

MOVIMIENTO DE SALUD DE LOS PUEBLOS – MSP

RELATORIA DEL TALLER “FORTALECIMIENTO ORGANIZATIVO PARA EL LOGRO DE LA SALUD PARA TODAS Y TODOS”

Pandi, Cundinamarca - Colombia. Septiembre 2 al 4 de 2016

Con la participación de 31 asistentes, 2 provenientes de Brasil, se realizó el taller “fortalecimiento organizativo para el logro de la salud para todas y todos” los días 2, 3 y 4 de septiembre de 2016, en el municipio de Pandi, del Departamento de Cundinamarca, Colombia.

Este taller hizo parte del conjunto de actividades de la investigación *sobre la contribución de las organizaciones de la sociedad civil al logro de la salud para todos*, impulsado por el Movimiento de Salud de los Pueblos, en la cual participaron 6 países pertenecientes a los continentes asiático, europeo, africano y latino americano, en el cual Colombia fue uno de ellos.

El aporte de Colombia a esta investigación incluyó el estudio de ocho procesos de organización, movilización, resistencia y lucha por el derecho a la salud, impulsados por grupos poblacionales indígenas, campesinos, LGTBI, laborales y de barrios populares-urbanos.

El taller buscó constituirse en un espacio de divulgación y discusión de los resultados de la investigación, que permitiera reconocer aspectos claves para el fortalecimiento organizativo y de movilización social por el derecho a la salud en Colombia, en alianza con procesos de movilización social internacional.

Objetivos

El taller tuvo como objetivos:

- Presentar la iniciativa organizativa de Movimiento de Salud de los Pueblos
- Presentar y discutir los resultados de la investigación sobre la *“contribución de las organizaciones de la sociedad civil al logro de la salud para todos”* aportados desde Colombia y Brasil
- Conocer las iniciativas organizativas y de movilización social por el derecho a la salud que estuvieron involucradas en el aporte desde Colombia
- Acordar estrategias que permitieran articular y fortalecer la lucha y movilización por el derecho a la salud en Colombia.

Agenda

La agenda que tuvo el taller fue la siguiente:

HORA	VIERNES 2	SÁBADO 3	DOMINGO 4
7:00- 8:30		Desayuno	Desayuno
8:30 - 12:30	DESPLAZAMIENTO Y ALOJAMIENTO EN PANDI	Caso VRC 60´ ANT 30´ Valle del C 45´ Bogotá 45´	Trabajo en grupo (4) por territorio 1 hora y 30 min Plenaria (Responsable Diana) 1 hora y 30 min. Clausura (Responsable Román) 15 min.
12:30- 2:00	Almuerzo		
2:00- 6:00	Presentación del Taller 15 min. (Responsable Jairo) Presentación Participantes 2 horas (Responsable Jenny) Presentación del MSP 30 min (Responsables Mauricio) Presentación del Proyecto 30 min (Responsable Román) Presentación Brasil 45 min (Responsable Katia)	Trabajo en grupos (5) 2 horas Plenaria 2 horas (Responsables Esperanza y Yadira)	RETORNO A BOGOTÁ
7:00 – 8:00	Cena		
8:00 – 9:00	Sesión integración	Sesión integración	

Participantes:

El taller contó con la participación de 31 asistentes, provenientes de las regiones de Magdalena Medio (Valle del Rio Cimitarra), Antioquia (Medellín), Suroccidente (cauca y valle del Cauca), Centro (Bogotá) y dos personas del grupo del MSP de Porto Alegre, Brasil.

Ver Anexo No. 1 con las fotos del listado de asistencia.

Presentación de los Resultados de las Investigaciones Realizadas

1. Presentación trabajo de maestría de Jenny García

El trabajo que desarrolló con la ACVC (Asociación Campesina del Valle del Rio Cimitarra) que es una asociación que trabaja en tres departamentos, Bolívar con los municipios de Canta Gallo y San Pablo, Antioquia con los municipios de Remedios, Yondó y Segovia, Santander con Barrancabermeja. La ACVC trabaja por la vida digna, la soberanía alimentaria, el derecho a la tierra y al territorio. Menciona que la ACVC hace parte junto con otras Zonas de Reserva Campesina de la Red Agroecológica Nacional como un referente muy fuerte a nivel nacional e internacional

La pregunta de investigación era ¿cómo contribuyen al logro de la salud de sus comunidades las mujeres de la Zona de Reserva Campesina? Para esto utilizaron entrevistas a profundidad y se construyeron historias de vida.

Entre los resultados se menciona que las mujeres equiparan la salud a la vida digna. Menciona que el abandono estatal en la zona motivó los procesos organizativos. Menciona la importancia del reconocimiento de la mujer campesina y de cómo en la dirigencia de la ACVC existen mujeres. Menciona que la ACVC tiene una estructura formal y que al mismo tiempo se configura como un movimiento social organizado. Menciona como a partir de las redes de parentesco y amistad se van construyendo los procesos organizativos. La ACVC aparece entonces con tres repertorios de acción: la defensa a la tierra, la defensa de la vida y la defensa de la vida digna. Que no aparece el derecho a la salud explícitamente pero que si aparece como un derecho en interdependencia. Menciona que la ACVC cuenta con un área de salud y prevención. Entre las acciones que realizan las mujeres se encuentra por ejemplo el día del camino donde se organizan en un convite para limpiar el caserío. Finalmente menciona que los comités de salud ya no existen y habría que indagar qué paso con ellos.

2. Presentación trabajo de grado de Katherine Carrillo (nutricionista)

Su trabajo está alrededor de la soberanía alimentaria y de la lucha por el derecho a la salud y la alimentación. Menciona que en la región debido al conflicto existían muchos bloqueos que impedían la entrada de alimentos e igualmente los cultivos sufrían debido a las fumigaciones. Así fue que para poder evitar tener que cultivar coca, se tuvieron que organizar y formular un plan de desarrollo para la Zona de Reserva Campesina que velara por la soberanía alimentaria. Mencionan como empiezan la cría de búfalos de la cual producen derivados lácteos como el queso y el yogurt. Igualmente mencionan que desarrollaron una cooperativo en Puerto Nuevo Ité y así por medio de la cooperativa se garantizó el abastecimiento de alimentos a la comunidad y nuevas posibilidades de comercialización, dado que la cooperativa también garantizaba precios justos para poder surtir también al campesino en sus zonas. También están organizando un proyecto de ecoturismo.

Frente a la pregunta de ¿cuál es la base de la salud? las personas mencionan: poder comer, poder vivir, poder amar, no son los médicos. Así ellos entienden la salud como organización y asociación. Mencionan que pensar en la salud es pensar en los territorios y en la vida digna. Queda la pregunta de ¿Cómo las luchas sociales incorporan el tema de la salud?

3. Presentación del CRIC trabajo de Alexandra y Gloria

Mencionan que en el Cauca existen unos 235 mil indígenas. Mencionan que en 1971 se crea el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y que en 1994 se crea la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN). Son comunidades NASA cuya organización social se basa en el respeto por la familia, la comunidad y la naturaleza. Donde los guías son las personas mayores, sabedores ancestrales y autoridades tradicionales. Mencionan que los NASA vienen del agua (Yu) de la tierra (Kiwe) y del Sol (Sek) Mencionan que “la naturaleza es nuestra ley de origen”

La investigación se planteó comprender el derecho a la salud desde los NASA y los avances en el logro del derecho. En ese sentido mencionan que **el derecho a la salud implica una perspectiva amplia del cuidado del territorio, así como un equilibrio de energías, de buen vivir y territorio**. Dicen que el derecho a la salud está en conexión con otros derechos pero que centralmente está conectado al territorio. Pero tienen una idea de **territorio que no es un espacio solo físico sino también simbólico**.

Mencionan que se necesitan modelos de atención en salud intercultural. Por eso propusieron **el SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural)**. El decreto 1953 de 2014 que reglamenta el funcionamiento de los territorios indígenas es el que le da cabida al SISPI. Mencionan que en ese sentido el Sistema puede definir los pilares que deberían ser comunes a todas las comunidades indígenas pero que el Modelo debe asegurar las particularidades según cada cosmovisión indígena.

Mencionan que los indígenas **tienen unos planes de vida** (a modo de planes de desarrollo) y que por cada plan de vida hay un consejero que va a la asociación. Mencionan que los planes de vida tienen similitudes con ciertos programas de P y P, por ejemplo el programa de crecimiento y desarrollo, ellos lo llaman “despertar de las semillas” el control prenatal “mujer dadora de vida”. **De igual forma ellos hicieron la propuesta de crear su propia IPS** porque las ESEs no se querían adaptar a sus necesidades. Así contratan con su propia IPS la atención del primer nivel y contratan con otras IPS el segundo nivel y las urgencias. Mencionan que primero apareció el Programa de salud (Tejido de salud) y luego se creó el SISPI para avanzar en un nuevo modelo de salud.

Para los NASA es importante “que nos ayuden a ser masa para lograr lo que queremos” las razones para ser masa es porque ellos consideran que “hay que sumar para poder ser escuchados”...mencionan que “la salud es solamente una ruta” ... “la salud es un tejido” Dicen que la idea del SISPI es poder transformar el sistema de salud desde adentro. Mencionan que el territorio es integrador de la vida social.

4. Presentación de trabajo de maestría de Katherine derecho a la salud en comunidad LGTB.

Referentes teórico-metodológicos y resultados de las investigaciones sobre movilización social por la salud, caso Colombia

Los diferentes casos anidados que hacen parte del estudio de Caso Colombia, se construyeron utilizando diversos abordajes teórico-metodológicos. En el ámbito teórico encontramos que en general los casos locales usan la articulación de 2 o 3 perspectivas diferentes. En ningún caso se usó de manera exclusiva un abordaje teórico único, más bien podemos afirmar que los problemas

de investigación específicos requerían para su comprensión perspectivas teóricas complementarias y adecuadas a la singularidad de cada caso y a los aportes que estos hacían a las preguntas del estudio propiciado por el Movimiento por la Salud de los Pueblos. En la tabla 1 se encuentra una síntesis de los abordajes teóricos.

5. Presentación del caso “Acción colectiva por el derecho a la salud en el trabajo: El Caso de la Asociación de Exabajadores Enfermos de Colmotores – ASOTRECOL” por Mauricio Torres-Tovar

La reforma a la seguridad social en riesgos laborales en Colombia se ha visto acompañada por la emergencia de una expresión de resistencia social asumida por trabajadores enfermos a quienes ni las empresas ni las entidades gubernamentales y de la seguridad social les ha garantizado sus derechos, lo que ha generado una movilización de parte de ellos para exigir su derecho a la salud, al trabajo y a la seguridad social. Un caso emblemático de esta lucha es el representado por la Asociación de Trabajadores Enfermos de Colmotores - ASOTRECOL, la cual ha adelantado una lucha representada en una carpa situada en la entrada principal de la Embajada de Estados Unidos en Bogotá, la realización de huelgas de hambre y múltiples movilizaciones ante la inoperancia de las instancias de la seguridad social y jurídicas para responder a cabalidad frente a la situación.

Se ubicaron como logros de la acción colectiva de ASOTRECOL:

- la empresa producto de sus acciones colectivas se vio forzada a darle un tratamiento distinto a los trabajadores que se han enfermado, teniendo que gestionar procesos de rehabilitación y de reubicación, sin poder despedirlos. También que Colmotores hiciera inversiones tecnológicas con un enfoque ergonómico para prevenir las enfermedades en los trabajadores,
- las familias de los Asociados se involucraron entendiendo el valor y el sentido de la lucha emprendida por ASOTRECOL y también la solidaridad con que una parte de la comunidad del barrio donde está asentada la carpa les ha dado, lo que ha contribuido a que se mantengan todo estos años,
- ASOTRECOL se ha convertido en un referente para que otros trabajadores enfermos tomen como ejemplo su proceso de lucha y resistencia y quieran imitarlos, así como de alguna manera ASOTRECOL se ha venido constituyendo en un nodo articulador de las experiencias de otras asociaciones y organizaciones del mismo carácter que existen en el ámbito nacional.

Se ubicaron como limitaciones de la acción colectiva de ASOTRECOL:

- De recursos para emprender la acción colectiva. El involucramiento de los trabajadores en la Asociación ha sido a un costo alto en tanto ha sido prácticamente con el patrimonio económico que les quedó luego de ser retirados de la empresa, lo que para algunos ha significado la desintegración de sus familias y la pérdida de sus viviendas,
- De la acción judicial, que debería ser la que actúa para proteger los derechos laborales y de seguridad social para los trabajadores. Así mismo, la acción limitada que ha tenido el Ministerio de Trabajo y la Procuraduría General de la Nación, que aunque en un momento dado actuaron protegiendo los derechos de los trabajadores de Colmotores, luego fueron subordinadas para proteger los intereses de la empresa y la ARP Colpatria,

- Política, especialmente con el movimiento sindical, que no ha actuado con la suficiente solidez y solidaridad que merece un caso como este.

Se ubicaron como aprendizajes y conclusiones en el estudio de la acción colectiva emprendida por ASOTRECOL:

- documentar los casos de las afecciones de salud relacionadas con las condiciones de trabajo para dar la lucha por la exigibilidad del derecho a la salud en el trabajo,
- la importancia del trabajo comunicativo online que permite difundir ampliamente el sentido y desarrollo de la lucha, la incidencia – lobby especialmente de orden internacional que visibiliza el conflicto y da respaldo y protege de alguna manera estos procesos sociales colectivos
- destacar la persistencia como un hecho trascendental a pesar de las enormes dificultades, del desgaste, del desánimo que implica una resistencia tan prolongada como la que han dado desde esta Asociación un conjunto de trabajadores,
- evidenciar que sin duda el conjunto de estrategias gerenciales y tecnológicas que impulsan los empresarios, que da énfasis a la productividad, suele llevar a una intensificación de la fuerza de trabajo, lo que suele traer de la mano un impacto negativo sobre la salud y la vida de las y los trabajadores,
- de nada sirve con que el empresariado tenga un discurso de buenas prácticas, de responsabilidad social, cuando en la práctica lo que realmente le importa es la productividad. Sin una real y comprometida coherencia con este nuevo tipo de discurso empresarial y sus prácticas cotidianas, no se podrá proteger como corresponde la salud en el trabajo.

Finalmente se plantearon unos retos y preguntas:

- En relación al campo investigativo, es necesario decir que han sido poco estudiadas las luchas y resistencias que han emprendido las y los trabajadores en la defensa del derecho a su salud vinculada con las condiciones de trabajo.
- El caso acá documentado de ASOTRECOL muestra que se dan luchas y resistencias producto que las transformaciones en el mundo del trabajo han precarizado las condiciones de trabajo e intensificado las formas de explotación, generando deterioro de la salud de las y los trabajadores expresado en accidentalidad, enfermedad y muerte de origen laboral y que esto merece la atención de los centros académicos para contribuir a conocer más estas realidades y principalmente para contribuir a transformarlas.
- Esta dinámica de lucha y resistencia desde el mundo del trabajo que han venido dando los trabajadores expulsados de sus empleos producto de enfermarse por las condiciones en que laboraban, establece el reto de que se avance en un proceso organizativo de todas estas víctimas en salud para que generar un proceso de articulación nacional entre estas asociaciones, que fortalezca sus procesos organizativos y permita configurar un sujeto político con capacidad de incidir y transformar esta realidad.

Tabla 1.
Tipo de abordaje teórico de casos anidados en el estudio de los aportes de la sociedad civil a la construcción de la salud para todos

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

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla 1, la mayoría de los trabajos se inscriben en el campo de estudios de la acción colectiva con 4 trabajos; así mismo 4 trabajos utilizaron el enfoque de derechos humanos; los tres trabajos relacionados con población campesina usaron como abordaje teórico las perspectivas de subalteridad y determinación social de la salud; finalmente y de acuerdo a las necesidades de cada caso se usaron enfoques singulares como la perspectiva de salud desde los trabajadores, teorías de resistencia, enfoque de género y de educación popular. A continuación de

describirá de manera general como fue entendido y apropiado por los trabajos cada uno de estos abordajes.

El campo de estudio sobre los movimientos sociales (MS) y la acción colectiva (AC) es amplio y heterogéneo. A su interior **se pueden encontrar al menos tres perspectivas**: *la primera, aquellas que privilegian la mirada sobre las condiciones estructurales* que propician y configuran la acción colectiva, cuyos desarrollos los podemos encontrar en la llamada estructura de oportunidades políticas (EOP) o con mayor desarrollo en la contienda política (CP); *la segunda, representada por aquellas teorías que privilegian el análisis de los procesos sociales vinculados a la construcción de los MS* como actores colectivos, conocidos de manera genérica como enfoques de identidad y; finalmente, *aquellos que intentan abordajes complementarios* entre estos dos enfoques.

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

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

Adicional al universalismo del enfoque de derechos humanos *se suma el llamado por el derecho al reconocimiento*, se evidenció en los casos de la ACIN y del movimiento LGTB, en ambos se encontró que sus actores, además de lo establecido en la jurisprudencia, exigen el reconocimiento del derecho a la diferencia en la atención en salud, a partir de la incorporación de las prácticas

ancestrales en salud y la inclusión de modelos de atención que reconozcan las orientaciones de género y sexuales no heteronormativas.

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

El caso de los trabajadores del Hospital San Juan de Dios incorporó además los aportes de la teoría de la resistencia que plantea, desde James Scott, que actores subalternos –es decir con escaso poder respecto a otros actores que disputan el campo de la salud- se movilizan nociones de ciudadanía, de construcción de subjetividades políticas, de emergencia y visibilidad en la esfera pública, y de contrahegemonía.

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

El estudio de caso de los trabajadores de Asotrecol además de los enfoques de DH y AC y MS, requirió comprender la relación entre salud y trabajo, para ello utilizó el enfoque de salud de los trabajadores desde la medicina social. En este sentido este enfoque aportó en el reconocimiento de los procesos de identidad colectiva entre las y los trabajadores enfermos por el trabajo, su

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

dinámica organizativa, el repertorio de acciones utilizado u los alcances y limitaciones de su movilización social por sus derechos laborales, de salud y de seguridad social.

Finalmente, **los 3 casos del movimiento campesino en el Valle del Rio Cimitarra** usaron dos abordajes diferentes a los planteados hasta ahora: el *enfoque de la determinación social* de la salud inscrita en el campo de la medicina social latinoamericana y, las *teorías de la subalteridad*. Desde estas apuestas conceptuales el enfoque de determinación social aporta a la comprensión de la salud como un campo social e históricamente situado, con particularidades –restricciones y posibilidades de cambio- articulados a la estructura socio-económica y a la posición de clase social. De otro lado el enfoque de subalteridad mostró la configuración de actores con escasa posición de poder en el conjunto de la esfera pública –subalternos-, como sujetos políticos, capaces de movilizar recursos y acciones conjuntas para modificar o construir condiciones de vida y salud acordes a las necesidades de los micro-territorios y comunidades.

Metodológicamente todos los estudios correspondieron a estudios de caso, en general todos ellos construidos desde abordajes cualitativos. Uno de los estudios correspondió *a un caso con diseño etnográfico* –ACIN. *Dos de las experiencias se plantearon como estudios de caso con sistematización de experiencias* –Escuela Popular y uno de los casos del Valle del Rio Cimitarra-. El caso del *movimiento LGTB fue un estudio de caso con método biográfico*, y los demás se plantearon como casos cualitativos.

En general las técnicas utilizadas fueron análisis documental, grupos focales, entrevistas a profundidad, entrevistas semiestructuradas y observación participante. Todos ellos intentaron, desde los casos particulares, aportar a las diferentes categorías planteadas por el estudio del Movimiento de Salud de los Pueblos, siendo las más desarrolladas: construcción del movimiento, campañas o abogacía, producción y disseminación de conocimiento y entrenamiento y construcción de capacidades; por las características de los casos y las particularidades del contexto colombiano fueron más limitados los aportes en términos de la política y gobernanza local.

Conclusiones derivadas de las investigaciones realizadas en el caso colombiano

Las experiencias colombianas de lucha por el derecho a la salud, reunidas en el encuentro de Pandi, se mueven entre la configuración de un movimiento social nacional con expresiones regionales, la resistencia a las políticas de salud que han despojado derechos a las poblaciones, y la defensa de la vida digna, del territorio y del buen vivir como concreción del derecho a la salud.

Estas experiencias re-definen y amplían la concepción y exigibilidad tradicionales del derecho a la salud, la cual, se ha centrado en el acceso a la asistencia médica o a los servicios de salud. Sin minimizar este componente, que, con frecuencia, es el más demandado y tangible para la población, la movilización social muestra: i) una concepción y praxis de la salud ligada a la defensa del territorio, de la vida y de la vida digna cercanas a la noción del buen vivir de los pueblos ancestrales; ii) la soberanía alimentaria como componente del derecho a la salud y a la vez, como forma de resistencia, ejercicio de autonomía y alternativa frente a la disputa territorial, por parte de actores armados; iii) la construcción de sistemas de salud interculturales ligados a la defensa de la vida, de la madre tierra, del agua y del respeto por las prácticas y saberes tradicionales

salutogénicos de las comunidades indígenas; iv) el fortalecimiento de la ciudadanía en salud a través de la educación popular, del diálogo de saberes y de la investigación con enfoque crítico; v) la generación y persistencia de prácticas de resistencia contra-hegemónicas en oposición a la privatización y al despojo de derechos implantados con el proceso de reforma a la salud, vi) la interpelación, desde formas diferentes de sexualidad, de las fronteras del derecho a la salud con perspectiva de género incluyente; vii) la visibilización de alternativas sostenibles y novedosas frente al despojo de derechos sociales resultantes de las políticas neoliberales en salud.

La debilidad de estas experiencias de movilización en torno a la salud es la dificultad para articular un sujeto colectivo con capacidad de incidir de manera efectiva en la construcción de un sistema de salud basado en la dignidad humana, núcleo del derecho fundamental a la salud, con perspectiva territorial, e incluyente, que incorpore la diversidad étnica, sexual, territorial y socio-sanitaria, liderado por el Estado, con predominio de lo público y con participación decisoria de organizaciones sociales y de la ciudadanía. Esta debilidad constituye un debate inacabado y una pregunta abierta.

Al respecto pueden arriesgarse algunas explicaciones, a modo de hipótesis, que en todo caso deberán confrontarse con la realidad:

1. *la insuficiencia de propuestas alternativas de reforma estructural a la salud*, que de hecho se han construido en el país, para convocar y articular la diversidad regional, intercultural, territorial, rural y de género, y/o para que las organizaciones y la ciudadanía en general, la sientan como incluyente y alternativa,
2. *la asimetría social y política de los actores subalternos que disputan el campo de la salud y de las fuerzas políticas* que podrían defender un proyecto de sociedad incluyente, garantista de los derechos sociales, con un fuerte componente redistributivo a favor de los más desfavorecidos y un sistema de salud consecuente con esa visión de sociedad. La relación de fuerzas en los poderes legislativo y ejecutivo mayoritariamente defensores de las políticas neoliberales no han permitido que las propuestas alternativas tengan difusión amplia, apoyo político y legitimidad social suficiente o sostenida para el cambio;
3. *persistencia en la mentalidad colectiva, y en las luchas de algunas organizaciones sociales, de una concepción del derecho a la salud ligada al modelo médico hegemónico* de fuerte impronta medicalizada, individual, asistencialista, y basada en la enfermedad, en la cual la perspectiva salutogénica del buen vivir y el conocimiento y las prácticas alternativas de otros grupos u organizaciones sociales, pueden, eventualmente, valorarse como ajenas, utópicas, poco científicas, o ineficaces;
4. *la falta de una plataforma política articuladora de la multiplicidad y pluralidad de esas iniciativas de movilización y de tejido social* en salud como las que se visibilizaron en Pandi. Sigue vigente el debate acerca de si debemos constituirnos como una plataforma común, o si desde cada organización se continúa la lucha por ejes de movilización particulares, sin tener aún mucha claridad acerca de cómo articularnos con propuestas de mayor alcance e incidencia política,
5. *la falta de recursos y condiciones* –económicas, políticas, de tiempo, de acceso a los medios de comunicación, de investigación, y de legitimidad social- para fortalecer el conocimiento, la difusión, y la incidencia política de estas iniciativas;

6. aunque *la salud* es, en Colombia, una de las causas de malestar social evidentes que emergen en las encuestas y en las agendas de los líderes políticos, *aún no es, como diría Nancy Fraser, “un asunto de interés colectivo”*, es decir, en el debate público predominan otros temas como la polarización política frente al proceso de paz y a las elecciones legislativas y presidenciales, y la continuidad o no de políticas extractivistas como fuente de acumulación de capital, y otras prioridades que a pesar de estar ligadas a la garantía del derecho fundamental a la salud, no son vistas como tales por la mayoría de la opinión pública;
7. *la legitimidad internacional del sistema de salud colombiano, avalada por organismos o autoridades reconocidas como la OMS- OPS*, que en diversas oportunidades lo han presentado -contra toda la evidencia, basada en resultados concretos- ante la academia, las organizaciones sociales, y la opinión pública, como un modelo exitoso, eficiente, y que ha mejorado la equidad en salud.
8. *la violación a los derechos humanos de líderes sociales y sindicales*, representada en asesinatos, persecución, amenazas, escasa o nula protección de los derechos a la vida y a la protesta, desapariciones o desplazamiento forzado, e impunidad, todo ello ante la indiferencia o el miedo de la sociedad. Esta violación sistemática de derechos es un potente desmovilizador de iniciativas de cambio en un país en el cual los escasos espacios democráticos y la incipiente y compleja tarea de construcción de la paz, han tenido un alto costo social y humano.

Ante este panorama de la movilización social por la salud que confluyó en el encuentro de Pandi, consideramos que hay luchas que deben continuarse porque comprometen nuestro sentido y razón de ser como ciudadanos y porque constituyen procesos de cambio de largo alcance.

TRABAJO EN GRUPO POR REGIONES

Se realizó un ejercicio en mesas de trabajo por regiones (Cuatro que fueron las asistentes), que fue ordenada a través de una guía de trabajo (ver Anexo No. 2). A través de un conjunto se presentan los resultados de este momento del taller.

Región Sur Occidente Colombiano (Cauca y Valle Del Cauca)

<p>¿Cuáles son los desafíos regionales más importantes?</p>	<p>Articulación con organizaciones de la región en la lucha por el derecho a la salud. Reconocimiento de los actores (diversidad, apuestas y luchas del otro) Asiento y presencia en los entes territoriales de la zona.</p>
<p>¿Qué acciones deberíamos emprender para disminuir el impacto de esos desafíos?</p>	<p>Generar espacios de encuentro entre las diversas organizaciones y actores. Participación activa en las mesas de trabajo de los planes territoriales. Generar espacios de formación e intercambio de experiencias. Aprovechar los medios de comunicación local, regional para la difusión de la problemática de salud y sensibilizar frente a la movilización por el derecho a la salud.</p>

¿Qué le falta al movimiento nacional por la defensa de la salud de Colombia?	Desde el movimiento se genere espacios de reconocimiento con actores y organizaciones que disputan por el derecho a la salud. Consolidación de una plataforma de lucha por el derecho a la salud. Fortalecimiento de los procesos organizativos que permitan realizar gestiones para realizar los encuentros.
¿Qué es / debería ser el movimiento mundial por la salud de los pueblos?	Es una red internacional que aglutina activistas de la salud y debería propender por: Generar espacios de formación y encuentro a las diferentes organizaciones. Formar formadores en el tema de salud. Seguimiento y evaluación continua de los procesos adelantados.

Región Centro – Bogotá

¿Cuáles son los desafíos regionales más importantes?	Fortalecimiento de los procesos y de los sindicatos Articulación de los procesos Posicionar el tema de barrios con temas didácticos y con talleres, es decir, integrar y articular a las comunidades con énfasis en sus derechos. Re significar el concepto de la salud desde las percepciones comunitarias e individuales
¿Qué acciones deberíamos emprender para disminuir el impacto de esos desafíos?	Educativa: que permita generar espacios para la formación Aprovechamiento de brigadas territoriales. Trabajar como red de solidaridad entre sindicatos y organizaciones sociales. Unidad en la acción.
¿Qué le falta al movimiento nacional por la defensa de la salud de Colombia?	Reconocimiento como movimiento social Diversificar y aumentar la convocatoria Incidencia en espacios políticos, sociales y territoriales.
¿Qué es / debería ser el movimiento mundial por la salud de los pueblos?	Es una plataforma política Difusión de videos y en diversos medios de comunicación. Crear identidad, apropiación y soberanía. Organización que congregue el derecho a la salud. Formación para la lucha y resistencia ante el proceso de globalización buscando dignidad y soberanía.

Región Medellín

¿Cuáles son los desafíos regionales más importantes?	Articulación con otros escenarios de lucha en el marco del post acuerdo. Proyección a nivel regional. Avanzar en la construcción de un consenso colectivo de la transformación estructural del sistema de salud y seguridad social. Avanzaren los procesos de integración intergeneracional. Oposición y aportar frente a la construcción de un país en paz. Recuperar el análisis socio político en la salud pública.
---	---

<p>¿Qué acciones deberíamos emprender para disminuir el impacto de esos desafíos?</p>	<p>Promover escenarios de encuentro y convergencia con las demás organizaciones y plataformas sociales y políticas. Aprovechar los escenarios formativos para potenciar el conocimiento organizativo en la región. Tejer redes de confianza y solidaridad con las organizaciones que nos permitan resistir en unidad. Promover encuentros regionales y nacionales por una agenda que nos permita la construcción de un nuevo modelo de salud y seguridad social. Mantener la presencia de jóvenes en todos los escenarios de acción. Convocar a los jóvenes beneficiarios de los presupuestos participativos al realizar su práctica en la escuela. Promover desde la academia diferentes escenarios formativos, para el análisis socio político crítico con relación a la salud pública.</p>
<p>¿Qué le falta al movimiento nacional por la defensa de la salud de Colombia?</p>	<p>Articulación regional y nacional. Propiciar la construcción de una plataforma a nivel nacional por el movimiento. Promover escenarios de encuentro e intercambio de experiencias. Promover escenarios de formación regional y nacional. Promover la articulación con otros escenarios de lucha (indígena, campesina, afro, LGBTI, obreros, estudiantes, entre otros)</p>
<p>¿Qué es / debería ser el movimiento mundial por la salud de los pueblos?</p>	<p>Un espacio de formación, de denuncia, de judicialización de las violaciones de derechos a nivel internacional. De intercambio y de financiación en caso de ser posible de las diferentes estrategias de lucha.</p>

Región Magdalena Medio (Valle Del Rio Cimitarra)

<p>¿Cuáles son los desafíos regionales más importantes?</p>	<p>visibilizar la problemática de salud de los campesinos del territorio, las necesidades en materia de salud (agua potable, saneamiento básico, alimentación, etc) y las dificultades de acceso al sistema de atención en salud; levantar la bandera de transformación del sistema de salud con base en las decisiones que se adopten de forma participativa con las comunidades para que la salud esté al alcance de las comunidades, sea más universal, integral y haya acceso efectivo a la atención en salud; Promover la movilización unificada de las comunidades y organizaciones sociales desde los territorios, sectores y grupos sociales alrededor de las banderas de lucha por la salud</p>
<p>¿Qué acciones deberíamos emprender para disminuir el impacto de esos desafíos?</p>	<p>los seis puntos del pliego de salud de la Minga campesina, étnica y popular (plan de emergencia de nutrición, plan de salud preventiva, plan de construcción de infraestructura de salud, asignación de recursos suficientes, plan de seguridad social integral con cobertura de pensión y riesgos laborales, y nuevo proyecto de ley para cambiar la normatividad existente que mercantiliza el derecho a la salud); Acuerdo 1 de la Habana sobre Reforma Rural Integral que incluye planes sociales nacionales entre ellos el Plan de Salud Rural; y la constituyente por la paz. 1) EDUCACIÓN: desarrollar actividades educativas para las comunidades, sus activistas y dirigentes con un enfoque de aprender haciendo; ello significa revisar las propuestas educativas, métodos de enseñanza y aprendizaje para que se desarrollen alrededor de las tareas y necesidades prioritarias, con lenguaje popular, incluyendo los saberes y prácticas de las comunidades. Desarrollar programas de alfabetización que incluyan los temas de salud. Garantizar apoyos logísticos para el transporte de los formadores y comunidades a los sitios escogidos de formación. Reconocer las diferencias de contexto en los procesos educativos. Descentralizar los procesos educativos al nivel de los territorios y comunidades para que se garantice una más amplia</p>

	<p>participación. Crear una escuela permanente de educación popular en salud que se mueva en los territorios comenzando por formar un equipo campesino educador que sirva como multiplicador.</p> <p>2) COMUNICACIÓN: reactivar los comités de salud de las Juntas de Acción Comunal, de mujeres, entre otros, para que sean base de los procesos de comunicación en salud; combinar el uso de nuevas tecnologías de comunicación con las formas tradicionales según las circunstancias y condiciones; Lograr que en la prensa, periódicos, boletines, páginas web y demás medios de comunicación campesinos se incluyan siempre las denuncias sobre la situación de salud y las luchas por la misma; pensar qué es lo estratégico a comunicar en cada momento y por qué.</p> <p>3) ORGANIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN: Revitalización de los comités de salud de cada una de las juntas de acción y de otras organizaciones comunitarias; generar actividades permanentes de salud por comunidades veredales de modo que se garantice vínculo fuerte entre activistas, dirigentes y bases sociales y participación de las comunidades en las decisiones; Reactivar las Mesas por la vida digna en cada nivel territorial garantizando el desarrollo de acciones intersectoriales por la salud e incidencia en los planes de desarrollo locales y la movilización alrededor de las tareas prioritarias; Definir un programa de lucha y una plataforma de acción por la salud en cada territorio, a nivel regional y nacional; Incluir en los programas y las plataformas de lucha de la ACVC, ANZORC, FENSUAGRO y CUMBRE AGRARIA el programa campesino de lucha por la salud</p> <p>4) ENCUENTRO NACIONAL DE SALUD: convocar un encuentro nacional por la salud para definir la posición del movimiento campesino, étnico y popular, con base en nuestros procesos afines, sobre la implementación de los acuerdos de la Habana en lo concerniente a salud, acordar posición frente a las políticas de salud del gobierno (Aseguramiento, PAIS y MIAS) y definir una agenda de movilización conjunta por la salud.</p>
<p>¿Qué le falta al movimiento nacional por la defensa de la salud de Colombia?</p>	<p>Poca o ninguna organización y capacitación de los activistas y dirigentes alrededor de la lucha por la salud; falta de comunicación entre las organizaciones y entre éstas y sus bases; débil trabajo en redes de las organizaciones, débil proceso de unidad y de movilización alrededor de la salud; construir un discurso sobre la salud del territorio que reivindique todas las necesidades relacionadas con la salud y no sólo las de atención médica; construir un discurso que identifique los conceptos comunes de los distintos grupos del territorio y respete las diversidades de los mismos; promover la incidencia de las comunidades en la formulación e implementación de políticas públicas en salud que reconozcan al campesinado como sujeto de derechos; promover campañas periódicas de salud para buscar solución a necesidades prioritarias de salud en los territorios.</p>

PLENARIA FINAL Y CONCLUSIONES

Estos son los aspectos más destacados de la plenaria final que se dio en el taller, que estuvo dedicada principalmente a discutir el tema de la conformación del Círculo Colombia del MSP:

- Se mencionó que hay dos propuestas conformación del círculo como una plataforma política de movilización y no como una estructura orgánica o como una plataforma política y una estructura orgánica
- Se discute el tema de lo popular y la importancia de que se construya un movimiento menos académico y más popular

- Se planteó que se debe tener cuidado en la relación entre el MSP con las organizaciones, bases organizativas, lo local, lo regional, lo nacional y lo internacional;
- Se hacen preguntas sobre cómo trabajar desde lo cotidiano, lo micro territorial, ¿quién lo va a hacer y cómo lo va a hacer? ¿Qué es lo que nos une?
- Se discute sobre la necesidad vs el desgaste de conformar otra estructura frente a las múltiples estructuras existentes: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, la ANSA, la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud, la Red de Salud Colectiva, ALAMES Colombia y las distintas expresiones locales del movimiento. Se propone trabajar bajo las banderas del MSP pero desde los espacios ya constituidos
- Se propone la necesidad de avanzar en articulación con otros para desarrollar plataformas sociales más amplias y no solo quedarnos en la reivindicación del derecho a la salud sino avanzar en la lucha por un país más democrático e incluyente.
- Impulsar el desarrollo de encuentros locales y luego una nacional sobre el tema del derecho a la salud.
- Impulsar un proceso sostenido de formación de formadores en salud.

Dado el contexto colombiano, de negociación entre el gobierno y la insurgencia para dar una salida política al largo conflicto armado en Colombia, se ubicó como un tema nodal el tema del plan nacional de salud rural, que quedó consignado en los denominados Acuerdos de La Habana. Acá se ubicó una oportunidad para impulsar el diseño de un modelo de salud, a partir de un amplio dialogo de saberes, que efectivamente responda a las necesidades de todas y todos.

Se considera que entonces se debe impulsar una red que una esfuerzos, recursos, iniciativas, que diversifique las estrategias para la construcción de un proyecto común social y en salud, que efectivamente permita la construcción de la paz en Colombia

ANEXO

GUÍA DE TRABAJO JORNADA DEL SEGUNDO DÍA

Se proponen **tres momentos**: i) En la mañana (8 – 12 m) y por grupos de trabajo, **socialización de los casos vinculados al proyecto**. Se organizarán entre 3 y 4 grupos con participación de líderes de los diferentes procesos organizativos, en ellos se presentarán a manera de conversatorio los diferentes casos analizados en el proyecto. Tanto estudiantes como miembros de las experiencias organizativas aportarán la información de cada caso desde sus saberes y prácticas ii) En la tarde se trabajará **en grupo el análisis de los casos** durante 1:30 hora, elaborando una relatoría con base en la guía propuesta (guía de trabajo1); ii) Socializar, en 2 horas, **a todo el colectivo, el trabajo realizado en los grupos** (20 minutos por grupo y 10 minutos para preguntas). Los grupos se organizarán con participación en lo posible de líderes de los diferentes casos.

Guía de trabajo 1. Análisis de los casos por grupos.

1. Cuáles son los aspectos históricos y procesos centrales que han configurado la salud como un campo de lucha y de acción política (acá se trata de identificar los momentos más importantes en la trayectoria histórica de cada caso).
2. Qué características del contexto socio-político, económico y de salud han determinado o influenciado la movilización de las organizaciones y de los procesos analizados (p.e: algunas políticas públicas, la situación laboral, el despojo de derechos, la lucha por la identidad o por el reconocimiento, etc.)
3. Cómo han sido las relaciones que se han construido con otros actores (articulaciones, escisiones), cuál ha sido el papel del Estado o de los gobiernos en los casos analizados (identificar coyunturas de conflicto, cooperación, alianzas, confrontación) y cómo han incidido estas relaciones en la configuración de esos casos (fortalecimiento, desarticulación)
4. Cuáles son los alcances –logros y dificultades- de los casos analizados para la configuración del derecho a la salud y del movimiento por la salud
5. Qué aspectos han propiciado u obstaculizado la construcción de otras capacidades al interior de las organizaciones que luchan por la salud (incidencia en el debate público, abogacía, conflicto político armado, autonomía organizativa)
6. Qué otros aspectos propondría considerar para el análisis de los casos.

Socialización y conclusiones

Cada uno de los grupos socializará los resultados de su análisis y después de las presentaciones se hará una discusión colectiva en torno a las siguientes cuatro preguntas:

- Logros y tensiones en torno a la autonomía y articulación de la lucha por el derecho a la salud (es decir si ha habido o está en construcción) una plataforma de movilización por la salud, o si esa lucha está inmersa en otras (por ejemplo, en la reivindicación de la tierra)

- Peso de lo territorial y de lo nacional en la organización y movilización por la salud (es más decisiva una que otra, en qué casos y por qué; o hay simultaneidad de ambas)
- Cuáles son los asuntos transversales y cuáles las particularidades para comprender, desde una perspectiva de país, los ejes de movilización social por la salud
- Cuáles son los contenidos y el alcance del derecho a la salud que emergen de los casos analizados (ampliación de demandas, nociones de justicia, nuevas luchas, etc.)