

1. Identificación	
Sesión 01	Línea de investigación Derecho a la Salud y Luchas Sociales por la Salud en Colombia
Fecha	25 de marzo 2015
Hora Inicio	4:30 Pm
Hora Fin	7:30 pm
Lugar	Auditorio 2 de la SIU
Objetivo	Segunda reunión ordinaria
2.Asistencia	
Alejandra Marín	Stiven Orozco
Esperanza Echeverry	Patricia Molano
Adriana Castellanos	Danilo Noreña
Orden del día	1- Revisión capítulos del libro la Salud al Final del Imperio 2- Presentación DRP Escuela Popular de Líderes en Salud 3- Celebración cumpleaños Liliana y Danilo

Desarrollo:

1. Revisión capítulos del libro la Salud al Final del Imperio:

Capítulo 7: Macroeconomía y salud

Se lee el documento enviado por Luis Alfredo y se menciona que es una síntesis muy juiciosa del capítulo, se propone presentar el siguiente capítulo y hacer una discusión de ambos.

Capítulo 8: Atención Gerenciada

Esperanza trae una presentación sobre el capítulo, y menciona que fundamentalmente se hablará de como se ha expandido el capital en el sector salud y en el de pensiones.

Afirma que el autor tiene dos tesis en el capítulo, la primera es que a medida que se fue agotando el modelo en EEUU de atención gerenciada empezó a exportarse al resto de América Latina como estrategia de acumulación de capital la cual ya empieza a declinar incluso en América Latina. mostrando modelos de resistencia a la atención gerenciada. La segunda muestra como el BM y el FMI impulsan este tipo de propuestas, además menciona como la OMS, la OPS y los gobiernos locales han avalado estas propuestas y los TLC fueron claves para implantarlas.

Para el caso colombiano menciona que el pluralismo estructurado es un diseño técnico para aplicar la atención gerenciada en los sistemas de salud.

Fundamentos de la atención gerenciada:

- Privatización de la salud y fondos de seguridad social, mostrando como América Latina ha sido el laboratorio por excelencia para la aplicación de la atención gerenciada
- Pago anticipado del seguro a intermediarios

- Transferencia de costos a los usuarios: copagos, constituyendo una de las mayores barreras de acceso a los servicios de salud.
- Exaltación del mercado: mayor eficiencia y accesibilidad.
- Legitimación ideológica recurriendo a personajes representativos como el arzobispo Desmond Tutu premio nobel de paz, además de la OPS y OMS.
- Control administrativo de grandes organizaciones .privadas

Como se ha expandido la atención gerenciada?

- Conferencias internacionales donde existe representación de países de Asia y América Latina y de líderes progresistas.
- Estrategias: elevar los costos de atención y hacer lobby para lograr un mayor financiamiento público. El crecimiento en sus ganancias se hizo a expensas de los fondos públicos y de los fondos federales, en el caso de EEUU medicare y medicaid, aunque para el caso de EEUU se puso un tope para el financiamiento público por lo tanto se migró a la búsqueda de otros nichos como América Latina y Asia, dado que en Europa se desarrolló desde sus inicios resistencia a este modelo dada la legitimidad que tienen los sistemas públicos de salud.
- Descreme (Almeida 2005): se retiran del mercado cuando han alcanzado el tope máximo de ganancias y eso lo calculan previamente.
- Abuso posición dominante: bajar precios contratación con instituciones públicas.
- Expansión Fallida a Europa, luego migraron a América Latina.

Estrategias de expansión de la Atención Gerenciada en América Latina

- Políticas de ajuste estructural de reforma a los sistemas de salud contando con las directrices impuestas desde el FMI, BM y BID donde el autor muestra como países como Guyana tenía una deuda que comprometía el 300% de su PIB. Menciona como el BID abrió una línea de crédito para fortalecer los hospitales públicos.
- Alianzas estratégicas hechas con empresas de países a los cuales se exportaba la atención gerenciada a través de la evasión tributaria y del control, evadiendo impuestos para generar nuevas empresas en los países receptores, siendo clave el papel de los gobiernos y las empresas locales para el logro de dichas alianzas.
- Legitimidad construida con las conferencias, aval OPS/OMS, líderes de opinión y gobiernos nacionales.
- OMC/TLC: Disminuyendo o eliminando barreras comerciales arancelarias.
- Compra de acciones a instituciones nacionales de previsión social, impulsando el desmantelamiento del sector público

Declive de la Atención gerenciada en América Latina:

- América Latina fue un mercado lucrativo en la década del 90 pero a finales de los 90s empieza a mostrar signos de agotamiento con pocas posibilidades de sostenibilidad con igual margen de ganancia.

- El autor muestra como estas empresas fueron víctimas de su propio invento, los efectos de las políticas de ajuste estructural y de las reformas del estado y la política social generó caída en los ingresos y desempleo.
- También influyó que la franja de clase media que puede pagar por los servicios en América Latina no es muy grande.
- Más gastos administrativos que clínicos. EAAG
- Malestar social y exclusión de los más vulnerados.

Resistencia Propuestas Alternativas:

- **Ecuador:** coalición de movimientos sociales, sindicatos, gremios e indígenas que logra en 1995 movilizar un plebiscito para evitar la privatización en 11 sectores de la economía, menciona además que la coalición se ha sostenido en el tiempo.
- **Brasil:** los médicos, los activistas políticos y de salud y el partido de los trabajadores se la jugaron por la defensa del SUS y lograron que en 1998 en la constitución se consignara la salud como derecho humano fundamental.
- **Menor resistencia:** Chile, Argentina, Colombia
El autor menciona que gobiernos autoritarios y dictadura facilitaron la privatización, lo cual es cuestionado para casos como Ecuador y Bolivia donde no ocurrió igual.

Conclusiones:

- América Latina: laboratorio de expansión del capital en salud-seguridad social.
- Expansión internacional: incluye salud, seguridad social, industria farmacéutica, tecnología médica.
- ¿Por qué la invisibilidad de la resistencia en Colombia? Se menciona que es posible que los trabajos sobre resistencia no se han visibilizado a nivel internacional, acá la línea de investigación cobraría importancia y responsabilidad con relación al tema.
- ¿Cómo y hacia donde podría cambiar el SGSSS colombiano considerando los contextos nacional e internacional?

Discusión:

Aleja cuestiona ¿por qué en Colombia ha sido más fuerte la injerencia de EEUU que en otros países de la región? Cuestiona si tiene que ver con los vínculos con el narcotráfico, más allá de la claridad con relación a los intereses geopolíticos. También se pregunta para el caso de Colombia en términos de la conformación de la resistencia.

Esperanza menciona que se sostiene en la tesis de Mauricio Uribe como siempre ha existido en Colombia un gobierno para las clases privilegiadas a diferencia de los populismos que se tuvo en algunos países de América Latina. Además la dificultad de que las opciones de izquierda se den por vía institucional que lleve a una correlación de fuerzas más favorables a los intereses populares, y en los momentos en que la correlación se dio arrasaron con los líderes políticos. Menciona que el vínculo ilegalidad, narcotráfico y gobierno si se ha constituido como un vínculo orgánico y estructural en nuestro país.

Stiven menciona que la prolongación del conflicto político militar desgastó la izquierda para disputarse el escenario electoral con más fuerza. También menciona que con relación a la pregunta de Aleja el narcotráfico es un pretexto para la injerencia de EEUU, lo cual ha sucedido no solo en Colombia sino también en otros países de América Latina.

Patricia menciona que Colombia a diferencia de otros países, no ha tenido claro el peligro de la injerencia de EEUU, a diferencia de los países del Cono Sur que al tener que sufrir explícitamente dictaduras militares les permitió ir reconociendo enemigos en las políticas de Estados Unidos. Para el caso de Colombia al tener dictaduras soterradas no hemos podido reconocer el enemigo real y por eso nos dejamos implantar este tipo de políticas.

Se hace la pregunta ¿En la práctica de quién son las empresas privadas del sector salud, pertenecen a los grandes grupos económicos? De quién es Saludcoop?

Esperanza menciona que el capítulo muestra el vínculo entre la atención gerenciada y el pluralismo estructurado pero que no queda claro cómo opera la expansión en el caso Colombiano. Tampoco queda claro si la estrategia también se implantó en los fondos de pensiones.

Esperanza menciona también que a partir del 2002 hubo un quiebre de la institucionalidad en Colombia y en la política social asumiendo el manejo del enfoque social del riesgo, aumentando la judicialización de los líderes sociales por medio de la estrategia de los informantes, también menciona que para la fecha hay un quiebre en los ejes de movilización social de los diferentes sectores, diversificándose los motivos de lucha y ganando autonomía, pero igualmente se diversifican las formas de violencia para sembrar el miedo en la población.

Danilo hace la pregunta de que los actores como el BM y el FMI son los actores más mencionados pero la reserva federal de estados unidos también es un actor privado importante, Esperanza menciona que no sabe si sea un actor privado, que una cosas es un actor autónomo y otra que no sea del estado. Se revisa en google y se encuentra que en teoría es un actor privado pero que si tiene algún tipo de regulación por parte del estado y que existe un actor gubernamental llamado la Junta de Gobierno que si hace parte de la estructura estatal. Esto nos lleva a pensar que existen actores ocultos que pueden estar influenciando la toma de decisiones. Se hace la pregunta de ¿quienes integran el gran poder financiero internacional? Se trata de países o personas?

Stiven menciona con relación a la pregunta que hay un viraje, que inicialmente el poder en el BID lo tenían un gran conglomerado de países, pero después tomando el caso de la industria farmacéutica, se viró a una serie de empresas y organizaciones, por ejemplo en el 2000 en OMS los actores claves fueron las multinacionales farmacéuticas y la Bill y Melinda Gates, pero en el caso del sector financiero no sabría ponerles nombres.

Menciona además que en el caso de TLC, existe el representante de los intereses comerciales de EEUU que es un cargo del ejecutivo, impuesto en muchos casos por las multinacionales farmacéuticas, al igual que las comisiones negociadoras que establecen los TLC, allí es claro como

son los diferentes actores privados, que transfieren intereses particulares privados al ámbito de lo público.

Finalmente el lugar común del BM, FMI, OMC son actores de los grandes intereses corporativos transnacionales. Se menciona que sería bueno ver “el capitalismo una historia de amor” de Michael Moore, dice que allí hay varios actores de EEUU que influyen en la política. También se menciona un buen documental sobre la burbuja inmobiliaria “Inside Job”

2. Presentación DRP Escuela Popular de Líderes en Salud

Patricia expone los resultados del DRP realizado con la escuela popular de líderes.

Menciona que se plantearon 3 objetivos: identificar y priorizar las temáticas a desarrollar en los seminarios formativos, identificar las habilidades sociales a fortalecer en el grupo y por último identificar necesidades en los ejes pedagógico, comunicativo y/o de investigación para el desarrollo del proyecto con cada organización.

Seminarios Formativos:

Primero se implementó una técnica de visualización de tarjetas para recopilar las necesidades formativas en tres categorías: salud, derechos humanos y otras de interés para la organización. Luego se socializó las tarjetas según categorías, identificando aspectos temáticas comunes o relacionadas entre sí. Posteriormente del listado de temáticas y con la ayuda de una matriz de priorización se definieron las temáticas para las 16 sesiones formativas restantes y las triplas que se encargaría de su realización.

Las temáticas priorizadas fueron organizadas en un orden coherente para su desarrollo y el resultado es el siguiente:

1. Estado
2. Modelos de desarrollo
3. Políticas Públicas (Plan Nacional de Desarrollo)
4. Calidad de vida y Determinantes Sociales de la Salud
5. Derechos Humanos
6. Inequidades en población vulnerables y mecanismos de exigibilidad de sus derechos
7. Herramientas en investigación
8. Políticas de salud y seguridad social
9. Sistema de Salud, financiamiento y funcionamiento
10. Derecho a la salud y ley estatutaria
11. Exigibilidad del derecho a la salud y superación de barreras de acceso
12. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
13. Salud Mental
14. Salud en el trabajo
15. Contexto conflicto y paz
16. Participación, organización, movilización y ejercicio de ciudadanía

Posterior a dichos encuentros se tendría un encuentro para la presentación de proyectos, otro para la evaluación de la escuela y para la socialización de los avances de la sistematización y un último encuentro para la graduación.

Habilidades sociales:

Se identificaron las siguientes habilidades sociales como las más necesarias para ser fortalecidas en la escuela: pensamiento crítico, pensamiento creativo y trabajo en equipo.

Además se identificó que la comunicación asertiva y el pensamiento crítico son habilidades en las cuales algunos participantes sienten fortalezas y por lo tanto serán tenidas en cuenta.

Temáticas proyectos para organizaciones:

Se menciona que fue un ejercicio difícil de priorizar porque algunos líderes no consultaron directamente con sus organizaciones los temas y los que lo hicieron propusieron temas muy amplios que hay que concretar mejor. Por lo tanto se decidió que durante la primera visita de tutoría se debe tratar de aclarar la temática con las organizaciones.

Los resultados del ejercicio desarrollado con los tutores para algunas de las organizaciones es el siguiente:

- Asmetrosalud: flujo de información entre asociados y directivos
- Organización Colombiana de Pensionados: relevo generacional
- Federación Mista de Pensionados de Antioquia: crecimiento organizativo
- Asociación de usuarios de la Nueva EPS de Caldas: derechos de los usuarios y ley estatutaria
- Asociación de usuarios de Angelópolis: desmotivación de la comunidad para participar y desconocimiento de los derechos en salud.
- Anthoc Venecia y Anthoc Santa Bárbara: prevención en conflictos laborales y comunicación en crisis y conocimientos en legislación.
- Mesa Salud Moravia: lograr la extensión del horario de atención en el centro de salud de su comunidad y mayor incidencia en las decisiones que afectan su territorio
- Corporación Vicente Mejía Puente de la Madre Laura: capacitación en propiedad horizontal y empoderamiento
- Comisión jubilados de ADID: comunicación, visibilización y reconocimiento de la comisión
- Fundayama: incidencia en la rehabilitación del cáncer de mama.
- Copaco central Medellín: baja participación y comunicación entre las comunas y el nivel central
- Mujeres que crean: salud mental en las mujeres
- Sintratextil: identificación de problemas de salud ocupacional, comunicación asertiva con los trabajadores, derechos y normatividad
- Comité de víctimas de la comuna 4: fortalecer la organización y crecer en número de miembros
- Corazón de Cristal: elaboración de piezas comunicativas para el mejor entendimiento de la población.

- Red de organizaciones comunitarias de Bello Oriente: efectos del cinturón verde.
3. Celebración cumpleaños Liliana y Danilo.

Elaboró: Patricia Molano



**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
DERECHO A LA SALUD Y LUCHAS SOCIALES
POR LA SALUD EN COLOMBIA**