

Luchas y discursos por el derecho a la salud en tiempos de pandemia: ¿una demanda en movimiento?*

Struggles and discourses for the right to health in times of pandemic: a demand in motion?

Lutas e discursos pelo direito à saúde em tempos de pandemia: uma demanda em movimento?

Giovanni Mora-Lemus**

Universidad Monserrate, Bogotá, Colombia

REV. COLOMB. SOC. VOL. 46, N.º 1 ENE.-JUN. 2023 ISSN: impreso 0120-159X-electrónico 2256-5485 BOGOTÁ-COLOMBIA PP. 139-168

Cómo citar: Mora-Lemus, G. (2023). Luchas y discursos por el derecho a la salud en tiempos de pandemia: ¿una demanda en movimiento? *Revista Colombiana de Sociología*, 46(1), 139-168.

DOI: <https://doi.org/10.15446/rcs.v46n1/101346>

Este trabajo se encuentra bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0.

Artículo de reflexión

Recibido: 28 de febrero del 2022 Aprobado: 3 de septiembre del 2022

* Este artículo se deriva de la participación del autor en el grupo de investigación Presidencialismo y participación en la Universidad Nacional de Colombia (Unijus-Unal).

** Magister en Estudios Políticos de la Pontificia Universidad Javeriana, profesor de investigación social de la Universidad Monserrate.

Correo electrónico: giovanni.mora@unimonserate.edu.co -ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1576-3559>

Resumen

La situación de pandemia global de los últimos años ha llevado a poner el foco en los sistemas de salud. En Colombia, antes y durante de la emergencia sanitaria, se han generado conflictos y movilizaciones por el derecho a la salud y un debate concomitante sobre la forma como se concibió el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El presente artículo ubica al lector/a en la valoración que hacen los grupos subalternos sobre el sistema de salud, pasando revista por sus demandas y propuestas. Además, aporta una perspectiva crítica acerca de la lucha hegemónica que en el campo de la salud se está dando en la actualidad. El texto se construyó con una perspectiva epistemológica interpretativa y crítica y un enfoque cualitativo. Se combinaron técnicas como la observación participante y el análisis de los discursos y los pronunciamientos de los activistas publicados en las redes sociales por organizaciones gremiales, sindicales y comunitarias disimiles, así como de conferencias, ponencias y trabajos académicos difundidos en revistas o periódicos alternativos en los últimos años.

Palabras clave: derecho a la salud, hegemonía, movimientos sociales en salud, pandemia de covid-19, violencia sanitaria neoliberal.

Descriptores: Colombia, pandemia, salud, sistema de salud.

Abstract

The global pandemic situation of recent years has led to focus on health systems. In Colombia, before and during the health emergency, conflicts and mobilizations have been generated around the right to health and its concomitant debate on the way the General Social Security Health System was conceived. This research article situates the reader in the assessment made by the subaltern sectors of the health system, reviewing their demands and proposals. It also provides a critical perspective on the hegemonic struggle that is currently taking place in the health field. The text was constructed from an interpretative and critical epistemological perspective, and a qualitative approach. It combined techniques as participant observation, analysis of the speeches and pronouncements of activists posted on social networks, by dissimilar trade union, and community organizations, as well as conferences, lectures, and academic papers published in alternative journals or newspapers in recent years.

Keywords: hegemony, neoliberal health violence, covid-19 pandemic, right to health, social movements in health.

Descriptors: Colombia, health, health system, pandemic.

Resumo

A situação pandêmica global dos últimos anos levou a um foco nos sistemas de saúde. Na Colômbia, antes e durante a emergência sanitária, geraram-se conflitos e mobilizações pelo direito à saúde e um debate concomitante sobre como o Sistema Geral de Segurança Social na Saúde foi concebido. Este artigo de investigação situa o leitor na avaliação do sistema de saúde dos sectores subalternos, revendo as suas exigências e propostas. Também fornece uma perspectiva crítica sobre a luta hegemônica que ocorre atualmente no campo da saúde. O texto foi construído a partir de uma perspectiva epistemológica interpretativa e crítica, utilizando uma abordagem qualitativa. Foram combinadas **técnicas** como a observação e análise dos discursos e pronunciamentos dos ativistas publicados em redes sociais, por organizações de grêmios, sindicais e comunitárias diferentes, bem como conferências, artigos e trabalhos académicos publicados em revistas ou jornais alternativos que vários deles fizeram nos últimos anos.

Palavras-chave: direito à saúde, hegemonia, movimentos sociais na saúde, pandemia da covid-19, violência sanitária neoliberal.

Descritores: Colômbia, pandemia, saúde, sistema de saúde.

Introducción

El presente artículo de reflexión analiza el movimiento social por el derecho a la salud, teniendo en cuenta la crisis del sistema de salud colombiano y el contexto de la pandemia generada por el covid-19. El lector o lectora encontrará una somera contextualización de la Ley 100 de 1993, antes y después de ella, puesto que consideramos pertinente ubicar el contexto sociopolítico en el que se empieza a gestar este tipo de lucha subalterna. Asimismo, el artículo analiza: los diferentes proyectos políticos que antagonizaron en la construcción de la Ley 100 y el sistema de salud, con sus características particulares, mercantilizado y hospitalocéntrico, que obedece a este proceso; además, da luces sobre la violencia sanitaria neoliberal que ha estado antes y en el transcurso de la pandemia, cuyo modelo de atención no cambió con la emergencia sanitaria. Luego se describen las dinámicas del movimiento social por el derecho a la salud, interpretadas mediante el concepto de *estructura de oportunidad política*, en diálogo con el enfoque gramsciano de subalternidad y de hegemonía. Asimismo, se indaga por el diagnóstico que hacen voceros y líderes de este movimiento sobre el actual estado de cosas y los diferentes conflictos que genera la forma en que se concibió el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) colombiano. El texto refiere, además, las demandas y propuestas que este movimiento subalterno ha venido construyendo en los últimos años y que tomaron especial relevancia en la situación pandémica. El último acápite trata sobre la lucha por la hegemonía en el campo de la salud y sobre los principales derroteros que tiene el movimiento social por el derecho a la salud en el futuro próximo.

Metodológicamente, este texto se construyó utilizando como fuentes los pronunciamientos de los activistas difundidos en las redes sociales, así como conferencias, ponencias y trabajos académicos publicados en revistas o periódicos alternativos en los últimos años. Asimismo, se hizo observación participante de algunas actividades organizadas por el movimiento social por el derecho a la salud en la ciudad de Bogotá. Además, se analizaron comunicados de distintas organizaciones gremiales, sindicales y comunitarias desde una perspectiva interpretativa y crítica de valoración del discurso y la praxis de este movimiento social.

Antecedentes de la Ley 100 de 1993

A mediados de la década del setenta del siglo xx, se organizó en Colombia el Sistema Nacional de Salud y el Plan Nacional Hospitalario. Además, “se pretendió integrar al Instituto Colombiano de Seguros Sociales al Ministerio de Salud, y se destinaron quince millones de dólares para los programas de salud materno-infantil y planificación familiar en el país, provenientes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)” (Urrego, 2016, p. 67). La perspectiva económica y política del modelo de desarrollo latinoamericano estuvo a cargo de organismos como la Comisión Económica para América Latina (Cepal), cuya intención desarrollista era la de proteger la salud y los demás servicios sociales de los asalariados y a la ciudadanía

en general; sin embargo, por efectos de las deficiencias presupuestarias, la crisis hospitalaria se presentaba paralelamente con la restructuración del sistema de salud en el gobierno de Alfonso López Michelsen (Urrego, 2016). El sistema de salud correspondía al de una sociedad desigual en la que cada clase social accedía a una institucionalidad fragmentada y clasista.

Era un sistema que pretendía, desde la perspectiva biologicista de la Teoría General de Sistemas-TSG, contar con subsectores que aceptaban el legado del pasado: un subsector denominado oficial para los pobres, a cargo del Estado; otro denominado seguridad social, para los trabajadores formales; y otro denominado privado para los ricos. Esto significa que la lógica de este sistema sostenía las viejas diferencias según la capacidad de pago de las personas. (Hernández, 2002, p. 466)

Aunque el trabajador contaba con el Instituto de Seguros Sociales (ISS), creado en 1946, este no solo atendía la salud del obrero, sino las pensiones y los riesgos laborales, pero, en general, con baja cobertura del sistema, mientras que el asalariado no podía asegurar a su núcleo familiar, siendo los casos de maternidad la excepción a la regla. Los hospitales de beneficencia funcionaban con recursos públicos y buena parte de ellos eran regentados por comunidades religiosas. De su lado, las clases altas contaban con una red privada de servicios médicos. Por otra parte, los vastos sectores campesinos, indígenas y afrodescendientes llevaban décadas sin gozar de aseguramiento, pero mantenían sus saberes ancestrales y rurales para enfrentar las enfermedades que padecían en los territorios.

En cuanto a la salud pública, la injerencia de la Fundación Rockefeller (FR) en Colombia y Latinoamérica fue definitiva, aunque las concepciones sobre la sanidad pública deben rastrearse más atrás. Durante los siglos XVIII y XIX, en Europa se desarrollaron dos concepciones acerca de las enfermedades que azotaban a la población, particularmente la lepra y la peste. La primera se trataba con la expulsión y el destierro de los individuos que la padecían, es decir, se operaba con la lógica de una *medicina de exclusión*; la segunda tenía como instrumento la cuarentena y buscaba aislar y vigilar a los individuos enfermos (Eslava, 1998). Estas dos concepciones se convirtieron en paradigma dominante que colonizó los demás saberes no europeos. De esta forma, operaba el colonialismo intelectual en la salud pública para los gobiernos y las poblaciones latinoamericanas. Y cuando la FR se interesó por enfermedades tropicales como la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria, la manera de atacarlas fue implementando campañas de erradicación (Eslava, 1998).

Así, la FR realizaba estudios epidemiológicos sobre este tipo de enfermedades en los países latinoamericanos y, en el caso colombiano, conceptuaba sobre la pertinencia o no de mantener los barcos en cuarentena en los puertos estadounidenses. Las ayudas financieras eran importantes para un Estado cuyo fisco era débil y la respuesta institucional frente a estos desafíos de salud pública era precaria.

La cooperación de la fr también se efectuó a partir de trabajos dirigidos a la erradicación de la fiebre amarilla en Bucaramanga (1922-1923), al estudio de la malaria (1932), a la creación del Laboratorio de Higiene Pública de Barranquilla y la Escuela de Inspectores (1933), al estudio de la fiebre amarilla en zonas rurales y selváticas (1933) y a la implementación de la Unidad Sanitaria de Pereira (1934). (Guzmán, 1996, citado por Eslava, 1998, p. 107)

Los modelos sanitarios en Colombia y sus concepciones sobre el quehacer de la salud pública estuvieron marcados por la influyente concepción estadounidense. “Este influjo estará presente en el establecimiento de las prioridades nacionales, en la orientación de las políticas y los planes sanitarios y en la formación del recurso humano en salud pública” (Eslava, 1998, p. 107).

Así, siguiendo a Eslava, la estructura sanitaria del país se construyó en línea con los procesos modernizadores y los intereses foráneos, a consecuencia de lo cual aparecieron los institutos para el estudio y el tratamiento de las enfermedades endémicas: malaria y fiebre amarilla. Las becas de la FR buscaban, además, la formación de cuadros profesionales en universidades de Estados Unidos para reproducir este tipo de concepciones y enfoques sobre la salud pública (Eslava, 1998). La salud pública se concebía siguiendo la fórmula de vigilar y controlar, respondiendo también a los intereses de la burguesía agroexportadora nacional. La economía cafetera requería actualizar un sistema sanitario que controlara los puertos fluviales y marítimos y con ese fin se creó en 1913 la Dirección Nacional de Higiene (Eslava, 1998).

La ausencia de un movimiento sanitarista en Colombia, como el que se conoció en Brasil a principios del siglo xx, explica la dependencia del país en esta materia. Con la Política del Buen Vecino (1933-1945), implementada por EE. UU. para la protección del hemisferio occidental, los planes de salubridad y saneamiento, “más que responder a un diagnóstico concienzudo de los problemas específicos de la región”, buscaban “contrarrestar cualquier posible influencia que pudieran tener los países del eje Berlín-Roma-Tokio en los países latinoamericanos” (Eslava, 1998, p. 108).

A pesar de los problemas de cobertura y de dirección estratégica en los servicios de salud, el país contaba con una red de instituciones públicas, luego desmontadas con las reformas neoliberales. Los cuadros intelectuales de esta propuesta posicionaron el discurso de la salud pública y de la atención individual como resorte de los tecnócratas y expertos en finanzas públicas, desconociendo de tajo otras perspectivas sanitarias, como la medicina ancestral o social surgida en la academia latinoamericana desde los años sesenta.

Así, la gobernabilidad neoliberal sanitaria tuvo un primer escenario de lucha con la promulgación de la Ley 100 de 1993. El país transitó los primeros años de la década del noventa por distintos conflictos sociopolíticos entre sectores sociales, corporativos-privados, gremiales, académicos, sindicales, a propósito del enfoque que debería tener dicha ley y el consiguiente sistema de salud (Arrubla *et ál.*, 2012).

La constitución de 1991, entre los derechos y el mercado

Aunque la Constitución de 1991, entendida como mandato por la paz, los derechos y la democracia participativa, fue y sigue siendo el marco legal del modelo neoliberal. La pugna entre derechos y mercado ha sido la constante en las últimas décadas. La construcción de la Ley 100 fue conflictiva debido a los intereses opuestos que enfrentaban a empresarios, gremios, sindicatos, organismos multilaterales y la ciudadanía, con menor participación. En tal sentido, a partir de 1992, con el nuevo Congreso elegido, se configuraron tres corrientes de pensamiento sobre cómo debería operar el sistema de salud y seguridad social. Una de ellas la encabezó el ministro de salud Camilo González Posso, quien junto con sus asesores y respaldado por la Alianza Democrática M-19 (AD-M-19) concebían un sistema universal, financiado con recursos públicos, con una robusta red pública hospitalaria, descentralizado y con enfoque territorial. El sistema debía operar, además, mediante la estrategia de la atención primaria en salud para prevenir la enfermedad y promocionar la salud (Arrubla *et ál.*, 2012, p. 62).

La segunda propuesta estuvo a cargo de los intelectuales tecnócratas del Departamento Nacional de Planeación (DNP) e impulsaba la competencia entre entidades públicas y privadas y el cambio de enfoque: del subsidio a la oferta, pasando al subsidio a la demanda. El aseguramiento tenía que ser individual y la segmentación de la población por medio de dos subsistemas o regímenes, denominados más tarde como contributivo y subsidiado (Arrubla *et ál.*, 2012, p. 62). El propio Instituto de Seguros Sociales (ISS) conformó una propuesta para la reforma del sistema de salud y seguridad social. La encargada de la entidad en ese momento, Cecilia López Montaña, desde una perspectiva liberal-socialdemócrata impulsaba una propuesta de seguro universal administrado por el Estado. Aunque los defensores de esta idea aceptaban cierto nivel regulado de competencia, el monopolio del aseguramiento debía estar en manos del ISS (p. 63).

Aunque sectores de la academia, el sindicalismo, los partidos políticos de oposición –como la Unión Patriótica– y, en ocasiones, el gremio médico estuvieron en el proceso político de reforma, no presentaron una propuesta alternativa. Finalmente, después de coyunturas políticas de alta tensión, la perspectiva del DNP fue la que triunfó en la lucha político-ideológica. Por lo tanto, el país se vio abocado a una concepción mercantilizada de la salud donde primó la idea de un servicio ofrecido por agentes privados por sobre la salud como un derecho humano.

En este sentido, es de anotar que la dinámica sociopolítica de la reforma articuló los intereses de los empresarios del aseguramiento en salud y de las altas esferas gubernamentales a las propuestas internacionales que configuraron su agenda sectorial bajo tres ejes centrales: el control de costos de la asistencia médica, el incremento de la participación de los usuarios en el aparataje financiero de los mercados del aseguramiento y la introducción de mecanismos empresariales como estrategia para conseguir mejores logros en términos de equidad y eficiencia. (Arrubla *et ál.*, 2012, p. 82)

En efecto, los procesos de globalización neoliberal iniciados en los ochenta repercutieron en la *cuestión social* y específicamente en el sector salud. Aunque el Estado social de derecho fue el horizonte propuesto por la Constitución de 1991, a tal punto que se convirtió en un referente legal y político para la ciudadanía y los movimientos sociales en general, la Ley 100 concibió la salud como un servicio, así:

Del servicio público de seguridad social. La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley. (Art. 4)

En la última década del siglo xx, la Ley 100 reunió los servicios de salud, pensiones y riesgos profesionales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss). El principio ideológico neoliberal argüía que lo privado era eficiente y lo público/estatal ineficiente. La aparición de la Empresas Promotoras de Salud (EPS) corrió en paralelo con la sistemática privatización de la red pública hospitalaria. Los hospitales públicos que sobrevivieron pasaron a denominarse Empresa Social de Estado (ESE) y debieron comenzar a vender servicios de salud como cualquier EPS.

La mercantilización de la salud y de la agenda social está determinada por el modelo económico neoliberal, el cual contradice los principios del Estado social de derecho. Aunque hay un reconocimiento formal de los derechos individuales y colectivos, a contrapelo, el neoliberalismo constriñe al Estado social de derecho y a las políticas sociales para que sean formuladas y operadas en la lógica de la rentabilidad, la focalización y las ganancias de los intereses privados. Sobre esta oposición derechos/mercado anota Torres Tovar:

En la Ley 100 de 1993 subyace una comprensión de la salud como un bien de consumo privado, responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, en donde el Estado, a través de una política de focalización de subsidios, incorpora a los miembros de la comunidad que no tienen capacidad económica. Esta política que ha orientado la salud en el país durante los últimos diez y ocho años ha consolidado la concepción de salud como una mercancía, alejando las políticas públicas de la comprensión de la salud como un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado a todos los ciudadanos. (2005, citado por Torres, 2013, p. 39)

Como respuesta a la sistemática violación del derecho a la salud, la ciudadanía y las organizaciones sociales han utilizado la acción de tutela para la exigencia del derecho. Es necesario anotar que este recurso consiste en interponer ante un juez de la república una acción legal que le permita restituir los derechos fundamentales cuando los ve constreñidos. Valiéndose del artículo 86 de la Constitución Política de 1991, cientos de

miles de ciudadanos interpusieron este recurso para proteger el derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida.

Por más de veinte años la salud de la ciudadanía se amparó por vía del derecho a la vida, en un marco socioeconómico neoliberal, de competencia y mercado regulado, que definió a la salud como un servicio. Los informes de los organismos estatales protectores de los derechos humanos, como la Defensoría de Pueblo, señalan que las tutelas están relacionadas con servicios negados o limitados que están contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Los estudios de tutela en salud de la Defensoría del Pueblo han revelado que el contenido más frecuente en las tutelas interpuestas han sido los exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas, los medicamentos, cirugías, tratamientos, prótesis y órtesis, citas médicas y procedimientos [...]. Esto que demandan las tutelas en su mayoría hace parte del pos, es decir que está financiado con la upc¹ y por lo tanto las eps no deberían negarlo en ningún momento. (Torres, 2013, p. 100)

Así, las acciones de tutela registraron un constante incremento año tras año, lo que resaltaba la falta de eficiencia del sector privado como el mayor operador del sistema, en contravía de lo dicho por los intelectuales-tecnócratas cuando argumentaban la necesidad de las privatizaciones aduciendo el principio ideológico de la *ineficiencia* de lo público/estatal. El constante desconocimiento del derecho a la salud, aunado a la invisibilización de los sistemas alternativos de salud ancestrales, afrocolombianos y campesinos, han generado un nuevo tipo de *violencia sanitaria neoliberal*.

Violencia sanitaria neoliberal

Las barreras de acceso al goce efectivo del derecho a la salud y a la vida, la vulneración sistemática del derecho a los servicios contemplados en el POS y la mercantilización de los derechos sociales han traído *violencia sanitaria*. En la academia, algunos salubristas que forman parte del movimiento social han estudiado este fenómeno. Por ejemplo, en su tesis doctoral, Adriana Ardila propone esa perspectiva:

Así, al hablar de violencia sanitaria neoliberal, no solo le daremos al concepto general de violencia estructural la singularidad de su presencia en el terreno sanitario; también avanzaremos en mostrar cómo una estructura socialmente construida para el cuidado de la

1. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor *per cápita* que reconoce el SGSSS a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio o Complementario de Salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad o tecnologías específicas. La UPC tiene en cuenta los factores de ajuste por género, edad y zona geográfica, para cubrir los riesgos de ocurrencia de enfermedades que resulten en demanda de servicios por parte de los afiliados a cualquiera de los regímenes vigentes en el país.

salud de las personas, como el sistema de salud colombiano, al ser diseñada y sistemáticamente ajustada bajo preceptos neoliberales, termina constituyéndose en espacio de vulneración y de maltrato. (2016, p. 23)

Otra manifestación de esta violencia sanitaria tiene que ver con la proletarización y precarización de la profesión médica. A mediados del siglo pasado la profesión médica, en su mayoría ejercida por hombres, recibía una recompensa económica producto de su consulta privada. Sin embargo, las reformas neoliberales han impuesto a los galenos la venta de su fuerza intelectual de trabajo y la exigencia de ser más eficientes con el manejo del tiempo de atención y con el uso de los recursos tecnológicos especializados. En la misma dirección, la jornada de trabajo del médico general se ha ido incrementando paulatinamente; en 1967 el tiempo de atención con los pacientes era de cinco horas diarias y en 1976 se legalizó en ocho horas. Hoy asistimos a una explotación de la profesión médica, de modo que el profesional debe demorarse con el paciente 20 minutos y debe trabajar en varios sitios para llegar al nivel de salario que ambiciona. Así lo confirma el estudio ya citado: “estos doctores no almuerzan, corren de aquí para allá, no descansan y además cada jornada al sentarse en sus escritorios siguen conviviendo minuto a minuto con el reloj” (Ardila, 2016, p. 71).

La violencia sanitaria tiene otras dimensiones importantes de comentar, relativas a la deshumanización y descuidanización. Estos dos elementos apuntan al trato dado al sujeto que llega a los servicios de salud, donde pierde su condición de ciudadano, persistiendo en ser considerado prioritariamente como *paciente* y más recientemente como *usuario*. Así, la práctica médica se ha desconectado del sujeto y lo ha constituido más bien como un objeto de intervención o de estudio, alguien que con paciencia aguarda a que se lo examine, trate o intervenga. En tal sentido, analiza Ardila lo siguiente:

El tránsito de “mi paciente” a “el paciente”, “el usuario” y últimamente “el cliente” es causa y consecuencia lingüística de la doble expropiación cometida al incorporar el binomio eficiencia-productividad: al profesional se le expropia el compromiso incondicional y primero con su paciente para que preste atención (en el doble sentido de la palabra) al gasto que ese paciente encarna. (2016, p. 75)

Después de este análisis sobre el contexto sociopolítico en el que ha navegado el movimiento sanitarista, pasemos a profundizar en sus demandas. Esta acción colectiva ha venido madurando una visión no mercantilizada del sistema y, además, ha construido críticas y alternativas a la forma de operar del SGSSS, sin perder de vista los determinantes sociales de la salud y la coyuntura de la emergencia sanitaria.

Oportunidad política, subalternidad y derecho a la salud

Aunque la Constitución de 1991 ha sido el marco jurídico propio del modelo neoliberal, promovido por el Banco Mundial, fue de suyo una

oportunidad política para los movimientos subalternos. Siguiendo el enfoque de la estructura de oportunidad política (EOP) entendemos que “las señales continuas, aunque no necesariamente permanentes, formales o a nivel nacional, percibidas por los agentes sociales o políticos [son las] que les animan o desaniman a utilizar los recursos con que cuentan para crear movimientos sociales” (Tarrow, 1999, p. 89).

La Ley 100 permitió la entrada de las empresas privadas y los intereses corporativos al ámbito de la seguridad social ligado a la salud, las pensiones y los riesgos profesionales. Sin embargo, el espíritu constituyente que simuló al país como un Estado social de derecho, ha sido instrumentalizado por los movimientos subalternos como una oportunidad política para sus demandas sociales.

Debido a la utilización sistemática de la tutela y a las presiones ciudadanas y del movimiento sanitarista, la Corte Constitucional emitió varias sentencias donde exhortó al Estado a garantizar el derecho a la salud, a la seguridad social y a la vida. El alto tribunal ha buscado, además, que el SGSS opere de manera garantista y no mercantilizada. Con las sentencias T-926 de 1999, T-859 de 2003, T-760 de 2008, T-161 de 2013, T-171 de 2018, T-001 de 2021, T-017 de 2021, dictaminó que la salud es un derecho fundamental y autónomo, que la integridad física y la dignidad humana también son derechos y que las personas en condición de discapacidad tienen derecho a la salud y a una rehabilitación integral.

Esta interpretación de la Constitución de 1991 fue la base para que el movimiento sanitarista formulara el proyecto de Ley Estatutaria 1751 de 2015. Así se empezaba a concebir la salud, desde este alto tribunal, no como servicio, sino como derecho fundamental autónomo, cuya prestación debe ser garantizada, regulada y protegida por mecanismos precisos; una ventana de oportunidad que fue aprovechada por el movimiento social de la salud.

Entre las organizaciones que formaron parte de la propuesta están: la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud (CSR) (organismo creado por la Corte Constitucional en el año 2008), la Gran Junta Médica Nacional², la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR) y la Federación Médica Colombiana (FMC). Otra parte del movimiento estuvo representada en la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), conformada por 93 organizaciones sociales. El proyecto estuvo acompañado por 18 parlamentarios de seis partidos políticos de distintas orillas ideológicas (Corcho, 2017).

Desde una perspectiva gramsciana, este movimiento sanitarista puede ser valorado como una acción colectiva subalterna, ya que el movimiento por el derecho a la salud “ha logrado construir una autonomía relativa que se puede visualizar en su discurso y práctica política, debido a que ha

2. Constituida por las organizaciones gremiales, académicas y científicas médicas que representan al cuerpo médico nacional, coordinada por la Academia Nacional de Medicina.

buscado ser reconocido frente al Estado como un actor de interlocución permanente” (Mozos y Mora, 2015, p. 53).

Ahora bien, si se entiende la categoría subalternidad en un sentido amplio, no como alusiva a sectores marginalizados o a las clases inferiores de la sociedad, sino para denotar cómo luchan poblaciones marginadas y oprimidas contra la globalización hegemónica, se ve que tal categoría

... 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 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 solo pasiva sino propositiva; además puede ser estratégica en el sentido de un cambio social total. (Mozos y Mora, 2015, p. 56)

Aunque Colombia tiene una jurisprudencia progresista, encabezada por las sentencias de la Corte Constitucional y la Ley Estatutaria 1751, que lograron la protección judicial del derecho a la salud como derecho fundamental y autónomo, estos arreglos legales-formales no han logrado trastocar la lógica del actual modelo de salud, que sigue operando con miras a la rentabilidad privada y con el protagonismo progresivo del capital privado nacional y, últimamente, transnacional.

Ahora bien, una estructura de oportunidad política opera en dos planos: el nacional y el internacional. Siguiendo con la propuesta de Sidney Tarrow, la investigadora Kathryn Sikkink señala que “necesitamos analizar en forma sistemática las estructuras de oportunidades políticas transnacionales, esto es, debemos ver cuáles son las dimensiones congruentes del entorno político regional o internacional que ofrecen incentivos para la acción colectiva” (2003, p. 308). Esto no significa que una estructura de corte internacional o regional excluya a una nacional, sino, más bien, que existe una interacción dinámica entre los dos planos, porque “una estructura política regional o internacional no desplaza a la estructura de oportunidades nacionales, sino que interactúa con ella” (p. 309).

Así, el movimiento por el derecho a la salud encuentra ventanas de oportunidad internacional en la perspectiva de la Organización de Naciones Unidas referidas a la promoción de los derechos sociales, económicos y culturales, y, además, en los postulados de la Conferencia de Alma Ata de 1978, momento en el cual se posicionó la atención primaria en salud y la concepción de salud impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1948, según la cual “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto último, no para reproducir este enfoque reduccionista de la OMS, sino para trascenderlo.

Sin embargo, cuando se mundializan las resistencias a ver la salud como derecho, hay espacios transfronterizos impulsados por redes nacionales

que se articulan con luchas subalternas regionales por sistemas de salud equitativos. En tal sentido trabajan la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (Alames) y el Movimiento por la Salud de los Pueblos (People's Health Movement- PHM), escenarios internacionales en donde participan varios académicos y líderes sociales colombianos.

Un sistema de salud colapsado

El movimiento sanitarista mantiene una tensión con el Estado por la privatización de los sistemas de salud y la mercantilización de un derecho (Mozos y Mora 2015). Pero, además, los sectores subalternos han actualizado el discurso en los últimos años, al afirmar que no cabe duda de que “el sistema general de seguridad social en salud, creado por la Ley 100 de 1993, colapsó” (Hernández, 2008).

Ya no se trata únicamente de denunciar la privatización del sistema, ni las barreras de acceso, para que las EPS sean sancionadas por organismos de control, como la Superintendencia Nacional de Salud. El colapso del sistema no se resuelve con reformas administrativas, por lo que es imperativo que la ciudadanía comprenda que el modelo debe cambiar radicalmente (Producción F.M.C., 2019). Los síntomas del colapso se evidencian en la falta de un sistema de información oportuno y veraz que permita conocer el estado de cuenta de los recursos públicos que manejan las EPS y en el número de tutelas, que sigue siendo alto, a lo que se le suma la poca capacidad financiera de las EPS ante situaciones de riesgo, como la que vivimos en pandemia. Así, mientras el país atravesaba por el cuarto pico de la pandemia, a propósito de la variante Ómicron, la Superintendencia Nacional de Salud ordenaba en enero de 2022 la liquidación de la EPS Coomeva, con 1,2 millones de ciudadanos afiliados en 24 departamentos a la otrora empresa privada de salud, que se trasladaron a otras entidades. Las razones esgrimidas por la entidad de control para tal decisión fueron categóricas:

La eps Coomeva no garantizaba a sus afiliados el acceso a los servicios de salud y ponía en riesgo la atención a la población gestante, a los menores de edad y a los pacientes con enfermedades de alto costo (cáncer, insuficiencia renal, vih y hemofilia). (El Colombiano, 2022)

Así, la violencia sanitaria descrita más arriba se confirma con este botón de muestra: porque es continua la caracterización de la ciudadanía como simples afiliados y/o pacientes que, ante este nuevo caso de liquidación de su EPS, serán asignados a otras, sin respetar la soberanía que cada ciudadano tiene de escoger libremente su entidad promotora de salud.

En el sistema opera una clasificación entre pacientes con enfermedades de “alto costo” y otros cuyos padecimientos no generan costos mayores a las EPS³. Asimismo, muestra que sigue primando la concepción de la salud como

3. Se consideran enfermedades de alto costo aquellas que tiene gastos muy altos derivados de tratamientos y medicamentos debido a su grado de complejidad o

un servicio antes que como un derecho, visto que, como indicó el abogado Pablo Bustos, presidente de la Red Nacional de Veedurías, esta liquidación de Coomeva era producto de un novedoso cartel de los embargos, integrado por una mafia corrupta de jueces, funcionarios públicos encargados de realizar los repartos de las demandas, abogados litigantes de la República y gerentes de las EPS, que operaría en el sector de la salud en ciudades como Bogotá, Bucaramanga y Barranquilla instaurando millonarias demandas contra los recursos parafiscales que constituyen el brazo financiero de liquidez que proviene del Sistema General de Participación que llega a las Cuentas Maestras Recaudadoras de las EPS y que solo se pueden destinar para la atención en salud de los afiliados.

De igual manera, Bustos denunció que en algunas Instituciones Prestadoras de Servicio –IPS–, hospitales y clínicas estarían cobrando por un servicio hasta tres veces el valor real para inflar la cifra de deudas que aumentan el valor de lo requerido por el paciente. Entonces cuando surgen las demoras en el pago, los prestadores del servicio inician cobros jurídicos a las eps y allí aparece el Cartel de los Embargos, red mafiosa que beneficia a una serie de profesionales corruptos que vienen saqueando las arcas de la salud en el país. (Serrano, 2021)

Durante el gobierno de Iván Duque se liquidaron 12 EPS por cuenta de sus graves problemas en el servicio; paralelamente, las EPS nacionales, con mejor músculo financiero han empezado a construir un oligopolio con transnacionales de la salud. Este movimiento de los actores del mercado es analizado por Román Vega, académico y activista del movimiento sanitarista en los siguientes términos:

Esos oligopolios se entrelazan a través de compañías farmacéuticas, cadenas multinacionales de hospitales y aseguradores privados y de compradores de insumos y tecnologías médicas. Al mismo tiempo, éstos se vinculan estrechamente con instituciones y funcionarios del Estado logrando construir estructuras y estrategias de acumulación de capital basadas en el despojo y la privatización de las instituciones públicas de salud y seguridad social, en el control de la autonomía de la práctica y la ética profesional, la explotación de la fuerza de trabajo, la imposición de las barreras de acceso a la atención, la ausencia de la prestación de servicios en las áreas rurales, y en la exclusión de los saberes y prácticas ancestrales de salud de comunidades indígenas, campesinas y afrodescendientes. (2021)

Este colapso se refleja, además, en los altos niveles de corrupción; en millonarios pagos a los gerentes de algunas EPS, como la desaparecida SaludCoop en cabeza de Carlos Gustavo Palacino; en la sistemática negociación de los servicios de salud y la sobrefacturación, como en el caso del cartel

especialidad y a la baja frecuencia con que ocurren. Son definidas y priorizadas por el Consejo de Salubridad General.

de la hemofilia, encabezada por los exgobernadores del Departamento de Córdoba, Alejandro Lyons y Edwin Besayle, en contubernio con el exsenador Musa Besayle.

En los últimos tres años, el colapso del sistema de salud del país también se agravó y se puso en evidencia por la pandemia de covid-19, con consecuencias que aún no logramos dimensionar. La respuesta institucional a este evento global ha tenido un acento hospitalocéntrico, muy acorde con la concepción del sgsss, que es precario en la atención en salud y en las acciones de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

... el énfasis de la respuesta está en aumentar las camas de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), reforzando el enfoque hospitalocéntrico del sistema, sin desarrollar el componente más importante desde el campo de la salud pública, la vigilancia territorializada con equipos de salud, para la detección de casos de forma temprana, lograr un aislamiento a tiempo, y hacer seguimiento a la condición de salud de las personas contagiadas, como lo han hecho Camboya, Vietnam, Cuba, Costa Rica, entre otros países que han tenido un control adecuado de la pandemia. (Torres, 2020, p. 26)

Aunado al hospitalocentrismo, el gobierno de Iván Duque resultó cuestionado por diferentes actores del movimiento social por la forma como afrontó la pandemia. El bajo número de pruebas de PCR practicadas en Colombia hace posible pensar que el número de contagiados y de muertos por covid-19 han sido aún mayor. Igualmente, en el cuarto pico de la pandemia, que empezó a finales de 2021, las EPS suspendieron las pruebas PCR, como forma de acatar las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social en la Circular No. 0017 del 7 de enero, donde se plantearon cambios en los lineamientos para definir el aislamiento preventivo, así como en los criterios para la toma de pruebas.

Asimismo, junto con la estrategia del ejecutivo de vacunación masiva, para lograr la inmunidad de rebaño y que una suficiente cantidad de personas adquirieran la enfermedad y desarrollaran anticuerpos, vino la “apertura gradual responsable” después de varias semanas de cierre total de las actividades económicas y el autocuidado.

... cuando no se había alcanzado el primer pico, el gobierno colombiano ya estaba hablando de la reapertura económica, y enviaba a 7 millones de trabajadores del área de la manufactura y la construcción a sus trabajos, [los funcionarios] descargan la responsabilidad en el “autocuidado”, [así que] en junio, se estaba emitiendo un acto administrativo de cuarentena con más de 40 excepciones, que le permitían prácticamente a la ciudadanía estar en las calles. (Corcho, 2020a)

La respuesta hospitalocéntrica a la pandemia fue equivocada, además, porque se enfocó en la compra de respiradores, descuidando otros elementos claves para el buen funcionamiento de este tipo de equipos médicos.

El gobierno pensó, entonces, que el confinamiento da tiempo para preparar las UCI en todas las ciudades del país. Y salió a comprar respiradores, olvidado que una cama de cuidado intensivo implica monitores, bombas de infusión, camas de cierta calidad y personal las 24 horas con una formación previa que implica tiempo y experiencia. (Hernández, 2021, p. 160)

Asimismo, el periodo de la pandemia sirvió para poner en marcha un singular estado de excepción que no se había visto en la historia sociopolítica del país sustentado en el estado de emergencia declarado mediante el Decreto 417 del 17 de marzo de 2020, con sustento en el cual la presidencia del Senado de la República aplazó durante 30 días el inicio del trabajo legislativo en los meses siguientes al inicio de la emergencia sanitaria y, por su parte, el gobierno expidió en un tiempo récord 72 decretos legislativos en los primeros meses del año 2020.

En este escenario, los trabajadores del sector salud actuaban en unas condiciones de flexibilización y precarización laboral, donde la contratación por orden de prestación de servicios es la modalidad más utilizada, tanto en las empresas sociales del Estado como en las EPS. Aunque estas condiciones laborales son parte de la crisis del sistema de salud, las presiones sobre la profesión médica han conducido a luchas gremiales después de la Ley 100, mientras que en esta coyuntura de pandemia el ejercicio ético y autónomo se constriñó aún más.

El conjunto de organizaciones sindicales del sector salud y de agrupaciones de profesionales de la salud ha venido denunciando –antes de la pandemia y con más intensidad durante ella– las graves condiciones laborales en que se encuentran sus afiliados, referidas a la ausencia de pago de salarios por meses a muchos de estos trabajadores, a que el grueso de personal está contratado de forma inestable por prestación de orden de servicios, y a las muy débiles o ausentes medidas de salud y seguridad en el trabajo, como se ha visto en esta pandemia. (Torres, 2020, p. 25)

La larga retórica televisada del presidente Iván Duque estuvo centrada en la ampliación de las camas UCI, el autocuidado, la apertura gradual responsable y la vacunación, como la respuesta institucional a la crisis pandémica. Lo anterior contrastó, en un primer momento, con la negación de la renta básica para sectores sociales más empobrecidos y la dilación que el gobierno colombiano tuvo cuando la comunidad internacional impulsó la idea de suspender temporalmente las patentes de vacunas y medicamentos covid-19 ante Organización Mundial del Comercio (OMC).⁴

4. Es necesario aclarar en este punto que el 16 de diciembre del 2021 el gobierno colombiano expresó su apoyo a la propuesta de liberación de patentes sobre métodos de diagnóstico, tratamientos y vacunas covid-19 mientras durara la pandemia (Médicos sin Fronteras, 28-dic-2021).

Según “Declaración conjunta de los gremios de la salud y el gobierno nacional”, hecha el 9 de mayo 2021:

El 7 de mayo el presidente de los ee. uu., Joe Biden, anunció su apoyo a la propuesta hecha desde el año pasado por India y Suráfrica a la Organización Mundial del Comercio de suspender temporalmente las patentes a las vacunas para que se pudieran producir rápida y simultáneamente en muchos países y así lograr en corto tiempo la producción y aprovisionamiento necesarios para cubrir al 70 % de la población mundial en un tiempo menor al que utiliza el virus para afectar a una cantidad cada vez mayor de personas en el planeta. La respuesta afirmativa e inmediata de más de medio centenar de países no se hizo esperar y Colombia, vergonzosamente, decidió abstenerse no una sino dos veces. (Federación Médica Colombiana, 2021)

El 26 de octubre de 2020, organizaciones sociales del sector salud realizaron un acto simbólico de protesta en la Plaza de Bolívar de Bogotá contra el proyecto de Ley 010 de reforma a la salud.

Este proyecto cuenta con el rechazo de más de 140 organizaciones e instituciones de todo el país, dado que no avanza en la garantía del derecho a la salud ni la dignificación de los trabajadores del sector, al contrario, retrocede respecto al derecho logrado en la ley estatutaria de salud. (Corcho, 2020b)

La nueva reforma fue valorada por activistas y académicos del movimiento como una estrategia para concentrar aún más el mercado de servicios privados de salud. Aunque se presenta como una “transformación” del sistema:

... se muestra como de avanzada, en tanto discursivamente sostiene la desaparición de las eps. Pero la creación de las Aseguradoras en Salud (as) es un eufemismo, y no es más que una estrategia de depuración del negocio del aseguramiento, para crear un oligopolio, asunto vislumbrado desde hace muchos años, y en el que han tratado de dar ese paso para afinar mucho más los negocios de la atención en salud. (Torres y Urrego, 2020)

Así, el gobierno Duque enfrentaba una pandemia con un sgsss colapsado y una salud pública debilitada, producto de las reformas sanitarias neoliberales. La intención política del gobierno era mantener el orden de cosas, reaccionando a las propuestas subalternas. Se confirmaba entonces el principio ideológico neoliberal: los sectores privados pueden vender servicios de salud y garantizar el derecho, de manera eficiente. Sin embargo, luego de meses de movilizaciones de diferentes sectores sociales, la Comisión Séptima del Senado de la República y la Cámara de Representantes negaron la propuesta de archivar el proyecto de Ley 010, por lo que continuaba siendo debatido al redactar este artículo (Vivas, 2021).

La Gran Coalición por los Trabajadores de la Salud ha denunciado que los empresarios y gerentes de las EPS no están tomando las medidas

suficientes para proteger al personal sanitario, en cuanto a los protocolos de bioseguridad. Esto se suma al desdén con que las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL) operaron en pandemia, frente a sus afiliados (Torres, 2020).

En síntesis, la pandemia por covid-19 develó los problemas estructurales del sistema de salud y, sumado a que las desigualdades sociales se agravaron con las reformas de cuño neoliberal,

... se trata de una afectación masiva y rápida, como ninguna otra en tan poco tiempo, que está develando la matriz de la desigualdad social del país, la fragilidad del sistema de salud mercantilizado y hospitalocéntrico y el debilitamiento progresivo de la salud pública y la autoridad sanitaria territorial. (Hernández, 2021, p. 155)

Las propuestas para salir del colapso

Para el movimiento sanitario es un imperativo volcar el sistema de salud hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La estrategia de atención primaria en salud es central en esta dirección. Equipos interdisciplinarios van a los territorios y son el primer enlace entre los servicios de salud y las comunidades (Producción F.M.C., 2019). De igual forma, los determinantes sociales de la salud, es decir, los factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, educativos y ocupacionales, que afectan la salud individual y colectiva, deben, a juicio del movimiento, ser parte central de la refundación del sistema. Desde la perspectiva de la OMS y de diferentes comunidades académicas, pensar la salud implica operar con una mirada integral a estas condiciones que la hacen posible o la deterioran.

Así, la propuesta del movimiento por el derecho a la salud exhorta a la conformación de una comisión de ministros de diferentes carteras, para que las políticas públicas sectoriales impacten la salud de una manera integral. El agua potable o la soberanía alimentaria, por ejemplo, son temas ajenos al Ministerio de Salud y, sin embargo, el acceso a ellos de manera oportuna y con calidad afecta de forma positiva la salud en los territorios (Producción F.M.C., 2019).

También implica una política de formalización laboral de los trabajadores de la salud: personal médico, de enfermería, técnico, auxiliares de enfermería y cuadros administrativos. Asimismo, para los profesionales de la salud y para una política laboral de la salud pública compleja e integral es imprescindible contar con expertos ambientales y de las ciencias sociales. En la coyuntura pandémica, ha quedado claro que los expertos en el comportamiento humano deben tener cabida en estos equipos interdisciplinarios.

En el Encuentro Distrital de la Mesa por el Derecho a la Salud realizado en agosto de 2016, el profesor Mario Hernández, de la Universidad Nacional de Colombia, señaló que el nuevo modelo debe manejar una perspectiva poblacional y territorial, pues “no es lo mismo el Chocó que el Chicó”

(diario de campo del autor)⁵. En efecto, la respuesta institucional deber ser consecuente con los perfiles epidemiológicos, culturales y territoriales de las diferentes regiones de Colombia. A su vez, un modelo alternativo de salud implica contar con una política de control sobre el precio de los medicamentos. En este mismo Encuentro, Hernández identificó, además, un problema de carácter ético en los profesionales del sector: “Muchos médicos y profesionales de la salud se han lucrado con el actual orden de cosas”. Autocrítica que el movimiento debe asumir con mayor decisión. En el mismo sentido, Víctor Currea-Lugo (2020) veía

... un sector salud fragmentado en sus diferentes agendas, incapaz de construir una propuesta de política de salud que les permita avanzar y sin el peso político para hacerlo. Y el peso político no lo tiene, porque dentro de la gente que se opone a la Ley 100, hay sectores que están a favor del mercado de la salud.

Después de la Ley Estatutaria en Salud, el Estado ha presentado diferentes políticas públicas que, a juicio de varios voceros del movimiento, van en contravía de lo dispuesto por la ley. También en el Encuentro Distrital de la Mesa por el Derecho a la Salud, Luis Alberto Martínez, vocero de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESA), afirmó sobre este particular:

La política de Atención integral en salud (pais) y su correspondiente Modelo de Atención Integral en Salud (mias), a pesar que utilizan elementos discursivos llamativos como la atención primaria en salud, siguen operando bajo una lógica mercantilizada en el marco de la Ley 100 de 1993 y el sgsss. (Diario de campo del autor)

De acuerdo con estas valoraciones, un nuevo modelo de salud debe implementar un sistema público descentralizado, con enfoque territorial y perspectiva intercultural, donde operen clínicas privadas y hospitales públicos. Estos últimos serían la columna vertebral del sistema, pero, además, se convertirían en centros de investigación donde se estudien las características étnicas, culturales y epidemiológicas de los espacios donde operan. Aunque la rectoría del sistema estaría en cabeza del Estado, no se pretendería la estatización del nuevo modelo.

La propuesta pública, territorial y cultural del nuevo modelo es de suyo subalterna. El movimiento sanitarista afirma que la respuesta institucional no puede estar sujeta a la capacidad de pago del ciudadano. Asimismo, entiende que la investigación debe estar a cargo del Estado y que la participación de la sociedad civil es un elemento central de la propuesta. En síntesis, se puede valorar esta experiencia como una propuesta antineoliberal, con una potencia capaz de aglutinar a otro tipo de subjetividades subalternas.

5. En Colombia los sectores sociales más empobrecidos se asientan en el departamento de Chocó, mientras que los sectores más pudientes o del estrato 6 de Bogotá se ubican en los barrios de La Cabrera, Chicó Norte, Los Rosales, Antiguo Country y El Nogal.

Una forma reticular de organización

El movimiento sanitarista ha ensayado una organización reticular en su forma de operar. Es una acción colectiva compuesta por diversidad de organizaciones: gremiales, sindicales, académicas, estudiantiles y comunitarias, entre otras. Aunque dichos sectores sociales han confluído en diferentes coyunturas que han generado intramovimientos, sigue faltando organicidad en su estructura organizativa. Y si bien no es apéndice de ningún partido político, sí ha contado con *aliados influyentes*. Siguiendo a Sidney Tarrow, una estructura de oportunidad política cambia cuando los movimientos sociales alinderan a su causa aliados que son influyentes en la arena política o estatal (Tarrow, 1999).

Este movimiento subalterno ha tenido varios escenarios de acción, donde confluye la pluralidad de sus organismos de base. En un primer momento, a principios de siglo XXI, tomó el nombre de Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, alcanzando en este escenario momentos de mayor y menor visibilidad pública. Luego, ante la coyuntura de los decretos de emergencia social del año 2009, en el gobierno de la “seguridad democrática”, el movimiento sanitarista se organizó bajo el paraguas de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA) y desde allí reaccionó a las disposiciones que radicalizaban el modelo mercantilizado.

Una vez pasada la coyuntura de esos decretos y que la Corte Constitucional declaró contrario a la Constitución dichos mandatos, los subalternos se organizaron en la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud. Paralelamente, se han desarrollado otras experiencias organizativas y de resistencia, como ocurrió con los trabajadores del extinto hospital San Juan de Dios, la Escuela Popular de Salud de la Mesa Intersectorial de Antioquia por el Derecho a la Salud (MIAS) y la Asociación de Trabajadores y Extrabajadores Enfermos de Colmotores (Asotrecol) (Torres *et ál.*, 2020).

Otros movimientos han ensanchado sus demandas sociales y han reclamado el derecho a la salud, sin hacer parte del movimiento sanitarista; por ejemplo, la experiencia del movimiento de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI), que considera los crímenes de odio homofóbico como un problema de salud pública; la Asociación Campesina del Valle del Río Cimitarra, quienes abordan el derecho a la salud a propósito del derecho a la tierra, el territorio y la soberanía alimentaria; y la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca, quienes han luchado por un sistema de salud propio e intercultural (Torres *et ál.*, 2020).

En tiempos de pandemia, el movimiento sanitarista se expresó en dos grandes escenarios: la Gran Coalición por los Trabajadores de la Salud y el Pacto Nacional de Unidad por la Salud y la Vida de todos los Colombianos y Colombianas. El primero de ellos demanda la protección salarial, los riesgos profesionales y los básicos protocolos de bioseguridad para los sanitarios, y el segundo exhorta a todos los sectores y movimientos sociales a la unidad. Ambos exigieron al gobierno nacional enfrentar la pandemia conforme a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Las luchas y movimientos por el derecho a la salud en Colombia han sido interpretadas desde diferentes enfoques teóricos. Desde la perspectiva de la contienda política (Torres, 2013) y propuestas imbricadas entre los enfoques de la contienda política, el construccionista de Alberto Melucci y los marcos de sentido (Borrero y Echeverry, 2011). Pero, además, se han hecho lecturas de cuño gramsciano en diálogo con el enfoque de la estructura de oportunidad política (Mozos y Mora, 2015). Así, esta última parte del artículo centrará su análisis en la hegemonía propia del campo de la salud, para identificar los desafíos próximos de este movimiento social.

Lucha por la hegemonía en el campo de la salud

Después de analizar las críticas al scsss y las demandas por un nuevo modelo, es necesario comprender desde la sociología política la disputa hegemónica propia del campo de la salud. En concreto y siguiendo una perspectiva gramsciana, se trata de trascender el sentido común anclado en las instituciones estatales, privadas, multilaterales y, además, en la sociedad civil, respecto de lo que se comprende por salud. Este es, a nuestro juicio, el principal desafío para los sectores subalternos que luchan por el derecho a la salud

Si se entiende lo hegemónico como “*participar* en una concepción del mundo *impuesta* mecánicamente por el ambiente exterior y, por tanto, por uno de los grupos sociales en que todos nos vemos automáticamente inmersos desde nuestra entrada al mundo consciente” (Gramsci, 1970, p. 6), se puede afirmar que en el campo de la salud opera idéntica lógica. Hay una concepción hegemónica de esta dimensión sensible en la vida del sujeto: la salud. Pero, además, y siguiendo a Gramsci, es posible concebir y construir de forma subalterna concepciones críticas y conscientes del mundo, es decir, contrahegemónicas: “participar activamente en la producción de la historia del mundo, ser guía de uno mismo y no aceptar pasiva y supinamente que nuestra personalidad sea formada desde fuera” (p. 6).

Se puede afirmar también que existe una concepción hegemónica de la salud y su correlato contrahegemónico. Acá la hegemonía no puede entenderse como un concepto cerrado, sino como un campo de disputa:

... la hegemonía nunca se acepta de forma pasiva. Está sujeta a la lucha, a la confrontación, a toda una serie de tironeos. Por eso quien la ejerce debe todo el tiempo renovarla, recrearla, defenderla y modificarla, intentando neutralizar a sus adversarios incorporando sus reclamos, pero desgajados de toda peligrosidad. (Kohan, 2006, p. 13)

El pensamiento hegemónico neoliberal sobre la salud y la manera de operar los sistemas y las políticas públicas del sector –que, además, es promulgado por los Estados y por organismos multilaterales como la OMS– entienden la salud humana como ausencia de enfermedad, acceso oportuno a los servicios, responsabilidad individual, que no colectiva ni estatal, y supeditada a la “salud” financiera de los recursos públicos. En tiempos de

pandemia, buena parte de la ciudadanía asoció la salud de manera simple con no contagiarse, pensamiento hegemónico que no necesariamente se logra establecer en los documentos oficiales e institucionales.

La ciudadanía ha naturalizado la forma en que opera el sistema, pese a las fallas estructurales que presenta. Aunque hay graves barreras de acceso que imposibilitan un servicio oportuno, se ha enraizado la idea de que las EPS deben funcionar de esa manera: aunque son malas, no hay más. Este sentido común refuerza la violencia sanitaria, pero esta vez consentida desde la orilla de la sociedad civil.

La hegemonía económica, política y cultural que opera en el campo de la salud reproduce la ideología neoliberal: la salud es un servicio, ofrecido por sectores privados, nacionales y/o transnacionales. En pandemia, esta misma lógica posicionó la noción de las vacunas como la exclusiva respuesta institucional, sumado a los discursos de autocuidado, la telemedicina y un fuerte acento en la responsabilidad individual: uso de tapabocas, distanciamiento social, respeto por las cuarentenas y no asistencia a eventos masivos.

En estos años se introdujo la noción de “picos epidemiológicos”, con las respectivas estadísticas de número de enfermos y muertos, como algo “natural” y funcional al crecimiento económico. El factor decisivo, según el pensamiento hegemónico en el campo de la salud, es la vacunación masiva, hasta conseguir la inmunidad de rebaño, puesto que las cuarentenas y los aislamientos masivos son aceptados por cortos periodos debido a los altos costos económicos. Así, consideramos que la hegemonía en el campo de la salud ha logrado ser efectiva, pues “una hegemonía bien efectiva es la que logra que la visión del grupo dominante se internalice como lo ‘natural’ en tanto parte constitutiva de la cultura” (Balsa, 2006, p. 18).

Se ha naturalizado, además, el papel de las farmacéuticas transnacionales por cuenta de la producción masiva de las vacunas. Aunque es evidente el oligopolio mundial, con sus respectivas tasas de ganancia, se ha fijado la idea de que son solo ellas las que tienen la capacidad instalada para la investigación científica, desplazando aún más a los Estados nación y a las universidades del monopolio del conocimiento. Para los investigadores Gonzalo Basile y Óscar Feo, el poder de las farmacéuticas, con su concomitante complejo farmacéutico global, implica abordar esta coyuntura a la luz de la siguiente categoría: *determinación internacional de la salud*.

... [que] se expresa en diferentes dimensiones y niveles, y permite demostrar el reduccionismo de la idea de que la producción de respuesta a los procesos salud-enfermedad descansa sobre lo que ocurre entre y al interior de cada Estado-Nación, sin vinculación fundamental o reconocimiento de las determinaciones geopolíticas sobre la salud y la vida en el Sur. (2021, p. 1)

Las determinaciones geopolíticas sobre la salud y la vida refuerzan, a nuestro juicio, el pensamiento hegemónico en salud. Acríticamente, los Estados nación del sur global y la ciudadanía han internalizado la idea de

la vacunación masiva como único medio para llegar a la inmunidad de rebaño y, de esta forma, salvar la vida. Sin embargo, se pierde vista que en décadas pasadas no se producían vacunas “en función de una acelerada lógica de acumulación de capital” (Basile y Feo, 2021, p. 1).

En tal sentido, el papel desempeñado por las farmacéuticas transnacionales en la actual crisis sanitaria es un elemento central para entender la lucha hegemónica en el campo de la salud. Aunque es innegable la necesidad de las vacunas en momentos de pandemia para una respuesta eficaz y masiva, no podemos soslayar que ellas

... son un bien público global necesario y componente específico pero insuficiente en una respuesta a una crisis epidemiológica, asumiendo que la prioridad es el cuidado integral de la salud colectiva que se mueve como un flujo en lo general en el metabolismo sociedad-naturaleza, en lo particular en los modos y estilos de vida y sistemas sanitarios que respondan a las determinaciones de la salud. (Basile y Feo, 2021, p. 2)

Así, la vacunación masiva impulsa un principio ideológico reproducido en los sistemas de salud contemporáneos: la vacuna es una mercancía, no un bien público global. Asimismo, ha servido de instrumento para atender una emergencia sanitaria sin transformar los modos y condiciones de vida de las poblaciones. El metabolismo social, con los respectivos conflictos socioambientales genera las desigualdades sociales, étnicas, de género y territoriales, que pasan a un segundo o tercer plano. Por ello, según Basile y Feo, las vacunas siempre se concibieron dentro del proceso de salud-enfermedad bajo la hegemonía de la biomedicina y la salud pública funcionalista (2021, p. 2).

Investigaciones de años anteriores, como la de Mauricio Torres Tovar, se han preguntado por qué no ha detonado el campo de la salud. Sin asumir una perspectiva gramsciana, sino desde el enfoque de la contienda política, el académico y activista del movimiento señalaba los siguientes aspectos. Primero, la profundización del modelo neoliberal, que impulsa la idea de una sociedad individualizada y demerita “las respuestas colectivas, asunto que se expresa claramente en el campo de la salud, dadas las características del modelo de aseguramiento individual que se tiene” (2013, p. 121). Un segundo aspecto señalado, que está en el campo de la comunicación política, es la habilidad del bloque hegemónico de hacer creer que el sistema de salud y seguridad social, aunque tiene problemas, es lo mejor que podemos tener, de modo que “han logrado a través de investigaciones académicas y de un trabajo en medios masivos de comunicación promover que el modelo es exitoso y que sus dificultades obedecen solo a situaciones menores que puede ser corregidas” (p. 122). Así mismo, el pensamiento hegemónico ha logrado anclar la ideología de la salud como una mercancía, a pesar de las movilizaciones sociales subalternas de las últimas décadas:

... estos hechos no lograron convocar un número importante de acciones colectivas, en donde aparece como un elemento explicativo

el hecho que la sociedad en general para ese momento se había adaptado a la idea de que la salud no es un derecho humano, ni un bien público, y que para obtenerla efectivamente se requiere una relación contractual y de pago. (Torres, 2013, p. 108)

Concebir de forma positiva la salud implica transformar los modos y las condiciones de vida, pero, además, los Estados. En la Conferencia Latinoamericana Caribeña de Refundación de los Sistemas de Salud. Reconstruyendo la esperanza desde el Sur, Román Vega, vocero del Movimiento por la Salud de los Pueblos y del Pacto por la Salud y la Vida, señaló lo siguiente:

Hay varias herencias: la primera la explotación del capital que privatiza los servicios de salud, explota a la naturaleza y a los trabajadores de la salud, en suma, precariza la vida. La segunda herencia: el racismo. Enraizado desde la colonia, que impusieron sus lógicas contra las poblaciones que habitaban estos territorios, los pueblos indígenas. O explotando a los afrodescendientes traídos para saciar las ansias de riqueza de los hacendados. Y la última herencia, el patriarcalismo, este último no puede entenderse sin las dos herencias anteriores. (Salud Internacional Clacso, 2021).

Así, siguiendo esta línea interpretativa, la lucha por la salud de los pueblos es integral e interseccional. El racismo, la explotación de la naturaleza, el patriarcalismo son procesos sociohistóricos que envilecen la salud. Pero, además, la respuesta a estos desafíos debe guardar similar interseccionalidad. Para Vega, refundar los sistemas de salud implica un proceso de democratización estatal y social, pues “no solo debemos cambiar los sistemas de salud, debemos transformar los Estados, democratizar los Estados”. Este horizonte marca una ruta para el movimiento sanitarista, que encuentra una oportunidad política endógena para construir agendas con otros movimientos de la sociedad civil que se resisten, como los ecologistas, feministas y antirracistas.

Asimismo, la participación de organizaciones y movimientos sociales es definitiva en la refundación de los sistemas de salud. La participación social y comunitaria pueden llevar a la consecución de sistemas centrados en la población, donde los saberes académicos interlocuten con los saberes ancestrales, afrodescendientes, campesinos y urbano-populares (Vega y Torres, 2011).

En síntesis, se evidencia una disputa ideológica que el movimiento sanitarista tiene con respecto al Estado, los agentes privados nacionales/transnacionales y los organismos multilaterales en el campo de la salud. Resulta determinante en esta lucha hegemónica comprender que el discurso de la salud proyecta un tipo de sociedad, que lleva a considerarla en términos de producto social atada a los modos y condiciones de vida. En palabras del Pacto Nacional por la Vida y la Salud, se ha de entender “la salud como las mejores condiciones para la realización de la vida humana

y no humana, próxima a la propuesta del *buen vivir* de nuestros pueblos originarios y afro, más allá de la atención de enfermos individuales” (2021).

Finalmente, consideramos que el movimiento sanitarista se ha movido en la contradicción que plantea el asumir un determinado enfoque en la relación sociedad-salud. Aunque la perspectiva de los *determinantes sociales de la salud* propuesta por la oms ha sido un referente, evidenciamos tensiones con la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, donde se proyecta la visión de la *determinación social de la salud*. “La comisión de la oms no analiza el proceso radical de acumulación económica/exclusión social, como eje de una reproducción ampliada de la inequidad social, ni tampoco aborda el metabolismo sociedad-naturaleza” (Breilh, 2015, p. 42).

Para autores como Jaime Breilh, el enfoque de los determinantes sociales no supera la noción de “factores de riesgo”, visión que no deja ver los procesos sociales generales y particulares del proceso salud-enfermedad en toda su historicidad y complejidad. De igual forma, la oms desconoció sistemáticamente las contribuciones a la teoría de la determinación social de la salud que desde la década del setenta del siglo pasado habían hecho intelectuales latinoamericanos (2015, p. 45). Este sistemático desconocimiento es, desde nuestra perspectiva, un reforzamiento del pensamiento hegemónico en el campo de la salud.

Discusión y conclusiones

La ausencia de un movimiento sanitario durante la conformación del sistema de salud en la segunda parte del siglo xx, sumado a que los grupos subalternos no contaron con una propuesta contrahegemónica ante la construcción de la Ley 100 de 1993, hicieron posible un sistema mercantilizado, hospitalocéntrico y sin una salud pública robusta. En otras palabras, un sistema capaz de producir violencia sanitaria. Con las luchas y movimientos por el derecho a la salud en los primeros años del siglo xxi, se empezó gestar una disputa en el campo de la salud. La Ley Estatutaria en Salud, por ejemplo, fue el resultado de la oposición subalterna del movimiento sanitarista a Ley 100 de 1993. y aunque el Estado reconoció el derecho a la salud como fundamental, el sistema continúa operando con una lógica mercantilizada. La intención política de los últimos gobiernos ha buscado proteger los intereses privados-corporativos y ha frenado el desarrollo de la Ley, alinderándose con dichos intereses.

A contrapelo, el movimiento sanitarista ha venido interpretando sus demandas desde la perspectiva de los derechos humanos y se impulsado aprovechando la oportunidad política generada por la normatividad nacional y la Constitución de 1991, aliados influyentes en el ámbito internacional. Aunque se encuentra una valoración negativa del sgsss y propuestas subalternas para garantizar el derecho a la salud, el movimiento no logra organicidad en su interior ni una conexión orgánica con otros movimientos y subjetividades políticas. Todo esto pese a la emergencia sanitaria que trajo la pandemia.

Las reformas sanitarias neoliberales han tenido otro efecto negativo. Discursivamente, la ciudadanía asocia el derecho a la salud con los servicios oportunos y de calidad. Así, se reproduce la ideología hegemónica de comprender la salud como atención a la enfermedad. Este es el principal desafío para el movimiento sanitarista colombiano: disputar la hegemonía en el campo de la salud, en todas sus dimensiones: ideológicas, políticas, culturales y económicas, que permitan refundar el sistema y las políticas públicas intersectoriales.

Asimismo, en la concepción de salud pública, bajo la égida de las reformas de cuño neoliberal, se redujo a los Planes de Intervención Colectiva (PIC), operados por los hospitales públicos. La pandemia nos ha permitido ver la necesidad de refundar sistemas de salud desde perspectivas comunitarias y organizativas que derrumben los enfoques hospitalocéntricos. La salud no está necesariamente en el hospital, sino en la familia, el lugar de trabajo, el vecindario, etcétera. La atención primaria en salud es un imperativo en este sentido.

El movimiento logró que la Ley Estatutaria reconociera los determinantes sociales, entendidos como los factores económicos, nutricionales, ambientales, ocupacionales, educativos y de acceso a los servicios públicos que afectan la salud, visión que promueve y divulga la OMS, aunque el pensamiento de la medicina social y salud colectiva latinoamericana han señalado críticas a la perspectiva de los determinantes sociales. ¿Cuál de los dos enfoques puede ser más oportuno, en tiempos de pandemia, para el movimiento sanitarista?

Por último, es preciso mencionar el análisis del médico y activista argentino Daniel Godoy (2021), a propósito de la emergencia sanitaria. La pandemia nos debería servir para interpelar al Estado y a los sistemas de salud, valorar aún más a los trabajadores y revalorizar lo público. Que el árbol (la pandemia) nos haga ver el bosque (el sistema de salud).

Referencias

- Ardila, A. (2016). Neoliberalismo y trabajo médico en el sistema general de seguridad social en salud. De la profesión liberal al trabajo explotado. [Tesis], Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.
- Arrubla J., Eslava, J., Hernández, M. y Vega, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 11(23), 58-84. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297005>
- Balsa, J. (2006). Las tres lógicas de la construcción de hegemonía. *Theomai*, 14, 16-36. https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7386/pr.7386.pdf
- Basile, G. y Feo, Ó. (2021). Determinación, dependencia y descoordinación de las vacunas para el Sars-Cov-2 en América Latina y el Caribe. *Cuadernos de Pensamiento Crítico Latinoamericano*, 91.
- Breilh, J. (2015). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En C. Morales y J. Eslava (eds.), *Tras la*

- huella de la determinación*. [Memorias], Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la Salud.
- Borrero, Y. y Echeverry, M. (2011). Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 61-82. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54522293005>
- Corcho, C. (2017). El proceso de la Ley estatutaria: la lucha por la hegemonía política del derecho a la salud en Colombia. [Tesis], Maestría en Estudios Políticos, Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/22338>
- Corcho, C. (2020a). Frente a la pandemia: un balance muy malo. *Revista Sur*, 14 de diciembre. <https://www.sur.org.co/frente-a-la-pandemia-un-balance-muy-malo/>
- Corcho, C. (2020b). Recordando a las víctimas del Covid-19. *Revista Sur*, 26 de octubre. <https://www.sur.org.co/recordando-a-las-victimas-del-covid-19/>
- Curra-Lugo, V. (2020). ¿Por qué el personal de salud no se rebela en medio de la pandemia? [Blog], *VdeC-L*, 8 de noviembre. <https://victordecurrealugo.com/personal-salud-pandemia/>
- El Colombiano (2022). Ordenan liquidación de Coomeva EPS, ¿qué pasará con 1,2 millones de usuarios? *El Colombiano*, 25 de enero. <https://www.elcolombiano.com/colombia/salud/supersalud-ordena-liquidacion-de-la-eps-coomeva-HB16426274>
- Eslava, J. (1998). El influjo norteamericano en el desarrollo de la salud pública en Colombia. *Revista Biomédica*, 18(2), 101-109. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v18i2.g77>
- Federación Médica Colombiana (2021). Declaración conjunta entre los gremios de la salud y el gobierno nacional para avanzar en una agenda sobre lo fundamental. <https://www.federacionmedicacolombiana.com/2021/05/10/declaracion-conjunta-entre-los-gremios-de-la-salud-y-el-gobierno-nacional-para-avanzar-en-una-agenda-sobre-lo-fundamental/>
- Godoy, D. (2021). Ramón Carrillo en tiempos de pandemia. *Pensar la Pandemia*. Observatorio Social del Coronavirus, Clacso. <https://www.clacso.org/carrillo-en-tiempos-de-pandemia/>
- Gramsci, A. (1970). *Introducción a la filosofía de la praxis*. J. Solé-Tula (trad.). Península.
- Hernández, M. (2002). El debate sobre la Ley 100 de 1993. Antes, durante y después. La salud pública hoy. En S. Franco (ed.), *Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández, M. (2008). Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud – ANSA. [Ponencia], Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y de Seguridad Social (CSR) de Colombia. https://viva.org.co/attachments/article/222/Texto_de_radicacion_Mario_Hernandez.pdf
- Hernández, M. (2021). Territorializar para transformar la salud en pandemia y pospandemia. En D. Restrepo y J. O. Villabona (eds.), *Cambio de rumbo, hacia una Colombia incluyente, equitativa y sustentable*. Universidad Nacional de Colombia, Escuela de Economía.

- Kohan, N. (2006). Antonio Gramsci, un imprescindible. En *Antonio Gramsci*. Ocean Sur.
- Médicos Sin Fronteras. (2021). ¡Colombia expresó su apoyo a la exención de patentes! *Médicos Sin Fronteras*. <https://www.msf.org.co/actualidad/colombia-expreso-su-apoyo-la-exencion-patentes>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Circular Externa No. 007, 20 de febrero. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.07%20de%202020-.pdf
- Mozos, M. y Mora, G. (2015). Movimientos sociales subalternos: análisis crítico del discurso del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. *Revista Controversia*, 204, 47-75.
- Pacto Nacional por la Vida y la Salud (2021). Declaración política. Encuentro Nacional del Pacto Nacional por la Salud y la Vida, 7 y 8 agosto. [Red Facebook]. <https://www.facebook.com/Pactosalud/>
- Producción F.M.C. (2019). Ponencia doctora Carolina Corcho, Vicepresidenta Federación Médica Colombiana. [Canal YouTube], 15 de noviembre. <https://youtu.be/moAh8WLosRE>
- Salud Internacional Clacso (2021). Cierre día-Conferencia Latinoamericana de Refundación de los Sistemas de Salud. [Canal YouTube], 15 de diciembre. <https://youtu.be/Z-BxIKkxVjA>
- Serrano, A. (2021). ¡Lo que faltaba! Ahora el Cartel de los Embargos... *El Espectador*, 5 de septiembre. <https://www.elespectador.com/contenido-patrocinado/lo-que-faltaba-ahora-el-cartel-de-los-embargos/>
- Sikkink, K. (2003). La dimensión transnacional de los movimientos sociales. En E. Jelin (comp.), *Más allá de la nación: las escalas múltiples de los movimientos sociales*. Libros del Zorzal.
- 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*. Istmo.
- Torres, M. y Paredes, N. (2005). Reseña de *El caso colombiano: "El mercado no es para todos y todas"*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(8), 169-185. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54540810.pdf>
- Torres Tovar, M. (2013). *La lucha social contra la privatización de la salud*. Cinep.
- Torres Tovar, M. (2020). Un sistema de salud ilegítimo socialmente, no garante del derecho a la salud. En *La crisis de la salud es anterior al Covid-19*. Cinep.
- Torres, M. y Urrego, J. (2020). Nueva propuesta de reforma en salud: pretenden un oligopolio del mercado de la salud. *Asmedas*, 22 de agosto. <https://asmedasantioquia.org/2020/08/22/nueva-propuesta-de-reforma-en-salud-pretenden-un-oligopolio-del-mercado-de-la-salud/>
- Torres, M., Vega, R., Luna, J., Borrero, Y. y Echeverry, M. (2020). Luchas por el derecho a la salud en Colombia. Vínculos con la salud para todos y todas. *Saúde Debate*, 44 (número especial), 51-63.
- Urrego Mendoza, Z. (2016). *De protestas, violencias y otras fiebres tropicales: aportes para una historia sociopolítica de la salud pública en Colombia 1974-2004*. Universidad Nacional de Colombia-sede Bogotá.

- Vega, R. y Torres, M. (2011). El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 145-154. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418849008>
- Vega, R. (2021). Es hora de desenmascarar a los negociantes de la salud en Colombia. *Asmedas Seccional Antioquia*, 6 de mayo. <https://asmedasantioquia.org/2021/05/06/es-hora-de-desenmascarar-a-los-negociantes-de-la-salud-en-colombia/>
- Vivas, M. A. (2021). El proyecto de Ley 010 de 2020, reforma a la salud no se archivó y continuará en debate. *Consultor Salud*, 15 de abril. <https://consultorsalud.com/el-proyecto-de-ley-010-de-2020no-se-archivo/>