

1. Identificación	
Sesión 01	Línea de investigación Derecho a la Salud y Luchas Sociales por la Salud en Colombia
Fecha	18 de junio de 2015
Hora Inicio	4:00 Pm
Hora Fin	7:40 pm
Lugar	Aula 402 Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia
2.Asistencia	
Patricia Molano	Steven Orozco
Estefanía Arango	Alejandra Marín
Orden del día	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y discusión de los capítulos 11 y 12 del libro “La salud al final del Imperio” de Howard Waitzkin. 2. Presentación proyecto de investigación 3. Presentación de informe de gestión línea inv a vicedecana FNSP

Desarrollo de la reunión:

1. Presentación y discusión capítulos 11 y 12 del libro “La salud al final del Imperio” de Howard Waitzkin.

Una exposición sobre los aspectos más relevantes del capítulo 11 titulado **“las construcciones de los actores involucrados en el comercio global, la salud pública y los servicios de salud”** es hecha por la estudiante de Maestría en Salud Pública Alejandra Marín.

La tesis central del mismo es que durante lo que se conoce como “el presente del Imperio” emergieron puntos de vista divergentes acerca del impacto del comercio global en la salud pública y los servicios de salud, puntos de vista que relacionaban con las ideologías y filiaciones institucionales de quienes los exponían. Entre los grupos que tomaron parte de estos debates sobre globalización y salud se encontraban las agencias de gobierno, instituciones financieras, organizaciones internacionales de comercio y organizaciones internacionales de salud, corporaciones multinacionales y grupos de presión, y

cada uno de ellos exhibió actitudes, decisiones y acciones particulares en relación con los debates que vinculaban globalización en salud.

Respecto a las agencias gubernamentales, se presentaron dos posturas: la primera representada por las agencias de gobierno de EEUU, y la segunda desarrollada principalmente desde agencias de gobierno de Latinoamérica. Así las cosas, desde las agencias norteamericanas se remarco la importancia de la salud pública y los servicios de salud globales no como fines en sí mismos sino como condiciones favorecedoras de los intereses de EEUU; en últimas de lo que se trataba era de promover un fenómeno de globalización que promoviera la totalidad de los intereses de EEUU.

De esta forma, se estructuró por parte de los funcionarios de EEUU un discurso según el cual el comercio global promovería el desarrollo económico generalizado, y por tanto una mejora en los servicios de salud y la salud poblacional general. Por otro lado, desde posturas un poco más mesuradas se consideraba que si bien el comercio global debía desarrollarse para favorecer los intereses de EEUU, un descontrol del mismo podría afectar la salud de millones alrededor del mundo, razón por la cual debía encontrarse un equilibrio entre comercio y salud. No obstante lo anterior, el discurso de las agencias gubernamentales norteamericanas se estructuró en su mayoría en torno a la necesidad y beneficios de la globalización.

Caso contrario ocurrió con las agencias y funcionarios gubernamentales latinoamericanos. Estos expresaron su escepticismo frente a los beneficios del comercio global sobre la salud pública y los servicios de salud, concibiendo la globalización como un nuevo modelo de acumulación global que privilegiaba en general al sector financiero. Mientras en muchos casos la salud había sido definida como un derecho humano, las reformas impuestas por los organismos multilaterales ubicaban el lucro por encima de las necesidades de las poblaciones, situación que ya se apreciaba considerablemente en América Latina. De allí el recelo frente a los beneficios de la globalización frente a la salud pública. Hubo pues una divergencia en los puntos de vista respecto al comercio global según el lugar en que se encontraran ubicadas las agencias gubernamentales.

Un segundo grupo de actores fue el representado por las instituciones financieras internacionales. Éstas, en un sentido similar a las agencias gubernamentales norteamericanas enfatizaron en la importancia de los mecanismos de mercado privado para alcanzar políticas eficientes y costo-efectivas; el comercio privado sería la clave (según el Banco Mundial) para erradicar la pobreza mundial, y por tanto, los TLC los principales instrumentos para el logro de este propósito. Desde esta óptica los mecanismos de mercado fomentados por los TLC afectaban los resultados en salud a través del

desarrollo económico. No obstante, pese al énfasis expuesto por el BM respecto a la privatización, respecto a políticas de salud pública parece ser que el poco interés de los inversionistas en este campo condujo a que el BM diera mayor autonomía a los países para hacer lo que consideraran adecuado.

El tercer grupo de actores involucrado en los debates sobre comercio global y salud fue el de las organizaciones internacionales de salud, concretamente OMS y OPS. Para el autor, durante algún tiempo ambas organizaciones fueron sincronizando sus políticas con las de instituciones financieras internacionales y organizaciones internacionales de comercio. Los funcionarios tanto de OMS como de OPS se mostraban a favor del fortalecimiento del sector privado en salud y las reformas para el desarrollo de políticas más orientadas al mercado. Igualmente se apoyaron los TLC y la reorganización de los servicios de salud, siempre y cuando se permitiera un acompañamiento técnico que protegiera los intereses de salud pública de los países. Así se “saldaron” las posibles diferencias entre comercio global y salud pública, generando cada vez mayor colaboración sobre asuntos de comercio entre Organización Mundial del Comercio (OMC) y OMS

Un cuarto grupo de actores fue el representado por las corporaciones multinacionales, en especial, farmacéuticas. Estas corporaciones influenciaron el desarrollo de varios acuerdos de comercio global, en especial, el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC) que otorgaba patentes de 20 años para los medicamentos. Paradójicamente, según los ejecutivos de estas compañías, las motivaciones para promover el ADPIC no eran principalmente económicas sino que se relacionaban con propósitos como proteger el esfuerzo científico en los países menos desarrollados, y llevar medicamentos a las poblaciones más pobres. Esto último en la medida que mayor protección de propiedad intelectual se revertiría en mayor responsabilidad social corporativa. Por la vía del ADPIC, la globalización se consideraba pues favorecedora de la salud.

El último grupo a considerar es el de los grupos de presión. A diferencia de los planteamientos de las corporaciones multinacionales, estos últimos enfatizaron en los efectos adversos del comercio global en la salud pública y los servicios de salud, haciendo notoria además su preocupación respecto a los impactos del ADPIC. Así pues, para los grupos de presión la motivación corporativa de la generación de patentes para medicamentos derivaba principalmente de los intereses económicos de las corporaciones farmacéuticas y no de intereses para proteger el trabajo científico o de intereses humanitarios.

La presentación de los puntos de vista de los diferentes grupos de actores frente a la relación entre comercio global y salud, revela pues construcciones sociales divergentes. No obstante, en una línea más o menos común pueden

ser ubicados las agencias de gobierno norteamericanas, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones de comercio, las organizaciones internacionales de salud y las corporaciones multinacionales. Para todos estos actores las organizaciones de comercio, los tratados de libre comercio y la propiedad intelectual mejorarían las condiciones de salud en el mundo. Cabe anotar además que estas construcciones se vinculaban con preceptos ideológicos más amplios como la necesidad de la competencia económica y una confianza amplia en los mercados.

Por su parte, únicamente los grupos de presión fueron a contracorriente en este debate expresando que las relaciones políticas y económicas generadas mediante la globalización deterioraban la salud. Esto por la vía del empeoramiento de las condiciones laborales, el daño al medio ambiente, los efectos sobre la nutrición, y una mayor restricción en el acceso a servicios de salud y medicamentos, en especial, para las poblaciones más pobres.

Así pues, con los sistemas de salud y la salud pública global en juego, los vínculos entre comercio y salud empezaron a recibir atención de diferentes actores sociales, y no solo de los representantes de las entidades y corporaciones multinacionales. Reconocer y desmitificar algunas construcciones y discursos puestos en marcha por los accionistas clave en el comercio y la salud se convirtió en uno de los principales pasos para la conclusión del presente del imperio.

La presentación del capítulo 12 **“Militarismo, imperio y salud”** es hecha por Patricia Molano, profesional integrante de la línea. Este capítulo centra su análisis en la intervención militar norteamericana en distintos lugares del mundo como estrategia para el sostenimiento político y económico del “Imperio”, concentrándose sobre todo en los efectos en salud que dicha intervención militar ha causado no solo a las poblaciones de los países invadidos sino al personal militar participe de la misma. Mediante la agresión militar, el Imperio lograba la extracción de recursos naturales, especialmente petróleo, a la vez que podía abrir directamente nuevos mercados al destruir la infraestructura de los países invadidos.

No obstante, campañas militares como las adelantadas en los últimos años en Irak, Afganistan y otros lugares, no sólo cobraron la vida de miles de soldados, sino que afectaron considerablemente la salud física y mental de muchos combatientes y sus familias; situación que literalmente se configuró como epidemia de salud pública y que vino por tanto a convertirse en factor adicional de tensión sobre el sistema de salud de EEUU el cual ya presentaba problemas importantes.

Pese a que en teoría el personal militar activo contaba con acceso a servicios de sanidad, en la práctica muchos inconvenientes se presentaban para ello.

Por ejemplo, un sistema de mando y de atención en donde la enfermedad y las lesiones podían ser vistas como obstáculos para la misión militar, inconvenientes para los comandos locales, y enfermedad fingida. Por otra parte, el personal médico al servicio del ejército experimentaba el fenómeno de la “doble agencia” que se refiere a la dicotomía de servir a las necesidades del paciente pero también a las necesidades tácticas del comando militar donde se laboraba.

Así las cosas, gran cantidad de militares activos y retirados que habían sufrido alguna lesión física o mental durante el combate empezaron a buscar servicios de salud civiles generando una demanda para la que EEUU no se encontraba preparado.

Dicha situación llevó a la creación de redes que involucraban a profesionales civiles que procuraban satisfacer las necesidades médicas y de salud mental de los soldados sin la carga de la doble agencia. La más destacada de estas redes fue la Red Civil de Recursos Médicos que funcionaba como una pequeña red nacional de profesionales en atención médica primaria, psicología, psiquiatría, trabajo social y salud pública, servicios que eran brindados de manera voluntaria o a muy bajo costo dadas las limitaciones económicas de muchos de los militares. Dicha red funcionaba en diferentes ciudades de EEUU para consultas y atención directa, aunque también suministraba orientación telefónica y a través de internet; incluso en algunos casos se hacían valoraciones y remisiones en los frentes de guerra.

Según los análisis estadísticos hechos por la red, el 91% de los pacientes eran hombres, la gran mayoría de ingresos bajos, y cerca de la mitad eran desertores. Los problemas físicos constituían el 20% de los motivos de consulta, y entre estos se encontraban trastornos físicos menores (síntomas musculoesqueléticos, dolor de pies, problemas dermatológicos) así como trastornos de potencial riesgo vital como ataques inexplicables, fracturas vertebrales, visión doble por lesiones oculares, y sangrado por oídos posterior a lesiones en la cabeza. Todas estas lesiones eran resultado directo del combate o incidentes durante el servicio militar. Más preocupante aún era que el 80% de las consultas se relacionaban con trastornos mentales como depresión, trastorno por estrés postraumático, ansiedad y abuso de sustancias como resultado de incidentes presentados en el combate. El 20% de estos pacientes reportó ideas suicidas y el 5% ideas homicidas, y todas estas situaciones en conjunto afectaban también a las familias de los militares a través de eventos como violencia de pareja y disolución del matrimonio o relación.

Por medio de las consultas, los profesionales de la salud se encontraban con circunstancias complejas como el hecho de que la adversidad económica y la

falta de oportunidades laborales eran las principales causas de alistamiento en el ejército. Igualmente un número importante de soldados provenían de minorías étnicas/raciales. Los soldados también manifestaban decepción frente a las garantías económicas prometidas lo mismo que frente a las condiciones para el combate. Igualmente se enfrentaban a dilemas éticos constantes, a la generación de violencia sin sentido, y a vulneraciones constantes a los derechos humanos, entre otros.

De esta forma, aún al margen de los problemas de salud que en los países invadidos causaba la guerra, el personal militar que apoyaba objetivos políticos y económicos en el presente del imperio manifestó una constelación cambiante y cada vez más insostenible de problemas de salud física y mental, todo lo cual venía a sumarse con necesidades insatisfechas y otros problemas contextuales o estructurales del mismo personal. Todo lo anterior coincidió además con una privatización sin precedentes de los servicios de salud para los soldados y sus familias; privatización que se enmarcaba en la tendencia más amplia de privatización de la salud acontecida en EEUU. Como si fuera poco, a los soldados que buscaban ayuda en el sector militar para trastornos mentales como TEPT, depresión y ansiedad, los psicólogos militares les diagnosticaban cada vez más un “trastorno de personalidad”. Este era considerado una condición pre-existente al servicio militar, con lo cual quienes recibían este diagnóstico perdían los beneficios financieros y de salud después del retiro.

Las guerras del presente del imperio se basaron en una estrategia que suponía menos combates con combatientes directamente identificados y más violencia involucrando civiles. Así, en un contexto donde tanto la tortura como el abuso de los derechos humanos eran sistemáticos, no resulta sorprendente que los soldados sufrieran altos niveles de trastornos psicológicos y físicos. Ante dicha situación, las soluciones (cuando las había) se enfocaron en la medicalización de los trastornos. Sin embargo, poco se cuestionaron los vínculos entre imperio, militarismo y salud; el sufrimiento físico y emocional de los soldados, que con el tiempo ocuparon una posición incluso más marginal dentro de la sociedad parecía un precio razonable a pagar en el marco de una guerra con un trasfondo principalmente económico.

2. Presentación proyecto de investigación.

La presentación de proyecto de investigación en esta sesión es realizada por la estudiante de Gerencia de Sistemas de Información en Salud, Estefanía Arango. La presentación es sobre su proyecto de trabajo de grado el cual lleva por título “La Escuela Popular de Líderes en Salud y Seguridad Social de Medellín: análisis de una trayectoria de formación ciudadana en salud, 2011-2015.

El planteamiento del problema de este trabajo se relaciona con la inconformidad y malestar que en diversos actores sociales ha generado la reforma a la salud colombiana implementada en las dos últimas décadas. Dicho malestar social ha derivado en acciones colectivas por parte de dichos actores tales como protesta social y conformación de movimientos sociales. Una de esas expresiones organizativas es **la Mesa Intersectorial de Antioquia por el derecho fundamental a la salud y a la seguridad social –MIAS-**, conformada en 2009, donde convergen nuevas y viejas trayectorias de organización y de lucha social y de salud de Medellín. Una de las iniciativas de la MIAS ha sido la de una **Escuela Popular de Líderes de Salud –ESPOLS-** creada en 2011, como proyecto orientado, mediante la educación popular y la comunicación para el cambio social, a construir ciudadanía en salud, entendiendo ésta como la capacidad crítica para interpretar y actuar colectivamente para transformar la realidad socio-sanitaria, y para formar habilidades de acción en el ámbito de lo público. La ESPOLS ha tenido dos versiones, entre 2011 y 2014, y en 2015, se realizará una tercera versión, que será acompañada por este proyecto de investigación, el cual se pregunta por ese proceso de construcción y configuración de los actores que allí convergen. En tal sentido, la pregunta orientadora de este trabajo investigativo es: *¿Cómo ha sido el proceso de conformación y la trayectoria de la Escuela Popular de Líderes en Salud y Seguridad Social –en adelante, ESPOLS- de Medellín?*

Con base en lo anterior, el objetivo general de este proyecto es el de “Reconstruir el proceso de conformación y la trayectoria de la Escuela Popular de Líderes en Salud de Medellín, analizando los componentes de educación popular, de comunicación para el cambio social mediante las prácticas pedagógicas y comunicativas y los actores que convergen en las tres versiones de Escuela Popular, realizadas entre 2011 y 2015”. Como objetivos específicos, este proyecto plantea: reconstruir la trayectoria y el proceso de configuración de actores que convergen en las tres versiones de escuela popular de salud; reconstruir las prácticas pedagógicas y comunicativas de la escuela de líderes en sus tres versiones; y analizar si estas prácticas comunicativas y pedagógicas dan cuenta o no de un proceso de educación popular y de comunicación para el cambio social.

En términos metodológicos, se trata de un estudio cualitativo con enfoque etnográfico que emplea como técnicas de recolección de información la observación participante, la revisión documental y las relatorías de los seminarios formativos de la escuela. También se acude a la realización de entrevistas y grupos focales. Con base en las anteriores técnicas y fuentes, más la revisión documental se espera dar cuenta de cinco categorías de análisis que son: movilización en torno a programas sociales y de salud; campañas y abogacía nacional e internacional respecto a necesidades en salud; generación de capacidades en los líderes y en las comunidades a las

que pertenecen; producción, disseminación y uso de los recursos de información; y democratización e incidencia en las políticas de salud.

Dado que este es un proyecto que ya se encuentra formulado y en ejecución, se plantean como logros del mismo la apropiación conceptual en Educación Popular por parte de la investigadora, la aplicación de dichos conocimientos en el desarrollo de los seminarios formativos de la escuela, y el vínculo con los integrantes de la misma. Finalmente, se plantean dificultades para la recolección de la información lo mismo que el corto tiempo para el desarrollo del proyecto.

Hecha la presentación del proyecto, se abre la posibilidad de hacer comentarios y preguntas.

La única pregunta que se formula se refiere a las categorías de análisis que se utilizarán. Se pregunta si se considera que las categorías presentadas son las que efectivamente dan cuenta del proceso de la Escuela, y por tanto, de procesos de educación popular. De igual forma se pregunta dónde se ubican dichas categorías en el plano teórico.

La respuesta que se plantea es que este proyecto hace parte de un proyecto de investigación más grande que es coordinado por el Movimiento por la Salud de los Pueblos, y el cual pretende rastrear la conformación y trayectoria de movimientos sociales en diferentes países. Sin embargo, aún no hay muchas claridades en dicho proyecto, entre ellas teóricas. Igualmente, los casos a trabajar en el caso colombiano son muy heterogéneos lo que también dificulta una ubicación teórica. No obstante, mediante el desarrollo de las próximas reuniones del equipo de las experiencias a documentar en Colombia se espera llegar a algunas claridades teóricas, y por tanto, sobre las categorías que se utilizarán.

3. Presentación de informe de gestión línea investigación a vicedecana FNSP.

Isabel Cristina Posada, vicedecana de la FNSP asiste a la reunión de la línea a través invitación que previamente le había extendido la coordinadora. El propósito de dicha invitación es que la vicedecana conozca de primera mano los avances, logros y expectativas que tiene la línea de investigación. Igualmente se desea visualizar qué puntos de encuentro existen entre los planes institucionales de la FNSP y el propósito de crecimiento de la línea.

La coordinadora de la línea da inicio entonces a una presentación general de los desarrollos de la misma. En cuanto a los proyectos de investigación, la línea se ha movido en tres ejes temáticos centrales: tutelas y exigibilidad del derecho

a la salud; luchas sociales en salud; y acceso a medicamentos. Dentro de cada uno de estos ejes se han desarrollado trabajos de grado, tesis de maestría y doctorado, así como proyectos financiados por Colciencias y el CODI U de A, obteniendo en varios casos distinciones académicas.

En cuanto a publicaciones, la línea ha publicado dos libros, cinco artículos, dos capítulos de libro y dos cartillas. En recurso humano, la línea ha formado dos doctores, siete estudiantes de pregrado, una estudiante de maestría, y cinco jóvenes investigadores.

Igualmente, la línea de investigación ha ofertado cursos y seminarios de diferente nivel con lo cual contribuye a la misión docente de la facultad. De esta forma, se han ofrecido ya dos cursos electivos sobre derecho a la salud para doctorado, un curso electivo para maestrías, se coordina un curso de salud pública en pregrado y se ha diseñado un curso electivo de derecho a la salud también para pregrado el cual se espera sea aprobado en la reforma curricular. También se ha participado de diferentes cursos y seminarios en convenio con la Universidad Javeriana.

Actualmente se encuentran en desarrollo tres áreas académicas nuevas que son: acceso a medicamentos y TLC, Educación Popular, y la noción de “víctimas en los DESC”

Frente al campo misional de la extensión, la línea también viene acompañando el proyecto BUPPE de Escuela Popular de Líderes en Salud y Seguridad Social liderado por la MIAS. La tercera versión de escuela, desarrollada en el presente año cuenta con tres componentes que son: componente pedagógico (seminarios formativos), componente investigativo (acompañamiento a organizaciones) y componente de sistematización de la experiencia. Igualmente, durante 2013 la línea realizó un seminario abierto al público en derecho a la salud y acción colectiva.

Finalmente, otros espacios formativos que han sido liderados por la línea son el seminario permanente sobre determinación social y el semillero de investigación en derecho a la salud. Como conclusión de esta presentación se plantea entonces que el trabajo de la línea integra los tres componentes misionales de la universidad, investiga y genera nuevas áreas de conocimiento, y genera interacciones locales, nacionales e internacionales; en últimas, es una línea vital para la FNSP. Sin embargo, la viabilidad de muchos de sus proyectos dependen de un apoyo mayor al recibido hasta el momento; concretamente en términos de talento humano docente.

Finalizada la presentación del trabajo desarrollado por la línea, se genera el espacio para la intervención de la vicedecana y demás asistentes a la reunión.

La vicedecana coincide en que los tres componentes misionales de la universidad son inseparables, y en tal sentido, resulta loable el esfuerzo de la línea de investigación para el desarrollo de los tres.

En segundo lugar, considera que el fundamento del Plan de Acción desarrollado durante el actual periodo administrativo resulta compatible con las aspiraciones de la línea. Hay desde dicho Plan de Acción una apuesta por las interacciones sociales, las personas y el pensamiento en salud pública. Así pues, la aparición de la línea de derecho a la salud es necesaria en términos de una facultad que debe constituirse como actor político. De esta forma, aunque recientemente se hayan dado cambios en el equipo administrativo, se proyecta que el nuevo equipo administrativo dé continuidad al Plan Institucional vigente actualmente, incluidas ciertas líneas estratégicas y políticas, lo mismo que en términos de apoyo a la línea.

Sin embargo, la vicedecana sugiere que para que por el momento la línea mantenga su permanencia, debe buscar su transversalización hacia otras líneas en docencia, investigación y extensión; es decir, que el derecho a la salud se haga presente en otras áreas tales como la salud ambiental, la salud mental y la epidemiología. Esto puede alimentar el quehacer de otras líneas y asegura sostenibilidad para la línea de derecho a la salud.

Frente a este último planteamiento, la coordinadora de la línea considera que si bien es cierto, la transversalización puede ser una estrategia a ser aplicada, esta no puede desarrollada siquiera si no se cuenta con un grupo humano más amplio que pueda llevarla a cabo. En tal sentido, se insiste en que uno de los pasos necesarios para la transversalización y crecimiento de la línea es el de contar con un número mayor de docentes vinculados a la misma. Igualmente se requiere el apoyo de al menos un auxiliar para el desarrollo de diferentes labores administrativas.

Frente a estas dos solicitudes, la vicedecana se compromete a gestionar la designación de un auxiliar administrativo para la línea. Respecto a la vinculación de docentes para la línea, plantea que debe esperarse cuáles plazas quedan disponibles al cierre del concurso de méritos que se encuentra en curso. Conociendo tal disponibilidad de plazas, podría analizarse si existen posibilidades de nombrar un profesor ocasional para la línea. Dicha disponibilidad se conocerá más o menos en el mes de Septiembre del presente año.

Luego de estas aclaraciones y compromisos se da por finalizada la reunión de la línea.



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