte en un dispositivo colectivo y la gente lo emplea porque hay casos similares al suyo, razón por la cual las propias organizaciones sociales lo han estimulado.

La acumulación de varios años de acción colectiva permitió ir configurando una identidad social erigida sobre la base de la comprensión de la salud

como derecho humano, en oposición a la visión instalada de la salud como mercancía que impuso la Ley 100. El desenvolvimiento de las cosas permitió entender que en la contienda existían aspectos comunes y que no se diluían las demandas y necesidades específicas de los sectores sociales, factor que impulsó una lucha más colectiva y menos particular.

Tal construcción de identidad colectiva todavía no es sólida, por cuanto las tensiones existentes entre sectores sociales se mantienen, como consecuencia del énfasis de unos en lo coyuntural y de otros en lo estructural, de unos en demandas específicas y de otros en demandas generales. Es una tensión que surge, por ejemplo, por dar prioridad a componentes del derecho a la salud o a condiciones laborales del sector de la salud, o por acceso a los servicios de atención a la enfermedad, o por el reconocimiento de especificidades —las étnicas, por ejemplo— a la prestación del servicio, o bien por énfasis puestos en los aspectos de universalidad e integralidad del servicio.

Estas diversas expresiones colectivas dieron la posibilidad de establecer un proceso relacional entre las experiencias hechas, lo que a su vez facilitó configurar la propuesta de impulsar un movimiento social por el derecho a la salud que obrara bajo el criterio de que era necesario crear articulaciones entre sectores sociales para la articulación de una agenda política común. Tal experiencia llevó a concertar la propuesta alternativa de un nuevo modelo de salud para el país.

Como lo plantea la teoría de la acción colectiva, su puesta en práctica no demanda la presencia de un movimiento social, aunque en la experiencia analizada aquí se evidencia que precisamente el desarrollo de AscDs posibilitó que los diversos actores sociales empezaran a reconocerse entre sí, para crear una identidad colectiva y construir alternativas comunes. Es decir, que sin la realización de estas acciones colectivas no habría sido posible despertar una dinámica relacional que permitiese configurar la iniciativa del movimiento social por el derecho a la salud (asunto que se relaciona con el planteamiento de E. P. Thompson, citado en Porto-Gonçalves, 2001, de que las clases sociales se configuran en la lucha de clases).

A su vez, la experiencia analizada llevó a preguntarse por qué, a pesar de existir una condición tan francamente violatoria del derecho a la salud, no hubo una movilización social amplia y sostenida que lograra revertir tal situación. Entre las respuestas halladas se encontró: 1) el carácter de la salud no es propiamente el que moviliza, sino su opuesto, la enfermedad, que se asume como un asunto individual; 2) se dispone de un sistema de salud que individualiza la atención y que para su acceso impone la capacidad de pago; 3) es muy fuerte el poder que han logrado las empresas intermediarias que definden y se lucran del sistema de salud; 4) el contexto de violencia que soporta el país reprime la acción colectiva civil; 5) el sistema político que impera es excluyente; y 6) entre los sectores sociales hay fuertes diferencias y dificultades organizativas.

Por último, se evidenció que todavía no se ha logrado configurar un sujeto político con capacidad de aprovechar las oportunidades políticas y encabezar procesos de transformaciones en el campo de la salud. Esto permite plantear que el desarrollo de Ascds y la estructuración de un movimiento social no solo constituyen un sujeto político sino que elementos de contexto, identitarios, de nivel político-organizativo y de trayectorias de la sociedad, desempeñan un papel fundamental en esta configuración.

Bibliografía

Agudelo, Carlos, 1999, "Sistema de Salud y Plan de Desarrollo: cobertura y equidad", en *Revista de Salud Pública*, no. 1, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, pp. 117-127.

Almeida, Paul, 2006, "Social movement unionism, social movement partyism and policy outcomes: Health care privatization in El Salvador", en Johnston, Hank y Almeida, Paul, *Latin American social movements*, New York, Rowman & Littlefield, pp. 57-73.

Archila, Mauricio, 2005, *Idas y venidas, vueltas y revueltas. Protestas sociales en Colombia, 1958-1990*, Bogotá, Icanh/Cinep.

Archila, Mauricio y otros, 2010, *Incidencia de la violencia contra los trabajadores sindicalizados y evolución de su protesta*. Informe de Investigación, Bogotá, Cinep.

Banco Mundial, 1993, “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma”, en *Economía de la salud. Perspectivas para América Latina*, Washington, OPS, pp. 145-191.

Bautista, Sandra, 2010, “Acción colectiva campesina en entornos de alto riesgo. Dinámicas contenciosas presentes en el Departamento del Tolima (1996-2006)”, Tesis de grado para la Maestría en Estudios Políticos, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc, 2005, *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Cárdenas, Hernán, 2004, *Hospital San Juan de Dios. Voces, pieles y resistencias*, Bogotá, Asociación de Trabajo Interdisciplinario.

Cotes, Karol, 2006, “Participación social en salud y democracia: una reflexión a partir de la experiencia de Fausalud en Bogotá, 1999-2005”, Tesis de grado para la Maestría en Salud Pública, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Coronil, Fernando, 2002, *El Estado mágico. Naturaleza, dinero y modernidad en Venezuela*, Caracas, Nueva Sociedad/Universidad Central de Venezuela.

Delgado, Álvaro, 2002, “Las luchas laborales”, en Archila, Mauricio y otros, *25 años de luchas sociales en Colombia*, Bogotá, Cinep.

Delgado, Ricardo, 2009, *Acción colectiva y sujetos sociales. Análisis de los marcos de justificación ético-políticos de las organizaciones sociales de las mujeres, jóvenes y trabajadores*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.

Defensoría del Pueblo, Programa de Salud, 2011, *La tutela y el derecho a la salud 2010*, Bogotá, Defensoría del Pueblo.

Echeverry, Esperanza, 2009, "Las organizaciones de usuarios: incidiendo en la construcción del derecho a la salud", en *Gerencia y Política de Salud*, no. 8, diciembre, pp. 80-105.

Escorel, Sarah, 1987, "Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário", Tesis de grado para la Maestría en Salud Colectiva, Río de Janeiro, Fundación Oswaldo Cruz, Escuela Nacional de Salud Pública.

Franco, Saúl, 1999, *El quinto, no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia/Iepri, Tercer Mundo.

García, Martha Cecilia, 1992, "Luchas urbanas en Bogotá por el derecho a la ciudad", Tesis de grado para la Maestría en Urbanismo, Universidad Nacional de Colombia.

Gerschman, Silvia, 1992, "Movimientos sociales en salud: en la búsqueda de la reconstrucción social", en Fleury, Sonia, organizadora, *Estado y políticas sociales en América Latina*, México, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, pp. 255-275.

Hernández, Mario; Forero, Lucía y Torres, Mauricio, 2005, "Avances en salud del gobierno democrático de la Alcaldía de Bogotá", en *Observatorio Latinoamericano de Salud. Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Hernández, Mario y Torres, Mauricio, 2011, "Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema", en *Revista Medicina Social*, no. 5, pp. 177-181.

Labra, María y Giovanela, Ligia, 2007, "Estudio de caso Brasil. Construcción del Sistema Único de Salud y Participación de la Sociedad Civil", Río de Janeiro, inédito.

Massal, Julie, 2006, "El papel de los movimientos sociales en la consolidación democrática: reflexiones alrededor del caso ecuatoriano en perspectiva comparada", en *Colombia Internacional*, no. 63, enero-junio, pp. 108-127.

McAdam, Doug; Tarrow Sidney y Tilly, Charles, 2005, *Dinámica de la contienda política*, Barcelona, Hacer.

Melucci, Alberto, 1999, *Acción colectiva, vida cotidiana y democracia*, México, El Colegio de México.

Méndez, Iván y Torres, Mauricio, 2011, "Experiencias en América Latina, enseñanzas desde El Pulgarcito de América. El derecho a la salud se construye con la movilización social", Bogotá, inédito.

Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2005, *Conclusiones generales del Segundo Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social*, Bogotá, 17-20 de noviembre de 2004, Bogotá.

Múnera, Leopoldo, 2010, *Organizaciones estudiantiles y acción colectiva*. Documento de trabajo, Bogotá, inédito.

Porto-Gonçalves, Carlos Walter, 2001, *Geografías. Movimientos sociales, nuevas territorialidades y sustentabilidad*, México, Siglo XXI.

Rodríguez, Oscar, 1999, "Financiarización y flexibilización laboral en el Plan Nacional de Desarrollo 'Cambio para construir la paz'", en *Revista de Salud Pública*, no. 1, pp. 97-104.

-----, 2010, *Golpes para los usuarios de salud*, Bogotá, Observatorio de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.

Suárez, Edilma, 2003, "Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Comentarios a la Ley 715 de 2001", en *Revista Aquichan*, no. 3, octubre, pp. 9-15.

Tarrow, Sidney, 1997, *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*, Madrid, Alianza.

Tilly, Charles, 2004, *Social Movements. 1768-2004*, Boulder, Paradigm.

Torres, Mauricio, 2002, *Experiencia de organización y movilización social: iniciativa por el derecho a la salud, 2000-2002*, Bogotá, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Inédito.

-----, 2004. "Colombia, el dilema de la reforma a la salud: continuidad o ruptura", en *Le Monde Diplomatique*, no. 29, pp. 8-9.

-----, 2006, "ISS: crónica de una muerte anunciada", en *Désde Abajo*, no. 116, pp. 4-5.

-----, 2008a, "Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado", en *Saúde em Debate*, no. 32, pp. 207-219.

-----, 2008b, "Batalla de ideas en salud", en *Le Monde Diplomatique*, no. 65, pp. 7-8.

-----, 2010a, "Colombia: declaratoria de emergencia social. Salvavidas para el negocio de la salud", en *Le Monde Diplomatique*, no.86, febrero, pp. 2-3.

-----, 2010b, "Iniciativas en salud del gobierno nacional. Reemergencia en salud", en *Desde Abajo*, no. 162, octubre, pp. 2-3.

-----, 2010c, "Legislar para el negocio. Ahora los 'planes voluntarios de salud'", en *Desde Abajo*, no. 164, diciembre, pp. 2-3.

-----, 2011, "El cartel de la salud. La Ley 100 es un negocio, no un sistema de garantía del derecho a la salud", en *Desde Abajo*, no. 169, mayo, pp. 2-3.

Torres, Mauricio y Luna, Jairo, 2008, "El caso colombiano: la salud de los y las trabajadoras, negocio de mercado", en Torres, Mauricio, editor, *Informe*

continental sobre el derecho a la salud en el trabajo, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Red de Salud y Trabajo, pp. 87-111.

Torres, Mauricio y Paredes, Natalia, 2005, "Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas", en *Gerencia y Política de Salud*, no. 4, julio, pp. 169-185.

Uribe, Mónica, 2009, "La dinámica de los actores en la implantación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003)", en *Gerencia y Política de Salud*, no. 8, diciembre, pp. 44-68.

Más allá del 16 de mayo de 1934

Protesta estudiantil
en Colombia, 1975-1984

Por Jaime A. Cely B.