

**ACCIÓN COLECTIVA PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD: ESTUDIO  
DE CASO MESA ANTIOQUIA<sup>1</sup>**

“Incidencia de la acción colectiva en la garantía del derecho fundamental a la salud en Antioquia 2015 a  
2018”

John Jairo Manrique Hernández<sup>2</sup>

Luis Alberto Martínez Saldarriaga<sup>3</sup>

Universidad EAFIT

---

<sup>1</sup> El artículo es producto del estudio de caso “Incidencia de la acción colectiva en la garantía del derecho fundamental a la salud en Antioquia 2015 a 2018”, desarrollado en el proceso de trabajo de grado de la Maestría en Gobierno y Políticas Públicas, con el cual se opta el título de Magister. Contó con la asesoría de Gloria Estela López L., Socióloga, Especialista en Gerencia Social y en Desarrollo Rural, Magister en Gobierno y Políticas Públicas de EAFIT.

<sup>2</sup> Contador Público, Especialista en Gestión Pública, Candidato a Mg. en Gobierno y Políticas Públicas.

<sup>3</sup> Odontólogo, Especialista en Administración en Servicios de Salud, Mg. en Administración, Candidato a Mg. en Gobierno y Políticas Públicas.

## **Resumen**

El presente trabajo describe la relación entre la acción colectiva efectiva y las políticas públicas, a partir de la identificación de los procesos que ha promovido el colectivo Mesa Antioquia, para la implementación de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, que establece los mecanismos para garantizar el derecho a la salud en Colombia, no obstante, este derecho es altamente vulnerado debido, entre otras razones, por los insuficientes procesos de acción colectiva de los diferentes actores.

Para este trabajo se parte de las teorías que se acercan a la conceptualización de los movimientos sociales y la relación entre la acción colectiva efectiva, sustentada en la confianza, con las políticas públicas, especialmente con el derecho fundamental a la salud.

Es una investigación de corte cualitativo, basada en el estudio de caso que es una herramienta metodológica para la indagación, la evidencia empírica se obtuvo a partir de observación directa, revisión de información documental, entrevistas semiestructuradas y la realización de un grupo focal.

**Palabras claves:** Acción Colectiva, Confianza, Derecho Fundamental a la Salud, Ley Estatutaria en Salud.

**Abstract**

This paper aims to describe the relationship between effective collective action and public policies, based on identifying the processes promoted by the Mesa Antioquia collective, for the implementation of the Statutory Health Law 1751 of 2015, which establishes the mechanisms to guarantee The right to health in Colombia, however, this right is highly violated due, among other reasons, to the insufficient collective action processes of the different actors.

This work is based on the theories that approach the conceptualization of social movements and the relationship between effective collective action, supported on trust, with public policies, especially with the fundamental right to health.

It is a qualitative research, based on the case study that is a methodological tool for inquiry, empirical evidence was obtained from direct observation, review of documentary information, semi-structured interviews and the realization of a focus group.

**Keywords:** Collective Action, Trust, Fundamental Right to Health, Statutory Health Law

## CONTENIDO

Introducción .....	4
1 Antecedentes.....	8
1.1 Los antecedentes del problema y costos sociales.....	10
2 Justificación .....	12
3 Movimiento social y acción colectiva efectiva para la garantía del derecho a la salud .....	13
3.1 Movimientos sociales.....	13
3.2 Acción colectiva efectiva .....	17
4 La confianza como eje indispensable para la acción colectiva efectiva.....	17
5 Relación entre la acción colectiva efectiva y las políticas públicas .....	18
6 Ley Estatutaria en salud, como herramienta de acción colectiva efectiva en búsqueda de la garantía del derecho fundamental a la salud -DFS-. .....	21
7 Causas de vulneración del derecho fundamental a la salud en Antioquia.....	22
8 Retos identificados a partir de las entrevistas.....	24
Tabla 2 Retos identificados a partir de las entrevistas .....	24
9 Conclusiones y recomendaciones.....	26
9.1 En voz de los actores sociales .....	28
9.2 Recomendaciones obtenidas en el grupo focal realizado con integrantes de la Mesa Antioquia.....	30
9.3 Recomendaciones recogidas a partir del consenso denominado “Impostergables” para el Sistema de Salud colombiano .....	31
10 Trabajos citados.....	36

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Enfoques y categorías .....	5
Ilustración 2. Metodología .....	7

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Causas más frecuentes de vulneración del DFS que identifican los actores .....	22
Tabla 2 Retos identificados a partir de las entrevistas .....	24

### Introducción

El derecho a la salud en Colombia es altamente vulnerado a pesar de la promulgación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, hasta hoy, los procesos de acción colectiva en Antioquia no han sido suficientemente eficaces para lograr la garantía del derecho.

El problema se inscribe en el estudio del gobierno y las políticas públicas porque se trata de una situación que afecta a toda la población independientemente de las condiciones socioeconómicas, además su implementación, seguimiento y control debe comprometer a los diferentes actores sociales, ciudadanos, gubernamentales e institucionales

Este trabajo hace una aproximación analítica a los procesos de acción colectiva que se han promovido desde la Mesa Antioquia para lograr la efectividad del derecho fundamental a la salud desde la expedición de la Ley Estatutaria, la cual establece los mecanismos para garantizar el derecho a la salud de los colombianos.

Para el estudio de caso se parte de los enfoques y categorías que han conceptualizado sobre movimientos sociales, especialmente sobre la relación entre la acción colectiva efectiva, basada en la confianza, con las políticas públicas, principalmente con el derecho fundamental a la salud. (Ver Ilustración 1).

**Ilustración 1. Enfoques y categorías**



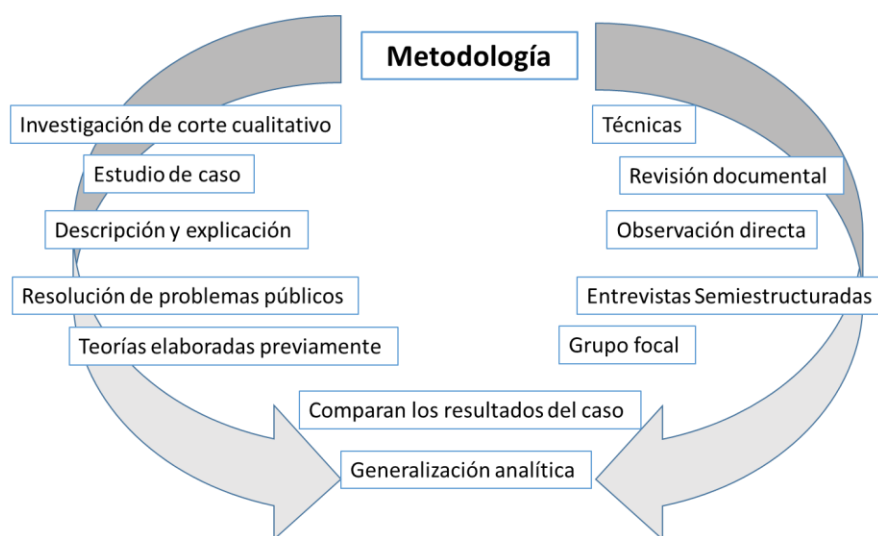
Fuente: elaboración propia

Esta es una investigación de corte cualitativo que permite entender cómo los participantes de una investigación perciben los acontecimientos. La variedad de sus métodos, como el estudio de caso refleja la perspectiva de aquel que vive el fenómeno. El uso de esta aproximación es de carácter inductivo y sugiere que, a partir de un fenómeno dado, se pueden encontrar similitudes en otro, permitiendo entender procesos, cambios y experiencias, todas ellas analizadas desde la percepción que los actores involucrados en este estudio tienen sobre la garantía del derecho a la salud (Hernández, 2014). En consecuencia, este trabajo se basó metodológicamente en el estudio de caso, lo cual facilita la descripción y la explicación de asuntos que permiten comprender y contribuir a la resolución de problemas públicos, con una generalización analítica en la cual, a partir de una teoría elaborada previamente, se comparan los resultados del caso (Gundermann, 2013).

La información se obtuvo mediante revisión documental, observación directa, elaboración de seis (6) entrevistas semiestructuradas a actores clave integrantes de la Mesa Antioquia, como la Veeduría Ciudadana para Medellín y Valle de Aburrá, el Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín, el Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia y tres (3) actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Entidad territorial, Empresa Promotora de Servicios de Salud -EPS- e Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS)-, asimismo se realizó un grupo focal con los integrantes de la Mesa Antioquia por la transformación del Sistema de Salud colombiano.

El análisis se llevó a cabo con el resultado de la triangulación de la información recolectada para llegar a las conclusiones. (Ver Ilustración 2)

## Ilustración 2. Metodología



Fuente: construcción propia

Se encontró que en el Departamento de Antioquia existe una amplia variedad de trabajo en clave de acción colectiva, en los cuales participa el Estado, la academia, y la sociedad civil organizada en función de la garantía del derecho fundamental a la salud. Este trabajo se ocupó de un grupo representativo asentado en la Ciudad de Medellín y que dio cuenta de los procesos de acción colectiva surtida desde su quehacer para de lograr un verdadero derecho a la salud.

## 1 Antecedentes

El Sistema Sanitario colombiano a través de su historia ha estado regido por distintas normas que han marcado el desarrollo de los modelos de atención, la cobertura, el nivel de compromiso del Estado, la financiación, la participación de los particulares, de los entes territoriales, y de los mismos ciudadanos. En dichas normas se evidencian tensiones permanentes entre dos posturas definidas: una que promueve la entrega y distribución de los recursos para proveer servicios de salud al mercado y otra que impulsa la planificación desde el Estado tratando de garantizar el derecho a la salud de la población.

En los últimos 25 años dos acciones normativas han marcado puntos de inflexión: la Ley 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015 también conocida como Ley Estatutaria en Salud -LES- la primera con gran orientación al mercado y la segunda la “retoma” del Estado como ordenador del Sistema de Salud.

La Ley 100 creó el marco general del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- y han sido sus principios orientadores y directrices las que han primado como norma regulatoria del tema sanitario en el país. Dicha ley ha tenido dos reformas básicas: la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, las cuales fueron reglamentadas, de manera parcial por los gobiernos de turno, tratando de profundizar una especie de “aseguramiento comercial” y no de “seguridad social” y de garantía del derecho, como lo plantea el espíritu de la Constitución Nacional de 1991.

El otro gran punto de quiebre se da con la aprobación en el Congreso de la República de la Ley Estatutaria en Salud -LES- 1751 de 2015 y su revisión previa de constitucionalidad, como exige este tipo de normas, por parte de la Corte Constitucional.

Esta nueva concepción del derecho ha requerido del respaldo de una jurisprudencia constitucional más comprometida con la cultura de la democracia y de los derechos humanos, que la que había primado en la Corte Suprema de Justicia que era la que tenía el control constitucional hasta en año 1990. (Ostrom, 2003).

La Corte Constitucional otorga constitucionalidad condicionada a la LES 1751 de 2015, a través de la Sentencia C-313 de 2014, por tal motivo, la lectura e interpretación de la LES debe hacerse a luz de la mencionada sentencia.

Esta Ley estableció con un carácter jurídico superior el alcance del derecho a la salud, a la vez que lo declaró como fundamental, hecho que, si bien había sido expresado con anterioridad en varias sentencias de la Corte Constitucional, en la Ley 1751, quedó expresado de manera directa y por lo tanto incluido en el ordenamiento jurídico del país.

Así pues, una Ley Estatutaria en Colombia, corresponde a una categoría superior a las demás clases de leyes, y por lo tanto cuenta con un trámite especial para su expedición que incluye la revisión previa por parte de la Corte Constitucional, con el fin de garantizar una interpretación y contenidos que se atengan al cumplimiento estricto de la Constitución y demás jurisprudencia del país. Las leyes estatutarias operan básicamente para definir el alcance de los derechos y deberes fundamentales de las personas, así como los procedimientos y recursos para su protección, como lo señala el Artículo 152 de la Constitución Política de Colombia.

Considerando lo anterior, debe entenderse que con la expedición de la Ley 1751 de 2015 el marco legislativo superior que rige el SGSSS empezó a contar con una norma superior a la cual deben atenerse las demás disposiciones expedidas, ya sea por el Congreso de la República, o por la Rama Ejecutiva en sus actos administrativos, de ir en contravía estaría revestida de un carácter de inconstitucionalidad.

Cabe anotar que la expedición de la Ley Estatutaria en Salud fue el fruto de la acción colectiva ejercida por varios sectores sociales, académicos y gremiales del país, que presionaron, mediante de acciones jurídicas, al entonces presidente Juan Manuel Santos para que firmara esta Ley.

Han sido varios los intentos de reformar el Sistema de Salud colombiano, sin embargo, los que han salido avante, se quedaron en ajustes que no modificaron las causas raíz, ni las bases conceptuales del fallido sistema sanitario, el principal avance normativo proviene de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 que declaró la salud como un derecho humano fundamental. No obstante, la transformación requerida no se ha logrado aún “debido a que grandes poderes se oponen a las reformas que la población colombiana demanda y han logrado silenciar las propuestas planteadas desde la sociedad civil” (Martínez, 2018).

### **1.1 Los antecedentes del problema y costos sociales**

Según el Observatorio Nacional de Salud, la mortalidad evitable es del 53 %, esta cifra está registrada en el informe sobre las muertes en Colombia que pudieron ser evitadas por el Sistema de Salud entre los años 1998 y 2011. Allí se expone que en ese período se presentaron en Colombia 2'677.170 muertes de las cuales 1'427.535 fueron clasificadas como evitables.

Asimismo, el incremento sostenido de tutelas en salud, según los datos que viene consolidando la Defensoría del Pueblo, resulta preocupante que entre 2010, cuando se presentaron 94.502 acciones de tutelas en salud, y en el año 2018 el número de acciones para reclamar por este derecho fundamental fue de 207.734, lo que representa un aumento del 120 % en estos años. Lo más crítico es que 8 de cada 10 tutelas en salud reclaman atenciones o medicamentos contenidos en el Plan de Beneficios en Salud -PBS-.

En este informe publicado por la Defensoría del Pueblo con corte a 2018, se evidencia que el Departamento de Antioquia continúa siendo el territorio con más acciones de tutela, que invocan el derecho fundamental a la salud en el país, en este año fueron interpuestas 48.954, este número representa un crecimiento del 17,5 % con relación al año 2017.

De igual manera el informe de la Defensoría del Pueblo afirma que en 122 de 125 municipios de Antioquia, se interpuso al menos una tutela invocando el derecho fundamental a la salud, aquí se resalta a la Ciudad de Medellín, con el 47,8 %, siendo el municipio con el mayor número de tutelas, seguido por Itagüí con 5,5 %, Bello 5,3 %, Rionegro 3,5 % y Envigado 3,4 %.

Del total de tutelas que invocaron el derecho a la salud en Antioquia en el 2018, el 42,1 % se interpusieron a la EPS Savia Salud, el 15,8 % Coomeva, a Medimás/Cafesalud el 7,8 por ciento, a la EPS Sura el 5,9 % y a la Nueva EPS el 5,7%. Asegura el informe, que las decisiones en primera instancia, en el 84,8 % de los casos los jueces favorecieron a los tutelantes antioqueños.

Todo lo anterior, denota la continua vulneración del derecho fundamental a la salud en Medellín y Antioquia causada principalmente por las barreras de acceso que impone el Sistema Sanitario.

También preocupan algunos datos publicados por la Alcaldía de Medellín en documento “Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud”, en el cual se recogen los indicadores epidemiológicos de los medellinenses, con corte al año 2018. Para las mujeres, se dice que la mayor carga de años de vida potencialmente perdidos se dio en las neoplasias con un comportamiento que se incrementó, pues pasó del 24 % del total de los años de vida potencialmente perdidos para el año 2005 al 34 % para el año 2016. Plantea el informe que este hallazgo es de gran interés, dado que las neoplasias más relevantes en esta

población son el cáncer de seno y de cuello uterino, los cuales son detectables y tratables en fases tempranas; lo permite inferir fallas en el acceso del Sistema de Salud.

De igual manera, el colapso permanente en los servicios de urgencias, en especial los de mediana y alta complejidad, también muestra las dificultades en acceso de la población a los servicios, un artículo del periódico El Colombiano de 2015 dice: “Hay personas con cáncer, diabetes o hipertensión que dicen que vienen porque así les toque esperar doce horas acá, les hacen el examen que le están pidiendo a la EPS desde hace seis meses”. Recuperado de (<http://www.elcolombiano.com/colombia/salud/cuatro-horas-en-urgencias-BN2618131>).

## **2 Justificación**

Este estudio de caso es importante porque nos permite ver el grado de compromiso de las organizaciones de la sociedad civil, que trabajan en Medellín y en Antioquia a través de diferentes ejercicios de acción colectiva, buscando la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas.

Asimismo, este trabajo es necesario porque marca la ruta para que otras organizaciones, colectivos, mesas o movimientos sociales adelanten procesos similares identificando puntos de coincidencia y potenciales trabajos conjuntos para optimizar recursos y hacer sinergias entre estas organizaciones.

También cobra importancia en la consolidación del trabajo grupal desde la categoría confianza, ya que sin este elemento fundamental las organizaciones no adquieren un desarrollo adecuado a los retos que impone nuestro Estado Social de Derecho.

Son muchos los argumentos que justifican trabajar en el análisis del problema, dentro de los que se evidencian: fallas estructurales del Sistema Sanitario colombiano que han traído como

consecuencias que el acceso a los servicios de salud, diferentes a hospitalizaciones, se redujo entre 1997 y 2012, a pesar de los esfuerzos realizados para aumentar la cobertura del SGSSS colombiano; regiones con mayor necesidad de servicios de salud son las que tuvieron la menor disponibilidad de prestadores de servicios y un menor acceso; también existe una inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia que impide un acceso equitativo a la atención médica. “Por otro lado, las personas que viven en zona rural tienen menor probabilidad de acceder a la atención médica que quienes habitan en zonas urbanas” (Ayala García, 2014).

### **3 Movimiento social y acción colectiva efectiva para la garantía del derecho a la salud**

Seguidamente se hace una revisión de teorías que se han aproximado a la conceptualización sobre los movimientos sociales, para acercarse a una definición que la diferencie de conceptos relacionados.

Se tienen en cuenta algunos postulados de los siguientes autores: Charles Tilly, Alain Touraine, Alberto Melucci y Mario Diani.

#### **3.1 Movimientos sociales**

Para (Tilly, 1984), los movimientos sociales son:

Series continuas de interacciones entre los detentadores del poder e individuos que reclaman con éxito hablar en nombre de un sector de la sociedad carente de representación formal, en el curso de la cual estas personas realizan públicamente demandas de cambio en la distribución o ejercicio del poder, y respaldan estas demandas con manifestaciones públicas de apoyo (pág. 303).

Por su parte, Alain Touraine, establece una relación entre los movimientos sociales y los cambios culturales y estructurales, relacionando los movimientos sociales con el conflicto dominante en una sociedad, en lo que se denominaría Nuevos Movimientos Sociales, y lo define así: “un movimiento social es el comportamiento colectivo organizado de un actor de clase luchando contra su adversario de clase por el control social de la historicidad en una comunidad dada” (Touraine, 1981), entendiendo la historicidad como :un “sistema general de significado que fija las reglas dominantes en una sociedad dada” (Touraine, 1981).

En su obra, (Touraine, 1981) destaca en la conceptualización de movimiento social, como la “combinación de un principio de identidad, un principio de oposición y un principio de totalidad” (pág. 81), donde los actores sociales se identifican a sí mismos, a sus oponentes sociales y a los temas en conflicto.

Para (Melucci, 1989) los movimientos sociales, son fenómenos colectivos que cuentan con tres características:

Una forma de acción colectiva que necesita de solidaridad, [...] que, a su vez, está en un conflicto, y por tanto opuesta a un adversario que requiere los mismos bienes, [...] y que rompe los límites de compatibilidad del sistema que éste puede tolerar sin alterar su estructura.” (pág. 29).

La Mesa Antioquia por la transformación del Sistema de Salud colombiano, en la declaración de su misión, se autodenomina así: “*Somos un colectivo de actores sociales: - sociedad civil, comunidad organizada, académicos, políticos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que con principios éticos y de justicia social, moviliza ideas y propone alternativas para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población colombiana*”. Es probable que este colectivo haga tránsito a un movimiento social, pues como lo

plantea (Melucci, 1989) “las formas de acción de los movimientos sociales contemporáneos están, al mismo tiempo, antes de y más allá de la política, porque se originan en las experiencias de la vida diaria y porque las fuerzas políticas nunca pueden representarlos completamente” (pág. 72).

Es así, como la Mesa Antioquia desde su consolidación en octubre de 2010 viene estudiando permanentemente los avances y retrocesos del Sistema Sanitario colombiano, analizando sus políticas públicas, previo a su concepción, manifestando sus cuestionamientos y haciendo aportes al diseño e implementación normativa, en una interlocución continua con los tomadores de decisiones, como el gobierno nacional, los gobiernos territoriales, el Congreso de la República y la Corte Constitucional, en procura de incidir en la efectivización del derecho fundamental a la salud.

En la Mesa Antioquia existe una amplia participación de personas naturales, entre las que se destaca la interdisciplinariedad en las profesiones de áreas de la salud y sociales principalmente, en la que se combinan unas trayectorias importantes a nivel territorial, nacional e internacional. Participan igualmente instituciones como veedurías ciudadanas en salud, el Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín, se cuenta también una participación de la academia con varias universidades pública y privadas, así como prestadores de servicios de salud, agremiaciones, entidades territoriales y representantes del legislativo colombiano, entre otros.

La conformación de la Mesa Antioquia y sus actividades reafirman lo expresado anteriormente sobre la posibilidad de migrar a un movimiento social, según (Diani, 2015), hay un creciente consenso sobre que los movimientos sociales se conciben en mayor medida como

sistemas complejos y básicamente inestables de interdependencia entre muchos actores: individuos, grupos independientes y organizaciones formales.

Sin embargo, en la actualidad el colectivo Mesa Antioquia, dirige sus acciones prestando una mayor atención al concepto de “ámbitos de la acción colectiva” (Diani, 2015). En esta mayor atención también se destaca, en conceptos de otros autores que plantean que: “por movimientos sociales entendemos aquellas acciones sociales colectivas permanentes que se oponen a exclusiones, desigualdades e injusticias, que tienden a ser propositivos y se presentan en contextos socio espaciales y temporales específicos” (Archila, 2006).

Entre las múltiples concepciones que de la acción colectiva se encuentran, se entiende por acción colectiva “la elección por todos y o por la mayoría de los individuos de la línea de acción que, cuando es elegida por todos o por la mayoría de los individuos, conduce al resultado colectivamente mejor” (Elster, 1985). En palabras de participantes de la Mesa Antioquia, según hallazgos encontrados se dice: *“a pesar de pensamientos distintos tenemos un ideario común compartido y hacemos abogacía ante la sociedad con esas ideas”*.

En la misma dirección, (Ostrom, 2003) propone que la acción colectiva se defina como: “(...) escenarios en los que existe un grupo de individuos, un interés común entre ellos y un conflicto potencial entre el interés común y el interés de cada individuo” (pág.179), esto se identifica con expresiones de los integrantes de la Mesa Antioquia como: *“Grupo de personas con objetivo común y lo hace con agrado”, “Estamos desde diferentes disciplinas, profesiones y aportamos desde estos saberes a discusiones y soluciones”, “Unidad en la diversidad y una identidad por los derechos de los seres humanos”*.

### 3.2 Acción colectiva efectiva

La acción colectiva que se desarrolla en la Mesa Antioquia por su parte se cataloga como “efectiva” entendida como la “unidad de acción que se establece a partir de sus propios intereses, no reaccionando a situaciones externas” (Villaveces Niño, 2009), este concepto se ajusta al caso de estudio, pues se genera una “auténtica decisión colectiva” que sustenta su acción frente a temas en función de las metas y propuestas del colectivo, en el lenguaje expresado por sus integrantes *“Espacio de pensamiento que estimula pensamiento colectivo, cada uno aporta a la construcción para transformar el sistema de salud, buscar la efectivización de derecho fundamental a la salud, visibilizar problemáticas y fallas del sistema de salud y movilizar actores”*.

## 4 La confianza como eje indispensable para la acción colectiva efectiva

Los integrantes de la Mesa Antioquia expresan que sus motivaciones para participar en ese colectivo son, entre otras: *“el aprendizaje y la información actualizada, tener un espacio para compartir ideas, ayudar a la comunidad, aprendemos aquí y actuamos afuera, la posibilidad de participar libre, voluntaria y espontáneamente, generación de confianza legítima, parte de mi responsabilidad como ser social, es una terapia semanal, oasis en el camino de la vida”*.

Lo anterior, denota que la acción colectiva efectiva también debe apoyarse en la confianza, la cual, según los estudiosos de la acción colectiva, indican que constituye un componente de capital social clave para favorecer la cooperación y resolver problemas de acción colectiva que a su vez permiten mejores niveles de desarrollo (Ostrom, 2003).

La existencia de una identidad colectiva que une a unas organizaciones con otras hace posible que estas se sientan parte del mismo esfuerzo colectivo, incluso cuando culminen las acciones específicas o se desarrollen más acciones conjuntas sobre esa base.

Esta es solo una de las diversas formas de coordinación que se encuentran habitualmente en los campos de acción colectiva (Diani, 2015).

La confianza también se encontró en expresiones de algunos entrevistados así: se ha tenido logros desde el Consultorio de la Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia, como *“Consolidar esfuerzos Inter facultades (Derecho, Medicina y Salud Pública)”*. *“Se va haciendo tejido social e institucional todo basado en la confianza”*.

De igual manera el Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín afirma que: *“se ha podido consolidar mediante la cooperación y trabajando con confianza la red de controladoras en salud, donde participan las secretarías de salud municipal y departamental, la defensoría del pueblo, la Procuraduría, para que se cumplan con la oportunidad en la atención”*.

## **5 Relación entre la acción colectiva efectiva y las políticas públicas**

En la declaración de la visión, la Mesa Antioquia define: *incidir en las políticas públicas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud*. También se encontró una estrecha relación entre acción colectiva efectiva y las políticas públicas, esta relación “ha permitido una nueva forma de estudio de las políticas públicas, pues deja en evidencia el rol que juegan los grupos de interés, gremios, asociaciones y organizaciones que se constituyen alrededor de un tema específico, generalmente un bien público” (Villaveces Niño, 2009).

El bien público que promueve la Mesa Antioquia es la garantía del derecho fundamental a la salud, tomando como base los contenidos que define la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, así:

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Los integrantes de la Mesa Antioquia, afirman que para buscar la efectivización del derecho fundamental a la salud *“Se ha apoyado desde marchas, foros, conversatorios, comunicados, análisis de normas e interacción con gobiernos territoriales y nacionales, así como comunicación con el legislativo y con la corte constitucional, observaciones y demandas a la normatividad, buscando incidir en las políticas públicas”*.

La lógica de la acción colectiva cabe entonces, desde los enfoques bottom-up de la teoría de las políticas públicas hasta los enfoques mixtos. Es decir, la acción colectiva como una congruencia de intereses de distintos actores de la sociedad civil que se movilizan para conseguir un objetivo común, una política pública como acción (es) para enfrentar problemas específicos que han sido considerados asuntos públicos. (Villaveces Niño, 2009).

Acorde con lo anterior, se muestran varios de los hallazgos obtenidos de los actores entrevistados, que reiteran la posibilidad que desde la acción colectiva se trate de incidir en las políticas públicas, en este caso, en la garantía del derecho fundamental a la salud:

- *“Las investigaciones nos permite saber cuáles son las barreras que impiden el acceso a la salud, el nivel de la judicialización del derecho a la salud, cuáles son las EPS que mayormente vulneran los derechos de las personas, nos facilita un diálogo con los jueces.*

*Asimismo, el trabajo con las veedurías, ligas y alianzas de usuarios que los asesoramos todo el tiempo y la comunidad en general” -ODFS-*
- *“Apoyamos las movilizaciones y marchas para la caída de los decretos de emergencia social en salud (...). Hacemos control social más que todo a lo público, trabajamos en referencia de pacientes a los especialistas y se trabaja el tema de contaminación ambiental, se motiva a la comunidad a poner PQRS y se entrega a los gerentes de EPS e IPS, le hacemos seguimiento al acceso, reclamamos por indicadores malos en el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, aprendimos a hacer tutelas y le decíamos a la gente como hacerlo a través de la personería”. -Veeduría ciudadana en Salud.*
- *“Se estima que entre un 70 y 80 % de los usuarios que acuden al CSSI logran acceder a los servicios de salud que les estaban negando”. “Los casos atendidos sirven de insumo para orientar la formación de los estudiantes de la Universidad de Antioquia y para las capacitaciones que se realizan en la comunidad”. “Hay casos en que no se puede hacer nada, se demandó un artículo de la Ley 100”. -CSSI-*

Consecuente con lo anterior, la acción colectiva “puede aportar elementos al análisis de la formación de colectivos o coaliciones que defiendan ciertos intereses” (Villaveces Niño, 2009).

## **6 Ley Estatutaria en salud, como herramienta de acción colectiva efectiva en búsqueda de la garantía del derecho fundamental a la salud -DFS-.**

Asimismo, se encontró que la Ley Estatutaria en Salud -LES- se está utilizando por diferentes instituciones, organizaciones sociales y colectivos como la Mesa Antioquia para reclamar la garantía del goce efectivo del DFS se hace *“Divulgación y difusión de la LES a través de foros conversatorios etc., la LES exige una transformación del SGSSS, los aportes a normatividad nos apoyamos en la LES.*

Por su parte el ODFS dice que *“En todas las acciones que nosotros hacemos aquí de todos los espacios nuestro guía o nuestro carácter orientador es Ley Estatutaria es Salud”*. En el mismo sentido el CSSI afirma: *“La LES nos ha servido de argumento fundamental para soportar las asesorías por demanda de los usuarios y elaboración de acciones legales como tutelas, derechos de petición, PQRS entre otros, ya no se requiere soportar como antes en la jurisprudencia. También se utiliza la LES en capacitación a la comunidad, especialmente líderes sociales e instituciones comunitarias, investigación formativa en derecho a la salud a través de semillero, sin embargo, la LES no ha logrado mover la estructura del sistema de salud”*.

La veeduría ciudadana comenta que para reclamar el derecho a la salud: *“Antes lo hacíamos con la Sentencia T -760 de 2008, para muchos la LES no es gran cosa, pero para nosotros que el derecho esté en una ley es muy importante”*. *“Hacemos muchas capacitaciones desde la veeduría a todas las comunas, pero hace falta más capacitaciones en la LES desde que las personas son niños y jóvenes”*.

No obstante, lo anterior, para la Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS- y para la Empresa Promotora de Servicios de Salud -EPS- , la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 no es tenida en cuenta como una directriz, se dice desde la EPS: *“La Ley Estatutaria como eje del*

*Sistema no es el eje que articula el modelo de atención a la EPS, “todavía se piensa en la Ley 100 (...)”, en la misma dirección actúa la IPS plantea: “Institucionalmente el Hospital no ha conversado con sus funcionarios sobre la Ley Estatutaria de Salud (...). Los funcionarios actúan como si rigiera el antiguo Sistema Nacional de Salud – Subsidio a la oferta, Beneficencia esto no los hace pensar en clave de Derecho a la Salud”.*

Desde la mirada de las Entidades Territoriales, hay una posición tímida sobre la LES, esto se deduce de la respuesta a la pregunta ¿Cuáles considera los logros más importantes de la SS desde su implementación?: *“Abrir canales para escuchar inconformidades de la ciudadanía como las líneas amigas, el 123, las ligas de usuarios, etc. A través de la inspección vigilancia y control se les pedía las justificaciones de negar algunos servicios. Invertir en programas y actividades específicas para problemas concretos”.*

## **7 Causas de vulneración del derecho fundamental a la salud en Antioquia**

En la siguiente tabla se muestran las principales causas de vulneración del derecho fundamental a la salud que identifican los diferentes actores entrevistados.

**Tabla 1** Causas más frecuentes de vulneración del DFS que identifican los actores

<b>Actor</b>	<b>Causas más frecuentes de vulneración del DFS que identifican los actores</b>
Observatorio por Derecho Fundamental a la Salud, Personería de Medellín.	<p>“Son el tema administrativo, que son de trámite, de pagar, de exoneración de copagos, cuotas moderadoras, no hay entrega oportuna de medicamentos, hay dificultades para acceder a las consultas con los especialistas, y para la programación de cirugías”.</p> <p>“También tenemos tutelas por otros asuntos que tiene que ver por ejemplo con pañales entre otras cosas, aunque en una menor medida”.</p>

<p>Empresa Promotora de Salud</p>	<p>“En enfermedades de alto costo y enfermedades huérfanas porque hay todavía zona gris de lo NO PBS, entonces hace que uno se abstenga muchas veces de hacerlo”.</p> <p>“El otro es el tema de flujo de recursos hace que se le vulnere el derecho”.</p> <p>“Muchas IPS y hospitales le cierran camas a las EPS que tienen más dificultades económicas, entonces priorizan los usuarios de otras EPS”.</p>
<p>Veeduría Ciudadana en Salud Para Medellín y el Área Metropolitana</p>	<p>“Las aseguradoras no autorizan algunos servicios para ahorrar dinero”.</p> <p>“Hay poca publicidad de la red de prestadores de servicios de salud”.</p> <p>“Los usuarios desconocen sus derechos y desconocen cómo hacerlos valer”.</p>
<p>Consultorio de la Seguridad Social Integral de la U de A</p>	<p>“Barreras de acceso a los usuarios por no autorización (aseguradoras) de los procedimientos o por no prestación de los servicios. Ahora más en las IPS por no pago”.</p> <p>“Dificultades en la afiliación al Sistema (no afiliación, o doble afiliación)”</p> <p>“Bajo nivel económico de los pacientes para acceder a transporte para asistir a citas y tratamientos o para comprar pañales y otros implementos”.</p> <p>“Relaciones difíciles entre EPS y ARL, las leyes fragmentaron la atención de las personas y la gestión de derechos”.</p>

Secretaría de salud	<p>“A nivel individual, barreras de acceso “se negaban entre un 30 y 40 % de atenciones que ya estaban en el Plan Obligatorio de Salud”.</p> <p>“A nivel colectivo, “la gente colocaba tuteladas por aspectos sociales (pañales, terapias no incluidas en el POS, educativas). También quejas por aspectos ambientales, humedades, basuras, etc.”</p>
Institución Prestadora de servicios de Salud	<p>“Atribuible a la institución: no animar la discusión al interior de la Ley Estatutaria en Salud”.</p> <p>“Los funcionarios actúan como si rigiera el antiguo Sistema Nacional de Salud – Subsidio a la oferta, donde la salud se consideraba un servicio de Beneficencia, esto no los hace pensar en clave de Derecho a la Salud”.</p> <p>“No autorización del asegurador de algunos de los procedimientos prescritos por el personal médico de la IPS”.</p> <p>“Las tarifas de algunos servicios y los requisitos de habilitación impiden, en algunos casos, prestar servicios como radiografía, por ejemplo”.</p>

Fuente: elaboración propia

## 8 Retos identificados a partir de las entrevistas

**Tabla 2 Retos identificados a partir de las entrevistas**

Personería	Consultorio de la SSI	Veeduría ciudadana
Formación del THS en perspectiva de Derechos	Articular a los actores que trabajan por el derecho a la	Llevar más capacitación a las comunidades sobre los deberes

<p>Los retos del ODFS están los ODS (...) la integralidad en todos los servicios, que la salud no es aislada de otros componentes, que incide: vivienda, trabajo, educación (...).</p>	<p>salud, como la Mesa de Salud de Antioquia, la academia, el centro de pensamiento del derecho a la salud, la personería de Medellín, entre otros. Presionar el sistema de salud se vuelque a la prevención y a la promoción. Trabajar para generar acciones que modifiquen la estructura del Sistema de Salud.</p>	<p>y derechos en salud. Que las mesas de salud vayan a los barrios a conversar con las veedurías. Lograr que personas jóvenes integren las veedurías en salud.</p>
<p><b>Secretarías de salud</b></p>	<p><b>EPS</b></p>	<p><b>IPS</b></p>
<p>“Trabajar en los componentes sociosanitarios, intervenir en los determinantes sociales y articular a todos los actores para lograr eficiencia”.</p>	<p>“Implementar un modelo de atención que permita centrar los recursos en prevención, promoción e identificar los riesgos de la población”, es un tema de voluntad de la EPS es una concepción que debe tener quien dirige la EPS, pero esa concepción no cabe en políticas de EPS”.</p> <p>“Se hacen las cosas como por cumplirlas, se hacen</p>	<p>“Mejorar la gestión de las agendas de asignación de citas, la distribución del recurso humano, minimizar las pérdidas de las citas disponibles. En los planes de capacitación interna incluir el tema de la Ley Estatutaria de Salud. Implementar un sistema de retroalimentación y capacitación de los profesionales, que sea</p>

	<p>documentos, pero no se aplican (...) por ejemplo el acceso a quimioterapia para cáncer de mama ese indicador está disparado” (...) “el tiempo entre el diagnóstico y cuando se hace la terapia estamos hoy en 110 días, eso es demasiado, demasiado” (...) “hay que pasar del papel a la acción, del PowerPoint a la gente”.</p>	<p>sistemático y continuo que le permita al personal médico hacer mejores diagnósticos y mejores prescripciones.”</p>
--	---	---

Fuente: elaboración propia

## 9 Conclusiones y recomendaciones

Por último, se hace una consolidación de las principales conclusiones y recomendaciones de los autores de este artículo y extraídas de las fuentes de información, entrevistas y grupo focal.

Para conservar la confidencialidad y la anonimización de la información, los nombres de las personas que participaron en las entrevistas y en el grupo focal no son escritos garantizando absoluta reserva.

Se evidencia una intensa actividad de algunas organizaciones gubernamentales, académicas y sociales en clave de acción colectiva tratando de incidir en las políticas públicas relacionadas con la garantía del derecho a la salud.

Para avanzar en la transformación positiva del Sistema Sanitario colombiano pudiera explorarse la vía de las coaliciones de causa, “coaliciones que pueden responder a la lógica de la acción colectiva, en la formación y cambio de políticas públicas. Se plantea que las políticas públicas son el resultado de coaliciones de causa al interior de subsistemas de políticas públicas”, (Villaveces Niño, 2009) consistente en un conjunto de diversos actores, de instituciones públicas y privadas comprometidos con el problema de Política Pública de Salud.

El trabajo de las mesas interdisciplinarias donde se comparten diferentes saberes y cuentan con la participación de la comunidad, como sucede en la Mesa Antioquia por la transformación del Sistema de Salud colombiano, *las dimensiones política y técnica juegan un papel preponderante en el sentido de movilizar la voluntad política y el conocimiento técnico en la misma dirección, pero la dimensión comunitaria puede ofrecer renovados insumos para construir el camino común* (Eslava, 2017).

La acción colectiva orientada a incidir en las políticas públicas, como la garantía del derecho a la salud y *“construida sobre atributos como la confianza y capacidades como la cooperación, para fortalecer la intervención estatal y hacerla armoniosa con los arreglos colectivos”* (Eslava, 2017), puede contribuir a soluciones más eficaces a los problemas públicos.

Seguir tomando la Ley Estatutaria en Salud como una herramienta para reclamar la transformación del Sistema de Salud colombiano, y que este contribuya a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, puede traer un *“efecto complemento con una política pública que consulta la dinámica comunitaria e interactúa con ella”* (Eslava, 2017).

## 9.1 En voz de los actores sociales

- Hay un consenso general en que el grado de implementación de la Ley Estatutaria en Salud es bajo, aunque se reconoce por gran parte de los diferentes actores que ha creado consciencia, sensibilización para todo el sector: *“La gente esgrime como argumento central de la vulneración del derecho fundamental a la salud con base a la ley estatutaria (...) el acceso y la integralidad en la atención”*. *“no obstante, la comunidad debe conocerla más, pues sigue sufriendo barreras de acceso”*. *“La LES no ha logrado mover la estructura del SGSSS”*. *“Se requiere transformar el SGSSS”*.
- Asimismo, se aduce que los decisores políticos han ignorado la expedición de la Ley Estatutaria en Salud: *“esta nos debe llevar a otro Sistema de Salud, pero a muchos actores no les interesa, persisten conflicto entre el derecho y el mercado, la lógica de mercantilización deja por fuera el derecho”*. *“Se requiere hacer público quienes son los actores que verdaderamente trabajan en pro de la salud y quiénes trabajan en pro de un negocio”*.
- Para muchos la Ley Estatutaria es un hito en el horizonte del Sistema de Salud: *“Es un logro ya no es pedir un favor es exigir un derecho”*, sin embargo, se ha utilizado para incentivar la atención y el consumo de tecnologías caras: *“la ha utilizado más por la industria farmacéutica, no la integralidad en el cuidado se sigue pensando que la mano invisible del mercado lo resuelve todo”*.
- Se sigue induciendo la inequidad entre áreas rurales y urbanas, hace falta real integralidad vivienda, agua potable, empleo y demás: *“Es importante buscar que el gobierno trabaje intersectorialmente para implementar y aumentar las coberturas en*

*los determinantes sociales de la salud*". *"Muchas de las atenciones son a cargo de las ARL, pero se le cargan a la EPS, eso está por investigarse"*.

- Todavía se discrimina la población por capacidad de pago, no se notan cambios en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *"Las exclusiones generan barreras de acceso por ejemplo en educación a pacientes con problemas cognitivos"*.
- El sector judicial se ha apropiado: *"decisiones de jueces y magistrados de Antioquia es esperanzador hay protección al ciudadano se ha avanzado más aquí que en el resto del país, hay más claridad en el horizonte"*.
- Falta mayor compromiso de la academia: *"no se evidencia compromiso de la academia"*. *"Falta capacitación a la comunidad"*. *"Los ciudadanos se han empezado a apropiarse de la ley, pero falta mucha capacitación"*. *"Hace falta formación en enfoque de derechos, no hay una abogacía en la defensa del DFS, si no hay conciencia ciudadana no hay ejercicio del derecho"*. *"Yo creo que les hace falta formación a las asociaciones de usuarios, porque quienes dirigen, tampoco son los más capacitados en el tema, entonces yo pienso que hay que cualificarlas, deben mejorar sus competencias"*. *"La gente reacciona es cuando tiene el problema"*.
- La acción colectiva fue vital para el nacimiento de la Ley Estatutaria: *"nació de una coyuntura, de una ventana de oportunidad, se presionó para la firma, la LES es un logro de la movilización social"*.
- Se debe incentivar la participación social como lo plantea la Ley Estatutaria en Salud: *"No hay voluntad política de los gobiernos para que veedurías crezcan"*. *"No hay recursos de la gente para reunirse más a menudo"*, *"por ejemplo para los pasajes"*. *"Algunos laboratorios farmacéuticos han tratado de infiltrar las veedurías con plata"*

- Se debe mejorar la articulación entre colectivos que trabajan por el derecho a la salud:  
*“Si existiera articulación entre los diferentes actores que conocen el sector salud y los que defienden el derecho a la salud se puede avanzar significativamente en la garantía del derecho fundamental a la salud”.*

## **9.2 Recomendaciones obtenidas en el grupo focal realizado con integrantes de la Mesa**

### **Antioquia**

- Es necesario seguir exigiendo que las reformas normativas estén en modo de Ley Estatutaria en Salud.
- Asistir a las comunidades a formar en enfoque de derechos y seguir trabajando en incidir en lo político.
- Hay que combinar espíritu filosófico con el espíritu práctico que se traduzca en hechos concretos en el territorio.
- Buscar mecanismos para que la sociedad en general conozca la LES, la entienda y se empodere.
- Hacer mecanismos de presión jurídicos, sociales y otros para que se implemente conjuntamente con otros actores.
- Se debe presionar para hacer evaluación de la implementación de ley ayudándole al Congreso de la República en esta labor, hacer más énfasis en tema legislativo.
- Incidir en planes de desarrollo territorial para que se haga con enfoque de derechos y hacer seguimiento desde la Mesa control social de los planes territoriales de salud, hacer solicitudes a nivel internacional ante la CIDH.

### **9.3 Recomendaciones recogidas a partir del consenso denominado “Impostergables” para el Sistema de Salud colombiano**

El colectivo “*Mesa Antioquia por la transformación del Sistema de Salud colombiano*”, ha priorizado 10 puntos esenciales e impostergables para avanzar en la solución a la crisis sistémica del sector salud en el país y para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud. Aquí se destacan los más importantes:

#### **Poner al ser humano en el centro del Sistema de Salud**

Para esto es necesario que el Sistema de Salud considere el nuevo paradigma teórico conocido como enfoque del desarrollo humano, que Nussbaum prefiere llamarlo enfoque de las capacidades, sobre las cuales, dice la autora, “*no son simples habilidades residentes en el interior de una persona, sino que incluyen también las libertades o las oportunidades creadas por la combinación entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico*” (Nussbaum, 2012). De acuerdo con Nussbaum, la idea intuitiva básica de su enfoque de las capacidades es que debemos partir de una concepción de la dignidad del ser humano y de una vida acorde con esa dignidad.

Reconociendo que la salud es un derecho humano fundamental, el cual debe garantizarse a todos los colombianos indistintamente de su capacidad de pago, debe existir un solo Sistema de Salud, sin regímenes odiosos, que discriminan según la capacidad de pago, con esto se avanzaría en garantizar la igualdad de trato y el pleno ejercicio del derecho fundamental a la salud a todos

los colombianos. Cosa que reafirma (Nussbaun, 2012) cuando dice *“El Estado debe tratar a todas las personas con respeto y debe abstenerse de humillarlas”* (pág.46).

Así mismo, reitera que *“todos y todas merecen igual respeto de parte de las leyes y las instituciones. Si las personas son consideradas en su calidad de ciudadanos y ciudadanas, todas ellas tienen iguales derechos”* (pág.51).

La Ley Estatutaria en Salud -LES- 1751 de 2015, de alguna manera retoma estos conceptos afirmando que: *El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud”* y que los residentes en el país tienen derecho *“A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento”* (Ley 1751, 2015).

Para esto será necesario modificar gradualmente las fuentes de financiación del Sistema de Salud, buscando que provengan de impuestos generales y no de impuestos a las nóminas de las empresas, para lograr este objetivo sería apropiado, que quienes más beneficios económicos obtienen aporten más vía impuestos, lo que (Rawls, 1971) llama el principio de la diferencia, donde las únicas desigualdades permitidas son las que benefician a los más vulnerables, *“la relativa diferencia en los salarios, entre la clase con renta más baja y la clase con renta más alta, tiende a estrecharse; y esta tendencia es aún mayor cuando se sigue el principio de la diferencia”* (Ley 1751, 2015).

Asimismo, Martha Nussbaum dice: *“Que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás, esto supone introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta religión u origen nacional”* (pág.54).

La LES reitera que las personas tienen derecho *“A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos”* (Ley 1751, 2015).

Así las cosas, también se requiere considerar lo que para (Nussbaun, 2012) es *“una diferencia moral enorme entre una política que promueve la salud y otra que promueve las capacidades en materia de salud: la segunda es la que verdaderamente respeta la elección de estilo de vida de la persona”* (pág.45). Al respecto la LES dice que: *“En ningún caso el incumplimiento de los deberes podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos”* (Ley 1751, 2015).

### **Implementar modelos de gestión territorializada, con base en la Atención Primaria en Salud (Cuidado integral de la población)**

Se hace necesario buscar nuevas formas de articular municipios y departamentos, que guarden similitudes culturales, socioeconómicas y de cercanía. Para esto es necesario desarrollar leyes de ordenamiento territorial para establecer modelos de gestión territorializada de la salud, donde la comunidad ejerza *“Control sobre el propio entorno político, poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas de forma efectiva que gobiernan nuestras vidas; tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación”* (pág.54).

## **Fortalecer la participación social y comunitaria en la toma de decisiones del Sistema de Salud.**

Donde la comunidad empoderada identifique sus necesidades, pero esté dispuesta también a contribuir con su satisfacción, desarrollando la capacidad de *“Afiliación: poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social, ser capaces de imaginar la situación de otro u otra (Nussbaun, 2012)”*.

Para lograr esta participación de la comunidad se requiere *“necesariamente la elección de políticas que protejan y apoyen la agencia (la capacidad de acción del individuo) en vez de otras que infantilicen a las personas y las traten como receptoras pasivas de prestaciones”* (Nussbaun, 2012).

Esto se destaca también a través de la LES: *“El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan”* (Ley 1751, 2015).

### **Recomendaciones para futuras investigaciones**

Es pertinente tener en cuenta que este estudio de caso abre la posibilidad de profundizar en otros elementos que pueden ser desarrollados en futuras investigaciones, tales como:

- Se requiere profundizar en la investigación sobre la acción colectiva con incidencia en las políticas públicas, a partir de la normatividad establecida.
- Avanzar en construir más conocimiento que refuerce los conceptos: “confianza y voluntariado” para la acción colectiva.

- Realizar estudios de caso que permitan identificar la reivindicación del Enfoque de Derechos.
- Avanzar en investigaciones que estudien y caractericen los colectivos de iniciativa “Informal”.
- Estudiar la conformación y funcionamiento de la denominadas “Mesas” ¿Hasta qué punto abusamos de la palabra “mesa”?
- Investigar sobre como optimizar los diálogos de saberes en la implantación de las políticas públicas.

## 10 Trabajos citados

- Archila, M. (2006). Los movimientos sociales y las paradojas de la democracia en Colombia. *Controversia*(186), 10-32.
- Ayala García, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Documentos de trabajo sobre economía regional*(204), 1-29.
- Congreso de Colombia. (16 de febrero de 2015) Ley Estatutaria 1751 de 2015. [Ley 1751 de 2015]. Bogotá Diario Oficial No. 49.427
- Diani, M. (2015). Revisando el concepto de movimiento social. *Encrucijadas*(9), 1-16.
- Elster, J. (1985). Rationality, morality and collective action. *Ethics*(137).
- Eslava, A. (2017). *Políticos, técnicos y comunidades. Una visión institucionalista del urbanismo social en Medellín*. EAFIT.
- Gundermann, H. (2013). El método de los estudios de caso. *Observar, escuchar y comprender*, 231-264.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México D.F: McGRAW-HILL.
- Martínez, F. (2018). *El diario de salud*. Obtenido de <http://eldiariodelasalud.com/opinion/sistema-de-salud-duro-de-reformar>
- Melucci, A. (1989). *Nómadas del presente: movimientos sociales y necesidades individuales en la sociedad contemporánea*. (F. T. Press, Ed.)
- Nussbaun, M. (2012). *Crear capacidades: las capacidades centrales*. Barcelona, España: Esparsa Libros L.S.U.
- Orjuela, L. J. (2003). Colombia: dos proyectos de sociedad enfrentados. *La crisis política colombiana*, 134.
- Ostrom, E. y. (Enero-Marzo de 2003). Una perspectiva del capital social desde las ciencias sociales: capital social y acción colectiva. *Revista Mexicana de Sociología*(1), 155-233.
- Rawls, J. (1971). *La teoría de la justicia*.
- Tilly, C. (1984). *Social Movements and National Politics*. (C. y. Press, Ed.)
- Touraine, A. (1981). *La voz y el ojo: un análisis de los movimientos sociales*. Cambridge University Press.
- Villaveces Niño, J. (2009). Acción colectiva y el proceso de la política pública: Introducción. *Opera*(6), 7-22.