

PLATAFORMA COLOMBIANA DE DERECHOS
HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO



EN CUIDADOS INTENSIVOS

Derecho a la salud y pandemia en Colombia

EN CUIDADOS INTENSIVOS

Derecho a la salud y pandemia en Colombia

EN CUIDADOS INTENSIVOS. Derecho a la salud y pandemia en Colombia
Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo

Secretaría Técnica de la PCDHDD

Viva la Ciudadanía – Aura Rodríguez
Calle 54 No. 10 – 81 Cuarto Piso – Bogotá D.C. Colombia
plataformaco@gmail.com
www.ddhhcolombia.org

Coordinación general

Víctor de Currea-Lugo
Aura Rodríguez

Bogotá, Colombia, agosto 2021

Diseño y diagramación

Juan David Gil Villegas

Foto de la portada

Víctor de Currea-Lugo

Diseño de la portada

Sonalys Borregales Blanco

Impresión

Periferia
Calle 50 No. 46-36 Ofc. 504, Medellín
(4) 2310842
periferiaprensaalternativa@gmail.com

ISBN: 978-958-53381-1-1

La publicación de este libro se hizo gracias al apoyo financiero de MISEREOR, obra episcopal de la Iglesia católica alemana para la cooperación al desarrollo.

Esta publicación es de carácter pedagógico. Se autoriza su difusión por cualquier medio, siempre y cuando se cite la fuente.

Los contenidos de la publicación son de exclusiva responsabilidad de sus autores y autoras. No reflejan, necesariamente, las opiniones de la organización que la financia.

INDICE

Presentación

LA SALUD EN CUIDADOS INTENSIVOS

Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo .. 9

Introducción

EL DERECHO A LA SALUD Y LA PANDEMIA EN COLOMBIA

Víctor de Currea-Lugo 11

LA ATENCIÓN EN MEDIO DE LA PANDEMIA23

En el contexto de la pandemia de covid-19

LA VIRTUALIDAD COMO NUEVA BARRERA AL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA Y ACENTUACIÓN DE LAS ANTERIORES

Néstor Álvarez25

Para pacientes no covid-19

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Francisco Castellanos39

SISTEMA DE SALUD, EN CUIDADOS INTENSIVOS

Herman A. Bayona 43

En tiempos de pandemia

SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y SALUD MENTAL: UNA DEUDA PENDIENTE EN MATERIA DE GARANTÍA DE DERECHOS

Juan David Páramo.....57

POBLACIONES, VULNERABILIDAD Y SALUD..... 67

EN LA PANDEMIA ES INVISIBLE EL CRECIMIENTO DE LAS DESIGUALDADES BASADAS EN GÉNERO

Nancy Molina Achury / María Fernanda Sandoval 69

DISCAPACIDAD, REHABILITACIÓN Y COVID-19

Jenny Alvarado 81

Covid-19 en territorios indígenas en Colombia

LECTURAS Y RESPUESTAS ALTERNATIVAS EN MEDIO DE LA RESISTENCIA

Jaime Urrego..... 91

Violación al derecho a la salud en las cárceles

CATÁSTROFE HUMANITARIA EN LA PANDEMIA

Adriana Lizarazo / Briands Harnache Moreno..... 105

SITUACIÓN DE SALUD DE MIGRANTES DE VENEZUELA

Víctor de Currea-Lugo..... 121

LA GESTIÓN DEL GOBIERNO Y LA RESPUESTA SOCIAL..... 133

Entre el 21N y el 28A

LA MOVILIZACIÓN SOCIAL NO CESA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Mauricio Torres-Tovar..... 135

PANDEMIA Y POBREZA

Gabriel Cifuentes Ghidini..... 149

TRATADOS DE LIBRE COMERCIO Y SALUD EN COLOMBIA

Gina Rojas Fernández 155

**LAS FALENCIAS DEL PLAN DE VACUNACIÓN
EN COLOMBIA**

Carolina Corcho Mejía 165

**ATAQUES A LA MISIÓN MÉDICA DURANTE
EL PARO NACIONAL**

Víctor de Currea-Lugo 173

Para proteger la salud, no la ganancia
**SISTEMA DE SALUD PÚBLICO, UNIVERSAL,
AUTÓNOMO Y SOBERANO**

Mauricio Torres-Tovar 187

LA SALUD EN CUIDADOS INTENSIVOS

Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo

Son tantos y tan cotidianos los reclamos sobre la salud en Colombia, que siempre habrá motivos para escribir. A esa larga lista de fallos estructurales que bien conoce la sociedad, se suman los de la pandemia. Más exactamente, la pandemia magnifica y muestra, aún más, que un sistema de salud que funciona bajo las lógicas del mercado no puede dar una respuesta efectiva a los requerimientos de salud como derecho humano.

Problemas como la falta de Unidades de Cuidados Intensivos, precarias condiciones laborales del personal de salud, demoras en la prestación de servicios, obstáculos para el acceso a especialistas, trabas burocráticas, listas de espera para cirugías, inexistencia de canales eficaces de comunicación e improvisación, se potenciaron desde el primer caso de covid-19, identificado el 6 de marzo de 2020.

Durante más de un año, ha habido una reflexión científica y social en la que confluyen los deberes del Estado, las políticas públicas y la prevención en salud. Sobre eso, gira el presente documento. En primer lugar, se presenta un contexto general de la pandemia con algunas de las más importantes discusiones.

En segundo lugar, presentamos los retos asistenciales asociados con la red de urgencias, prestación de cuidados intensivos, salud mental, acceso a los servicios de salud y un tema no menor, pero parcialmente descuidado: los pacientes no covid.

Tercero, hacemos una mirada específica de ciertos grupos poblacionales que, por sus condiciones, presentan una vulnerabilidad específica en la pandemia. Por ello, dedicamos capítulos al análisis de la pandemia y las mujeres, las personas en situación de discapacidad, el movimiento indígena, la población carcelaria y las personas migrantes.

En cuarto lugar, contribuimos al debate sobre la gestión del Gobierno y la respuesta social revisando temas como la mortalidad, el plan de vacunación y los tratados de libre comercio que afectan la salud. Como parte de este bloque, incluimos dos temas de actualidad: los ataques a las misiones médicas durante el paro nacional, una protesta que recoge también muchas de las quejas que inspiran el presente documento; y, finalmente, la reflexión sobre por qué la solución pasa por la formulación de un nuevo sistema de salud equitativo y responsable, es decir, por una garantía real del derecho a la salud.

Para este esfuerzo, invitamos a diferentes organizaciones y personas con múltiples miradas, con el fin de brindar información adecuada para que la sociedad, las autoridades legislativas, los espacios de veeduría ciudadana y los responsables de las políticas en salud puedan enriquecer la toma de decisiones.

Introducción

EL DERECHO A LA SALUD Y LA PANDEMIA EN COLOMBIA

Víctor de Currea-Lugo¹

Desde el 6 de marzo, día en que se registró el primer caso, hasta el 30 de noviembre del año 2020, se habían registrado en Colombia más de 36.000 muertes y más de 1.300.000 personas contagiadas. Además se presume un alto nivel de subregistro.

Las gráficas de los primeros meses (Gobierno de Colombia, 2020) muestran el ascenso exponencial sin que se logre el famoso fenómeno de “aplanamiento de la curva”, meta que el Gobierno nacional mencionó en repetidas ocasiones. Esta tendencia de ascenso se mantiene a más de un año de la pandemia, con tres olas de altos contagios que suman más de 110.000 víctimas mortales.

Acceso a la atención, peor en la pandemia

Uno de los ejes de discusión tiene que ver con el acceso a los servicios de salud. Hay que precisar que ya había un déficit previo de acceso, con sesgos entre población rural y población urbana, entre zonas periféricas y zonas centrales, entre poblaciones subsidiadas y del régimen contributivo.

Si bien es cierto que hay una mayor facilidad para acceder a servicios básicos de salud, también hay una gran preocupación por las listas de espera a especialistas y a tratamientos, que

¹ Médico de la Universidad Nacional de Colombia, PhD de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor universitario y periodista independiente.

son determinantes entre la vida y la muerte como en los casos de cáncer u otras enfermedades. La crisis preexistente en el sector salud, casi totalmente privatizado, y el mal manejo de los recursos del Estado han hecho que los efectos de la pandemia en la sociedad sean más profundos.

De igual manera, debe tenerse en cuenta el impacto tan alto que ha tenido el virus en las zonas más apartadas, como en el departamento del Amazonas. Además, estas regiones periféricas y empobrecidas tenían una mayor tasa de subregistro. Esto se observa, por ejemplo, en la distribución, según el DANE, de la mortalidad por la covid-19 entre los diferentes grupos de población (Petro, 2020).

Una muestra podría verse al analizar el número de personas sin atención médica oportuna y especializada. Las deficiencias muestran que la mayoría de las defunciones ocurrieron sin que el contagiado recibiera atención en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).²

Casi el 90% de las muertes de la pandemia están ubicadas en los primeros tres estratos y alrededor del 67% de las muertes se producen en los estratos 1 y 2. Es decir, no es cierto que el virus, la pandemia y la cuarentena hayan afectado por igual a todas las personas, sino que hay un sesgo claro de origen socioeconómico a la hora de examinar el impacto real. De acuerdo con las cifras del Banco Mundial, a los ricos en Colombia les toca 55,7% de todo el ingreso nacional. Mientras nueve millones más pobres se reparten apenas 3,9% del ingreso total (Hernández, 2019).

Hay dos preguntas entrelazadas y una es si el sistema de salud estaba preparado para asumir de manera solidaria y universal la atención de esta crisis y, la segunda, si el sistema de salud colombiano corresponde a la realidad del país: a sus necesidades socioeconómicas, a la promesa del derecho a la salud que está contenida en la Constitución Política de

² Ver en: https://colombia.as.com/colombia/2020/06/19/tikitakas/1592566043_203159.html (datos a la fecha del 19 de junio de 2020).

1991, a los desequilibrios entre el área rural y el área urbana, a la presencia de enfermedades llamadas tropicales, a los problemas reales de acceso, y a la necesidad de un modelo económico más incluyente y, por tanto, contrario a las premisas neoliberales. En este sentido, todo lo anteriormente dicho no puede considerarse hallazgos independientes o coyunturales.

Es decir, las medidas del Gobierno en este tiempo no fueron erráticas fruto de la falta de información o de la confusión por la novedad de la enfermedad, sino que fueron decisiones deliberadas y sistemáticas tomadas bajo la óptica de un sistema de salud y de un sistema económico preexistente: salvar y favorecer al capital financiero y el mercado de la salud, antes que a los derechos de las personas.

Según la Defensoría del Pueblo, “cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud” (El Tiempo, 25 de diciembre de 2016). Este dato es relevante porque muestra: a) la sistemática violación al derecho a la salud, b) que el sistema de salud no cumple ni siquiera su propia oferta, en cuanto la inmensa mayoría de tutelas es por tratamientos ya reconocidos en la ley 100, c) que el Estado y, especialmente, el Ministerio de Salud no cumplen con su papel de supervisión y garantía del derecho a la salud, d) que urge una reforma de fondo al sistema actual.

Condiciones laborales más precarias

Un segundo elemento que debe analizarse a fondo en el manejo de la pandemia es el relacionado con las condiciones laborales del personal de salud. En términos generales, las tres cosas que más destacan son: el aumento del horario laboral, el aumento de la carga laboral, y la disminución del salario.

Esas tres medidas fueron observadas y documentadas de manera continua, por parte del grupo de “Monitoreo Crítico de Condiciones de Trabajo y Bioseguridad del Personal de

Salud”, compuesto por 30 organizaciones de trabajadores del sector salud, publicado el 18 de agosto de 2020.³

Estos hallazgos no son más que la punta del iceberg de unas condiciones estructurales como las siguientes: más del 43% del personal de salud tiene un tipo de vinculación indirecta, es decir, mediante terceros, lo que permite una mayor vulneración de los derechos laborales.

La pandemia es también una forma de medir la capacidad de respuesta que tiene un país frente a la seguridad social ante una crisis, pero lo cierto es que no se puede dar una respuesta efectiva a semejante reto si el número de personas con contrato indefinido es apenas inferior al 35%.

El Gobierno nacional al igual que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) se pasaron las responsabilidades sin que finalmente nadie las asumiera de manera adecuada.

Por esto, a los cinco meses de la pandemia ya el 64% del personal sanitario manifestaba no haber recibido equipos de protección personal de forma adecuada (Boletín de monitoreo crítico, 18 de agosto de 2020). Para entonces, las cifras en términos de bioseguridad seguían siendo dolorosas; y a comienzos de diciembre de 2020 ya teníamos más de 170 personas del sector salud muertas por la covid-19.

Factores de riesgo: ¿sin agua potable es posible la prevención?

La pregunta central es ¿por qué otros países han reportado un impacto menor en términos de mortalidad? o ¿cómo ha sido la respuesta estatal en términos de subsidios y apoyos a las personas más vulnerables en medio de la crisis? Sabemos que la respuesta no es fácil, porque la información disponible no siempre es concluyente, porque el análisis epidemiológico

3 Informe completo disponible en: <http://victordecurrealugo.com/wp-content/uploads/2020/08/boletin-n.3-17-agosto-2020.pdf>

contiene muchas variables (desde mutaciones virales hasta características genéticas de la población afectada), pero no por ello podemos negar ciertas obviedades.

Eso necesariamente nos lleva a la discusión sobre un concepto que, en términos de salud pública, es determinante tanto para las pandemias, las epidemias y en general para el análisis de todas las enfermedades: y los “factores de riesgo”.

Un concepto ampliamente discutido y aceptado por todas las instituciones es que el nivel de desnutrición de la población determina, en buena parte, la respuesta inmune. Sobre esto lo que se observa es la conjunción de dos elementos: la enfermedad impacta con mayor gravedad en personas con desnutrición, además, que las medidas de contención del virus (cuarentena y distanciamiento físico) dificultan aún más el acceso a los alimentos y al trabajo, como fuente de recursos.

También es de aceptación general que el derecho a la salud está íntimamente relacionado con otros derechos, como el derecho al agua potable. En este sentido, las dificultades de nutrición de la población y el bajo acceso al agua potable deben verse como determinaciones sociales de salud.

En el caso de la pandemia lo que se observó, por lo menos en Bogotá, fue una serie de protestas, manifestaciones y bloqueos de calles de algunos sectores empobrecidos ante la marcada escasez de alimentos, con una directa relación entre el grado de pobreza, la ausencia de protección social y el número de personas contagiadas.

Además, si tenemos en cuenta que más de 2 millones de personas en Colombia no tienen acceso al agua potable, las medidas generales de higiene y saneamiento no son posibles de cumplir. Y la recomendación particular del lavado frecuente de manos tampoco puede garantizarse.

En general, en Colombia, el suministro de agua potable en comunidades rurales es insuficiente. Poblaciones históricamente discriminadas son las más afectadas,

entre ellas las de Guainía, Amazonas, Guaviare, Vaupés, Chocó y La Guajira. Véase, solo a manera de contexto, el siguiente porcentaje de hogares con acceso a acueducto por departamento (DANE, 2019).

El sistema, el problema

En términos del derecho a la salud se evidenciaron muchas afectaciones en medio de la pandemia, por ejemplo, la pésima atención a las personas internas en las cárceles, el abandono a los migrantes, especialmente venezolanos, y el descuido a las personas que venían siendo atendidas por enfermedades crónicas.

Igualmente se ve una grave disminución en la asistencia a los servicios de salud que se explica parcialmente por la covid-19, pero también por un aplazamiento en la atención de otras enfermedades. Es decir, pareciera que con la excusa de la atención del coronavirus se hubieran descuidado otras enfermedades y los otros programas a los que el sector salud debía seguir respondiendo.

La pandemia evidenció una vez más que la ley 100 no permite la autonomía del personal de salud, las decisiones médicas están sujetas, estaban y continúan sujetas a decisiones administrativas y prioridades financieras antes que a garantizar el derecho humano a la salud.

Está tan incrustada dentro de los servicios de salud la demora en la tramitación de exámenes de laboratorio y la supeditación del criterio médico al criterio administrativo y financiero, que durante la pandemia muchas de las solicitudes de exámenes se han visto aplazadas o truncadas con diferentes argumentos.

Parte de la recuperación de la autonomía médica implica la posibilidad de ordenar exámenes de laboratorio que el profesional considere necesarios para lograr un diagnóstico, antes que limitarlo solo por razones financieras. Vale además subrayar que la respuesta frente a una epidemia depende de

la fortaleza de los sistemas y servicios de salud pública y esos fueron precisamente desmontados en el marco de la ley 100.

La garantía del derecho a la salud es fundamental para el ejercicio de otros derechos, tales como la vida, el trabajo, la integridad personal, etc. Sin menoscabo de la universalidad de este derecho, hay un énfasis jurídico especial en la garantía del derecho a la salud a personas en una determinada situación de vulnerabilidad (niños, mujeres gestantes, inmigrantes, personas con discapacidad, etc.).

Por tanto, el derecho a la salud no puede estar mediado por la caridad estatal (práctica muy común en el pasado), ni mucho menos reducido a la lógica del mercado de servicios (lógica imperante en la región desde la privatización de servicios de salud hecha por Augusto Pinochet en 1985 en Chile). Hay una serie de deberes de prevención y promoción de la salud que está por encima y por fuera de la asistencia médica.

En la década de los años 1970, fueron formuladas las políticas neoliberales que buscan fundamentalmente reducir el papel del Estado a su mínima expresión, y dejar que servicios (como la salud) se rijan por la ley de la oferta y la demanda. Es en el contexto chileno, fruto del golpe militar de Pinochet, cuando los economistas de la Escuela de Chicago aplican sus recomendaciones. Así, el modelo de salud chileno se modifica en 1985 incluyendo nuevos elementos, entre ellos el de la intermediación financiera.⁴

Elintermediario financiero (ISAPRE en Chile y EPS en Colombia) es aparentemente un mecanismo que buscaría la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud. Pero lo observado, en ambos casos, es que el intermediario financiero, por su propia naturaleza, obedece a otras lógicas: a) en cuanto actor privado busca obtener ganancias que no se revierten en la población, b) su modelo de gestión busca la mayor rentabilidad y, por lo tanto, recurre a políticas de racionalización del gasto, c)

4 Para todo este debate, ver De Currea-Lugo, Víctor: Salud y neoliberalismo, Universidad del Bosque, Bogotá, 2010. Disponible en: <http://victordecurrealugo.com/salud-y-neoliberalismo/>

el poder del lobby que realizan dichos empresarios de la salud les permite interactuar con las elites para garantizar desarrollos legales que le beneficien, y d) la adopción de dicho modelo de intermediación (y su imposición a los países más pobres) por parte del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional han representado el desmantelamiento de hospitales públicos y, en general, la reducción de servicios de los sistemas nacionales de salud.

En el caso colombiano, las EPS fueron creadas fundamentalmente por el capital financiero y administradas con el objetivo de la acumulación de capital privado; la búsqueda de racionalización del gasto implica el abuso de su condición de intermediario entre el paciente y el servicio de salud, haciendo todos los recortes posibles al paciente (formulación de planes de salud para reducir el número de procedimientos médicos, así como de listas de medicamentos), aumentando los pagos a las EPS (aporte mensual más copagos, más cuotas moderadoras) y evadiendo el pago adecuado a los servicios de salud (demorando las transferencias, rechazando los cobros por servicios).

El rechazo de pacientes, las limitaciones en los procedimientos y en los materiales médicos, la creación de requisitos incluso inexistentes en la ley, el aumento del número de pacientes por hora por médico, la persecución a los sindicatos de la salud, el gran desvío de esfuerzos del sistema de salud a tareas administrativas y las formas de contratación a destajo, son precisamente las consecuencias (casi) inevitables de un sistema de salud basado en las leyes del mercado.

Todo esto es lo que se desnudó, aún más, en medio de la pandemia. Las políticas desarrolladas por las EPS en medio de la pandemia también muestran un mismo comportamiento de apropiación de los recursos sin redistribución a las IPS y sin asumir las prioridades de bioseguridad ¿Necesitamos acaso más pruebas?

La propuesta: recuperar el papel del Estado

Como se ha observado desde 1993, las meromas administrativas y los recortes salariales no han servido para garantizar la supervivencia digna de los hospitales del sistema de salud. El tristemente famoso “paseo de la muerte” es una cotidianidad que refleja precisamente el triunfo del mercado sobre el derecho a la salud. Consideramos que no pueden ser medidas paliativas ni temporales las que darán una respuesta justa a las necesidades de salud de los colombianos, sino algunas de fondo, como las siguientes:

-Desmante de las EPS. Siendo el mal mayor la intermediación financiera, herramienta aplaudida tanto por las élites nacionales como por la banca internacional, el desmante de las EPS es fundamental. Experiencias internacionales han demostrado que la adopción de las medidas del FMI ha deteriorado seriamente la equidad de los servicios de salud. El debate no es pues de limitación en los recursos, sino de una política pública al servicio de las EPS.

-El Estado debe recuperar su papel regulador de los servicios de salud. El hospital público debe ser defendido como el eje articulador de la salud de una población, no solo en cuanto oferente de servicios asistenciales, sino también como espacio de participación comunitaria, de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, como se ha demostrado en varias experiencias nacionales e internacionales.

-El fin social de esta empresa pública debe ser una prioridad que no puede estar disminuida con la excusa de la eficacia y la eficiencia. La formulación de indicadores y la evaluación de los servicios de salud deben darse sobre la satisfacción efectiva de las necesidades de salud y no sobre la contabilidad de la venta de servicios.

-La equidad en los servicios de salud: el actual modelo de salud está, estructuralmente, diseñado de tal manera que hace imposible la aplicación de principios de justicia y de equidad en su práctica cotidiana. La oferta diferenciada de servicios debe darse, pero dando mayores servicios a quienes más lo necesitan, no a quienes tienen mayor capacidad de pago.

-Universalidad e integralidad del servicio: urge el desmonte de limitaciones a las terapéuticas (tanto de medicamentos como de procedimientos) hacia un modelo de atención de base poblacional y territorial, con despliegue de la estrategia de APS. En el modelo actual es imposible la práctica de una ética médica, pues el profesional de la salud se ha convertido en un obrero enajenado al servicio del capital financiero de las EPS y del capital internacional de las farmacéuticas.

-El control a las transnacionales de medicamentos: es sorprendente que medicamentos producidos en Colombia se puedan comprar más baratos en países a donde Colombia exporta. Es conocido el lobby de la industria farmacéutica en el Ministerio de Salud con el fin de garantizar la rentabilidad de sus productos, lo que afecta seriamente el acceso a tratamientos por parte de los pacientes.

-Los protocolos de salud deben obedecer a necesidades médico-sanitarias y no a una política de restricción de costos. La noción de plan obligatorio de salud, lista de medicamentos, lista de procedimientos, etc. son contrarias a una cobertura universal y compatible con la lógica del mercado de la salud.

Referencias bibliográficas

Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud. El Tiempo, Bogotá, 25 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16780022>

- DANE. (2020): Encuesta Nacional de Calidad de Vida ECV 2019. Bogotá. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/presentacion-ECV-2019-poblacion-campesina.pdf
- De Currea-Lugo, V. (2010). Salud y neoliberalismo, Universidad del Bosque, Bogotá. Disponible en: <http://victordecurrealugo.com/salud-y-neoliberalismo/>
- Gobierno de Colombia (2020). Comportamiento del Virus en Colombia, 30 de noviembre. Disponible en: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/estadisticas-covid-19/comportamiento-covid-19.html>
- Hernández, G.(2019) El dato de la desigualdad en Colombia. El Espectador, 5 de marzo. Disponible en: <https://www.elespectador.com/opinion/el-dato-de-la-desigualdad-en-colombia-columna-843177/>
- Petro, G. (2020).¿Un pacto histórico?, Cuarto de Hora, 19 de julio. Disponible en: <https://cuartodehora.com/2020/07/19/un-pacto-historico/>
- Tercer boletín de Monitoreo Crítico de Condiciones de Trabajo y Bioseguridad del Personal de Salud. 18 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/324-monitoreo-critico-de-las-condiciones-de-bioseguridad-boletin-003>

LA ATENCIÓN EN MEDIO DE LA PANDEMIA

En el contexto de la pandemia de covid-19

LA VIRTUALIDAD COMO NUEVA BARRERA AL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA Y ACENTUACIÓN DE LAS ANTERIORES

Néstor Álvarez¹

Con la implementación de la ley 100, el sistema de salud colombiano se desarrolló como un negocio en el que no se ejerce control a ninguno de los actores comerciales, en especial, a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). De allí se derivan la corrupción y la pérdida de muchos recursos públicos y también la imposibilidad para la ciudadanía de gozar del derecho humano a la salud. Esos agentes son parte central de un sistema que impide realizar ese derecho.

Para comenzar, diremos que aunque en términos legales ha habido progreso en el derecho a la salud, como ocurrió en 2015 con la aprobación de la Ley 1715 o *Ley estatutaria de salud* por parte de la Corte Constitucional en su revisión de constitucionalidad², el goce efectivo del derecho a la salud ha carecido de cauces. En todo el país se conocen los problemas de las barreras administrativas por parte de las EPS, el incumplimiento de sus funciones y una mala calidad en la atención.

Pues bien, esa práctica conocida de poner barreras a la ciudadanía para acceder a los servicios de salud adquirió a raíz de la pandemia un nuevo rostro que este artículo quiere

1 Presidente de la organización Pacientes Alto Costo.

2 Recordemos que el objeto de la Ley 1715 de 2015 fue, precisamente, “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” y eso significó un avance. Otro elemento favorable de esta ley es que se cubren en la atención de salud todas las tecnologías menos las de un listado de exclusiones, que, sin ser vitales, puede accederse a ellas por vía de tutela.

presentar: la barrera de la virtualidad, en qué ha consistido, cómo se explica y cuáles son las quejas en ese sentido que ha recogido la organización Pacientes Alto Costo.

El curso seguido en el sistema de salud durante la pandemia

Enero y febrero de 2020 fueron meses comunes y corrientes en Colombia. Si bien en ese momento ya se tenían noticias del covid-19 en China y la epidemia empezaba también en Europa, por estas latitudes se creía que no llegaría esa amenaza. Las políticas de salud pública que se implementaban en países europeos, como el confinamiento, en Colombia no se veían venir. Sin embargo, el virus no tardó mucho en convertirse en pandemia (y, tal y como van las cosas, será una endemia). En consecuencia, el país comenzó tarde a implementar esas medidas y fue así como el 24 de marzo de 2020 se inició la cuarentena por la pandemia de covid-19.

Luego vinieron los decretos de emergencia del Gobierno y también las medidas particulares del Ministerio de Salud, que trajeron consecuencias sobre la ya deficiente prestación del servicio de salud: el sistema se paralizó casi por completo en la atención primaria, en programas de promoción y prevención que se hacían con actividades grupales, en cirugías programadas, ayudas diagnósticas, odontología, interconsultas a especialidades y muchos servicios más.

También, en forma inmediata, las EPS cerraron en buena parte las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de atención primaria y las oficinas de atención al usuario, de manera que los pacientes quedaron a la deriva y dependiendo de centros de llamadas y medios virtuales; en contraste, otros ámbitos de la actividad pública como bancos y notarías no cerraron durante la pandemia y han atendido presencialmente, igual a como lo hacían las oficinas de atención al usuario de las EPS y con la misma afluencia de público.

Estas medidas tomadas por el Ejecutivo dejaron a las personas, especialmente a quienes padecen patologías crónicas, en un callejón casi sin salida; empezaron a sufrir para poder conseguir las autorizaciones que se hacían en los puntos de atención personalizados de cada EPS. Al estar cerrados estos puntos, los pacientes debieron empezar a buscar información y a luchar con el mundo no presencial: los *centros de llamadas*, las *videollamadas* y el uso de la página web de cada EPS para el trámite de autorizaciones o para corregirlas.

Así mismo, tuvieron que enfrentar el mundo de la virtualidad, sin conocerlo en la mayoría de los casos, quienes necesitaban atención por urgencias o consultas prioritarias, igual que las personas a las que se les formulan medicamentos, ayudas diagnósticas o procedimientos que requieren previa autorización de las EPS. Podemos decir que se estancó todo este proceso de autorizaciones, por lo menos por varias semanas, ya que las EPS no salieron en medios masivos informando sobre las alternativas ofrecidas.

Esta fue, por efecto de la pandemia, una de las primeras barreras que encontraron las personas en Colombia para el goce efectivo del derecho a la salud. Lo particular de esto es que, como se sugirió, mucha población no sabe manejar los canales virtuales, no tiene internet en casa, tampoco plan de datos y mucho menos celulares inteligentes, lo que llevo a limitar su uso para muchos pacientes, en especial adultos mayores afiliados del régimen subsidiado y población rural a cuyos territorios no llega internet, etc.

Reiteramos la afectación de la virtualidad en el goce efectivo del derecho de la salud como algo que surgió en la pandemia de covid-19. Tomemos el caso de la EPS más grande del país, la conocida como *Nueva EPS*. Según su informe de rendición de cuentas de 2019 y los datos que entregó sobre la pirámide poblacional y los índices demográficos de las personas afiliadas, el 40% de esta población tiene una edad en la que no se usan con frecuencia tecnologías virtuales; si sumamos a

ello que un 34% de personas afiliadas a la Nueva EPS son del régimen subsidiado, podemos asumir una baja probabilidad de que estas personas tengan dispositivos electrónicos, como computador, tabletas o teléfonos inteligentes y que haya internet en casa o planes de datos.

Y al analizar el grupo de personas que se encuentra en el régimen contributivo de esa misma entidad, el 82 % de ellas devenga menos de dos salarios mínimos legales vigentes (SMLV), lo que nos puede indicar que también puede ser baja la probabilidad de que tengan computador en casa, internet en casa o planes de datos en los celulares si tienen teléfonos inteligentes.

Según datos de 2018 del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), los últimos publicados al respecto, solo el 45 % de la población nacional tuvo acceso a un computador y únicamente el 64 % tuvo acceso a internet. En el caso de la población rural, un escaso 24 % de ella tuvo acceso a un computador y el 36 % tuvo acceso a internet. Si proyectamos estos datos del DANE a la población de la Nueva EPS, podemos concluir que los canales virtuales para atención en esta pandemia de covid-19 no son la primera opción. La Nueva EPS debe enfocarse más en atención personalizada que en el uso de medios virtuales.

Si hacemos el mismo análisis con cada EPS, seguro tendremos el mismo comportamiento, de manera que solo a quienes usen las tecnologías les servirían estos canales. Y después de un año de pandemia, las EPS continúan con el represamiento en la atención de los pacientes y mostrando atraso en mejorar la atención a las personas afiliadas, como consecuencia de los trámites que ellas mismas imponen.

De otra parte, ante el hecho de que fue mínima la atención en las IPS primarias, la gente buscó que se le atendiera en los servicios de urgencias, de manera que se generó congestión en estos últimos. Esta situación se agravó por el encuentro con pacientes que ya estaban buscando atención para la

covid-19 y algunas IPS empezaron a separar la atención de las urgencias de enfermedades corrientes, y la atención de urgencias por covid-19. Pero, otras mantuvieron la misma puerta de entrada lo que llevó a mayor riesgo de contagio.

La telemedicina

A medida que siguen implementándose las cuarentenas nacionales y regionales se incursiona en la telemedicina para la atención primaria y especializada. Es así que se inicia un montaje de llamada telefónica para la atención médica, algo lejos de una telemedicina en verdad y al que las personas no estaban acostumbradas.

Aceptar esta modalidad de consulta no ha sido fácil por ser aún más deshumanizada por la falta de contacto médico-paciente, tema que venía siendo una queja frecuente con la atención presencial porque el paciente decía que el médico solo se limitaba a escribir y preguntar y ni siquiera le miraba o examinaba.

Sobre la telemedicina, la organización Pacientes Alto costo recibió numerosas quejas, que resumimos en los siguientes aspectos:

- Tiempo de atención muy corto, en muchos casos, no más de tres o cinco minutos.
- No es videollamada: no se le ve la cara al médico y se duda de si es el profesional de la salud que se les ha asignado.
- La atención es más deshumanizada que la ya poco humanizada que había antes.
- Cuando se consulta por dolor físico u otras molestias, no hay examen físico; no es una consulta de buena calidad.
- No se toman signos vitales y en caso de programas de hipertensión arterial, el paciente considera que esa no es una consulta adecuada para su enfermedad.
- Hay dificultades para leer al médico exámenes que, por venir de otra red de servicios distinta a la que está atendiendo, no están en la historia clínica del paciente.

- No se envían las fórmulas y demás órdenes a los correos electrónicos de las y los pacientes; si estas personas no cuentan con correo electrónico debe ir a la IPS a reclamar formulas, por lo que no sirve de nada la atención virtual para proteger del riesgo de contagio de covid-19.
- Muchas veces, no queda consignada la teleconsulta en la historia clínica.
- No hay cumplimiento con la hora programada para la llamada, o esta se posterga y si el paciente no contesta, se reseña como incumplimiento en la cita y no se presta la atención.
- La mala calidad de las redes de comunicación celular impide en algunos casos la atención.
- Se estima que esas consultas no son efectivas en consultas para dermatología, oftalmología y en algunos casos de Medicina Interna y otras especialidades.

Con esta modalidad de atención, pudieron beneficiarse pacientes con que tienen algunas patologías crónicas estables que solo necesitaban la reformulación de sus medicamentos o de ayudas diagnósticas de control. Por ejemplo, pacientes de VIH, con trasplantes, con artritis y algunas enfermedades raras; esto ha permitido tenerlos formulados y que solo acudan a una cita presencial si algo no está bien dentro de la cronicidad. Este modelo ayudó al acceso a la atención de muchos pacientes en ciudades pequeñas y rurales.

Esta es una buena oportunidad para que el país implemente adecuadamente el concepto de telemedicina, pese a las deficiencias que hemos mencionado y a que surgió con muchas deficiencias. Es importante mencionar lo que se debe tener en cuenta en esa dirección:

- Implementar una telemedicina real con alto nivel de calidad.
- Segmentar adecuadamente el tipo de atención que se puede prestar por este canal.
- Educar a la ciudadanía sobre la telemedicina para que mejore el concepto y se sienta bien atendida cuando se use este medio.

- Tener un verdadero sistema único de información en salud para que se cuente con toda la historia clínica de cada paciente.
- Establecer un tiempo mínimo de atención de 25 minutos para la consulta por telemedicina.

El acceso a medicamentos

Ante los problemas de acceso a medicamentos en esta pandemia, el Gobierno decidió proteger a quienes tuvieran patologías crónicas como hipertensión arterial y diabetes y a personas mayores de 70 años, con las entregas a domicilio.

La iniciativa fue muy mencionada por los medios de comunicación, pero ninguna EPS dijo por esa vía o mediante los mensajes a los correos de cada persona afiliada cómo se debía hacer esta solicitud. Esto hizo difícil a cada paciente encontrar la forma de pedir sus medicinas, pues cada cual tuvo que encontrar sus propios medios, consultar en las páginas web de cada EPS o llamar por teléfono para pedir información; pero, además, sucedía que iba a las farmacias y allí no obtenían lo que necesitaban o solo les daban la información para hacer uso del canal virtual o telefónico para el envío.

Muchas personas supusieron que las EPS tomarían el liderazgo y enviarían los medicamentos con la información de las cohortes de cada patología, pero eso nunca sucedió. Numerosos pacientes nunca subieron las fórmulas por los canales que estableció cada operador de medicamentos y se quedaron varios meses sin lo formulado, hasta que la necesidad los llevó a quejarse y a buscar el porqué de la no llegada de lo que requerían.

Varias personas no tenían correos electrónicos y no sabían cómo enviar la fórmula como archivo, de manera que debieron sacar fotos por celular, que, en muchos casos eran de mala calidad y las EPS y operadores las devolvieron por no ser legibles. Hubo miles de factores que se convirtieron en

barreras en la pandemia de covid-19 para el goce efectivo del derecho a la salud.

A lo anterior se sumó la deficiencia de los canales virtuales de muchas EPS. Eso llevó al colapso y, por lo tanto, los pacientes quedaron sin sus medicamentos. Otro inconveniente dentro de la virtualidad que obligó la pandemia fue que muchas aplicaciones virtuales que tenían las EPS no estaban diseñadas para manejar este tipo de procesos o no eran compatibles con algún de los dos *software* de los celulares Android e iOS y dependía del celular que tenían el paciente o la familia.

Hoy, las EPS no han reaccionado en el sentido de mejorar sus canales virtuales y centros de llamadas para superar las barreras administrativas que ellas mismas han impuesto. Encontramos unas EPS en las que se debe agendar la cita para pedir autorización y se pasaron entre 6 días y 12 días para tener una atención presencial. Poco a poco, se fueron abriendo los puntos como respuesta a que no todas las personas podían usar la virtualidad. En conclusión, en la pandemia, las EPS no han reaccionado rediseñando sus webs y canales virtuales para poder cumplir.

El represamiento en materia de atención primaria y de atención especializada de pacientes será una bomba de tiempo que afectará la vida y salud de la ciudadanía colombiana en los meses y años venideros, si la pandemia, aun con vacuna, sigue afectando la salud pública.

Problemas más frecuentes para el goce del derecho a la salud

Pacientes Alto Costo, como organización que hace uso de los espacios de participación social en salud, cuenta con una página web www.pacientesaltocosto.org por medio de la cual recibimos las quejas en relación con las dificultades para acceder al sistema de salud y gozar efectivamente del derecho a la salud. Se reciben con el objetivo de ayudar a los pacientes

de alto costo y demás patologías. A continuación, haremos referencia a los problemas registrados con más frecuencia que se identificaron en las quejas recibidas en 2020, año con pandemia.

Clasificamos las quejas recibidas en 16 aspectos o de acuerdo con 16 criterios:

1. No entrega de medicamentos.
2. Demora en las autorizaciones o no consecución de las mismas.
3. Continuidad y/o cambio de IPS.
4. Falta de agenda.
5. Falta de contrato.
6. Problemas con los aplicativos Mipress, con los que las y los médicos incluyen medicamentos que no están cubiertos por el Estado, para que los dispensen a la persona que atienden.
7. Dificultades para que se cumpla el traslado al siguiente nivel de atención.
8. No hay insumos.
9. Muy difícil la atención domiciliaria y la atención de terapias.
10. Demora en atención y mala calidad.
10. No viáticos - no transporte - no acompañante - no ambulancia.
11. No activo en BDUA (Base Datos Única de Afiliación) - portabilidad - movilidad.
12. No hay cuidadores ni enfermeras en los casos en los que se requiere.
13. Se hacen cobros injustos de la cuota moderadora - copago- y de la cuota de recuperación.
14. Demoran los pagos de incapacidades.
15. En relación con las pruebas de covid-19, estas se demoran en hacerse, luego, falta seguimiento y falta atención a cada caso (véase también gráfica 2).

Durante 2020, se recibieron 941 quejas (véase la distribución por meses en la gráfica 1). De ellas, el 78% se refirieron al régimen contributivo y el 22% al régimen subsidiado; el 50% las

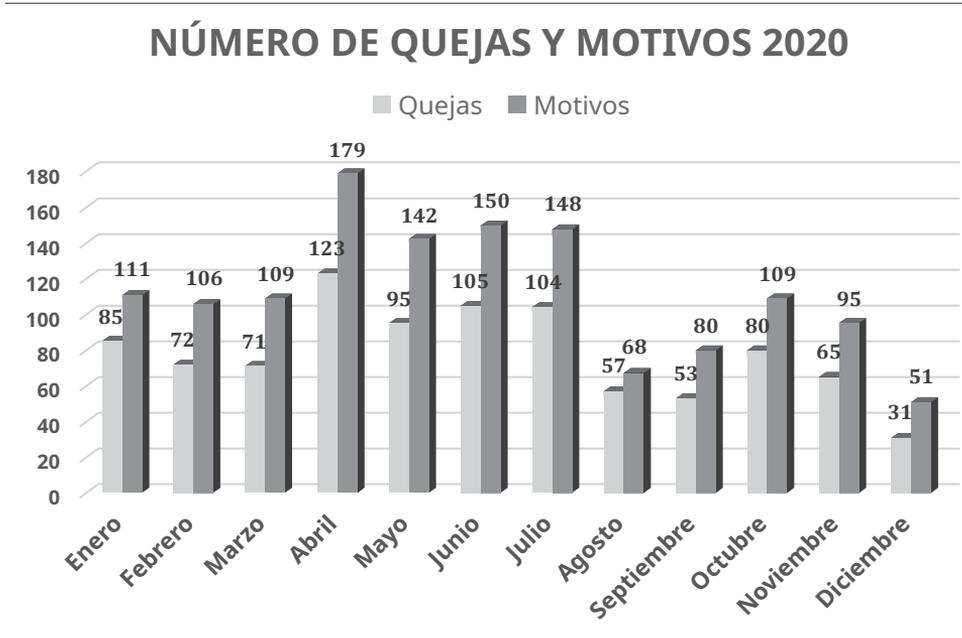
interpusieron hombres y el 50%, mujeres; el 90% provinieron de personas mayores de edad y el 10%, de personas menores de edad. En este cuadro, son preocupantes las quejas de las personas menores de edad, ya que gozan de doble protección constitucional y en muchos casos se trata de niñas y niños en situación de discapacidad.

Por otra parte, es comprensible que haya más quejas del régimen contributivo dado que hay una creencia acerca de que se puede exigir más que en el régimen subsidiado pues se paga por la atención; al mismo tiempo, cuando se está en el régimen subsidiado se concibe que la salud es como un regalo y no un derecho, de manera que la queja no es algo que se utilice frecuentemente; y lo realmente cierto es que hay mucha violación del derecho a la salud de la población que está en este régimen.

Como se indicó, la gráfica 1 muestra el número de quejas mensuales. También, el número de motivos de estas quejas, en 2020. Se observa que en cada mes hay más motivos que quejas, lo que sugiere que cada queja tiene más de un motivo. Por ejemplo, si el paciente menciona que no tiene acceso al medicamento por no autorización, eso se codifica con esos dos motivos: “no medicamento-no autorización”; esa situación es diferente a no tener acceso al medicamento por faltante, lo que se clasifica un solo motivo: “no medicamento”.

Podemos observar la disminución de las quejas y también de los motivos en los meses que van de agosto a diciembre, relacionados directamente con cuarentenas regionales, lo que llevó a disminuciones de la atención de los pacientes, y con las medidas de los decretos del gobierno que limitaron la atención en salud.

Gráfica 1

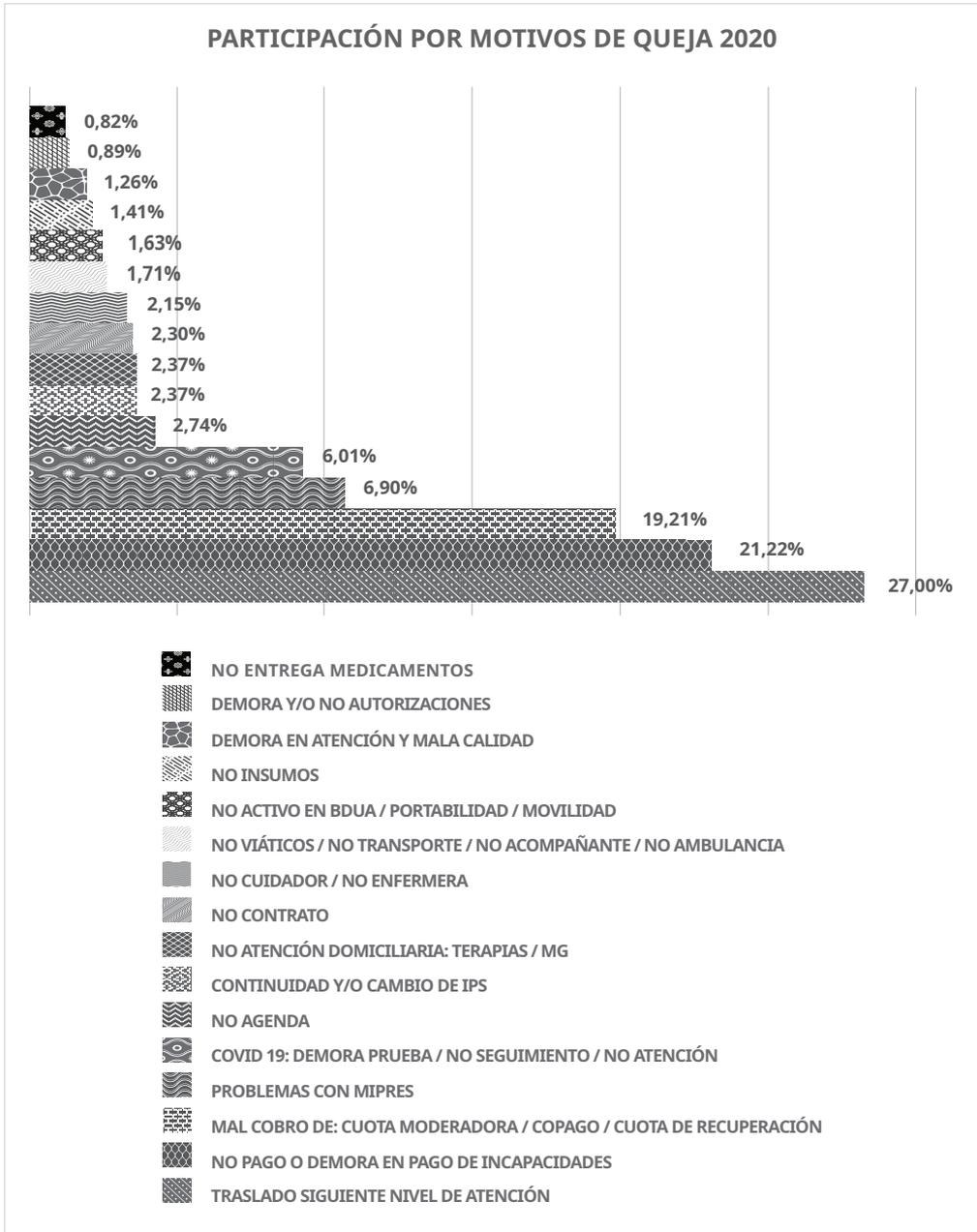


Fuente: www.Pacientesaltocosto.Org

El promedio de motivos por queja es el cociente que nos permite ver que el paciente es afectado por más de un motivo en el ejercicio de su derecho a la salud. Esto debería llevar a que las EPS tomen conciencia de ese mal servicio; de las 941 quejas que llegaron se encontraron 1.348 motivos, dando un promedio por año de 1,43 motivos por queja (“Índice C/Q”).

La gráfica 2 muestra la importancia relativa de cada tipo de queja, el porcentaje que tiene en el universo de quejas, según la clasificación en 16 criterios que se mostró en párrafos anteriores.

Gráfica 2



Fuente: www.Pacientesaltocosto.Org

No puede pasarse por alto el hecho de que la pandemia afectó el derecho a la salud de la ciudadanía en Colombia que se quedó sin trabajo y estaba en tratamientos médicos.

Aunque la Constitución Política del país estipula que la salud es un derecho fundamental, independientemente de cualquier circunstancia, en la vida real no se aplica este precepto debido a que el llamado decreto único de salud, el 780 de 2016, “DUS”³, establece que el derecho a la salud está directamente relacionado con el poder adquisitivo: si la persona es empleada o tiene capacidad de pago, debe afiliarse al régimen contributivo; si no está en estas dos categorías, pero solo si demuestra un nivel de pobreza máximo, el Estado la afilia al régimen subsidiado.

Veamos lo que ha sucedido. La persona que en Colombia no tiene capacidad de pago, pero tampoco es lo suficientemente pobre se queda sin el servicio de salud. Ahora bien, los decretos de emergencia dictados por el gobierno a comienzos de la pandemia establecieron que a quienes quedaron sin empleo por la pandemia, el estado les garantizaría la afiliación al sistema general de seguridad social en salud SGSSS, pero las EPS no han cumplido con esa medida a cabalidad, lo que se constata con el hecho de que este motivo de queja cobró más fuerza durante la pandemia.

El cuadro 1 compara, para el caso de la Nueva EPS, trimestre a trimestre de 2019 y 2020, el número de personas que se desafiliaron, lo que muestra lo que estamos diciendo. En 2020, se desafilió un 35% más de personas que las que se desafiliaron en 2019. Se ve claramente como la pandemia afectó la afiliación al régimen contributivo, algo que se corresponde con los informes del DANE sobre desempleo en la pandemia.

3 Se refiere al decreto 780 de 2016 que expidió el entonces Ministerio de Salud y Protección Social como decreto reglamentario único del sector salud y protección social y que “compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud” (tomado de <https://consultorsalud.com/decreto-unico-del-sector-salud-decreto-780-de-2016/#:~:text=El%20Ministerio%20de%20Salud%20y,el%20sector%20de%20la%20salud>).

Cuadro 1. Nueva EPS. Incremento 2020/2019 de suspensión de afiliaciones, por trimestre.

TRIMESTRE	2019	2020	% INCREMENTO
1	55.168	62.926	14,06 %
2	153.218	250.858	63,73 %
3	160.866	240.620	49,58 %
4	175.386	184.947	5,45 %
TOTAL	544.638	739.351	35,75 %

Fuente: www.nuevaeps.com.co, informes trimestrales

Va un año largo de pandemia y la situación sigue desmejorando en el goce del derecho a la salud. Las EPS siguen sin emitir autorizaciones a tiempo y sin atender procesos quirúrgicos que no sean de urgencias; tampoco hay asistencia para muchas ayudas diagnósticas; en fin, sigue el represamiento de la atención de muchas patologías y se acentúan los problemas de siempre del sistema de salud.

Resta decir que esta pandemia mostró aún más la inequidad del país, particularmente en las zonas rurales. El derecho a la salud, como mostramos, está afectado por determinantes del sistema que determina su ejercicio y falta una de política más fuerte en implementación de las TIC para uso en la atención médica, en especial en las zonas rurales, por baja cobertura de internet, alto costo en la conectividad virtual y redes de comunicación que no alcanzan a suplir bien la demanda en esta pandemia.

Para pacientes no covid-19

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Francisco Castellanos⁴

La gestión pública de los recursos de la salud a lo largo y ancho de los territorios del país es verdadera si se hace con transparencia y con plenas garantías al ejercicio de la participación social y del derecho a la salud. Ese tipo de gestión no existe en el país porque los recursos se entregan a un agente privado, las mal llamadas Empresas “Promotoras” de Salud, EPS, cuyo interés no es la verdadera gestión sino el lucro, ganar con el negocio de la salud. Esa ha sido la trayectoria desde que se promulgó la ley 100 de 1993. Y tiene enorme relación con el tema de las barreras de acceso a los servicios de salud.

En 2015, se sancionó la ley 1715 o Ley Estatutaria de la Salud, con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud y fortalecer la autonomía médica. Las EPS, intermediarias financieras, en su ejercicio comercial, son las que recaudan los recursos públicos de destinación específica y diseñan e implementan modelos de prestación de servicios de salud a sus afiliados, mediante una red de prestadores que deberían garantizar la plena realización de su estado de bienestar físico y mental.

Sin embargo, lo que ocurre en la práctica es diametralmente opuesto: a diario, las personas que acuden al sistema encuentran numerosas barreras administrativas y maniobras prediseñadas para que no puedan tener el acceso oportuno y eficaz a los servicios de salud, pues lo que orienta esas decisiones es la ganancia de los que autorizan los servicios

4 Defensor de Derechos Humanos y director de la Organización para la Defensa del Paciente.

de salud. Las barreras generan en muchas ocasiones gran frustración, deterioro funcional y lamentablemente muchas muertes evitables. Al sistema no le interesa la vida misma de sus afiliados.

Más del 70% de los casos en los que ocurren estas barreras y maniobras, suceden en el llamado Plan de beneficios en Salud (PBS), antes conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir, lo fundamental en los servicios de salud. Así lo ha evidenciado la Defensoría del Pueblo en sus informes anuales, que documentan como en Colombia las EPS niegan o dilatan los servicios de salud.

Durante la pandemia por coronavirus, esas barreras de acceso han aumentado en forma exponencial, en la medida en que el sistema de salud ha concentrado los recursos y la prestación de servicios en tratar pacientes afectados por el virus Sars Cov 2. Atrás quedan miles de personas que conviven con otras patologías crónicas graves como el cáncer, el VIH, enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras. Se trata de pacientes no covid que enfrentan y padecen semejante ignominia sin lograr que el Estado les garantice la plena realización de sus derechos fundamentales.

Derivadas de las iteradas demoras y negaciones de servicios a pacientes no covid, se presentan cientos de miles de quejas ante las entidades encargadas de ejercer vigilancia, inspección y control sobre las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)⁵. Estos reclamos, infortunadamente, no se resuelven con oportunidad y eficacia en la mayoría de los casos, lo que genera graves e irremediables daños en la salud de esos pacientes.

En síntesis, la pandemia ha hecho mucho más evidentes las

⁵ Se entiende por EAPB, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

grandes fallas estructurales del modelo de salud en Colombia, enfocado en tratar las enfermedades como un modo de negocio y no en el mantenimiento de la salud y la prevención de las enfermedades. Por esos motivos, las personas parecieran menos importantes para quienes administran los recursos del sistema que las ganancias que obtienen a costa de la salud.

SISTEMA DE SALUD, EN CUIDADOS INTENSIVOS

Herman A. Bayona⁶

Este artículo quiere entregar elementos de lo que significan la precariedad y la inequidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sus fisuras, tal como las ha mostrado la pandemia del covid-19. A partir de eso, recomendar una estrategia de intervención.

Antecedentes

Las clínicas y los hospitales constituyen uno de los pilares del sistema sanitario. En ambas instituciones recae la responsabilidad de la recuperación de la salud y de la atención de las y los pacientes, sin que en ello afecten los cambios que se presenten en el mismo sistema.

En Colombia, los hospitales y las clínicas se llaman desde 1993 *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*, nombre dispuesto por la ley 100 de ese año⁷. Esta ley responde al propósito de convertir la salud en un negocio privado y de unos pocos. En la lógica comercial de la Ley 100, que ha conducido a que se deshumanice la salud, el SGSS denomina la atención de los pacientes como “prestación de servicios”. Desde entonces, hace 28 años, la red hospitalaria del sector público se ha deteriorado.

Los hospitales se convirtieron en Empresas Sociales del Estado

6 Presidente del Colegio Médico de Bogotá D. C.

7 La ley las define en el numeral 3 de su artículo 155, en el que presenta las “Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las llama “institucionales (sic) Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas”.

(ESE), autosostenibles, con lo que ello implica; en correspondencia con los preceptos de las leyes del mercado y no para responder a las necesidades en salud de las personas y comunidades en los territorios.

La consecuencia de ese modelo de salud, de las millonarias deudas que acumularon por años de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con las IPS (véase Encolombia.com, s. f.) y de los manejos corruptos por parte de distintas administraciones condujeron a la quiebra de la mayoría de centros hospitalarios regionales y de las principales ciudades.

Esa situación se tradujo en cierres totales o parciales de hospitales de la red pública, lo que dejó a la población en una situación de vulnerabilidad y riesgo para sus vidas y cesantes a millares de trabajadores de la salud, o sin recibir remuneración por su labor; en los casos más graves, esa cesación ha superado el año. Una violación grave del Estado al no cumplir con su obligación de garantizar el derecho fundamental a la salud y acceso al sistema en todo el territorio nacional, tal y como lo consagra la Ley Estatutaria de la Salud, la 1715 de 2015.

La situación de la red hospitalaria privada no es más alentadora. Salvo los centros con mayores recursos financieros y que atienden a pacientes con más ingresos y/o pertenecen a redes de integración vertical⁸, la mayoría de ellos enfrenta serias dificultades para subsistir. La solución a mano ha sido reducir los costos para la atención de los pacientes y recortar el presupuesto para el pago de quienes trabajan en la salud. Es una realidad que ha obligado en muchas ocasiones a liquidar las clínicas y a venderlas al mejor postor –por lo general, las EPS–, que monopolizan los mal llamados “servicios” en salud.

8 “La integración vertical supone que las (...) EPS (...) presten los servicios de forma directa, a través de sus propios centros de atención o redes de servicios, denominadas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)” (González-Bravo, 2018).

Más recientemente, los que aprovechan esta oportunidad son los grupos de inversión extranjera que se interesan en el lucrativo negocio que es la salud en Colombia, en el que se prioriza el dinero sobre la vida.

Este enfoque de la salud como negocio se traduce en la imposibilidad de que la ciudadanía y comunidades cuenten con servicios y tecnología para su atención integral, oportuna y de calidad.

El sistema bajo la pandemia

En medio de este oscuro panorama, llegó la pandemia de SARS COV2-covid-19 y puso en evidencia un sistema de salud inmunosuprimido: sin recursos, con trabajadores de la salud en condiciones de indignidad laboral y con todo tipo de obstáculos en las “rutas” de atención en salud. El servicio de urgencias se convirtió, entonces, en la puerta de entrada expedita de quienes demandan atención.

Con un sistema de salud completamente débil, el gobierno declaró el 12 de marzo la emergencia sanitaria del país (Resolución 385 de 2020) y el 17 del mismo mes, el “Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional” (Decreto 417 de 2020), medidas bajo las cuales ha sancionado, hasta hoy, toda suerte de decretos y resoluciones enfocados en la situación de pandemia. Su resultado es que no han respondido de ninguna manera a la emergencia; aún más: han ahondado la crisis del sistema de salud. Veamos.

Solo un mes después de declarada la pandemia, llegaron las medidas para el sector de la salud, anunciadas para contener y mitigar la pandemia por covid-19. El 12 de abril de 2020, el gobierno expidió el Decreto 538. Lo primero que se hizo fue buscar cómo recabar recursos financieros y para ello, el gobierno creó el 21 de marzo el Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME)⁹ y recogió dinero de otros fondos como

9 Mediante el Decreto 444 de 2020.

el Fondo de Ahorro y Estabilización (FAE) (Encolombia. com s.f.b.) y el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (Fonpet) (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2020).

Decreto 538

Este decreto, trata varios aspectos:

- Garantizar la prestación de los servicios de salud.
- Flexibilizar la contratación de los entes territoriales en salud y de las EPS con entidades privadas.
- Posibilitar la transferencia de recursos desde los entes territoriales y desde el Ministerio de Salud tanto a las llamadas Empresas Sociales del Estado (ESE) (que son instituciones prestadoras de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud) como a las IPS.
- Facilitar la implementación de servicios de telesalud.
- Facilitar también la adecuación temporal de lugares no destinados a la prestación de servicios de salud.
- Hacer la reconversión de otros a servicios no habilitados y ampliar los que ya estaban.
- Autorizar servicios mediante la inscripción al Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS).

Se plantearon otras medidas en el contexto del mismo decreto:

- Bajo la dirección de las Centrales Reguladores de Urgencias (CRUE) quedaron las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y las Unidades de Cuidado Intermedio, esenciales en la atención de pacientes críticos por covid-19.
- A cargo del Ministerio de Salud y Protección Social quedó la coordinación de los procesos de remisión entre departamentos.

¿Qué ha sucedido con estas medidas? Veamos dos aspectos que reflejan su tendencia. Por una parte, el decreto 538 (y ninguno posterior) no incluyó una mención o artículo para el

fortalecimiento de los equipos básicos de atención primaria en los territorios y, mucho menos, sobre recursos destinados a la prevención que, a la larga, ha demostrado ser la única estrategia eficaz para el manejo de la pandemia.

De otra, persiste hoy el desabastecimiento de todo tipo de insumos en las IPS. El decreto incluyó soluciones inmediatas al deterioro de la infraestructura de la red hospitalaria del país, pero los recursos directos anunciados nunca llegaron. Eso fue evidente en el hospital San Rafael de Leticia, que requirió la intervención de la Superintendencia de Salud en mayo de 2020. Las adecuaciones físicas no se hicieron o fueron parciales. Las pésimas condiciones en que se ha atendido a las personas con covid-19, sobre todo, en los que se conocían anteriormente como *Territorios Nacionales*¹⁰, se han registrado en imágenes y videos que han llenado las redes sociales.

Veamos más componentes del decreto. En esa disposición se estableció un reconocimiento económico por una única vez para personal de salud en la primera línea de atención covid. Sin embargo, estos recursos, aunque pírricos, no llegaron sino a una parte de quienes han hecho parte de este personal y de manera tardía. Eso se conjugó con el hecho de que las deudas anteriores a la pandemia que se tenían con los trabajadores de la salud no se han saldado y, más bien, con el nuevo escenario aumentaron de manera que sus precarias finanzas siguieron en caída, pues su subsistencia depende de la facturación por evento o por los contratos de prestación de servicios, dos modalidades que se han reducido de manera drástica.

Hay otra situación que ha impactado negativamente los ingresos de trabajadoras y trabajadores de la salud: las clínicas

10 “(...) Se entiende (...) por Territorios nacionales las regiones periféricas del país que tuvieron tal nominación y un régimen especial hasta la Constitución Política de 1991, la cual, al definir una nueva estructura político-administrativa para Colombia, los convierte en departamentos. Estos Territorios (antiguas intendencias nacionales de Chocó, San Andrés y Providencia, Meta y Amazonas, y comisarías especiales de Guajira, Arauca, Vichada, Putumayo, Caquetá y Vaupés) corresponden a los actuales departamentos de Chocó, San Andrés y Providencia, Guajira, Meta, Amazonas, Arauca, Casanare, Vichada, Putumayo, Caquetá, Guainía, Guaviare y Vaupés.” (

y hospitales no han atendido las enfermedades prevalentes en pandemia, sino solamente las urgencias de aquellos pacientes que se descompensan con sus enfermedades crónicas de base.

El mismo decreto creó la “canasta de atenciones para los pacientes con coronavirus”, que permitió el “giro directo” de recursos a hospitales y clínicas a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) (Ministerio de Salud, s.f.c). La medida generó toda suerte de rumores contra el personal de la salud, pues se creyó que este era el que recibiría esos recursos, asunto que nunca sucedió, pero sí dejó el terreno fértil para actos de corrupción.

Las Unidades de Cuidado Intensivo, UCI

Antes de hablar específicamente de la UCI, es necesario señalar que uno de los grandes problemas de antes, y más ahora en pandemia, es el de las barreras geográficas para acceder a la atención hospitalaria, situación aún más crítica en los hospitales de tercer y de cuarto nivel, que son los de atención más especializada y que deben recibir a las y los pacientes que envían hospitales menos dotados; de manera todavía más cruda, en los mencionados *Territorios Nacionales* de antaño.

En ciudades como Bogotá, también se presenta esta situación. La mayoría de los centros hospitalarios se concentran en el centro-oriente y en el norte del Distrito Capital, al tiempo que hay un importante déficit en el sur y el occidente de la ciudad.

Esa barrera geográfica también se refiere a la posibilidad de acceder a las UCI y eso explica por qué la vida de muchos pacientes atendidos en el hospital de San Rafael de Leticia en mayo de 2020 se puso en riesgo, ya que este centro no contaba con camas UCI adecuadas y tuvieron que trasladarse en avión hacia otras ciudades.

La pandemia puso en evidencia otro elemento: la carencia de un sistema de información y de datos consistentes sobre el número de UCI, su ubicación y el estado en el que se encuentran. Por tal razón, se han presentado tantas deficiencias en la rectoría de los CRUE en Bogotá y el país, de manera que lo dispuesto por el decreto 538 ha sido fallido.

Con respecto a esa información, según el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) (Minsalud, 2021), existen en Colombia 963 IPS públicas, del total de 59.263 de registros de todo el país. Con respecto a las camas UCI, al inicio de pandemia se contaba con 5.349, número que ha ido creciendo y hoy hay 12.623, de acuerdo con la misma fuente.

En Bogotá, de 967 camas UCI que había en marzo de 2020, se pasó a 2.530 en el momento de mayor expansión, según el Observatorio de Salud de Bogotá, Saludata. Estos datos fluctúan debido a que se trata de UCI en expansión que se activan y desactivan según las necesidades en las distintas IPS y la dinámica de la pandemia.

Ahora bien, la instalación de la mayoría de las UCI en expansión se hizo en detrimento de la atención de otras patologías distintas al covid-19. Esas UCI ocuparon áreas hospitalarias importantísimas como las salas de recuperación de cirugía, en algunos casos, camas UCI pediátricas y áreas de hospitalización se adecuaron para la atención de pacientes covid-19, como en el hospital Simón Bolívar de Bogotá.

Mientras se ha ido ampliando el número de las UCI, aparece otro serio inconveniente: hay escasez de personal técnico y especializado para su funcionamiento, según lo han denunciado la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y de Cuidado Intensivo (AMCI), algunas organizaciones científicas y gremios de la salud como el Colegio Médico de Bogotá D. C.

Esa limitación de personal específico ha implicado recurrir a otras y otros especialistas: en anestesia, en medicina interna, en cirugía etc., bajo la coordinación virtual de un

especialista en cuidados críticos, mediante teleapoyo. Pero, un alto porcentaje de UCI en expansión no puede contar con esto porque el personal médico calificado sigue faltando. Algunas UCI han quedado al cuidado de médicos generales o de residentes.

Esta circunstancia junto a la sobrecarga laboral del personal de la salud son factores que siguen incidiendo en la morbilidad y mortalidad de los pacientes en UCI de expansión en esta emergencia sanitaria.

Urgencias

En los servicios de urgencias, además de las rutas y áreas de atención para pacientes COVID, no se presentaron cambios en relación con su estado anterior a la pandemia, salvo en ciudades como Barranquilla, Cali, Medellín y Bogotá en las que fue necesario instalar hospitales de campaña en los parqueaderos de algunos centros. Aun así, resultaron insuficientes.

Durante los tres picos presentados hasta ahora, algunos centros de urgencias registraron índices de ocupación superiores al 150% y otros, mayores del 200%, según la Asociación Colombiana de Especialistas en Medicina de Urgencias, ACEM.

Tampoco se incrementaron las camas de hospitalización. Al contrario. En la mayoría de los centros hospitalarios, lo que se hizo fue disminuir el número de camas debido al aislamiento físico que requieren los pacientes con covid-19.

Solo en Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud adecuó en el recinto ferial conocido como Corferias, de manera temporal, 300 camas de niveles I y II en (entre el 6 de mayo de 2020 y el 21 de septiembre del mismo año), pero esa adecuación no cumplió el objetivo de su implementación, pues su nivel de ocupación fue muy bajo, lo que se constituyó en un importante gasto injustificado para la ciudad, o por lo menos, poco aprovechado.

Otras deficiencias del sistema de salud y de las medidas gubernamentales

Es necesario señalar varios elementos además de la situación de las UCI y de urgencias, que permiten ver la magnitud de los problemas a resolver:

- El plan gubernamental de manejo y atención por la pandemia no ha tenido en cuenta su asunto más importante: garantizar el derecho fundamental a la salud de la población desde un enfoque preventivo y de atención primaria. En esa misma perspectiva, las medidas de cuarentena, zonales y generales no se han acompañado con acciones de prevención permanentes ni sostenidas, como tampoco, de una Renta Básica que permita a la población más necesitada cumplir con el aislamiento social. Mucho menos, se previó ni se sigue previendo el deterioro de determinantes sociales claves de la salud como la seguridad y la soberanía alimentaria, la vivienda y la estabilidad laboral de las familias y comunidades. Eso hizo escalar de manera grave la crisis social y económica.

- Otra expresión de la escasa mirada sobre la obligación gubernamental de garantizar el derecho a la salud hizo que, mientras el sistema de salud se volcaba a la atención de las personas enfermas con covid-19, no se viera también la urgencia de ampliar la infraestructura hospitalaria (solo se expandieron las camas UCI), de mejorarla y fortalecerla.

- Y en la atención a la emergencia sanitaria por la pandemia, también se hizo evidente la ausencia de una política pública de salud: todo ha tenido un manejo reactivo, improvisado y errático, de parte de las autoridades de salud, nacional y territoriales. Ese manejo sin canales, se expresó, por ejemplo en lo siguiente:

- La expansión de los servicios para Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA), por demás no cuantificable, se hizo a costa de reducir la capacidad hospitalaria de atención a pacientes con enfermedades prevalentes (cáncer, hipertensión, diabetes,

enfermedades cerebro vasculares, etc.). Eso implicó para las personas con esas enfermedades un notable aumento de complicaciones secundarias.

Dicho en términos generales, el manejo de la pandemia excluyó la prevención y atención a las enfermedades prevalentes, lo que también ha impedido que el sistema pueda anticipar y adecuar la atención de las secuelas en salud de la pandemia que, de hecho, ya estamos enfrentando.

- Las EPS mantienen un desempeño deficiente en la atención temprana y en el seguimiento de los enfermos leves y moderados para evitar su ingreso al sistema hospitalario y disminuir el porcentaje de admisión a UCI. De otra parte, ni eficiente ni efectivo ha sido el sistema de Pruebas, Rastreo, Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS), que se concibió tardíamente y se implementó en forma irregular por las EPS. Se desconoce el impacto de estas dos situaciones en la morbilidad y mortalidad durante la pandemia porque aún se no se cuenta con datos e información suficiente y sistematizada para evaluarlo.

Con ese panorama, la recomendación más importante de orden nacional y territorial que puede hacerse es adelantar una intervención sistémica mediante la estrategia “Colombia, un solo hospital”. Consiste en dar a todo esto un enfoque integral que abarque la prevención, la vacunación, la atención primaria y la mitigación de las consecuencias sociales y económicas de la pandemia. La propuesta se presentó a las autoridades nacionales y territoriales de salud cuando estaba dándose el segundo pico de pandemia, en enero pasado, por parte de unas 160 organizaciones sociales, gremiales y científicas.

Mientras la pandemia mostró las fisuras de un Sistema General de Seguridad Social en Salud precario e inequitativo, el gobierno, lejos de fortalecerlo lo sometió a cuidados intensivos.

Referencias bibliográficas

- Encolombia.com. (s.f.a). Plan Nacional de Salud Pública 2007-2008, de las Entidades Promotoras de Salud. Consultado en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-78/normatividad11/>
- Encolombia.com. (s.f.b). *Fondo de Ahorro y Estabilización*. Consultado en <https://encolombia.com/economia/info-economica/regalias/informacionsobreyregalias6/>
- González-Bravo, D. (2018, 14 de junio). ¿Sabe qué es el modelo de integración vertical en los sistemas de salud? *NeuroEconomix*. Blog. Consultado en <http://www.neuroeconomix.com/sabe-modelo-integracion-vertical-los-sistemas-salud/#:~:text=Para%20hacerlo%20m%C3%A1s%20sencillo%20de,lo%20que%20hace%20que%20las>
- González, L. (2010, julio-diciembre). Conocimiento y control en los confines del territorio nacional: hacia la construcción de un saber territorial, 1850-1950. *Historia y Sociedad*. 19, pp. 123-142. Consultado en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/article/download/23597/24295/82360>
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2020, 20 de mayo). *Aclaraciones sobre el Decreto Legislativo 678 de 2020*. Consultado en https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=/ConexionContent/WCC_CLUSTER-131793
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 16 de mayo). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria*. Consultado en <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Reconocimiento COVID-19*. Consultado en <https://www.adres.gov.co/Inicio/Reconocimiento-COVID-19>

Presidencia de la República. (2020, 23 de marzo). *Noticia. Con la creación del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), el Gobierno no les quita liquidez a entidades territoriales; lo que busca es mantener el flujo de recursos para atender a los más vulnerables frente al coronavirus*

Decretos, leyes y resoluciones

Decreto 417 de 2020. (17 de marzo). Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional. Presidencia de la República. Consultado en <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20417%20DEL%2017%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>

Decreto 444 de 2020. (21 de marzo). *Por el cual se crea el Fondo de Mitigación de Emergencias -FOME y se dictan disposiciones en materia de recursos, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica*. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Consultado en <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20444%20DEL%2021%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>

Decreto 538 de 2020. (12 de abril). *Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica*. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado en <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20538%20DEL%2012%20DE%20ABRIL%20DE%202020.pdf>

Ley 100 de 1993. (23 de diciembre). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la República de Colombia.

Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Ley Estatutaria 1751 de 2016. (16 de febrero). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Congreso de Colombia. Consultado en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Resolución 385 de 2020. (12 de marzo). *Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus*. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-385-de-2020.pdf>

En tiempos de pandemia

SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y SALUD MENTAL: UNA DEUDA PENDIENTE EN MATERIA DE GARANTÍA DE DERECHOS

*Juan David Páramo*¹¹

Perspectiva epidemiológica

Debido a la emergencia sociosanitaria por el SARS-CoV2, se han desarrollado esfuerzos por evaluar los impactos de la actual crisis a nivel de diferentes dimensiones, una de ellas, su impacto en la salud mental. El abordaje desde la epidemiología ha sido el de evaluar los cambios a nivel de prevalencias de algunos trastornos como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, trastornos del sueño y el trastorno de estrés postraumático (Deng *et al.*, 2020; Bueno-Notivol, *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020). Algunos estudios sugieren que, en comparación con otras epidemias (SARS y Ébola), la prevalencia de la depresión es significativamente superior en el actual contexto por el SARS-CoV2 (Chew *et al.*, 2020).

Por su parte, en nuestro país la Asociación Colombiana de Psiquiatría y el Colegio Colombiano de Psicólogos han adelantado varias estrategias de difusión y acompañamiento para el abordaje del duelo, espacios de escucha terapéutica y de recomendaciones generales para sortear de mejor manera este difícil panorama.

La *Encuesta Pulso Social* que conducen el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en inglés, *United Nations Children's Fund*, Unicef) sobre la salud mental de las y los colombianos durante la pandemia, permitió identificar la

11 Médico psiquiatra.

preocupación, el nerviosismo, la tristeza, la soledad, los dolores de cabeza y la dificultad para dormir, como los sentimientos y síntomas más relevantes registrados (DANE, 2020).

Sin embargo, es limitado reducir el análisis de los impactos de la pandemia por SARS CoV2 con la aparición de determinados diagnósticos psiquiátricos o de diversos síntomas, si se empiezan a analizar los procesos que determinan dichos desenlaces y las contradicciones implícitas. Esta consideración nos obliga a repensar qué entendemos por salud mental y cuáles son esos procesos sociales, políticos, históricos y culturales que determinan las diversas formas de vivir, sufrir, enfermar, cuidar y morir, sobre todo, en contextos tan particulares como el actual.

Salud mental como campo

Así como cierto mecanicismo ha llevado a definir la salud como la ausencia de enfermedad, en el caso de la salud mental, ocurre lo mismo. En términos generales, el consenso social sobre la definición de salud mental gira en torno a la ausencia de trastornos mentales o problemas de salud mental, y le da un lugar importante a las nociones de “sentirse bien”, de “comer, dormir y descansar” o de “no se estresarse, no sufrir, que se consignaron en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015.

Pero, ¿podemos pensar una salud mental más allá del reduccionismo patologizante y altamente propenso a la individualización del sufrimiento? ¿Qué repercusiones tiene pensar una comprensión distinta de la salud mental en tiempos de pandemia? ¿Qué responsabilidades recaen sobre el Estado en materia de la garantía del derecho a la salud mental y de su comprensión más amplia, holística y crítica?

En Colombia, la Ley 1616 de 2013, por la cual se reconoce la salud mental como derecho, la define de la siguiente manera:

[La salud mental es] un estado dinámico que se expresa en la vida

cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La complejidad de la definición deja entrever lo difícil que es abarcar en cinco renglones las dimensiones de la subjetividad y de lo humano. A pesar de esto, se resaltan elementos significativos, sobre todo el de reconocer el dinamismo de la salud mental y su marco de referencia colectivo, es decir, el despliegue de las fuerzas en contradicción que emergen de la cotidianidad y de su relación con el mundo psíquico. Sin embargo, en ese concepto siguen estando muy ligados esos recursos emocionales, cognitivos y mentales al plano de las capacidades individuales, esa separación arbitraria de *lo interno y lo externo*, de lo biológico y lo social.

Sobre la base de lo discutido, resaltar un plano individual, positivo y biológico implica una adaptación a ello de los discursos oficiales, de las agendas, de la formulación de la política pública y, en últimas, de la forma de orientar las tecnologías y dispositivos de atención en un sistema de salud (Bulla, 2018). Según Alicia Stolkiner, psicóloga argentina y referente de la salud mental comunitaria para América Latina, **el campo de la salud mental,**

(...) es heterogéneo y está atravesado por la fragmentación y segmentación del sistema de salud en su conjunto, así como por conflictos corporativos y posicionamientos diversos. En él, hay multiplicidad de prácticas y agentes: el trabajo en el primer nivel de atención, en hospitales estatales generales, las prácticas de atención en obras sociales y empresas de medicina privada y las prácticas privadas (Stolkiner, 2020).

También la comunidad forma parte de ese campo, con sus tensiones, anhelos, repertorios y recursos para afrontar las vicisitudes de la vida, en una clara relación con el Estado y sus discursos. La autora comenta:

Hubo distintas formas de posicionarse y actuar frente al COVID-19: una centrada en la lógica del cuidado solidario y colectivo con marco comunitario y otra centrada en la preservación individual y el control poblacional, que fácilmente derivó en estigmatizaciones y exclusiones motorizadas por el miedo (Stolkiner, 2020).

Estas reflexiones nos plantean dos interrogantes: cuáles fueron las formas de posicionamiento del Estado colombiano en relación con la garantía del derecho a la salud y a la salud mental durante la pandemia y qué discurso se reprodujo en el momento de hablar de las medidas de cuidado o autocuidado de la salud mental en tiempos de crisis.

Sufrimiento social y sufrimiento psíquico

Algunos autores, como Ana Cecilia Ausburger, proponen a la epidemiología incluir la categoría del *sufrimiento psíquico* para trascender en la discusión de la salud mental en los escenarios colectivos y comunitarios. El sufrimiento es una experiencia humana. En ese sentido, una primera aproximación a la noción del sufrimiento social consistiría en entenderla como aquellos problemas humanos que tienen sus orígenes y consecuencias en las devastadoras heridas que las fuerzas sociales pueden infligir en la experiencia humana (Kleinman *et al.*, 1997).

La imagen de las banderas rojas en las fachadas de los barrios populares puede ser un símbolo de un sufrimiento social y de un clamor por acciones institucionales que en respuesta al hambre, a la angustia y a las necesidades más sentidas, agudizadas por la crisis sociosanitaria.

A inicios de la pandemia, se dio un debate importante sobre las medidas preventivas del contagio del virus. Se destacó una confrontación conceptual entre las definiciones del *distanciamiento físico y el aislamiento social*. Este último concepto se ha estudiado en su relación con la salud mental, entendiendo el *aislamiento social* como un proceso de exclusión y de desgaste de los lazos sociales, lo que genera marginalización y sufrimiento.

Se ha identificado que las personas con diagnósticos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo o la misma depresión mayor pueden vivenciar situaciones de aislamiento social agudizadas por las barreras de acceso a los servicios de salud, a medicamentos y a las redes de apoyo y de asistencia social (Harvey & Brophy, 2011). Es decir, el aislamiento social genera unos impactos significativos en la vida de las personas con diagnósticos psiquiátricos, pero a su vez, sobre la sociedad en general.

Así las cosas, la experiencia de una pandemia producida por un virus cuyo mecanismo de transmisión requiere del contacto o la cercanía entre las personas no solo genera unos impactos en el plano cotidiano de nuestro propio relacionamiento, sino también en las dimensiones sociales y colectivas. Por esta razón, en múltiples ocasiones se insistió en cambiar la noción del *aislamiento social* por el de *distanciamiento físico*, y se concluyó que la recomendación enfática era la de garantizar una distancia física para prevenir la cadena de contagio, sin perder la cercanía emocional a pesar de esa distancia.

En ese sentido, estrategias como los toques de queda, el pico y género, la amplia militarización de la vida social, las restricciones en la movilidad o fenómenos como el confinamiento armado producido por dinámicas relacionadas con el conflicto armado generan, sin duda, unos impactos sobre la salud mental de las personas que tienen o no, diagnósticos psiquiátricos. Esta matriz de sufrimiento social producida por la emergencia de un virus, pero a su vez por las respuestas sociales, políticas, económicas y sanitarias sobre la misma, tiene sin duda unas implicaciones sobre las formas de sufrir y enfermar.

Esto hace cuestionar la posibilidad de que, si bien todos y todas sufrimos, existen situaciones concretas y objetivas que matizan el sufrimiento, en especial, si se mira en clave de las desigualdades de clase, género, etnia y edad. El aumento de la violencia contra la mujer y la sobrecarga en las dinámicas del cuidado, la pobre participación de las personas mayores

y de las niñas y los niños en la toma de decisiones, la alta mortalidad producida por el virus en comunidades étnicas y racializadas, las violencias estructurales y directas ejercidas a personas con identidades diversas, las devastadoras cifras de infección y mortalidad en los estratos 1 y 2 son evidencias suficientes para establecer cómo las dinámicas sociales y las respuestas institucionales sobre la crisis sanitaria repercuten en los procesos de salud-cuidado-enfermedad y muerte de las personas.

Titular: “la tercera ola será la de salud mental”

Dándole continuidad a la idea de ampliar la comprensión de los impactos de la pandemia en la salud mental de las y los colombianos, es importante hacer un contexto a las afirmaciones prospectivas de una posible pandemia de enfermedades o trastornos del ámbito del que estamos hablando. En ese sentido, el marco del sufrimiento psíquico –determinado por el sufrimiento social aterriza la necesidad de fortalecer las estrategias de atención y de servicios de salud mental ofertados por el Sistema General de Seguridad Social y Salud, lo que garantizaría a su vez el acceso a personas que vivencian un trastorno psiquiátrico (acceso a consulta externa, medicamentos, psicoterapia, rehabilitación integral, etc.).

Pero a su vez, con eso se reconocería que las estrategias de intervención colectivas son vitales para garantizar el goce pleno de la salud mental. Entre ellas, se encuentran las políticas de empleo protegido y digno, las garantías frente al derecho a la educación de miles de niños y niñas que han sufrido en casa la pandemia con la brecha digital y la alta competitividad del modelo pedagógico imperante, el derecho a la nutrición, a la vivienda digna y a escenarios libres de violencias –directas y estructurales– contra las mujeres. También resulta relevante validar, potencializar y socializar las estrategias comunitarias y colectivas de afrontamiento de la crisis validando que las comunidades cuentan con estrategias subalternas a la institucionalidad para gestar espacios de trabajo, solidaridad y cuidado.

Vale la pena pensar también en los impactos culturales y cotidianos de la pandemia sobre las relaciones en la distancia física, en el rol de la virtualidad, en el saludo de codo, el reconocimiento facial por encima del tapabocas y otros aspectos. Así como en los impactos paradójicos del discurso del autocuidado sobre la responsabilidad del Estado en materia de garantía de derechos y de la salud pública.

Sin duda, son escenarios que repercuten en la forma de vincularnos en un contexto de recrudescimiento de la violencia sociopolítica y de nuevas dinámicas de confrontación bélica de actores emergentes y de otros, fortalecido en múltiples regiones del país. Todo esto tiene su impacto en la salud mental, históricamente estudiado pero invisibilizado.

Conclusión

A partir del reconocimiento de la salud mental como un derecho (Ley 1616 de 2013) y de su relación con los impactos de la pandemia por SARS-CoV2, se resalta la importancia de fortalecer la oferta de servicios de salud mental por parte del sistema y sus actores, tanto para personas con diagnósticos psiquiátricos, como para quienes deseen acceder a los mismos. Esto, sin dejar atrás la atención y acompañamiento de las y los trabajadores de la salud y del cuidado, también afectados en el escenario de la precarización y desgaste laboral en medio de la pandemia.

Se debe fortalecer la oferta desde la atención primaria hasta la atención especializada, así como garantizar el acceso a medicamentos y otros dispositivos de atención como la psicoterapia, las terapias física, ocupacional y del lenguaje y servicios de atención domiciliaria, Centros de Salud Mental Comunitaria y otras estrategias de intervención colectiva, como los grupos de apoyo, amparados por la Ley 1616 de 2013. Por otro lado, se deben impulsar los procesos de las comunidades de afrontamiento colectivo, sus estrategias para hacer frente a la crisis, resaltando el valor de la solidaridad y de la creatividad como bastiones protectores de la salud mental.

Los esfuerzos de la garantía del derecho a la salud mental trascienden el sector salud y esta premisa tiene sustentos normativos: uno, establecido en la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018); otro, en el Documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) 3992 de 2020, que resalta los esfuerzos intersectoriales para abordar los escenarios que reproducen el sufrimiento social.

De allí la importancia que adquieren, con una evidencia internacional sustentada, los impactos positivos de medidas como la Renta Básica Universal en la salud mental de las comunidades. Esta relevancia toma en cuenta la profunda crisis social y económica que conlleva la emergencia sanitaria y la gestión neoliberal que ha llevado a priorizar el mercado por sobre la vida y las condiciones para afrontar de manera digna las vicisitudes del tránsito por el mundo.

Referencias bibliográficas

- Bueno-Notivol, J., et al. (2020). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 10.1016/j.ijchp.2020.07.007. Advance online publication.
- Bulla, C. (2018). *Construcción social de la salud mental y la psiquiatría*, No. 27). Bogotá: Universidad U. Externado de Colombia.
- Chew, Q. *et al.* (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: Practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*. Advance online publication. 2020. doi: 10.11622/smedj.2020046.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes. (2020, 14 de abril). *Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*. Consultado en

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>

Deng, J. et al. (2020, October 2). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* 2020 Oct 2. doi: 10.1111/nyas.14506. Epub ahead of print. PMID: 33009668.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-, DANE. (2020). *Encuesta Pulso Social*. Consultado en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social>

Harvey, C. & Brophy, L. (2011). Social isolation in people with mental illness. *Medicine Today*, 12(10): 73-78

Kleinman, A.; Das, V. & Lock, M. (1977). *Social Suffering*. Berkley: University of California Press; 1997.

Resolución 4886 de 2018. (7 de noviembre). *Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental* Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

Stolkiner, A. (2020). El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia. *Soberanía Sanitaria*, 4, 22-26.

Xiao, S.; Luo, D. & Xiao, Y. (2020). Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. *Global Health Research and Policy*. 5. 10.1186/s41256-020-00155-2

POBLACIONES, VULNERABILIDAD Y SALUD

EN LA PANDEMIA ES INVISIBLE EL CRECIMIENTO DE LAS DESIGUALDADES BASADAS EN GÉNERO*

Nancy Molina Achury¹

María Fernanda Sandoval²

Crece las desigualdades en las labores de cuidado

La pandemia ha profundizado las condiciones de desigualdad e inequidad entre los grupos poblacionales y entre los territorios. El caso de las mujeres es dramático. Antes de la pandemia, ya se reconocía que las mujeres en Colombia aportan en los hogares tres cuartas partes del trabajo de cuidado no remunerado, lo que se refleja en el doble de horas en tiempo en comparación con el dedicado por los hombres a esas labores (Dane y ONU Mujeres, 2020).

Durante la pandemia y con las definiciones de confinamiento y distanciamiento social –que han significado concentrar actividades en las casas–, es un hecho indiscutible que las mujeres se encuentran con una sobrecarga de trabajo físico y mental, por combinar labores de cuidado, domésticas y actividades laborales, sean ellas formales o informales.

En la base de esa diferenciación se encuentra una cultura patriarcal que refuerza en estas épocas patrones previos del rol de las mujeres en el cuidado. Recae principalmente sobre ellas la atención de niñas y niños, de personas adultas

1 Este texto se publicó inicialmente en el mes de marzo de 2021 en el periódico *desdeabajo* 277 (Molina y Sandoval, 2021). PhD, Mg, Fisioterapeuta. Presidenta de la Asociación Colombiana de Fisioterapia e integrante de la Corporación Grupo Guillermo Fergusson.

2 Fisioterapeuta. Integrante del grupo de interés de Fisioterapia y género de la Asociación Colombiana de Fisioterapia.

mayores, enfermas y con discapacidad que lo requieran y la necesidad se ha incrementado en etapa de confinamiento. Con una sobrecarga adicional resultante de la profundización de la inseguridad alimentaria, económica y civil; incluso, política.

A lo anterior se suma la concentración del cuidado institucional en las mujeres, dado que su presencia es mayoritaria como trabajadoras de los servicios de salud, sociales y educativos, en condiciones precarias y con incremento de la exposición a riesgos biológicos y sobrecarga mental/psicosocial.

Con esta referencia cultural que “naturaliza el cuidado en las mujeres”, se oculta el hecho de que es en ellas en quienes ha recaído, previamente y ahora en pandemia, gran parte del peso de la respuesta social ante la frágil y por momentos inexistente respuesta del Gobierno nacional. El cuidado informal puede representar el 80% de la atención a la salud (Del Río-Lozano, García-Calvente y Martín-Barato, 2020) y es en ese escenario, en el que el Estado no se encuentra, donde se exige y por momentos se obliga la presencia de las mujeres, para suplir este vacío sin ningún tipo de reconocimiento económico o social y a costa de su propio bienestar.

Impacto de la feminización del cuidado en el proyecto de vida de las mujeres

La desigualdad en el tiempo dedicado al cuidado afecta las oportunidades de educación, trabajo y desarrollo de las mujeres. Por ejemplo, como resultado de los patrones culturales y económicos que asocian a las mujeres con los roles de cuidado y que promueven patrones de crianza con sesgo en contra de los campos científicos, en el país, según el Ministerio de Ciencias, tan solo cuatro de cada diez personas investigadoras reconocidas y un poco más de tres de cada diez líderes de grupos de investigación son mujeres. Aun cuando logren insertarse, su vínculo con el cuidado limitará sus posibilidades de productividad y reconocimiento (Rincón, 2021).

De otro lado, en términos laborales, las mujeres presentan mayor desempleo y concentración en ciertas ocupaciones (segregación horizontal); también, se sitúan sobre todo en las partes inferiores de las estructuras jerárquicas (segregación vertical), con menores salarios y/o con grandes concentraciones en el empleo informal; todo ello conduce a menores posibilidades de autonomía económica y de acceso a la seguridad social.

La situación descrita tiende hoy a ser más precaria, si se considera que la vuelta al trabajo en tiempo de pandemia evidencia pérdidas del empleo en proporción de 1 a 4 entre hombres y mujeres:

La pandemia ha puesto de relieve el hecho de que el trabajo no remunerado ha sido realmente una red de protección social para el mundo y ha hecho posible que otros salgan y obtengan un ingreso productivo, al tiempo que obstaculiza las oportunidades de crecimiento y las oportunidades de empleo de aquellas mujeres que llevan la carga del cuidado (Lungumbu y Butterly, 2020).

Con estos datos, ONU Mujeres ha sido enfática en advertir que “el coronavirus puede hacernos retroceder 25 años en igualdad para las mujeres” (Lungumbu y Butterly, 2020). Señala también que, en tanto su salida de la fuerza de trabajo laboral responde a la demanda de cuidado en el hogar, se pide un ingreso básico de emergencia para las mujeres que debieron dejar de trabajar para atender la familia (Noticias ONU, 2021).

Por ello, hoy, como antes de pandemia, las organizaciones de mujeres reivindican la necesidad de reconocer que las actividades de cuidado son productivas, generan riqueza y que esa riqueza requiere distribuirse con pleno reconocimiento de quiénes son sus generadoras.

Ese reconocimiento implica demostrar que el cuidado aporta al empleo en general y al empleo femenino en particular, a los salarios, a los impuestos y al Producto Interno Bruto. Por

consiguiente, el Estado y el mercado deben asumir la labor del cuidado a partir de organizar las relaciones laborales, profesionalizar y valorizar la labor y promover el desarrollo tecnológico del cuidado.

Dicho de otro modo, no es suficiente distribuir el cuidado en el hogar, sino que es preciso darle esa dimensión a la labor, pues, de lo contrario, lo que se hace es distribuir la sobrecarga entre mujeres y hombres explotados en largas jornadas de trabajo y con bajos salarios.

Asimismo, se requieren políticas públicas que amplíen las posibilidades de elegir el modo de organizar el cuidado y que faciliten la conciliación entre la vida laboral y la familiar; eso implica incluir en las políticas las regulaciones laborales, la ampliación de licencias paternales y parentales, la extensión de servicios públicos de cuidado y el fortalecimiento de las condiciones de trabajo de las personas empleadas en actividades de cuidado y alimentar la transformación de los estereotipos de género en torno del cuidado de modo que se desnaturalice cada vez más su feminización.

Las violencias en las sombras: pandemia oculta más allá de la covid-19

Antes de la pandemia, durante los 12 meses anteriores, casi el 18% de las mujeres y de las niñas cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años que habían mantenido alguna vez una relación habían experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja íntima. Esto, en el mundo. Hay una importante variación regional y la mayor prevalencia, del 24%, se da en los países menos adelantados (Naciones Unidas, 2020, p. 2). Una vez empezaron las cuarentenas por la pandemia, las mujeres comenzaron a experimentar un aumento de la violencia doméstica y de género, como ha sucedido en Colombia.

En Colombia, la línea telefónica 155, específica para recibir las denuncias de violencias basadas en género, reportó un crecimiento dramático de llamadas en 2020, en relación con las que llegaron en 2019. En particular, en el periodo de confinamiento. Se registró un aumento de 182% en llamadas por denuncias de violencia intrafamiliar.

A esto se suma el análisis de los reportes de homicidio de mujeres, elaborado por el Instituto Nacional de Medicina y Ciencias forenses: en él se reporta un incremento del 57% en comparación con lo ocurrido en 2019. Este se considera un indicador proxy de los feminicidios³ (INS-ONS, 2020).

En este marco, organizaciones que luchan por los derechos de las mujeres lanzaron una alerta de emergencia por el aumento de los feminicidios en medio del confinamiento. Con la campaña “la violencia de género es la otra pandemia” se advierte que, si bien no se ha hecho una sectorización para ubicar dónde se ubica en su mayor parte este tipo de violencia, puede decirse, en términos generales, que afecta al conjunto de mujeres de manera homogénea.

Es necesario destacar que la violencia de género, aunque es un crimen de odio dirigido contra la mujer y contra lo femenino, logra romper el tejido social pues afecta no solo a la mujer que lo experimenta, sino a las familias y a las dinámicas de cuidado social, que se fracturan.

La pandemia: justificación para sobreexplotar el cuidado en salud

Han pasado treinta años desde que la brasilera Elizabeth Souza Lobo popularizó la frase “la clase obrera tiene dos sexos”. Un reclamo contundente ante la necesidad de visibilizar las particularidades de las mujeres trabajadoras. La pandemia nos exige hacerlo con mayor detenimiento, más aún en el sector

3 “Un indicador proxy es una medición o señal indirecta que aproxima o representa un fenómeno en la ausencia de una medición o señal directo.” (Tomado de la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, OCHA Colombia, Wikihttps://wiki.salahumanitaria.co).

salud, donde se desempeñan en mayor número mujeres: el *80% del personal sanitario es femenino*. Es indispensable observar con un enfoque de género la realidad de quienes trabajan en este sector y las dinámicas creadas en medio de la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus.

La pandemia ha resaltado los graves problemas en la organización del empleo en el sector salud, derivados de un sistema privatizado y mercantilizado. Se trata de la precarización laboral y el exceso de carga de trabajo con contratos sin prestaciones, sin seguridad social, con bajos salarios, retrasos de meses en el pago, ausencia de equipos de protección suficientes y pertinentes e incumplimiento en la adopción de protocolos de bioseguridad. Así lo han expresado de manera reiterada las organizaciones de trabajadoras del sector salud en un proceso de monitoreo de condiciones de salud y trabajo durante la atención a la pandemia (Molina, 2020).

En agosto de 2020, en el país, se habían contagiado 43.399 trabajadores del sector salud. ¿Que implica el contagio en el caso de las mujeres trabajadoras, que representan el 74% de ese sector y que tienen, en general, una triple carga: el trabajo, el cuidado doméstico y la procreación?

El contagio trae consigo un aislamiento que rompe las dinámicas sociales de las personas. Cuando se trata de las mujeres, se afecta el cuidado, es indispensable la separación de los hijos y de sus parejas y hay mayores gastos económicos, sean estos generados por la atención al contagio o por el hecho de que no se garantiza la cobertura de la incapacidad durante la cuarentena obligatoria.

Al respecto, se ha encontrado que hay un manejo inadecuado de los casos positivos para covid-19, en el que se destacan la ausencia de reporte a las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL (42%), la continuación de las actividades laborales a pesar de la presencia de síntomas (21%) y cuarentenas sin garantía de salarios (16%) (Molina, 2020).

Adicionalmente, al comenzar la pandemia muchas trabajadoras de la salud se vieron en la obligación de alejarse de sus núcleos familiares por el miedo permanente a contagiarlos, ante una enfermedad nueva de fácil transmisión.

En términos del impacto, según los datos recogidos durante el monitoreo de las condiciones de salud y trabajo (Molina, 2020), un alto porcentaje de las trabajadoras refiere estrés y sufrimiento mental. Se ha establecido en estudios el incremento en el riesgo de tener problemas de salud mental en las siguientes situaciones: tener contacto con pacientes con covid-19 incrementa ese riesgo en un 47 %; trabajar sin protección individual, en un 25 % y sin protocolos, en un 29 %.

Estos aspectos se suman al hecho de que durante la pandemia las personas participantes en el monitorio indicaron que han aumentado la carga de trabajo (31%) y la jornada laboral (21%), mientras que ha disminuido el salario (20%). Todo lo anterior configura una condición laboral muy crítica para las y los trabajadores, más difícil y con peores indicadores cuando se trata de quienes tienen un contrato indirecto⁴ y sin estabilidad.

Aun cuando hoy se ha reconocido más que hay un alto porcentaje de mujeres en el sector salud, los aspectos mencionados pasan desapercibidos en el conteo, análisis, demandas y definición de políticas públicas. En el contexto de la pandemia, no existe una política pública definida para dar respuesta a la alta exigencia del trabajo en el sector y que haya considerado lo que esto implica a las mujeres con su triple jornada; tampoco, que tome en cuenta el hecho documentado de que en la pandemia las labores de cuidado se han incrementado por las medidas de confinamiento.

4 Un contrato indirecto es el contrato laboral en el que hay intermediación de terceros, por lo general, con la figura de Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA). Esa modalidad posibilita a los empleadores reducir las obligaciones prestacionales que tienen con las personas que emplean y bajar los costos laborales, de manera que se crean condiciones para la precarización del trabajo y la calidad en la contratación. Son formas de contratación que les garantiza un gran margen de maniobra en la definición de las actividades de trabajo, la división de estas y todo lo relacionado con el régimen de compensaciones.

Con las anteriores consideraciones, las organizaciones de trabajadores y trabajadoras, además de reivindicar mejoras sustantivas en el contrato de trabajo y en el sistema de salud, reafirman la necesidad de considerar una perspectiva de género. Plantean lo urgente de formular acciones específicas al respecto que incluyan servicios de soporte para el cuidado familiar y para el desarrollo del trabajo en condiciones de seguridad y bienestar.

Para el cuidado, sí; para el liderazgo, no: impacto de la pandemia en la participación política

Igual que con las situaciones ya revisadas, en lo relacionado con la participación de las mujeres en las distintas instancias de decisión se conocen cifras que dan cuenta de las brechas en este aspecto. En Colombia, si miramos la situación en el Poder Legislativo, las mujeres representan tan solo el 18% en la Cámara de Representantes y apenas el 21% en el Senado; en las administraciones locales, ellas representan el 6% de las gobernaciones y el 12% de las alcaldías municipales. Y esto se expresa en muchos otros terrenos.

Ahora bien, durante la pandemia, se ha hecho evidente la escasa o nula integración de mujeres en las comisiones conformadas por personas expertas que tienen como fin asesorar a los gobiernos en la planificación de la vida después de crisis (Grupo de trabajo Cuidados y Género, s. f.), en particular, en lo relacionado con las acciones en el sector salud, aun cuando ellas son en él una clara mayoría. Esto explica en gran parte la ausencia de un enfoque de género en las políticas generadas para enfrentar las situaciones, así como de reflexión y acción en materia del cuidado y de la agenda pendiente al respecto.

Asimismo, se observa que los cargos directivos de las instituciones prestadoras de salud están ocupados principalmente por hombres. En consecuencia, en la organización de las labores se han instalado la visión patriarcal del ejercicio laboral y un escaso reconocimiento tanto de las mujeres en el sector como de las profesiones históricamente feminizadas.

De otro lado, el panorama de violencia política contra las mujeres es muy desalentador. Los liderazgos femeninos se ejercen bajo amenazas. Entre 2012 y 2015, seis de cada diez mujeres que ejercieron cargos de elección popular manifestaron haber sido víctimas de violencia por su participación política. Esto se ha agudizado en medio de la crisis sanitaria.

Según la Misión de Observación Electoral (MOE), hubo 57 hechos de violencia política contra la mujer durante el primer semestre de 2020, lo que muestra un incremento de del 18,8% con respecto al año anterior.

De los 57 casos, 19 fueron contra las lideresas políticas, 35 contra lideresas sociales y 3 contra mujeres comunales. Tales cifras indican la importancia de generar nuevas medidas legislativas y nuevas acciones para prevenir, evitar y eliminar cualquier acto de violencia contra el ejercicio de participación política de las mujeres colombianas (El Tiempo, 2020).

Ideas finales

La transformación de esta realidad implica volver a pensar las relaciones entre hombres y mujeres y las de los seres humanos con la naturaleza, de manera que sean centrales valores como la solidaridad, la responsabilidad y la consciencia de la mutua dependencia. Eso lo muestra lo experimentado en este tiempo: la pandemia nos obliga a dar respuestas a múltiples necesidades concretas y cotidianas que implican reforzar los sistemas de protección social para apoyar a los grupos más afectados y en los que el cuidado debe ser incluido como un tema central.

De manera particular, es necesario exigir con mayor fuerza cambios en el sistema de salud colombiano, en la estructura interna del sector y en el reconocimiento de la clase obrera femenina que trabaja y lo sostiene. Lograr una mayor participación de las mujeres en los órganos directivos de las instituciones prestadoras de salud, en los órganos centrales

y en los colectivos sindicales con claro dominio masculino. Transformaciones sin un enfoque de género son insuficientes.

Referencias bibliográficas

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, y ONU Mujeres, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento. (2020). Resumen ejecutivo. Tiempos de cuidados: las cifras de la desigualdad. Consultado en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/tiempo-de-cuidados-cifras-desigualdad-resumen-ejecutivo.pdf> <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/tiempo-de-cuidados-cifras-desigualdad-informe.pdf>
- Del Río-Lozano, M.; García-Calvente, MM. y Martín-Barato A. (2020, marzo). Cuadernos para la Salud de las Mujeres, 3: Los cuidados y la salud de las mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer y Escuela Andaluza de Salud Pública. Consultado en https://www.easp.es/wp-content/uploads/2020/05/CUADERNOS-SALUD-N%C2%BA-3_Cuidados.pdf
- El Tiempo. (2020, 19 de diciembre). Crítico panorama de participación política de la mujer en Colombia. El Tiempo. Consultado en <https://www.eltiempo.com/politica/partidos-politicos/panorama-de-la-participacion-politica-de-la-mujer-en-colombia-555902>
- Grupo de Trabajo Cuidados y género-Consejo Latinoamericano de Ciencias sociales, Clacso. (s. f.). Los graves impactos que tiene la pandemia en las desigualdades de género en la región. Pensar la Pandemia. Observatorio Social del Coronavirus. Consultado en <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/04/Grupo-de-Trabajo-CLACSO-Cuidados-y-genero.pdf>

- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2020, diciembre). COVID-19 en Colombia. Décimo segundo informe técnico. Consultado en <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/12COVID-19%20en%20Colombia,%20pandemia%20en%20desarrollo.pdf>
- Lungumbu, S. y Butterly, A. (2020, 2 de diciembre). El coronavirus “puede hacernos retroceder 25 años en igualdad para las mujeres”. BBC News mundo. Consultado en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55086718#:~:text=La%20pandemia%20de%20coronavirus%20podr%C3%ADa,ha%20duplicado%22%2C%20dice%20Bhatia>.
- Molina, N. (2020, 20 de agosto). El COVID-19 y el sector salud: desprotección, precarización laboral y exceso de carga mental. UN Periódico. Consultado en <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/el-covid-19-y-el-sector-salud-desproteccion-precarizacion-laboral-y-exceso-de-carga-mental/>
- Molina, N. y Sandoval, MF. (2021, 28 de marzo). Crecen las desigualdades e inequidades basadas en género. Periódico desdebajo, 277, 20 de mar- 20 de abril 20 de 2021. Consultado en <https://www.desdeabajo.info/ediciones/item/42032-crecen-las-desigualdades-e-inequidades-basadas-en-genero.html>
- Naciones Unidas. (2020, 30 de julio). Informe Asamblea General A/75/274. Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, Consultado en <https://undocs.org/es/A/75/274>
- Noticia ONU. (2021, 10 de febrero). Las mujeres que no trabajan por cuidar a sus familias en la pandemia de COVID-19 precisan un ingreso básico. Consultado en <https://news.un.org/es/story/2021/02/1487862>
- Rincón, E. (2021, 17 de febrero). En la pandemia han brillado las científicas, pero la brecha de género en la ciencia

sigue creciendo. La Silla Vacía. Consultado en <https://lasillavacia.com/pandemia-han-brillado-las-cientificas-brecha-genero-ciencia-sigue-creciendo-80216>

DISCAPACIDAD, REHABILITACIÓN Y COVID-19

*Jenny Alvarado*⁵

Este artículo hace un análisis de las brechas que se ven obligadas a atravesar las personas discapacitadas para acceder a servicios de rehabilitación en salud, develadas durante la pandemia de covid-19. Lo hace a partir de una descripción de las barreras experimentadas por ellas mismas y que obedecen a las restricciones para evitar el contagio de esa enfermedad. Al final, se exponen recomendaciones orientadas a fortalecer los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 en el mundo ha afectado a todos los grupos poblacionales, en especial, a los más vulnerables (Collen *et al.*, 2020: 2,3). Uno de esos grupos es el de las personas con discapacidad, quienes han tenido enormes complicaciones por la presencia de comorbilidades y, por lo tanto, mayor tasa de mortalidad ante la presencia del virus (Collen *et al.*, 2020 y Turk y McDermonntt, 2020).

Además, cuando están afectadas por covid-19, se encuentran en desventaja en la atención, debido a los sesgos negativos generalizados entre los profesionales de la salud, las suposiciones inexactas sobre su calidad de vida y el pronóstico no relacionado con la sintomatología por esta enfermedad (Collen *et al.* 2020: 2,3). Tales situaciones ponen en riesgo su protección, sobre todo en cuidados intensivos y en condiciones en las que las demandas por este servicio sean altas y los profesionales tengan que priorizar.

5 Asociación Colombiana de Fisioterapia

Por otra parte, en medio de la pandemia aunque sin necesariamente haberse contagiado, pero sí por efecto de las medidas adoptadas, las personas con discapacidad intelectual han tenido dificultades con los cambios de sus rutinas y la interrupción de sus sistemas de apoyo. Eso redundó en cambios de comportamiento. Es muy difícil acceder a información y educación en salud, así como a rutinas de autocuidado, que no se aplican (Collen *et al.*, 2020 y Cepal, 2020).

Colombia ha desarrollado lineamientos desde Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) en relación con la covid-19 y su prevención. Las medidas dirigidas a los cuidadores incluyen la accesibilidad en materia de comunicaciones e información, lo que es una ventaja, pero, con esta enfermedad desconocida, se requiere seguir actualizando la información de manera permanente y prestar atención a la formación del recurso humano en atención diferencial, un tema todavía emergente y urgente (Cepal, 2020).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) adelantó entre mayo y junio de 2020 una *Encuesta en línea a integrantes de organizaciones sociales y redes de personas con discapacidad* (Elios) que sirve de base para analizar las medidas gubernamentales tomadas en relación con la pandemia de covid-19 y sus efectos en la vida de las personas con discapacidad. El componente de salud de esta encuesta identificó que el 76% de las personas líderes de las organizaciones entrevistadas indica que el acceso a servicios de salud empeoró durante la pandemia y que la información sobre servicios alternativos es muy baja (42%) (Cepal, 2020).

La encuesta muestra también la inquietud de estas personas líderes por el hecho de que el acceso a los servicios de salud implica el uso de sistemas de transporte y el apoyo de otras personas, condiciones que durante la pandemia generan riesgos de contagio para quienes tienen discapacidad.

Servicios de rehabilitación

En este aparte, se tratará la situación de los servicios de rehabilitación para toda la población y hará menciones específicas en lo que ocurre a las personas discapacitadas que los requieren de manera especial. La OMS define así la rehabilitación:

La rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética (OMS, 2017).

La encuesta mostró que hay la imposibilidad para asistir a servicios de rehabilitación, una de las limitaciones que se originan en las medidas para prevenir el contagio por covid-19. Esa imposibilidad ha generado efectos acumulados en la pérdida de funcionalidad de las personas con discapacidad (Maccarone y Masiero 2021: 327, 328). Estos efectos se pueden ver, también, en otras poblaciones como las de adultos mayores y de personas menores de edad. Lo anterior, genera aumento en la demanda de servicios de rehabilitación, que se proyecta aún mayor en la pospandemia.

La rehabilitación se considera como un servicio especializado y se ha definido como un derecho para las personas con discapacidad, pues lo requieren especialmente (OMS, 2017). Esto genera retos para el SGSSS en Colombia. Ahora bien, si para esta población se considera que acceder a él es un derecho fundamental, se trata de un servicio que beneficia a todas las personas, dado que en algún momento del ciclo de vida cualquiera lo puede necesitar para tratar condiciones de salud. Y no deben incluirse solamente en la mediana complejidad⁶, dado que su acceso es parte de un proceso de atención, no de una sola consulta.

⁶ En Colombia las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas tienen una clasificación según tres niveles de complejidad: bajo, medio y alto.

La rehabilitación es relevante para todos los sistemas de salud en el mundo, ya que es necesaria para 41 mil millones de personas con diferentes condiciones de salud. En el contexto de la pandemia por covid-19, se ha reconocido que las personas con afectaciones leves y severas requieren de este servicio para su recuperación (Cieza *et al.* 2020: 9). Al observar lo que ocurre con las secuelas, se ha evidenciado que el 5% de las personas contagiadas que tienen síntomas graves y necesitan pasar por una UCI y el 14% que tiene una afección respiratoria grave son proclives a requerir servicios de rehabilitación en sus procesos de recuperación (OMS, 2020).

La rehabilitación se ha relegado en los sistemas de salud del mundo (Cieza *et al.* 2020: 1). En Colombia, el sistema de salud tiene barreras en acceso a los servicios de salud en general, entre ellos, los de rehabilitación, especialmente en las zonas más apartadas del país (Martínez-Correa y Valenzuela-Cazés, 2020: 3).

Los servicios de rehabilitación están concentrados en las ciudades grandes y en entidades prestadoras de mediana y alta complejidad, lo que genera dificultades para el acceso a población de ciudades pequeñas, que representan más de 85% del territorio nacional⁷. Así, los municipios categoría cinco y seis no tienen la misma disponibilidad de estos servicios, de manera que las personas se ven obligadas o a no recurrir a ellos o a asumir a costos altos en materia de transporte (OMS, 2020).

De manera adicional, los profesionales de la salud en las áreas de rehabilitación se concentran en las ciudades principales y no se les incluye en los equipos multidisciplinarios de atención primaria. Su presencia es, entonces, muy escasa en los territorios, especialmente en áreas como terapia ocupacional y fonoaudiología. Esto limita las posibilidades de acceso a

7 “Actualmente, en Colombia existen alrededor de 1.101 municipios, (...) organizados en siete categorías que son: especial, primera, segunda, tercera, cuarta, quinta y sexta, organizados de mayor a menor. Aproximadamente 965 municipios, es decir cerca de un 87,6 %, pertenecen a la sexta categoría” (Perea y Delúquez, 2020). Según este mismo estudio, los municipios categoría cinco son 40, es decir, el 3.63 % del total de municipios del país.

servicios de rehabilitación desde la atención primaria en salud, no solo para las personas con discapacidad, sino para quienes tienen riesgo de adquirirla.

El SGSSS tiene incluidas las atenciones en rehabilitación, pero estas se proveen de una manera fragmentada. Es decir, varias entidades prestadoras de salud atienden a una misma persona o, de otra parte, esa persona tiene que ir a sus consultas en zonas o municipios distintos (Vargas *et al.*, 2010: 6 y 7).

Lo anterior refleja la falta de reconocimiento del proceso de rehabilitación. Un proceso que implica sesiones consecutivas de atención en salud y en el que se requiere de un equipo multidisciplinario, así como de un enfoque centrado en la persona, acciones con la familia y la posibilidad de trabajo con la comunidad y los demás sectores⁸.

De acuerdo con lo anterior, existe una *debilidad en la definición de las redes de prestación de servicios* por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Estas establecen unos criterios para seleccionar a sus prestadores de servicios que distan mucho de las necesidades de los pacientes, entre ellos, las personas con discapacidad (Vargas *et al.*, 2010: 12). En las condiciones de la pandemia, esa distancia entre los criterios de selección y los requerimientos de las personas implica una limitación mayor para el acceso a servicios.

Pero a esto se le suma que muchas personas con otras condiciones de salud no han podido retornar o acceder a servicios de rehabilitación presencial o mediante las diversas modalidades de telemedicina.

8 La siguiente definición de rehabilitación permite ver la relación de los aspectos a los que aludimos:

Proceso de rehabilitación: Conjunto de procedimientos y acciones terapéuticas, de formación, sociales, educativas, de tiempo limitado, articuladas, definidas y conducidas por un equipo interdisciplinario, en que se involucra al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en la persona y en su entorno, y que conduzcan a una participación e inclusión social y a una experiencia de vida con calidad (texto adaptado de Boada y Moreno, 2013).

Entre ellos: pacientes con lesiones agudas por quemaduras, accidentes osteomusculares o lesiones de médula, por dar un ejemplo, estos son quienes durante este periodo han tenido este tipo de afectaciones en la salud, pacientes que se estaban o están recuperando de algún procedimiento quirúrgico, pacientes con afectaciones que requieren un proceso de rehabilitación permanente o a largo plazo como pacientes con enfermedad cerebro vascular ECV, parálisis cerebral, infarto agudo al miocardio, entre otras (OMS, 2020).

La pandemia mostró la urgencia tanto de adaptar los servicios de rehabilitación a nuevas formas de prestación, como, en un segundo momento, a responder por la situación de muchos más pacientes que necesitan complejas intervenciones en rehabilitación a largo plazo (Wade, 2020). Es decir, fortalecer los servicios de rehabilitación, especialmente los servicios en la baja complejidad, bajo una premisa de ampliar la cobertura y acceso a dichos servicios.

Recomendaciones

En este punto, nos centramos en lo que se requiere para mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud y rehabilitación.

La primera recomendación se refiere a la formación de profesionales de la salud en materia de enfoque diferencial para la población con discapacidad; garantizarla desde el pregrado y en todas las disciplinas. Si bien, hay avances en muchas áreas, es necesario generar un cambio de perspectiva en relación con la garantía de los derechos para esta población.

La formación debe dirigirse, además, al personal médico no involucrado en rehabilitación, pues es un sector que tiene una mirada limitada de lo que esta significa y se necesita que haya una desde allí una referencia adecuada a los servicios de rehabilitación. Wade propone una lista de preguntas para orientar la necesidad de rehabilitación. Esta lista incluye las intervenciones de rehabilitación que pueden darse basadas

en la evidencia y como covid-19, y que puede precipitar un cambio en los servicios de rehabilitación para que la mayoría de las personas afectadas por covid-19 puedan acceder (Wade, 2020).

La segunda recomendación tiene su fuente en el estudio sobre necesidades de rehabilitación que hizo la OMS en 2020 (Cieza et al., 2020: 9) y que se derivan de otro sobre la carga de enfermedad⁹ (2019). A partir de allí, la OMS invita a hacer ajustes en los sistemas de salud. El primero consiste en atender el hecho de que una de cada tres personas necesita rehabilitación en algún momento de su ciclo vital; el segundo, en superar la mirada que hay en la mayoría de países acerca de la rehabilitación y que la establece como un servicio exclusivo para un tipo de población; el tercer ajuste es acercar la rehabilitación a los requerimientos de la gente, desde la atención básica o primaria en salud. Por lo tanto, se sugiere fortalecer la prestación de servicios en la baja complejidad, como un servicio que beneficia a todas las personas y que generará mejores resultados en salud, especialmente en la pospandemia.

En Colombia, es preciso hacer lo que se sugiere a partir de un modelo que conduzca a la sostenibilidad mediante la prestación de atenciones individuales y, a la vez, del impulso de trabajos colectivos: promover la participación de profesionales de rehabilitación en los equipos multidisciplinarios, generar acciones de referencia y contrarreferencia hacia otros niveles, y crear demanda desde lo colectivo.

El Minsalud viene trabajando en estos aspectos, pero se requiere que todo el sistema entienda y asuma la necesidad de fortalecer los procesos de rehabilitación. Las EAPB tienen que fortalecer las redes de prestación para mejorar el acceso

9 “La Carga de Enfermedad se define como la medida de las pérdidas de salud atribuidas a diferentes enfermedades y lesiones, incluyendo las consecuencias mortales y discapacitantes. La medición de la Carga de Enfermedad a diferencia de los indicadores clásicos, permite conocer la pérdida de años saludables relacionados no solamente a las muertes prematuras sino también con la discapacidad que queda como secuela de diferentes enfermedades.” (Ministerio de Salud del Perú, 2009).

y para ello, contratar estos servicios en la baja complejidad; de no hacerlo, perderán la posibilidad de mejorar los indicadores en salud; incluso, la de tener mejores indicadores financieros, dado que la rehabilitación ayuda a disminuir complicaciones en muchas condiciones de salud, disminuye días de hospitalización y además aumenta la esperanza de vida (OMS, 2017). Por eso, la pospandemia, o más bien, esto que se ha vivido con el covid-19, es una oportunidad que tienen el sistema de salud y los aseguradores de voltear la mirada hacia este importante proceso y dar así una mejor respuesta a las situaciones de salud que aparecerán como consecuencia de la pandemia.

La tercera recomendación es robustecer los equipos de atención primaria en salud con profesionales de rehabilitación. Profesionales tanto en estrategias como la llamada Rehabilitación basada en Comunidad, como en terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia que pueden aportar para mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente, a las personas con discapacidad.

En síntesis, la pandemia por covid-19 ha dejado ver necesidades específicas del SGSSS en cuanto la atención a las personas con discapacidad y la rehabilitación. Se requiere aumentar el reconocimiento de la rehabilitación en el sistema de salud, de manera relevante en los escenarios de baja complejidad. Mejorar el acceso a estos servicios redundaría en elevar las condiciones de salud de las personas con discapacidad y de la población en general, especialmente, en el periodo de pospandemia.

Referencias bibliográficas

Boada, J y Moreno, M. (2013). *Las ARP y el Manual guía sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales*. Una mirada reflexiva. Consultado en https://www.researchgate.net/publication/270890711_Las_ARP_y_el_Manual_

Guia_sobre_Procedimientos_para_la_Rehabilitacion_y_Reincorporacion_Ocupacional_de_los_Trabajadores_en_el_Sistema_General_de_Riesgos_Profesionales_Una_mirada_Reflexiva

- Boyle, C.; *et al.* (2020). The public health response to the COVID-19 pandemic for people with disabilities. *Disability and Health Journal*, 13(3), 100943. Consultado en <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100943>
- Cieza, A., *et al.* (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. Consultado en [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32340-0)
- Maccarone, M. & Masiero, S. (2021). The Important Impact of COVID-19 Pandemic on the Reorganization of a Rehabilitation Unit in a National Healthcare System Hospital in Italy. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 100(4), 327–330. Consultado en <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001707>
- Martínez-Correa, D. & Valenzuela-Cazés, A. (2020). Reorganización de la rehabilitación basada en comunidad frente al COVID-19. *Revista de Salud Pública*, 22(6), 1–4. Consultado en <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n6.91436>
- Meresman, S. y Ullmann, H. (2020). COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina: mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana”. *Serie Políticas Sociales*, 237 (LC/TS.2020/122). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal).
- Ministerio de Salud del Perú. (2009). *Documento técnico. Carga de enfermedad en el marco de la implementación de los pilotos de aseguramiento universal en salud*. Consultado en http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis24.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2017). Rehabilitation in Health Systems. <https://doi.org/10.26820/recimundo/4.4>.2017.114-122

Organización Panamericana de la Salud, OPS/Organización Mundial de la Salud, OMS. (2020). *Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19*. Consultado en <https://doi.org/10.26820/recimundo/4.4>.octubre.2020.114-122

Perea, J. y Delúquez, K. (2020). *La categorización de municipios en Colombia, un esfuerzo inconcluso y errático*. Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de maestría en derecho administrativo. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad De Ciencias Jurídicas.

Turk, M. & McDermott, S. (2020). The COVID-19 pandemic and people with disability. *Disability and Health Journal*, 13(3), 100944. Consultado en <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100944>

Wade, D. (2020). Rehabilitation after COVID-19: An evidence-based approach. Clinical Medicine. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 20(4), 359–364. Consultado en <https://doi.org/10.7861/CLINMED.2020-0353>

Covid-19 en territorios indígenas en Colombia

LECTURAS Y RESPUESTAS ALTERNATIVAS EN MEDIO DE LA RESISTENCIA

Jaime Urrego¹⁰

La pandemia de covid-19 es una enfermedad de afuera, del mundo blanco, rico y patriarcal y se ha producido por el desenfreno e irracionalidad extractivista y rentista de ese mundo contra el equilibrio y la armonía entre la madre tierra, la naturaleza y el ser humano, que son un todo interrelacionado que ha venido a revelar de nuevo con nitidez dos aspectos contradictorios de una misma realidad: siglos de discriminación, violencia y racismo en contra de los pueblos originarios, pero también la vigencia y fortaleza de las luchas de estos pueblos por la pervivencia y por sus proyectos político-culturales. Tales proyectos se basan en cosmovisiones que se traducen en epistemologías, valores y prácticas políticas, económicas, sociales y culturales diversas, incluidos los sistemas médicos tradicionales.

Este artículo presenta en primer lugar un contexto general de las diversidades territoriales y socioculturales de los pueblos indígenas en tanto sujetos políticos que en medio de la violencia y la discriminación se han posicionado como interlocutores del Estado y la sociedad. A continuación, se describen las características de los sistemas de salud propio e intercultural y finalmente se analizan los elementos transversales de las respuestas que los pueblos indígenas han dado a la pandemia.

10 Médico, PhD Salud Pública, colaborador del Consejo Regional Indígena de Colombia, CRIC.

Los pueblos indígenas, sujetos políticos en la diversidad

La población indígena en Colombia asciende a 1 millón 905 mil 617 personas, el 4,4% del total nacional (DANE, 2019). Se agrupa en 115 pueblos, de los cuales, 10 concentran el 75% de la población. El 25% restante se distribuye en los otros 105 pueblos, la gran mayoría en riesgo de extinción (Ceжил, 2018).

En términos territoriales, se estima que los pueblos indígenas habitan en 767 resguardos¹¹, que suman una extensión de 28,9 millones de hectáreas, un 25,3% del total de la extensión del país. El 70% de estos territorios están localizados en los departamentos de Amazonas, Guainía, Vaupés, Vichada, Guaviare, Chocó y La Guajira y hacen parte de ecosistemas para la vida como la Cuenca Amazónica, el Chocó biogeográfico, la Sierra Nevada de Santa Marta y el Macizo Colombiano que por su interés estratégico para el capital, el extractivismo y el narcotráfico se han constituido en espacios de conflicto y de violencia.

Dicho de otra manera, desde la época de la llamada Conquista, los pueblos indígenas han sido unos de los principales sujetos víctimas de violencia sistemática e ininterrumpida hasta nuestros días en medio y más allá del conflicto armado. Las razones son su ubicación territorial, su diversidad cultural y, en las últimas décadas, el hecho de que encarnan un nuevo sujeto político que desafía desde una perspectiva político-cultural propia al régimen político colombiano, violento, depredador y racializado.

En ese escenario, se produjeron 227.036 víctimas directas entre 1959 y 2017 (ONIC y Centro Nacional de Memoria Histórica, 2019). Un estudio sobre violación de derechos

11 “Los resguardos indígenas son propiedad colectiva de las comunidades indígenas a favor de las cuales se constituyen y conforme a los artículos 63 y 329 de la Constitución Política, tienen el carácter de inalienables, imprescriptibles e inembargables. Los resguardos indígenas son una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio. (Artículo 21, decreto 2164 de 1995)” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

humanos contra los Pueblos Indígenas que investigó 6.745 hechos de violencia política entre 1974 y 2004 reporta que 1.889 fueron asesinatos políticos relacionados con las luchas político-culturales, en su mayoría, por tierra y territorio. (Villa & Houghton, 2005).

Recientemente, en la conmemoración del día nacional de las víctimas, la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) señaló que durante el gobierno de Iván Duque (2018-), se han presentado 60 mil 61 afectaciones a los derechos humanos contra los pueblos indígenas, 298 homicidios, 16 mil 915 personas en desplazamiento forzado, 60 secuestros, 39 casos de reclutamiento forzado y 2.000 casos de amenazas e intimidaciones. (Organización Nacional Indígena de Colombia, 2021).

En medio de la resistencia, la interculturalidad contenciosa y propositiva y la persistencia de un modelo homogenizante de corte neoliberal por parte del Estado ha devenido una gran diversidad de proyectos político-culturales. En especial, desde 1971, cuando se creó el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y, luego, con el surgimiento de centenares de organizaciones comunitarias, regionales y seis nacionales que configuran hoy buena parte del sujeto político indígena en el país. En efecto, la ONIC, Autoridades Indígenas de Colombia (AICO), el Gobierno Mayor, la Organización de Pueblos Indígenas de Colombia (OPIAC), la Confederación Indígena Tayrona (CIT) y, hace poco, el CRIC-Colombia articulan un rico de tejido de plataformas que agencian las dinámicas internas del movimiento indígena colombiano y que se han convertido en los referentes de diálogo, negociación y contienda a nivel nacional frente al Estado.

Aunque hay heterogeneidad, este tejido se estructura sobre cuatro pilares básicos del proyecto político-cultural indígena: el gobierno propio, la territorialidad, la autonomía y el desarrollo de sistemas propios (justicia, ambiente, Sistema Educativo Indígena Propio, SEIP, y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, SISPI).

La situación de salud, desde una perspectiva propia

Los pueblos indígenas definen y asumen la salud desde su propia perspectiva, ligada a la cosmovisión, la ley de origen, el derecho mayor y el derecho propio. Estos elementos dan cuenta del mito fundacional, los valores, las normas y las prácticas que rigen de manera dinámica y cambiante a cada pueblo. Las definiciones de salud en lo que se conoce como Occidente son diferentes y, por ello, tienen limitaciones para comprender la situación sanitaria de los pueblos indígenas. Por esa razón, debe acudirse a un diálogo intercultural permanente en el que sea la voz del sujeto colectivo indígena en sus idiomas el que establezca los parámetros para definir y actuar al respecto.

En general, los pueblos indígenas han planteado que su salud tiene que ver con el mantenimiento de relaciones de equilibrio entre el ser humano, el territorio, la autoridad y la comunidad; al tiempo, señalan que la enfermedad corresponde a expresiones de ruptura de dicho relacionamiento que trascienden el cuerpo individual y se extienden al cuerpo colectivo, que a su vez es ser humano y territorial. En esa medida, toman distancia de comprender la salud y la enfermedad como situaciones estáticas, individuales y referidas exclusivamente al cuerpo biológico y a sus sistemas y órganos por separado.

Varios elementos, conjuntamente, han devenido en amenazas y vulneraciones sistemáticas de la autonomía, el gobierno propio y de los proyectos político-culturales de los pueblos indígenas y, por tanto, de las relaciones de equilibrio a su interior. Estos elementos son: la violencia histórica basada en el racismo y la discriminación, el desarrollo económico depredador del sistema capitalista, ahora en su fase neoliberal todavía más nociva; el conflicto armado multiforme por el control territorial, la institucionalidad del Estado y el sistema de salud homogenizante; el centro de este último es la enfermedad y ha convertido su atención en un mercado. La caracterización y la cuantificación de los desequilibrios generados son tareas pendientes de las propias comunidades que deben apoyarse

para que sean ellas las que realicen un diagnóstico de esa situación. No obstante, el panorama es preocupante y, para efectos de este artículo, fundamental, por cuanto de lo que se trata es de un escenario de extinción física y/o cultural que no cesa en medio de la tenaz resistencia indígena.

En salud, esta resistencia se ha manifestado en cinco líneas de acción que existen desde el nacimiento del CRIC en 1971 y se han fortalecido a lo largo de sus cincuenta años de existencia con el esfuerzo de las organizaciones indígenas. Esas líneas son:

- La revitalización permanente de la sabiduría ancestral o medicina tradicional, que orienta la detección, la prevención y el restablecimiento de los equilibrios señalados.
- El fortalecimiento del gobierno en salud en el territorio, tanto de lo propio como del modelo biomédico.
- La recuperación de la administración de los recursos propios, tanto los naturales, como los comunitarios.
- La puesta en marcha de procesos de formación de personal propio en salud en todos los niveles.
- El desarrollo de un modelo propio e intercultural de cuidado de la salud. En ese modelo, los saberes tradicionales han de ser la base y la puerta de entrada de las personas a servicios de salud y los beneficios del modelo biomédico¹² ser recibidos sin barreras de acceso, con adecuación sociocultural, de manera gratuita y, hasta donde sea posible, provistos por instituciones de salud comunitaria.

En 2010, se adelantó la asamblea nacional de salud de pueblos indígenas en el municipio de Villeta, departamento de Cundinamarca, y en ella se configuró el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Luego, como fruto de grandes movilizaciones, el Gobierno nacional los adoptó, aunque parcialmente, mediante el decreto 1953 en 2014.

12 Cuando hablamos de *modelo biomédico*, nos referimos al conjunto de saberes y prácticas en salud que se han convertido en hegemónicas en el mundo y que conocemos como medicina occidental, moderna, convencional u ortodoxa, inspirada en el positivismo y en el paradigma biologicista.

Estos desarrollos han sido la base para enfrentar un sistema de salud de mercado (el llamado Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS), centrado, como se mencionó, en la enfermedad y excluyente de las diversidades y de las comunidades en mayor aislamiento geográfico. En tiempos de pandemia, el SISPI le disputa al SGSSS la visión, los métodos, la autonomía y los recursos para garantizar el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas en sus territorios. Su base es lo propio y lo intercultural¹³.

Sobre la base la interculturalidad, los pueblos indígenas también se sirven de la información proveniente del sistema de salud occidental. Esa información entrega datos sobre la gravedad de la situación del país en la materia que estamos observando. Los pueblos indígenas concentran junto a los afrodescendientes y campesinos los mayores niveles de mortalidad y morbilidad en Colombia.

En salud, se refleja la grave desigualdad que afecta a millones de personas. En efecto, la mortalidad materna, infantil y por desnutrición en pueblos indígenas supera, permanentemente, los promedios nacionales, también precarios. Al finalizar 2020, Guainía, Chocó, Amazonas, Vichada y Guajira ocuparon los primeros cinco lugares en mortalidad materna, con cifras entre 5 y 3 veces por encima del promedio nacional (65 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos).

Así las cosas, antes de entrar en la pandemia, la salud indígena presentaba una situación crítica tanto en la perspectiva de la amenaza y vulneración sistemática de la autonomía, el gobierno propio y la territorialidad como en el nivel de los indicadores de morbimortalidad. Eso afectaba el equilibrio del ser humano, el territorio, la autoridad y la autonomía. Al mismo tiempo, el SISPI y la institucionalidad propia se venían fortaleciendo como fruto de las luchas indígenas y para gobernar la salud en el territorio desde la sabiduría ancestral.

13 La interculturalidad es determinante en todo el tratamiento que se da a la salud. En una relación intercultural se trata de mirar al tiempo lo propio y más allá de lo propio. El punto es que los Pueblos buscan gobernar y decidir en sus territorios incluso sobre aquello que viene del mundo occidental.

El covid-19, entre la guerra y la resistencia

Desde el inicio de la pandemia de covid-19 en marzo de 2020, las organizaciones indígenas, en general, se autoconvocaron para analizar el significado de la pandemia. En medio de la diversidad de sus perspectivas, se encontraron varias coincidencias en sus interpretaciones y regularidades en sus formas de acción:

- Se trata de una enfermedad del mundo de afuera ligada a la voracidad del neoliberalismo contra la naturaleza y el ser humano; es decir, vinculada, justamente, al desequilibrio de las relaciones entre el ser humano, la comunidad y la naturaleza.
- Por lo anterior, debe enfrentarse fortaleciendo las dinámicas comunitarias de protección territorial, economía propia y de revalorización de la medicina tradicional. Esto último, empleando remedios y ritualidades definidas por la sabiduría ancestral.
- Varios pueblos indígenas cerraron sus fronteras en el Cauca y en la Sierra Nevada de Santa Marta durante varios meses para prevenir el contagio y para ocuparse de fortalecerse espiritualmente.
- Como un ejercicio que responde a su propia lectura del fenómeno, muchas comunidades definieron evitar referirse a la pandemia, o realizarse pruebas de covid-19; aun, no utilizar las medidas de bioseguridad establecidas por el Estado. En su reflexión, nombrar implica reducir una problemática más compleja a la presencia de un elemento externo y validar esa mirada. Proteger el territorio es una tarea ancestral de los pueblos indígenas contra toda dinámica que produzca desequilibrio y esa es la tarea principal, de tal forma que, si eso se logra, podría, incluso, controlarse el crecimiento de la pandemia en sus territorios.
- En el análisis hecho por los sabedores sobre todo lo concerniente a la vacunación contra el covid-19 y en el contexto de la escasez de vacunas disponibles para todo el país, varios pueblos indígenas han demandado por inconsulta el decreto 109 de enero de 2021 que define el

plan nacional de vacunación. Adicionalmente, se declararon en observación de la información disponible en el mundo sobre los efectos y eficacia de las vacunas, al tiempo que convocaban a sus sabedores para investigar sobre la conveniencia de las mismas.

Según las cifras oficiales (Instituto Nacional de Salud, 2021), hasta mediados de mayo de 2021, se registraron 46.772 casos de contagio de covid-19 en comunidades indígenas, que constituían en ese momento el 1,49% del total nacional; en ese mismo mes, habían fallecido 1.425 integrantes de las mismas comunidades, el 1,74% del total de personas fallecidas en el país y estaban afectados 73 de los 115 pueblos.

Una parte importante de los casos y de los fallecimientos se produjeron inicialmente en la Amazonía, departamento totalmente excluido del sistema de salud colombiano y a lo largo de la pandemia se ha presentado un alto número de contagios en el oriente del país, en la frontera con Venezuela y Brasil, y entre indígenas que tienen asiento en las grandes ciudades, entre ellas, Bogotá.

Estos datos parciales, en medio del subregistro, el bajo número de pruebas realizadas en el país y la decisión de muchas comunidades de no permitir la práctica de las mismas permiten hacer varias consideraciones: el 70% de los pueblos indígenas ha tenido algún grado de exposición y de impacto en relación con la pandemia de covid-19; por otra parte, en comunidades con poca población, estos números, que en forma ligera se leerían como bajos, pueden representar, al contrario, efectos muy graves, pendientes de evaluarse.

En un ejercicio sistemático de monitoreo de la pandemia con enfoque comunitario, la ONIC documentó hasta octubre de 2020 una afectación por riesgo de contagio de 537.252 familias indígenas (ONIC, 2020), más allá del número individual de casos y subrayando la importancia de hacer lecturas coherentes con la autodefinición colectiva de los pueblos indígenas.

A medida que avanza la pandemia, en el país se extiende y complejiza el conflicto que está en manos de actores armados cuyas lógicas se cruzan en el narcotráfico, la minería, el paramilitarismo, la existencia de disidencias de las antiguas FARC y la presencia de la organización insurgente Ejército de Liberación Nacional (ELN). En algunas regiones, esta situación ha incrementado la violencia, el desplazamiento forzado, el hostigamiento y el asesinato de líderes indígenas.

El Gobierno de Iván Duque, además de que no ha protegido el derecho a la vida ni ha respondido en favor de las garantías fundamentales de los pueblos indígenas, ha dado más bien pasos al contrario: ha avanzado en la violación del derecho a la consulta previa, libre e informada requerida para el desarrollo de todos aquellos proyectos en territorios indígenas, mediante el trámite actual del proyecto de ley estatutaria que busca eliminar los efectos de la misma y reducirla a procedimientos de información¹⁴. Igualmente, expidió el decreto 380 de abril de 2020 que reglamenta la reactivación de las fumigaciones en el país, con lo que afecta la integralidad territorial y la vida en las zonas rurales del país y continúan avanzando los pilotos de *fracking* entre otras medidas que denotan el talante autoritario del gobierno.

Por todo lo anterior, en el contexto de la pandemia, aumentó la resistencia indígena mediante decenas de movilizaciones por todo el país. La más notoria ha sido la minga del suroccidente, en la que participaron pueblos indígenas de los departamentos de Cauca, Huila y Caldas que en octubre de 2020 se desplazó hasta Bogotá buscando un diálogo directo con el presidente Iván Duque en el marco de una gran movilización en el Cauca y el Valle que no fue atendida por el gobierno, cuyos objetivos era la defensa de la vida, la paz y el territorio y la exigencia de garantías para la protesta social. Las luchas por la salud de los pueblos indígenas pasan entonces por las garantías para que sea posible el equilibrio de las relaciones humano-naturales como expresión de salud integral.

14 Se refiere al Proyecto de Ley Estatutaria “Por el cual se regula el derecho fundamental a la consulta previa y se dictan otras disposiciones”, presentado por el partido Cambio Radical.

Las afectaciones del covid-19 en términos de salud pública son más intensas sobre terrenos de desigualdad, autoritarismo y de sistemas de salud privatizados, como ocurre en Colombia. Ahora bien, si se ven todavía más allá, la pandemia ha sido un escenario de contienda entre una gran diversidad de proyectos político-culturales de los pueblos indígenas y un gobierno antidemocrático, enemigo de la paz y comprometido con la profundización del modelo neoliberal y extractivista que destruye los territorio y la dignidad de las personas. Se han vivido semanas de un gran paro nacional y de mingas territoriales con liderazgo y alta participación indígena que se revelaron inicialmente contra la reforma tributaria y luego se han transformado en un torrente de revitalización democrática que lucha por la paz y la justicia social desde las diversidades poblacionales y territoriales, enfrentando de nuevo una de las más fuertes respuestas represivas en la historia de Colombia y América Latina.

Referencias bibliográficas

Centro por la Justicia y el Derecho Internacional, Cejil. (2018,18 de mayo). *Riesgo de extinción de pueblos indígenas de Colombia queda evidenciado ante la CIDH*. Consultado el 15 de abril de 2021 en www.cejil.org: <https://www.cejil.org/es/riesgo-extincion-pueblos-indigenas-colombia-queda-evidenciado-cidh>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. (2019, 16 de septiembre). *Población Indígena en Colombia*. Consultado el 18 de abril de 2021 en www.dane.gov.co: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>

Instituto Nacional de Salud, INS. (2021, 18 de mayo). *covid-19*. Consultado en www.ins.gov.co: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-poblacion-indigena.aspx>

Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC. (2020, 29 de octubre). *Boletín 051 de monitoreo territorial*. Consultado el 5 de mayo de 2021 en www.onic.org.co/onic-salvando-vidas/4074-boletin-051-sistema-de-monitoreo-territorial-smt-onic-informacion-para-proteger-la-vida-y-los-territorios

Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC, y Centro Nacional de Memoria Histórica, CNMH. (2019). *Tiempos de vida y muerte. Memorias y luchas de los pueblos indígenas de Colombia*. Consultado el 21 de abril de 2021 en [www.centrodememoriahistorica.gov.co/https://centrodememoriahistorica.gov.co/wp-content/uploads/2020/02/tiempos-de-vida-y-muerte.pdf](https://centrodememoriahistorica.gov.co/uploads/2020/02/tiempos-de-vida-y-muerte.pdf)

Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC. (2021, 10 de abril). *Observatorio de derechos humanos de la ONIC*. Consultado en <https://www.onic.org.co>

Villa, W. y Houghton, J. (2005). *Violencia política contra los pueblos indígenas 1974-2004*. Cecoín-OIA-Iwgia, Ed. Medellín: Alto Vuelo. Consultado el 10 de abril de 2021 en https://www.iwgia.org/images/publications/0326_ViolenciaColombia.pdf

Normas

Decreto 2164 de 1995. (7 de diciembre). Por el cual se reglamenta parcialmente el Capítulo XIV de la Ley 160 de 1994 en lo relacionado con la dotación y titulación de tierras a las comunidades indígenas para la constitución, reestructuración, ampliación y saneamiento de los Resguardos Indígenas en el territorio nacional. Presidencia de la República. Consultado en <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1411247>

Decreto-Ley 4633 de 2011. (9 de diciembre). *Por el cual se establece medidas específicas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de derechos territoriales para las comunidades y grupos indígenas.* https://www.redjurista.com/Documents/decreto_4633_de_2011_ministerio_del_interior.aspx#/

Decreto 1973 de 2013. (11 de septiembre). *Por el cual se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas.* Presidencia de la República. Consultado en <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1379474>

Decreto 1953 de 2014. (7 de octubre). *Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política.* Presidencia de la República. Consultado en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59636>

Decreto 1232 de 2018. (7 de julio). *Por el cual se adiciona el Capítulo 2, del Título 2, de la Parte 5, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, para establecer medidas especiales de prevención y protección de los derechos de los Pueblos Indígenas en Aislamiento o Estado Natural y se crea y organiza el Sistema Nacional de Prevención y Protección de los derechos de los Pueblos Indígenas en Aislamiento o Estado Natural.* Presidencia de la República. Consultado en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87539>

Decreto 380 de 2020. (12 de abril). *Por el cual se regula el control de los riesgos para la salud y el medio ambiente en el marco de la erradicación de cultivos ilícitos mediante el*

método de aspersión aérea, y se dictan otras disposiciones. Presidencia de la República. Consultado en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=161526>

Decreto 109 de 2021. (29 de enero). *Por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID - 19 y se dictan otras disposiciones.* Presidencia de la República. Consultado en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=157252>

Violación al derecho a la salud en las cárceles

CATÁSTROFE HUMANITARIA EN LA PANDEMIA

*Adriana Lizarazo*¹⁵

*Briands Harnache Moreno*¹⁶

Hace siete años, el 28 de junio de 2013, la Corte Constitucional de Colombia declaró ante el país y el mundo un estado de emergencia en las cárceles del país: el sistema penitenciario y carcelario presentaba un nuevo estado de cosas inconstitucional (Sentencia T-388 de 2013). Nuevo, porque se había decretado uno también 14 años antes. Así lo señaló:

(...) un estado de cosas que es contrario a la Constitución vigente. Los establecimientos penitenciarios y carcelarios en el País se encuentran en una situación de crisis estructural (...).

(...) la evidencia fáctica, así como la información que es de público conocimiento, [muestra] que, nuevamente, el sistema penitenciario y carcelario colombiano se encuentra en un estado de cosas contrario al orden constitucional vigente de manera grosera, que conlleva un desconocimiento de la dignidad humana, principio fundante de un estado social de derecho. En otras palabras, el sistema penitenciario y carcelario actual es incompatible con un estado social y democrático de derecho.

En todo el estudio que se hizo para declarar ese estado de cosas inconstitucional fueron decisivas las pruebas de violación masiva y sistemática de derechos fundamentales, la omisión de las autoridades responsables para adoptar medidas que buscaran garantizar tales derechos, la utilización masiva

15 Abogada defensora de Derechos Humanos, funcionaria de la Fundación Comité de Solidaridad con los presos Políticos – Seccional Santander.

16 Trabajador social, defensor de Derechos Humanos y del Territorio, actualmente detenido político en la Cárcel de Alta y Mediana Seguridad de Girón.

del mecanismo de la tutela como medio de defensa de los derechos conculcados y de otros aspectos. Muchos párrafos de esta sentencia describen esa realidad, como el siguiente:

En las condiciones de hacinamiento y deterioro de la infraestructura penitenciaria y carcelaria, así como de los servicios que se presentan en cada establecimiento, la posibilidad de que se den tratos crueles, inhumanos e indignos aumenta notoriamente. La deshumanización de las personas en los actuales contextos carcelarios es evidente. Las condiciones en que son mantenidas las personas privadas de la libertad, por ejemplo, suelen ser relacionadas con las condiciones en que existen algunos de los animales relegados en nuestra sociedad a los lugares de suciedad.

Lo más aterrador es que hoy persiste ese estado de cosas inconstitucional y en un contexto de pandemia por covid-19 que exacerba aún más la degradación de la situación de las personas privadas de la libertad. En este artículo, queremos hacer un recorrido breve de situaciones muy graves sucedidas en este año de pandemia.

Testimonios desde adentro

Cada día en la vida de una persona privada de la libertad es algo que, visto desde quienes están afuera de las cárceles, es muy difícil de concebir. Mucho menos cuando en las calles y en las casas se habla de protocolos de bioseguridad ante una pandemia:

Estamos pasando por una situación de bastante hacinamiento por celdas, dicen unas de estas personas: más de 20 por celda; en unas, hasta de a 30. Nos dan solo un baño al día y debe ser en la mañana y en la noche. Los implementos de aseo también porque, vea, no tenemos tapabocas, y hay personas que vienen de las calles y no hacen ningún control. Hemos personas que estamos enfermas, uno les dice y hacen como si no pasa nada; tenemos infección y granos por el agua y la falta de baño, necesitamos cremas, útiles de aseo (...) Yo por ejemplo necesito una operación para un riñón (...) Ser persona privada de libertad no significa ser las peores personas, también somos seres humanos, como pueden ver también necesitamos nuestros derechos. Con el tema de las

visitas para que nos colaboren tenemos más de siete meses sin ver nuestros hijos.

Por ello, sus llamados de urgencia:

Queremos pedir la ayuda humanitaria de todos ustedes [de ONG] pa' que nos colaboren con el hacinamiento aquí; acá somos 24 horas encerrados y no nos dan hora de sol, ni nada, y eso lo necesitamos; que nos colaboren con los baños como es debido, que nos ayuden con la alimentación porque acá llega la comida muy maluca y a veces cruda. Acá les salen a uno hongos en las manos, porque no nos dejan hacer el aseo como se debe, ni bañarnos como se debe (...) Queremos la ayuda para que nos brinden salud”.

De parte de quienes ejercen como autoridad, la mirada es de total desprecio por la vida de los seres humanos que tienen a su cargo:

Hace poco, un patrullero de la Sijín¹⁷ de la policía se nos paró en la celda y nos dijo que en el turno de él nadie tenía derecho de ir al baño. Le dijimos decentemente que tenemos abogados, Defensoría del Pueblo y Procuraduría y él nos dijo que de malas, que el que mandaba era él. Eso es humillante para nosotros porque acá hay personas que han estado enfermas del estómago y les toca cagar en bolsas por eso. Ustedes son voz nuestra allá afuera.

Cuando llegó la pandemia

El 6 de marzo de 2020, se confirmó en Colombia que había llegado el covid-19 al país, cuando una mujer de 19 años proveniente de Italia, entonces el país con mayores casos del virus, entró por el aeropuerto de Bogotá con el contagio a cuestas. Se pensaba en ese momento que podría contenerse la diseminación del virus, de manera que se tomaron las primeras medidas de cuidado en los siguientes días. **Tres grandes estrategias para prevenir y atender el contagio: el autocuidado individual, el autocuidado colectivo y la atención médica.** lavarse las manos con abundante jabón,

17 La Sijín es una unidad (o seccional) de la Dijín y esta última es una dependencia de la Policía Nacional dedicada a la investigación criminal en convenio con la Interpol.

utilizar alcohol o gel antiséptico, tomar agua, taparse con el codo nariz y boca al estornudar o toser, evitar el contacto directo con las personas, no saludar de beso o de mano, **no dar abrazos y evitar asistir a eventos masivos.**

Esto sucedía afuera, en la vida de las personas no privadas de la libertad. Pero, otro era el panorama en las cárceles. De partida, la situación permanente de hacinamiento brutal que impedía cualquier distanciamiento. Por otra parte, la falta de condiciones de higiene para lavarse permanentemente las manos. Solo bastaba con que llegara el virus a las prisiones, para que ocurriera un rápido contagio masivo. En estos recintos, la población quedaría a su suerte. Hay cárceles colombianas en las que el hacinamiento llega hasta el 478% (Defensoría del Pueblo).

Así que la población carcelaria comenzó a organizarse por iniciativa propia y a estructurar un plan de medidas de bioseguridad que permitiera reducir los riesgos sin esperar respuesta del Estado.

Las personas en prisión decidieron suspender las actividades que requirieran salir de los pabellones, con la intención de disminuir el contacto físico lo menos posible entre internos de diferentes patios. No fue necesario mucho tiempo para que la irresponsabilidad, falta de disciplina y negligencia del cuerpo de custodia y vigilancia permitiera la entrada al coronavirus a las cárceles. Aunque se ordenó acuartelamiento parcial, esta medida no se cumplió y un sector mayoritario de este personal siguió con sus actividades cotidianas, lo que terminó con el contagio de los primeros reclusos.

En tanto, también las personas privadas de la libertad decidieron hacer un cacerolazo coordinado y simultáneo en varias de las prisiones del país para reclamar atención del Estado. Habían pasado 15 días de la llegada de la covid-19 al país. En varias cárceles del país hubo protestas, cacerolazos y enfrentamientos, hechos que fueron calificados como supuestos planes de fuga. La acción de los cuerpos de

seguridad tras las protestas en las prisiones terminaron en una masacre: 23 internos muertos y 107 heridos.

Así lo registró un periódico europeo:

Hacia las nueve de la noche de este sábado [21 de marzo de 2020], reclusos de trece cárceles colombianas iniciaron una protesta simultánea. Al parecer por miedo. Miedo a que la llegada del COVID-19 podría significar para ellos. Y es que mientras el Gobierno ordena el aislamiento obligatorio preventivo para todo el país, el índice de hacinamiento en algunas prisiones colombianas ronda el 260 por ciento. (...)

Empezó como un cacerolazo y terminó con al menos 23 fallecidos. Colombia amaneció este domingo horrorizada ante el saldo que dejó una serie de motines en varios centros penitenciarios del país (Frölich, 2020).

Si bien los hechos de la cárcel la Modelo en Bogotá ocuparon el primer plano en la prensa, los ataques hacia los prisioneros aquel 21 de marzo, se registraron en al menos 10 complejos penitenciarios del país. Y, a pesar del asedio, la población penitenciaria se negaba a renunciar a los pocos derechos que aún tenía, por eso, insistieron durante los últimos 12 meses en jornadas de huelgas de hambre y manifestaciones pacíficas.

Las actitudes de las autoridades ante la pandemia

El 25 de marzo de 2020, a escasos cuatro días de lo ocurrido en las cárceles de Colombia, Michelle Bachellet, la Alta Comisionada para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, mostraba lo que era una situación generalizada:

En muchos países, los centros de reclusión están atestados y en algunos casos lo están de manera peligrosa. A menudo los internos se encuentran en condiciones higiénicas deplorables y los servicios de salud suelen ser deficientes o inexistentes. En esas condiciones, el distanciamiento físico y el autoaislamiento resultan prácticamente imposibles (Naciones Unidas, 2020).

E instó a los gobiernos del mundo a tomar acciones urgentes para la salvaguarda de la vida en las prisiones. El ente señaló que se debía garantizar un nivel mínimo de contactos personales con los miembros de la familia, así como proporcionar información periódica y transparente sobre el impacto de la enfermedad en la población carcelaria; además, agregó que el tratamiento de los detenidos debía ser monitoreado regularmente por organismos independientes, lo cual nunca pasó en Colombia dado que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) adoptó la política: *“De puertas cerradas, silencio e impunidad”*.

Con los pronunciamientos de organismos internacionales se esperaba una acción decidida del Estado colombiano a favor de la población carcelaria. Sin embargo, la dirección general del Inpec notificó la suspensión del ingreso de visita familiar. Argumentaba el riesgo de contagio. Eso aumentó el descontento de las personas en prisión, por lo que esta representaba en términos de salud mental.

La medida fue vista por las personas privadas de la libertad como una afrenta más. La suspensión de las visitas y los impactos en su salud mental condujeron al incremento en los intentos de suicidio dentro de estos recintos. Por esto, se generó un movimiento de resistencia emprendido por centenares de presos colombianos: se declararon en desobediencia pacífica.

Mientras tanto, han sido continuas, desde los comienzos de la pandemia, las violaciones de los protocolos de bioseguridad. Y empezaron desde entonces a dejar sus víctimas dentro de la población carcelaria por los efectos de la covid-19. A seis meses de iniciada la pandemia ya se registraban casos en 51 establecimientos carcelarios, de acuerdo con el reporte del director del Inpec, general Norberto Mujica.

Para entonces, 1.207 personas privadas de la libertad tenían la enfermedad, lo que representa el 1,21 por ciento del total de presos. También 91 funcionarios habían adquirido el virus. Las víctimas comenzaban a sumarse. En ese tiempo, ya habían fallecido por el virus 84 personas privadas de la

libertad, con un casi inexistente servicio de salud en estos centros.

En el mejor de los casos, las prisiones en Colombia tienen uno o dos médicos, con uno o dos auxiliares de enfermería e igual número de trabajadores sociales y psicólogos deben atender en promedio entre 1.000 y 2.000 internos.

La inasistencia médica es un problema recurrente en todas las cárceles colombianas. Según cifras del Gobierno nacional, el 53% de las citas médicas que se solicitan y se autorizan no se cumplen, de manera que miles de personas quedan sin una atención médica integral y oportuna.

A la insuficiencia de médicos hay que agregar también la carencia de insumos e infraestructura en salud, lo que no permite que se tomen todas las pruebas necesarias y se haga el seguimiento a las personas que han sido contagiadas por covid-19. Por esto, es imposible saber el número exacto de personas contagiadas.

Por si fuera poco, son recurrentes los problemas con la alimentación, pues la comida no se entrega en las cantidades y con la calidad que especifican los contratos con la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec). Incluso, se han presentado casos de intoxicaciones masivas. Amén de eso, algunas prisiones presentan problemas de falta de agua potable para el consumo y la preparación de alimentos.

Las actitudes de las autoridades ante la pandemia

El 25 de marzo de 2020, a escasos cuatro días de lo ocurrido en las cárceles de Colombia, Michelle Bachellet, la Alta Comisionada para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, mostraba lo que era una situación generalizada:

En muchos países, los centros de reclusión están atestados y en algunos casos lo están de manera peligrosa. A menudo los internos se encuentran en condiciones higiénicas deplorables y los

servicios de salud suelen ser deficientes o inexistentes. En esas condiciones, el distanciamiento físico y el autoaislamiento resultan prácticamente imposibles (Naciones Unidas, 2020).

E instó a los gobiernos del mundo a tomar acciones urgentes para la salvaguarda de la vida en las prisiones. El ente señaló que se debía garantizar un nivel mínimo de contactos personales con los miembros de la familia, así como proporcionar información periódica y transparente sobre el impacto de la enfermedad en la población carcelaria; además, agregó que el tratamiento de los detenidos debía ser monitoreado regularmente por organismos independientes, lo cual nunca pasó en Colombia dado que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) adoptó la política: *“De puertas cerradas, silencio e impunidad”*.

Con los pronunciamientos de organismos internacionales se esperaba una acción decidida del Estado colombiano a favor de la población carcelaria. Sin embargo, la dirección general del Inpec notificó la suspensión del ingreso de visita familiar. Argumentaba el riesgo de contagio. Eso aumentó el descontento de las personas en prisión, por lo que esta representaba en términos de salud mental.

La medida fue vista por las personas privadas de la libertad como una afrenta más. La suspensión de las visitas y los impactos en su salud mental condujeron al incremento en los intentos de suicidio dentro de estos recintos. Por esto, se generó un movimiento de resistencia emprendido por centenares de presos colombianos: se declararon en desobediencia pacífica.

Mientras tanto, han sido continuas, desde los comienzos de la pandemia, las violaciones de los protocolos de bioseguridad. Y empezaron desde entonces a dejar sus víctimas dentro de la población carcelaria por los efectos de la covid-19. A seis meses de iniciada la pandemia ya se registraban casos en 51

establecimientos carcelarios, de acuerdo con el reporte del director del Inpec, general Norberto Mujica.

Para entonces, 1.207 personas privadas de la libertad tenían la enfermedad, lo que representa el 1,21 por ciento del total de presos. También 91 funcionarios habían adquirido el virus. Las víctimas comenzaban a sumarse. En ese tiempo, ya habían fallecido por el virus 84 personas privadas de la libertad, con un casi inexistente servicio de salud en estos centros.

En el mejor de los casos, las prisiones en Colombia tienen uno o dos médicos, con uno o dos auxiliares de enfermería e igual número de trabajadores sociales y psicólogos deben atender en promedio entre 1.000 y 2.000 internos.

La inasistencia médica es un problema recurrente en todas las cárceles colombianas. Según cifras del Gobierno nacional, el 53% de las citas médicas que se solicitan y se autorizan no se cumplen, de manera que miles de personas quedan sin una atención médica integral y oportuna.

A la insuficiencia de médicos hay que agregar también la carencia de insumos e infraestructura en salud, lo que no permite que se tomen todas las pruebas necesarias y se haga el seguimiento a las personas que han sido contagiadas por covid-19. Por esto, es imposible saber el número exacto de personas contagiadas.

Por si fuera poco, son recurrentes los problemas con la alimentación, pues la comida no se entrega en las cantidades y con la calidad que especifican los contratos con la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec). Incluso, se han presentado casos de intoxicaciones masivas. Amén de eso, algunas prisiones presentan problemas de falta de agua potable para el consumo y la preparación de alimentos.

Hacinamiento, el agravante de una crisis sanitaria

Al mes siguiente de las protestas en las cárceles de Colombia por la situación de emergencia y de no atención por parte de las autoridades en relación con la pandemia por covid-19, el Gobierno nacional promulgó el Decreto 546 del 14 de abril de 2020. Buscaba acallar las protestas carcelarias prometiendo el deshacinamiento carcelario, lo que demoró un mes en concretar mientras jugaba con las expectativas de los presos. Así tituló pomposamente la medida:

DECRETO 546 DE 2020 (abril 14). Por medio del cual se adoptan medidas para sustituir la pena de prisión y la medida de aseguramiento de detención preventiva en establecimientos penitenciarios y carcelarios por la prisión domiciliaria y la detención domiciliaria transitorias en el lugar de residencia a personas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad frente al COVID-19, y se adoptan otras medidas para combatir el hacinamiento carcelario y prevenir y mitigar el riesgo de propagación, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica

Las voces presentadas al comienzo de este artículo de las personas privadas de la libertad reflejan que nunca hubo un cambio de la situación. Pero, ¿qué sucedió para que esto sea así? El Gobierno prometió cinco mil rápidas excarcelaciones, que se harían en seis meses y contempló excluir 81 delitos y una serie de requisitos difíciles de cumplir. Después de seis meses de vigencia, salieron mil presos de las cárceles en virtud de tal decreto, pero ya expiraba su vigencia. Defensores de derechos humanos, agremiaciones de abogados penalistas, la academia y otros grupos del derecho hicieron críticas y advertencias a la medida: así lo registró una profesora de derecho de la Universidad de los Andes de Bogotá: “Como lo auguraron quienes criticaron la norma al momento de su expedición, se trató de un decreto tardío, mentiroso e ineficaz, aunque no sorprendía dada la cultura judicial en Colombia”

(Vargas, 2020). El decreto tuvo un estrepitoso fracaso¹⁸.

Pueden revisarse también las cifras institucionales sobre el tema. Según el Inpec, el índice de hacinamiento nacional se mantiene en 54,9%, con una sobrepoblación de 44.032 personas. La capacidad instalada actual es para 80.156 personas, pero la población total es de 124.188.

De acuerdo con Organizaciones No Gubernamentales, el alto grado de hacinamiento ha generado que parte de la población carcelaria llegue a convivir y dormir en baños, pasillos y pisos. Un ejemplo doloroso de este hacinamiento puede verse en la cárcel del municipio de Barrancabermeja y de la región del Magdalena Medio. Allí se presentan las condiciones más precarias de los centros penitenciarios del país.

La cárcel de Barrancabermeja cuenta con un nivel de hacinamiento que alcanza un porcentaje de más del 100%. Para febrero de 2020, tenía 437 reclusos en un lugar que está solo adecuado para cubrir una demanda de 200 prisioneros.

En esta prisión puede verse un espacio de 20 metros cuadrados en el que conviven hasta 50 personas privadas de la libertad y tienen que dormir sentadas o de pie. No cuentan con un espacio digno para su estadía¹⁹.

En uno de los Centros Transitorios se ha comprobado que existen inspecciones de policía alojadas en lugares pequeños que carecen de las condiciones y la dotación requerida para

18 Útil mencionar que en el hacinamiento contribuye también la práctica de los jueces. Incluso, la de los de ejecución de penas. Es cierto que tienen una alta carga de trabajo, pero además, se mueven en un aparato judicial repleto de corrupción, como lo presentaba en el caso de Barranquilla un periódico de la ciudad. Así tituló su investigación de abril de 2021: *¿Cartel de los procesos? Juzgado dejó prescribir 901 expedientes de Ley 600. No se tramitaron recursos de apelación contra las sentencias, ni se enviaron a Ejecución de Penas, entre otras actuaciones* (Colina, 2021). Esto ha significado la demora aún mayor de las libertades de las y los ciudadanos.

19 Visita de verificación adelantada el 20 de octubre del 2020 por integrantes del Espacio de Trabajadores y Trabajadoras de Derechos Humanos (ETDDHH) y de la Fundación Comité de Solidaridad con los Presos Políticos (FCSP).

que las personas detenidas se mantengan allí: no hay camas o catres, algunas de las personas duermen en colchonetas que ellas mismas deben conseguir con sus familiares o, si no pueden, en el piso. En algunos salones, que no son celdas y se adaptan para seis o, máximo, ocho personas, duermen entre 18 y 20 detenidos.

Son estos los reflejos del hacinamiento que sin duda incide directamente en la tasa de contagio dentro de los centros penitenciarios. En el departamento de Santander, al que pertenece Barrancabermeja, el hacinamiento en sus nueve cárceles alcanza el 53%, de acuerdo con información del Inpec.

Las tres primeras cárceles en Santander cuentan con altos niveles de sobrepoblación carcelaria: la Cárcel Modelo de Bucaramanga, con un 240%; la de Palogordo, en Girón, con un 180%, y la cárcel municipal de Barrancabermeja que, como indicamos, alcanza a tener una tasa de sobrepoblación de más del 100%. La situación del único centro carcelario para mujeres en el departamento, Chimitá en Girón, alcanza al momento un 73% de sobrepoblación.

Para la región del Magdalena Medio existen otras once inspecciones o estaciones de policía que están cumpliendo el mismo papel de centros de reclusión, con una alarmante tasa de hacinamiento.

Sigue habiendo un estado de cosas inconstitucional

La violación de los derechos humanos en las cárceles y centros penitenciarios de Colombia se ha convertido en una catástrofe en medio de la pandemia: en estos centros de reclusión hay impunidad, corrupción, hacinamiento, deficientes servicios de alimentación y, lo que nos concierne en este informe, una vulneración sistemática de la atención en salud de las personas privadas de libertad.

Las personas privadas de la libertad asumieron en sus manos su protección con sus propias estrategias y alzaron su voz para que las autoridades reaccionaran ante la inminente llegada de la pandemia. Sin embargo, las respuestas fueron la masacre y los castigos. Hoy, esa masacre está sin esclarecerse, en tránsito al largo camino de la impunidad.

Quedaron silenciados los hechos que se calificaron como supuestos planes de fuga y que se enfrentaron con asesinatos, aislamientos a celdas de castigo, traslados, suspensión de la conexión externa mediante la prohibición del servicio de franquicia postal, la suspensión de vistas de organismos de control como la Procuraduría General, la Defensoría del Pueblo y las Personerías municipales. Asimismo, se prohibió el ingreso de organizaciones defensoras de derechos humanos como la Fundación Comité de Solidaridad con los Presos Políticos (FCSPP), el Espacio de Trabajadores y Trabajadoras de Derechos Humanos (ETTDDHH) y otras.

Personas expertas concluyeron que “la mayoría de las heridas de bala descritas en los informes de necropsia son consistentes con que hayan sido infligidas con intención de matar”. Agregaron que “los informes de autopsia no registran ningún indicio de heridas de bala que hayan sido efectuadas únicamente con el fin de herir a las personas, en vez de matarlas”. Este nuevo informe, basado en documentación oficial, indica que las muertes de los detenidos de la cárcel La Modelo habrían sido intencionales; sin embargo, hasta ahora no hay condenas por los crímenes.

Las prisiones en Colombia, lejos de cumplir su función resocializadora, son depósitos de seres humanos vistos como una mercancía, carentes de derechos, con quienes se comercializa en función de legitimar las millonarias sumas del presupuesto nacional para el sostenimiento del complejo carcelario.

Lo que debería ser un proceso de acompañamiento, capacitación y rehabilitación, se convierte en abuso, extorsión, hacinamiento, enfermedad, tortura e impunidad;

y los entes de control tienen mucho que ver con perpetuar la criminalidad dentro de los recintos carcelarios.

En tanto, la Procuraduría, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría no investigan con rigurosidad, no visitan los patios, ni mucho menos recogen los testimonios de los casos de abuso

Es perentorio:

- Reiniciar las vistas carcelarias por parte del Ministerio Público.
- Permitir el ingreso de personal de organizaciones de derechos humanos para hacer veedurías, verificación y seguimiento a la crisis carcelaria.
- Permitir el ingreso de ayuda humanitaria de primera necesidad así como elementos de bioseguridad y antisépticos, dirigidos a salvaguardar la vida, la salud y la integridad de las personas privadas de libertad.
- Tomar medidas eficaces y urgentes que permitan el deshacinamiento; todo esto para prevenir y mitigar el contagio de covid-19 y devolver la dignidad a los reclusos.
- Aplicar oportunamente pruebas de detección de covid-19 y garantizar atención médica para los pacientes en los recintos carcelarios.
- Adelantar informes periódicos de cómo avanza la implementación las nuevas medidas, protocolos y estrategias de bioseguridad ante la condición de riesgo por covid-19.
- Conformar una mesa de trabajo entre el Inpec, las administraciones locales, el Ministerio Público y las organizaciones de derechos humanos, con la debida representación de familiares de las personas privadas de libertad, para avanzar, en donde haya, proyectos de nueva cárcel.

- Impulsar ante el Congreso de la República un debate de control político al Inpec en lo concerniente a la situación actual de las personas privadas de la libertad en los centros penitenciarios del país y la corresponsabilidad del Estado colombiano.
- Solicitar ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos medidas cautelares con enfoque diferencial y de género para las personas privadas de libertad, en virtud de la protesta social al interior de estos centros.

Referencias bibliográficas

- Colina, W. (2021, 4 de abril). ¿Cartel de los procesos? Juzgado dejó prescribir 901 expedientes de Ley 600. *El Heraldo*. Consultado en <https://www.elheraldo.co/judicial/juzgado-dejo-prescribir-901-expedientes-de-ley-600-806760>
- Frölich, N. (2020, 24 de marzo). Motines exponen vulnerabilidad de presos en Colombia ante llegada del coronavirus. *DW. Actualidad. Colombia*. Consultado en <https://www.dw.com/es/motines-exponen-vulnerabilidad-de-presos-en-colombia-ante-llegada-del-coronavirus/a-52904366>
- Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado. (2020, 25 de marzo). *Hay que tomar medidas urgentes para evitar que el COVID-19 ‘cause estragos en las prisiones’*. Consultado en <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25745&LangID=S>
- Vargas, L. (2020, 23 de septiembre). ¿Sirvió el decreto para deshacinar las cárceles que expidió el Gobierno en la emergencia? *El Espectador*. Consultado en <https://www.elespectador.com/judicial/sirvio-el-decreto-para-deshacinar-las-carceles-que-expidio-el-gobierno-en-la-emergencia-article/>
- Sentencia T-388 de 2013. (28 de junio). *Declaración de un nuevo estado de cosas contrario a la Constitución Política de 1991 en el Sistema penitenciario y carcelario de Colombia*. Corte Constitucional de Colombia. Magistrada ponente: María Victoria Calle Correa.

SITUACIÓN DE SALUD DE MIGRANTES DE VENEZUELA

Victor de Currea-Lugo²⁰

La migración venezolana es noticia actual, pero su origen data de 1999. Venezuela experimentó un primer momento migratorio, de clases altas, hacia diferentes países, incluidos Colombia, España y Estados Unidos. Luego, al comienzo de la crisis actual (aproximadamente, entre 2011 y 2012), hubo una segunda oleada, de profesionales y clase media; finalmente, en especial desde 2016, una migración de clases bajas.

El fenómeno del desabastecimiento en Venezuela, que incluye medicamentos costosos y muchos alimentos, se agrava con el contrabando, el acaparamiento, la caída de los créditos internacionales y la falta de soberanía alimentaria. Venezuela tiene 30 millones de hectáreas aptas para el cultivo, de las cuales un poco más de tres millones son cultivadas. Sin embargo, se observan mercados informales, en algunas calles, de productos agrícolas.

También, es posible conseguir ciertos productos, bien en los supermercados (aunque los precios son muy altos) o bien en el mercado negro. Lo mismo pasa con las medicinas. Algunos tratamientos costosos (de cáncer, de VIH) son revendidos en Colombia o distribuidos por la red de *bachaqueros* (contrabandistas) desde los mismos hospitales.

Ese mercado ilegal ha creado una economía paralela en la que, incluso, el efectivo es un bien que se compra y se vende a

20 Médico de la Universidad Nacional de Colombia, PhD de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor universitario y periodista independiente.

un precio mayor, como si fuera otra mercancía. En principio, hay un desabastecimiento relativo: en cuanto se centra en ciertos productos y la política de subsidios del Estado suple en algo las necesidades (la bolsa CLAP).

Pero no es real que haya un desabastecimiento absoluto, pero sí una pérdida creciente del poder adquisitivo. Por otro lado, desde el punto de vista nutricional, no hay información oficial. Sin embargo, por información fragmentada, se sabe de casos de muerte de niños asociada con desnutrición, pero (aunque suene políticamente incorrecto) no de hambruna (en los términos que los refiere la experiencia humanitaria o las definiciones de la ONU).

Dicho lo anterior, hay una crisis económica, multicausal, pero en este momento no hay una crisis humanitaria. Esa crisis económica se expresa en dos ejes que son de interés humanitario: el acceso a alimentos y el acceso a medicamentos.

En relación con los medicamentos, hay que precisar que Venezuela importaba los insumos médicos y no los producía. Estas vulnerabilidades (por ejemplo, compraba líquidos intravenosos a la industria colombiana) se evidencian cuando pierde la capacidad de compra, en parte por la corrupción y en parte por la caída de los precios del petróleo (así como el bloqueo impuesto por Estados Unidos), lo que lo lleva a tener que buscar nuevos mercados.

Por otro lado, las elecciones de mayo de 2018 fueron ganadas por el Gobierno. La contradicción se da, mayormente, dentro del mismo chavismo, pues un sector plantea la toma de medidas contra la corrupción y la ineficiencia un giro real en la promesa de la revolución bolivariana, mientras que otro sector, ya acomodado en el poder, que se conoce como la “boli-burguesía”, no renunciaría fácilmente a sus privilegios.

Finalmente, como otro agravante, está la violencia común. Caracas es una de las ciudades más violentas del mundo (medida en la tasa de homicidios). Me llama poderosamente

la atención la altísima virulencia en las redes sociales, pero que no se refleja en el ejercicio de la violencia política directa. Es recomendable tener en cuenta la muy alta “politización”, en el sentido de que cualquier acción o declaración es inmediatamente calificada como a favor o en contra del Gobierno, en un ambiente de fácil crispación social. Así las cosas, un programa humanitario en Venezuela (incluso la palabra misma, asociada con intervención humanitaria) enfrenta: una crisis que es fundamentalmente económica, las dificultades de incidencia política y la lectura retorcida de las ONG internacionales, así como del espacio humanitario.

Caracterización de la migración

Los datos oficiales de Migración Colombia hablan de más de 1.788.380 venezolanos viviendo en Colombia, de los cuales 43% cuenta con permiso de residencia; el resto se encuentran en situación irregular, desempleados, sin afiliación al sistema de salud y sin recibir apoyo de ninguna institución en el país. Estas condiciones los vuelve una población vulnerable.

Se observan tres oleadas migratorias que corresponden a tres tipos de población: a) colombianos retornados (43%), b) colombo-venezolanos (24%) y c) venezolanos (33%), según la OIM. Vale notar que para la población indígena wayuu no hay frontera y que ellos son considerados binacionales. Además, hay una migración pendular asociada con el comercio interfronterizo. Por último, hay un tipo de emigrantes que buscan fundamentalmente atención en salud; es el caso de mujeres gestantes y de niños desnutridos.

Sobre la migración pendular, vale aclarar que no hay datos exactos de cuántos venezolanos cruzan cada día la frontera (por fallas en los torniquetes de conteo en los puntos de frontera), pero un altísimo porcentaje regresa a Venezuela el mismo día, luego de abastecerse.

Según los mismos venezolanos, mientras la migración de años pasados era fundamentalmente de personas en edad laboral,

ahora llegan núcleos familiares y personas de la tercera edad. Esto implica una mayor demanda de servicios en pediatría y un mayor número de personas con enfermedades crónicas.

La migración gota a gota es una constante. Durante el día, los inmigrantes se dedican a buscar empleo y a las ventas informales y, durante la noche, duermen en parques y avenidas. Se observa un elevado número de niños con signos de desnutrición y un aumento importante de menores de edad no acompañados.

La percepción local de la migración está asociada con problemas de seguridad y de mendicidad. En términos de servicios de salud, hay expresiones de xenofobia porque algunos colombianos consideran que los venezolanos los están desplazando en los hospitales. Según la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), una encuesta realizada en calle, mostró que el 93% de los venezolanos no conoce las políticas migratorias.

Para resumir, las características principales de la población más vulnerable son: ser migrantes, pobres, sin red de apoyo, mujeres gestantes y madres, niños, tercera edad y personas en situación irregular.

La figura de solicitante de refugio (*asylum seeker*, en su versión inglesa) no es relevante para este caso. La migración es esencialmente económica, aunque hay información de algunos militares que han llegado a pedir protección internacional.

Luego, es absolutamente incorrecto y políticamente tendencioso hablar de refugiados. Ese camino algunos lo descartan por ser largo, entre otras razones, porque Colombia no tiene experiencia en recepción de refugiados.

Dinámica de frontera

Los tres principales departamentos de cruce fronterizo de migrantes son: La Guajira, Norte de Santander y Arauca. Las relaciones fronterizas entre Colombia y Venezuela se han concentrado, desde hace décadas, en Cúcuta (capital de Norte de Santander). Los matrimonios mixtos, la doble nacionalidad y la dependencia a una economía de fronteras va más allá de los vaivenes políticos actuales.

En el caso específico de La Guajira, vale precisar que el 45% de la población es indígena, en su mayoría, de la comunidad wayuu. La situación allí está asociada, principalmente, a tres dinámicas: a) la pobreza crónica, b) las muertes por desnutrición de niños indígenas y c) el creciente flujo de inmigrantes venezolanos en territorio colombiano.

La frontera en esas tres regiones es altamente porosa y algunas instituciones hablan de más de 100 puntos irregulares de tránsito, solo en Norte de Santander. La inmensa mayoría de venezolanos llega al país usando estos pasos irregulares.

En la zona periurbana de Maicao, por ejemplo, se observan asentamientos de muy reciente construcción (uno de ellos hasta con 1.000 viviendas) sin saneamiento de ningún tipo, ni acceso a agua potable. Quienes viven allí cocinan los alimentos con leña, ya que no hay servicio de electricidad. La inmensa mayoría de esta población es venezolana, aunque también se observan algunos indígenas.

En Arauca, preocupa la falta de cifras, una migración pendular muy marcada (al igual que en Cúcuta) y una economía de frontera que deja en alta vulnerabilidad a la población migrante.

Algunos factores que afectan la situación a lo largo de toda la frontera, en el lado colombiano, son: la crisis socioeconómica de Venezuela, la falta de seguridad alimentaria, la falta de atención estatal, la crisis institucional del modelo de salud, el centralismo y la corrupción. Estas condiciones afectan tanto a habitantes colombianos como a venezolanos migrantes.

Las enfermedades

En general, no solo en salud, la información disponible sobre los migrantes está fragmentada y más basada en estimaciones que en estudios de campo. Las enfermedades que más se observan en la población migrante son: a) Infección Respiratoria Aguda, b) Enfermedad Diarreica Aguda, y c) Infecciones de la piel. Así mismo, acuden por lumbagos y enfermedades crónicas sin tratamiento actual, como diabetes e hipertensión.

Es también común observar desnutrición entre las personas menores de cinco años y embarazos sin control prenatal, lo que los convierte en partos de alto riesgo. También hay algunos casos reportados de sarampión, leishmaniasis, varicela, dengue y difteria. El dengue es relativamente común, pero la difteria ya estaba erradicada del territorio colombiano.

Debido a la falta de métodos de barrera de planificación familiar y al aumento en la explotación sexual, se percibe un aumento del número de enfermedades de transmisión sexual. Hay reportes de unos pocos casos de sífilis gestacional, sífilis congénita y VIH (aunque puede haber subregistro). También hay casos de malaria vivax, de una cepa traída de Venezuela.

Un programa materno-infantil, para migrantes venezolanos en Colombia, estaría sustentado en la falta de controles prenatales adecuados en Venezuela y el aumento (desde 2012) de la tasa de mortalidad materna venezolana (que había descendido de 73 a 49 por cada 100.000 nacidos vivos, entre 1999 y 2012). Esto constituye un escenario de embarazos de alto riesgo, que buscan ayuda en los hospitales públicos colombianos, donde ya hay una casi saturación de los servicios.

En el caso de la atención pediátrica, hay un aumento marcado en la estancia hospitalaria debido a la gravedad médica de pacientes, la ausencia de condiciones adecuadas post-hospitalarias y las dificultades de remisión a centros hospitalarios de mayor complejidad.

De la atención en salud

El sistema de salud colombiano está basado en la capacidad de pago de sus usuarios y regulado mediante una compleja estructura normativa que impide la atención por fuera de sus normas. El miedo a la persecución de los entes de control (como la Contraloría) hace que los funcionarios de salud no se guíen por necesidades humanitarias sino por normas restrictivas.

Debido al alto flujo de migrantes, el Gobierno central en 2017 dispuso la prestación de servicios de urgencias para los venezolanos. Sin embargo, esto excluye servicios esenciales, como la atención prenatal. La atención hospitalaria en urgencias estaría subsidiada por el Estado, pero los datos disponibles muestran un flujo de recursos a los hospitales muy inferior al esperado.

La atención, así sea solo por urgencias, de migrantes venezolanos, ha aumentado la saturación de los servicios y el déficit financiero. Como los venezolanos solo pueden acceder a la atención a través de urgencias, esto hace que se usen servicios hospitalarios en enfermedades que podrían resolverse mediante consultas ambulatorias. Además de la red pública, existe un número creciente de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), pero sin programas integrales de atención en salud.

Los pacientes con padecimientos más complejos tienen, además, graves dificultades de ser remitidos a otros hospitales, porque no hay quien cubra sus gastos, lo que explica parte del aumento de su estancia hospitalaria.

En términos de salud mental, se calcularía una elevada demanda debido a alteraciones asociadas con la migración, pero la oferta es altamente limitada, ya que La Guajira cuenta, por ejemplo, con un solo psiquiatra. Aunque hay algunos casos de salud mental, no hay bases para afirmar que el cierre de los hospitales psiquiátricos en Venezuela se acompañó del trasvase de pacientes al otro lado de la frontera, como decían los rumores en las calles de Cúcuta.

Las enfermedades de alto costo (también llamadas en la nomenclatura colombiana como *enfermedades catastróficas*) no son cubiertas adecuadamente en Venezuela, por lo cual quienes viven allí buscan en el lado colombiano los tratamientos que requieren.

Podemos resumir el déficit financiero de los sistemas de salud de frontera en tres niveles: la crisis previa de la salud colombiana, la atención a urgencias de migrantes venezolanos, y el no pago por parte del estado central de estas urgencias cubiertas.

Ahora, en pandemia

A la situación ya complicada de los migrantes venezolanos se suma como agravante la pandemia por covid-19. La crisis tuvo como efectos la pérdida de los empleos, debido a que el 75% trabajaba en la informalidad antes de la pandemia y se desempeñaba principalmente en el sector de comercio, hoteles y restaurantes.

Al perder sus medios de subsistencia, en Bogotá muchas personas fueron desalojadas de los sitios donde habitaban, como los conocidos “paga-diario”, donde deben pagar aproximadamente 20.000 pesos por estancia y otros pesos más por gastos extras por el uso de la cocina o lavadora.

Ya en condiciones previas a la pandemia era difícil para estas personas cubrir los gastos de vivienda y alimentación, no obstante, cuando llegó el virus, la situación obligó a algunas a parar en las calles. Sobre esto, un estudio realizado por varias agencias de la ONU y de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos señala que Colombia es el país con mayor número de casos en los que se le ha notificado del desalojo a los hogares encuestados con un 69,50%.

Por otro lado, de acuerdo con cifras del Grupo Intergerencial sobre Flujos Migratorios (2020), solo el 15% de los migrantes come tres veces al día y el 95% necesita ayuda alimentaria. La misma organización también precisa que el 30% no lava

sus manos en forma adecuada porque no tiene acceso a agua ni a jabón o porque no cuenta con instalaciones correctas. Estas condiciones aumentan los riesgos de contagio de la covid-19 y, por ende, la necesidad de recibir atención médica.

La sumatoria de irregularidades, condiciones de salud deficientes, dificultades de acogida en Colombia y situación de pandemia, generan un caldo de cultivo en el que la defensa del derecho a la salud de la población venezolana es tan urgente como compleja.

Recomendaciones

-Lanzar una campaña de sensibilización sobre los derechos de los migrantes dirigida tanto a población local, como venezolana.

-Establecer un componente de emergencias para atender casos críticos de manera ágil en los pasos fronterizos ilegales.

-Incidir políticamente frente al Gobierno central sobre su responsabilidad en materia de salud con los habitantes, independientemente de su nacionalidad, especialmente, para los menores de 18 años.

-Presentar informes médicos de manera confidencial a autoridades de los dos países para evidenciar el perfil epidemiológico de los migrantes.

-Establecer consultas ambulatorias para la atención prioritaria de inmigrantes, para descongestionar los servicios de salud de mayor competitividad.

-Emprender un programa de salud mental para población migrante.

-Iniciar un programa de vacunación para población migrante, en zonas rurales, población dispersa y migrantes no registrados.

- Caracterizar el perfil nutricional de los diferentes tipos de población migrante teniendo en cuenta enfoque diferencial.
- Apoyar programas de planificación familiar y distribución gratuita de métodos anticonceptivos.
- Caracterizar y registrar embarazos en adolescentes y hacer control prenatal y partos asistidos.
- Desarrollar campañas masivas de comunicación contra la xenofobia.
- Impulsar la búsqueda activa de madres gestantes y con criterios para embarazo de alto riesgo (desnutrición y embarazo adolescente). También, hacer atención prenatal gratuita.
- Realizar una búsqueda activa de pacientes con tuberculosis y en asentamientos urbanos y periurbanos con predominio de población venezolana.
- Apoyar con asistencia médica y medicamentos a los albergues temporales de migrantes.
- Proveer de los medicamentos necesarios a pacientes con VIH, malaria y otras enfermedades no cubiertas por urgencias.
- Proveer de medicamentos y tratamientos continuos a personas con enfermedades crónicas, tales como diabetes e hipertensión.
- Trazar un programa vertical de enfermedad de transmisión sexual, focalizado en trabajadoras sexuales de origen venezolano.

LA GESTIÓN DEL GOBIERNO Y LA RESPUESTA SOCIAL

Entre el 21N y el 28A

LA MOVILIZACIÓN SOCIAL NO CESA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Mauricio Torres-Tovar¹

En el mundo entero, hemos vivido un periodo social atípico producto de las circunstancias generadas por la pandemia por covid-19. Específicamente, esta impuso a la sociedad el distanciamiento físico y periodos de aislamientos-cuarentenas que han dificultado enormemente el encuentro entre las personas y este es un elemento que define la movilización social, tema que abordará este artículo; una condición que permite construir acuerdos e identidades y, a partir de, generar organización e impulsar acciones colectivas.

En Colombia, en lo que respecta a la movilización social, nos estamos moviendo entre dos momentos claves la protesta del 21 de noviembre de 2019 (21N), fecha de inicio del paro nacional de finales de ese año, y la que comenzó el 28 de abril de 2021 (28A) en respuesta a la convocatoria de un nuevo paro nacional. Pero, en ese lapso, han ocurrido otras movilizaciones por inconformidad, menores, aun con las restricciones de agrupación por confinamiento.

De una parte, la población ha expresado demandas por la supervivencia y la salud derivadas de la situación de la pandemia; de otra, por exigencias anteriores a la pandemia que están sin resolver. Y han ocurrido en un contexto continuo de represión estatal y de violencia socio-política, que paradójicamente no ha cesado en tiempos de confinamiento, continuando las amenazas, masacres y asesinatos de quienes lideran organizaciones sociales y defienden los derechos humanos.

¹ Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia y miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) y del Movimiento de Salud de los Pueblos (MSP).

Este escrito es una reflexión sobre las dinámicas de la movilización social durante la crisis por covid-19 en Colombia y hace un énfasis especial en el sector de la salud, sobre el que ha recaído en este tiempo gran parte de la responsabilidad de la atención sanitaria.

La agitación social no para

El proceso de movilización social suele caracterizarse por dinámicas de ascensos y descensos, de idas y venidas, de vueltas y revueltas. En Colombia veníamos en un proceso de ascenso muy importante de la movilización social con el paro nacional convocado en el mes de noviembre de 2019, contra el denominado “paquetazo” de Iván Duque, que logró un momento sostenido de protesta social, con el involucramiento importante de segmentos juveniles que inyectaron con entusiasmo y nuevo tipo de expresiones esta movilización.

Pero esta situación cambio dramáticamente con la inédita pandemia que abocó al mundo y que llevó al confinamiento estricto en Colombia desde el mes de marzo de 2020, que impidió la reactivación de la movilización del N21 que ya empezaba a darse.

La situación es llamativa, en tanto dado el confinamiento se esperaba que la protesta social quedara muy restringida, pero lo que evidencia su dinámica en el país en este periodo de pandemia, es que se ha sostenido (Restrepo y García, 2020).

El espectro de actores sociales involucrados en este periodo en las luchas sociales es amplio, involucrando a pobladores barriales, trabajadores formales e independientes, campesinos, indígenas, afros, estudiantes, gremios, mujeres, reclusos, migrantes, jóvenes, víctimas y población LGBTI, como lo ha evidenciado el grupo de investigación de movimientos sociales del Cinep (Restrepo y García, 2020).

En cuanto a las demandas de estas movilizaciones sociales son también amplias, que como se ha mencionado, incluyen las que venían antes de la pandemia y las que suma en aspectos socio-económicos y sanitarios. Así mismo, el repertorio de acciones ha incluido formas tradicionales de actuación, pero dado el aislamiento, ha sumado repertorios virtuales que no habían estado tan extendidos como hasta ahora.

Moviéndose para cuidar la salud de quienes la cuidan

Tal vez, el sector social que más rápido expresó su inconformidad con la situación de la pandemia, fue el de quienes trabajan en la salud. Porque tenía un enorme acumulado de demandas de varios años producto de la precarización laboral y porque al tener que atender desde el punto de vista sanitario la pandemia con condiciones de trabajo caracterizadas por frágiles medidas de bioseguridad, estas personas se expusieron a un alto riesgo de contagio (Torres-Tovar, 2020).

Este sector laboral se había congregado antes de la pandemia, en la dinámica del paro nacional 21N, alrededor de lo que denominaron organizativamente Salud en el Paro, desde donde se planteó impulsar un pacto social y político por el derecho fundamental a la salud universal, gratuita, de calidad y sin barreras. Su propuesta incluyó determinar la obligación del Estado de financiar la red pública hospitalaria y la salud pública, eliminar la intermediación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), formalizar el empleo de quienes trabajan en salud, derogar la Ley 100 y reglamentar la Ley Estatutaria de Salud (Vargas, 2020).

Luego vino la pandemia, situación que le exigió concentrarse en su atención y provocó una desaceleración de la acción colectiva que traía. Pero, al mismo tiempo, la crisis develó de manera palmaria las muy precarias condiciones laborales y de bioseguridad en que laboran quienes se dedican a la salud, lo que llevó a sus organizaciones sindicales y gremiales, a promover una gran cantidad de acciones colectivas contenciosas: mítines,

concentraciones e incluso huelgas, sumadas a un uso amplio de las redes sociales para denunciar su situación laboral y de condiciones de seguridad y salud en el trabajo (Torres-Tovar, 2021a).

A su vez, la situación de la pandemia llevó a la reactivación y renovación de formas organizativas del sector salud y entonces emergieron nuevos sindicatos y asociaciones de profesionales de la salud, se fortalecieron algunos ya existentes y se potenciaron articulaciones entre ellos.

En todo esto, hay algo novedoso: un ejercicio de seguimiento a la situación de trabajadores del sector, denominado monitoreo crítico, impulsado desde una articulación de 22 de sus gremios y sindicatos. Se hace realizado aplicando una encuesta en línea a quienes laboran tanto en el sector público como en el privado, de manera que puede hacerse seguimiento a las condiciones laborales y de seguridad y salud en el trabajo. Ha sido un instrumento valioso para mostrar y denunciar la desprotección en salud laboral, la precarización del trabajo y el exceso de carga mental sobre quienes trabajan en la salud atendiendo la pandemia; la información obtenida, a su vez, ha orientado en este periodo la agenda de lucha de estas agremiaciones (Molina-Achury, 2020).

De acuerdo con lo anterior, el sector salud se ha movilizado denunciando y exigiendo, principalmente, lo siguiente: que se paguen los salarios atrasados, se generen las adecuadas condiciones de bioseguridad en los sitios de trabajo para evitar el contagio, la enfermedad y muerte de los y las trabajadoras por covid-19 y se establezcan condiciones dignas de trabajo a partir de la formalización y estabilización laboral.

Articularse para defender la salud y la vida

Pasados seis meses desde cuando comenzó la pandemia, organizaciones del sector salud promovieron conjuntamente la conformación de una gran coalición social alrededor de lo que se ha denominado *Pacto nacional por la salud y la*

vida. Desde entonces, han surgido múltiples análisis de la dinámica de la pandemia, de las medidas gubernamentales frente a ella y de lo que ha hecho el sistema de salud ante esta crisis de salud pública.

Este Pacto, utilizando básicamente un repertorio no contencioso, ha generado múltiples ruedas de prensa, seminarios y foros de análisis, reuniones locales, regionales y nacionales y un despliegue de elementos comunicativos mediante las redes sociales. Con todo ello se quiere dar cuenta de los problemas de manejo de la pandemia y del sistema de salud.

Las demandas del Pacto se han centrado en exigirle al gobierno de Iván Duque hacer una gestión adecuada de la crisis sanitaria, lo que significa dar un manejo local de la pandemia desde los entes territoriales de salud; dejar a un lado la intervención entorpecedora de las EPS y vacunar para el covid-19, sin ningún tipo de discriminación, al conjunto de la población del país.

Otro aspecto de las demandas del Pacto fue el archivo del proyecto de reforma al sistema de salud presentado en 2020 por el ministro de Salud², destacado en las movilizaciones que empezaron el 28 de abril de 2021, que llevaron a que el 19 de mayo, ante las presiones del paro, se retirara en el Congreso de la República, por amplia mayoría. El Pacto incluía esta exigencia pues vio que su pretensión era fortalecer los intereses de los grandes sectores empresariales del aseguramiento en salud.

Desde esta instancia organizativa del Pacto, se vienen promoviendo encuentros y dinámicas de organización regional, con un objetivo: configurar colectivamente una propuesta de construcción de un sistema de salud para el país que garantice realmente el derecho a la salud.

2 Se trataba específicamente del Proyecto de Ley número 10 de 2020 en el Senado de la República y número 425 de 2020 en la Cámara de Representantes. Según sus autores, de los partidos Cambio Radical y Centro Democrático, contiene “los principios generales de lo que debe ser un proyecto de transformación del sistema de salud” (Torres-Tovar, 2021b).

Ondean trapos rojos

Volviendo sobre la manifestación general, en 2020, una forma novedosa de repertorio de protesta se generalizó rápidamente después de iniciado el confinamiento por la pandemia, comenzaron a colocarse banderas y trapos rojos en las ventanas y puertas de familias de sectores populares, principalmente, barriales-urbanos; simbólicamente su mensaje ha sido hasta hoy que en esos lugares no hay alimentos y muestra que no es cierto lo de las ayudas económicas de las que presumen el gobierno nacional y los locales, evidenciando claramente la ausencia de un real sistema de protección social para el conjunto de la población. Esto se ha presionado con repertorios contenciosos de plantones y con bloqueo de vías aledañas a los barrios afectados.

Pasados algunos meses del confinamiento, empezaron a verse protestas, principalmente con plantones y marchas, de sectores de trabajadores informales e independientes, que demandaban cesaran los aislamientos, dado que no tenían otra manera de conseguir recursos económicos para sobrevivir, que salir a trabajar.

Esas situaciones condujeron a que en la agenda del paro nacional surgiera la demanda por una renta básica universal como elemento sustancial para un sistema de protección social para toda la población: solo así puede impedirse más agravamiento de la pobreza, incrementada por la pandemia y la hambruna asociada a esta situación.

En los sectores populares se sintió, entonces, desde el inicio de la pandemia mucho descontento con las circunstancias impuestas por esa situación sanitaria; las expresiones de protesta se siguen sosteniendo y se han integrado al paro del 28A en el que se exigió primeramente y con ahínco sacar del camino a la reforma tributaria que los afectaría aún más. Esto lo consiguió la movilización que obligó al presidente Duque a retirar el proyecto que su gobierno había radicado para su debate y a también llevó a la renuncia del ministro de hacienda, principal defensor de tal reforma.

Otros sectores sociales envueltos en la movilización

Esta dinámica de movilización social en el periodo de la pandemia, ha involucrado otros sectores sociales entre lo que se encuentra el de la educación, que ha sumado a profesoras/es, madres y padres de familia y a estudiantes.

Producto de la movilización que comenzaron el 28N, el presidente Duque y la ministra de Educación anunciaron gratuidad en el segundo semestre de 2021 para los estudiantes de educación superior pública de estratos 1, 2 y 3. La matrícula cero para educación superior ha sido una de las reivindicaciones del sector de la educación, uno de los más activos en las movilizaciones durante la pandemia. El estudiantado ha exigido desde el comienzo, junto a este aspecto, garantía del derecho a la educación y condiciones tecnológicas y de conectividad para recibir las clases de manera virtual. Esa concesión, la hizo el gobierno también presionado por las protestas.

En el sector educativo han actuado también el profesorado y madres y padres de familia. El primero, con sus sindicatos ha demandado condiciones de bioseguridad en las instituciones educativas para garantizar el retorno presencial alterno y también que todo el grupo de educadores reciba prioritariamente la vacuna para la covid-19.

Otro sector que ha mantenido su dinámica de protesta y movilización social en este periodo, ha sido el movimiento indígena, a través de las mingas, en las que ha articulado y con las que ha sumado al campesinado de algunas regiones y a comunidades afrocolombianas. Se activó en el mes de octubre de 2020 e hizo un largo recorrido desde el departamento de Cauca, hasta Bogotá y tuvo un notable respaldo social a su paso por distintos lugares. Su propósito fue reunirse con el presidente Duque para discutir aspectos de sus demandas sociales, en especial, exigir que se contuviera la violencia intensificada en el tiempo de pandemia en la región del

Cauca. Sin duda, la minga indígena volvió a dar ascenso a la movilización social en el país en el periodo pandémico³.

Por su lado, se puede decir de manera general que el movimiento sindical, aunque no se paralizó, ni calló, su capacidad de movilización e incidencia en este periodo pandémico se vio mermado, con lo cual poco incidió en la orientación de las medidas de salud pública y de protecciones sociales para el enfrentamiento adecuado de la pandemia (Luna-García y Torres-Tovar, 2020). Ya en el marco del 28A se da una reactivación importante del llamado comando nacional de paro creado en noviembre de 2019, en el que el movimiento sindical tiene presencia importante.

Cabe destacar que en este periodo los diversos sectores sociales involucrados en la movilización social, dado el confinamiento, innovaron el desarrollo de repertorios de acción a través de las redes sociales para denunciar, hacer análisis y propuestas. Igualmente, se estimuló ampliamente el desarrollo de cacerolazos en este periodo, pero con mayor despliegue, a diferencia del que tuvo en el marco del 21N, pero que vuelve y se realiza ampliamente en el marco del 28A. De alguna manera el cacerolazo es una expresión, junto a las consignas, del continuum de movilización entre el 21N y el 28A.

Revuelta popular y estallidos sociales

No se puede dejar de mencionar, que en el marco de estas movilizaciones sociales, se han producido condiciones que se pueden establecer como estallidos sociales, entendidos como protestas amplias de ciertos sectores sociales, principalmente populares, que salen a la calle masivamente, como expresión del agotamiento frente a la historia de despojo, pobreza, humillación, falta de oportunidades, sufrimiento, abusos y represiones a que se ven sometidos cotidianamente.

3 La Minga confrontó con su acción y con los resultados de su acción el argumento de que no debía hacerse la movilización dado el peligro de contagio y expansión de la pandemia; eso no sucedió entre este grupo poblacional, situación que indica, entonces, un manejo adecuado de la pandemia por parte de las comunidades indígenas con las medidas preventivas que toman a partir de sus propios saberes y medicina ancestrales.

Estos estallidos sociales en este periodo claramente han ocurrido, de un lado en Bogotá en el mes de septiembre, con el asesinato cometido por la policía nacional del estudiante de derecho Javier Ordoñez, que hizo volcar a la calle a miles de jóvenes que son el grupo poblacional más maltratado por la policía, pero tuvo una muy fuerte represión policial que llevó al asesinato de 11 personas (Jiménez, 2020).

Ya en el marco del paro nacional del 28A, desencadenado en gran medida por la propuesta del gobierno nacional de una nueva reforma tributaria que la planteó como la necesaria salida a la crisis económica intensificada por la pandemia, se ha dado una movilización muy sostenida en los sectores populares de varias ciudades del país, en especial en Cali, con tintes de estallido social dada la acumulación histórica de pobreza y marginación que sufren, pero sobre la cual vuelve y ocurre un manejo reiterado y sistemático de represión policial, que le ha costado la vida a más de 30 personas en todo el país, principalmente jóvenes.

Retos actuales para la movilización social en Colombia

Sin duda la movilización social en Colombia ha sufrido desaceleración producto de las medidas sociales de aislamiento que se han tomado para enfrentar la pandemia por covid-19, pero no se ha detenido, ha incorporado nuevos repertorios y nuevas demandas.

Dada la reactivación del paro nacional con el 28A, se puede hablar de que hay un continuum en esta dinámica de movilización y que hoy se ha retomado con ímpetu y se ha atribuido un conjunto de triunfos en su lucha, con el retiro que el gobierno nacional hizo del proyecto de reforma tributaria, la renuncia del ministro de hacienda y la salida de la Canciller, el archivo del proyecto de la reforma al sistema de salud, el compromiso de gratuidad en el segundo semestre de 2021 para la educación superior pública y el avance en la disputa simbólica y cultural, expresada en la tumbada de estatuas, el renombres de calles, puentes, plazas, portales de transporte, entre otros asuntos.

Así mismo, hay que destacar como un triunfo de la movilización del 28A el avance organizativo dado desde las denominadas primeras líneas, así como por las diversas formas organizativas de solidaridad que nacieron, entre ellas en el tema de salud, como por ejemplo las redes populares de primeros auxilios.

Pero es claro para la protesta social que lo sustancial no se ha alcanzado y por eso se sostiene la movilización, exigiendo un conjunto de medidas que van más allá del retiro del proyecto de reforma tributaria, que incluyen aspectos de salud, educación, renta básica, cumplimiento de los acuerdos de La Habana, entre otros aspectos.

Se requiere reconocer la diversidad de la movilización social, su presencia en muchos territorios del país, el involucramiento de múltiples sectores sociales, por lo cual su liderazgo, muy necesario para encaminar toda la energía social desencadenada, debe ser amplio, generoso, no particular, no gremialista, no partidario, para que este continuum de movilización que viene dándose como un ciclo de protesta desde el 2019, logre radicalmente sus propósitos.

Hoy el gran reto es que la movilización social pueda ser sostenida, que fortalezca los procesos de dialogo y acuerdos entre los sectores sociales, que en este proceso se fortalezcan las diversas formas organizativas, que se logre consolidar una agenda social nacional común y que se avance hasta que esta se logre, lo que debe permitir abrir una posibilidad de cambios reales, que ayuden a resolver el drama y sufrimiento sociales de millones de personas y que permita superar esta crisis profunda en que está sumergido el país. Hoy se siente que la movilización social es una posibilidad real de cambio, no se puede desaprovechar esta oportunidad histórica, para que efectivamente Colombia logre ir por una senda de justicia social y paz, con garantía del amplio concepto de la salud como derecho humano.

Adendum: movilización social y pandemia

Un aspecto adicional debatido de la movilización social que se ha dado en Colombia, en un contexto de pandemia, es el que se le ha pretendido atribuir a ésta la responsabilidad del llamado tercer pico, que ha implicado llegar a un contagio diario cercano a treinta mil personas y la muerte de cerca de seiscientas.

Este debate entre movilización y pandemia ha tenido dos momentos. El primero, utilizar como argumento lo inadecuado de movilizarse por la posibilidad de contagio, para evitar que se diera. El segundo, dado que, a pesar de la dinámica epidemiológica de la pandemia la movilización no se contuvo, entonces atribuirle la responsabilidad del tercer pico.

Atribuirle a la movilización social la responsabilidad exclusiva del tercer pico de la pandemia es simplemente un uso político de ella para desacreditarla. Antes del 28A el tercer pico ya había iniciado, muy ligado a la movilidad social presionada en gran parte por los sectores empresariales y también por la necesidad de la gente de rebuscarse en el día a día la sobrevivencia, en un contexto donde más del 60% de la población laboral es del sector informal. No hay evidencia para culpar al paro nacional de esta situación, mucho menos cuando el curso epidemiológico de una pandemia es multidimensional (Mejía, 2021).

Referencias bibliográficas

- Jiménez, M. (2020, 30 de noviembre). La protesta sigue a pesar de la COVID-19. *Razón Pública*. Consultado en <https://razonpublica.com/la-protesta-sigue-pesar-la-covid-19/>
- Luna-García, J. E. y Torres-Tovar, M. (2020). A Pandemia da covid-19 e o mundo do trabalho: um olhar a partir dos setores subalternos. *Laboreal*, 16(2).

- Mejía, I. (2021, 16 de junio). No hay suficiente evidencia para culpar al paro nacional por las muertes del tercer pico. *La Silla Vacía*. Consultado en <https://lasillavacia.com/historias/silla-nacional/no-hay-suficiente-evidencia-para-culpar-al-paro-por-las-muertes-del-tercer-pico/>
- Molina-Achury, N. (2020, 20 de agosto). El COVID-19 y el sector salud: desprotección, precarización laboral y exceso de carga mental. *UN Periódico Digital*. Consultado en <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/el-covid-19-y-el-sector-salud-desproteccion-precarizacion-laboral-y-exceso-de-carga-mental/>
- Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado - 425 de 2020 Cámara. Derecho fundamental a la salud. “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del sistema general de seguridad social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud”. Consultado en <https://www.camara.gov.co/derecho-fundamental-a-la-salud-1>
- Restrepo, A. y García, M. (2020). ¡A quejarse al mono de la pila! Protestas en época de pandemia en Colombia. *Cien Días*. Edición 100 Consultado en <https://www.revistaciendiascinep.com/home/a-quejarse-al-mono-de-la-pila-protestas-en-epoca-de-pandemia-en-colombia/>
- Torres-Tovar, M. (2020, 28 de marzo). Se debe cuidar la salud de los que cuidan la salud. *Semanario Virtual Caja de Herramientas*. Consultado en <https://viva.org.co/cajavirtual/svc0675/articulo13.html>
- Torres-Tovar, M. (2021a). COVID-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. En Carolina Tetelboin Henrion,

Daisy Iturrieta Henríquez y Clara Schor-Landman (Eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia* (pp. 291-308). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.

Torres-Tovar, M. (2021b, 26 de marzo). Otra reforma más en salud ¿al servicio de quién? Momento Médico, Asociación Médica Sindical de Colombia, *Asmedas, Antioquia*. Consultado en <https://asmedasantioquia.org/2021/03/26/otra-reforma-mas-en-salud-al-servicio-de-quien/>

Vargas, C. (2020, 24 de noviembre). Situación de los trabajadores de salud, un año después del 21N de 2019. desde abajo. Consultado en <https://www.desdeabajo.info/colombia/item/41082-situacion-de-los-trabajadores-de-salud-un-ano-despues-del-21n-de-2019.html>

PANDEMIA Y POBREZA

Gabriel Cifuentes Ghidini⁴

En febrero de 2021, se conocieron los resultados de la séptima ronda de la encuesta Pulso Social, publicada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE, 2021). Esa encuesta se adelanta cada mes y cuenta con la participación de 15.000 personas encuestadas (jefes de hogar o cónyuges) y se hace en las 23 principales ciudades y áreas metropolitanas del país tenía como objetivo medir los “indicadores periódicos de percepción sobre el comportamiento de la economía, el bienestar subjetivo y las redes de apoyo y confianza” para saber la forma en la que los hogares colombianos de las áreas urbanas se están sintiendo y los problemas con los que se están enfrentando en el día a día”, en particular, durante la pandemia.

Son cinco los indicadores de condiciones sociales, económicas y de bienestar medidos en cada ronda: la confianza del consumidor, bienestar subjetivo, redes de apoyo de los hogares, bienestar de los hogares en los que hay niñas, niños y adolescentes, conocimiento y acceso a las políticas nacionales y locales de apoyo a los hogares. Prácticamente todos muestran un empeoramiento de la situación de las personas en Colombia.

La gente siente menos confianza en la economía, en su capacidad de compra y, más preocupante aún, no solo que se encuentra mucho peor que hace un año, sino que no tiene esperanzas de que su situación vaya a mejorar en el corto y mediano plazo.

⁴ Abogado y magister en derecho de la Universidad de Los Andes. Exsecretario de transparencia y profesor universitario.

A continuación, traigo algunos de estos datos que demuestran cómo las medidas tomadas por el Gobierno nacional no han sido conducentes ni para mejorar la calidad de vida de las personas, ni para generar la suficiente confianza en medio de la pandemia de la covid-19.

El índice de confianza del consumidor es un indicador muy importante porque puede dar cuenta del comportamiento de las personas al momento de adquirir bienes y servicios. En otras palabras, si la confianza baja, inevitablemente se reducen las compras y, por ende, se contraerá el mercado de consumo. Esto tiene un impacto negativo para la economía y para el consumo en general de los hogares.

Desde agosto de 2020 hasta enero de 2021 hubo una disminución importante en la confianza del consumidor, de un 34,4% a un 31,9%, siendo las mujeres las más afectadas. En el total de hogares, el 65% considera que su situación es peor o mucho peor comparada con la de hace un año. Solo el 31% señala que su situación sigue igual y un escaso 2%, que ha mejorado. Las ciudades que más resienten el empeoramiento son Neiva, Cartagena, Cúcuta y Valledupar.

A su vez, el 45 % siente que su situación actual será mejor, mientras que el 17% considera que empeorará en el próximo año. Este es un panorama desolador, pues únicamente una tercera parte de los consultados se sentía optimista frente a su futuro económico. Ahora bien, a eso se suma que la confianza frente al futuro decayó entre septiembre y enero. Cada mes registró una caída con respecto al optimismo de quienes consideran que la situación en 2022 será mejor que la presente.

En ciudades como Bucaramanga, Santa Marta, Florencia y Armenia, más del 97% de los encuestados considera que la situación del país es hoy mucho peor que la que se vivía hace 12 meses. El 69% declara que, comparado con hace un año, hoy no tienen la misma capacidad de comprar ropa, zapatos y alimentos.

Los hogares más afectados por la disminución en la capacidad de compra son los constituidos por cuatro o más personas, en los que ese último porcentaje supera el 76%. Hoy, la gente, en términos generales, no solo se siente más pobre, tiene menos esperanzas frente a su situación, sino que efectivamente ha visto reducida su capacidad de comprar elementos básicos para su hogar.

El 86% de las personas encuestadas declaró que, en comparación con el año anterior, no se encuentran en capacidad de adquirir bienes como neveras, televisores, muebles y cualquier electrodoméstico. Esto, sin lugar a dudas, además de afectar la calidad de vida de los colombianos, tiene un efecto devastador en el pequeño y gran comercio.

Otro sector altamente afectado, según estos resultados, es el comercio. Únicamente, el 8% de los encuestados considera que podrá salir de vacaciones. Se debe también entonces mirar qué efectos tendrá en el sector de la hotelería y el sector gastronómico, así como considerar el impacto en la salud mental de los colombianos después de más de 14 meses de encierro.

La capacidad de ahorro se ha visto igualmente disminuida. Solo el 10% declara que podrá hacer algún ahorro, mientras que el 19% señala que no tiene ingresos. Del total bajo estudio, el 48% considera que dicha situación se mantendrá igual, mientras que el 29% considera que será peor o mucho peor a la actual. Esa falta de ahorro, como consecuencia en un aumento sensible del desempleo, también se ve reflejada en el estudio. El 56% considera que el empleo disminuirá en alguna medida.

Toda esta situación se suma a la inmensa preocupación que genera la covid-19. En enero, cuando no se había aún llegado al segundo pico, el 71% de la población se sentía preocupada o muy preocupada por la pandemia y por el miedo al contagio. Hoy, que ya superamos la barrera de los 70.000 decesos y que el plan de vacunación ha demostrado no ser tan eficaz

como se pretendió mostrar en los primeros meses del año, es probable que esta preocupación sea mayor.

A pesar de la gran preocupación existente, únicamente el 65 % de las personas encuestadas estaba dispuesto a vacunarse. Es posible que, después de las campañas que han venido adelantando el Gobierno y sumado al ingente esfuerzo de algunas organizaciones de la sociedad civil, esa cifra sea mayor.

Sin embargo, es preocupante que mucha gente aún tenga temor frente a la vacuna y dudas frente a la posibilidad de recibir el biológico. El 62% de los encuestados cree que la vacuna puede tener algún efecto adverso, mientras que el 16% pone en duda su efectividad.

Es preciso señalar también que las medidas adoptadas por los gobiernos, tanto el nacional como los locales, han tenido un impacto en los hogares. El aislamiento generó una sobrecarga de tareas domésticas, en especial, para las mujeres.

En ciudades como Sincelejo o Popayán, más del 50% de las mujeres encuestadas declaró que se sentía sobrecargado con las tareas del hogar, lo que, en muchas ocasiones se suma a sus cargas laborales. La encuesta demuestra cómo, en alguna medida, se dejó de tener acceso a guarderías, personas cuidadoras o apoyo familiar y eso ha podido contribuir a la sobrecarga en las tareas domésticas.

Finalmente, no se puede tampoco desconocer que más del 60% de los decesos por covid-19 se ha producido en los estratos 1 y 2, en los que se concentra la mayor cantidad de ciudadanos. Las personas con más pobreza son las que, en mayor número, se han contagiado y fallecido durante la pandemia.

Hay varias razones que explican lo anterior. Por lo general, las personas con menos ingresos son las que no pueden teletrabajar sino que deben salir a buscar sus ingresos económicos y, por ende, se ven expuestas a mayores riesgos de contagio. De otra parte, en los estratos 1 y 2 es en los que se concentran las

actividades informales, lo que obliga a mucha gente a salir por el rebusque diario en lugares de alto riesgo, sea por las aglomeraciones o por la falta de medidas de bioseguridad.

En los hogares pobres se ha visto, también, una afectación importante en términos de desempleo. Sin trabajo y sin ingresos la calidad de vida, la nutrición, la salud mental y la capacidad de respuesta inmunológica frente a la enfermedad, pueden tener mayor incidencia.

Las ayudas por el llamado ingreso solidario y las demás asistencias prestadas por las administraciones locales son insuficientes. Muchos sectores han demandado una renta básica extraordinaria que permita a la gente quedarse en casa, no salir a las calles a buscar su subsistencia.

Desafortunadamente, las brechas sociales se han convertido en esta pandemia en brechas sanitarias y han desnudando el hecho de que las inequidades del sistema tienen efectos sobre la vida y la muerte de las personas.

Lo que demuestran varios estudios, como la encuesta Pulso Social del DANE, dan cuenta de que la sociedad en su conjunto se ha empobrecido, ha perdido la esperanza en su futuro cercano.

Eso, sin lugar a dudas, ha tenido un mayor impacto en las clases más vulnerables que históricamente han tenido menor acceso a la garantía de sus derechos. La pandemia ha sido particularmente cruda con los más pobres y el Gobierno nacional no ha estado a la altura para mitigar sus efectos. No solo la covid-19 nos ha empobrecido como sociedad, sino que ha destapado el riesgo de ser pobre en Colombia.

Referencia bibliográfica

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dane.(2021, 25 de febrero). *Encuesta Pulso Social. Resultados – séptima ronda (enero de 2021)*. Consultado en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pulso-social/presentacion-pulso-social-enero-2021.pdf>

TRATADOS DE LIBRE COMERCIO Y SALUD EN COLOMBIA

Gina Rojas Fernández⁵

La pandemia de covid-19 vino a demostrar que, en salud, el “libre mercado” no es respuesta para la crisis. La escasez de jeringas, de concentradores y balas de oxígeno, de medicamentos esenciales para el manejo de pacientes en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y hasta de solidaridad de los países ricos para liberar la patente de las vacunas nos ponen a pensar en la necesidad de reevaluar la política exterior de nuestro país, Colombia; específicamente, lo concerniente a los TLC o tratados de libre comercio.

En esencia, estos tratados fomentan la privatización de los servicios esenciales del Estado, entre ellos, el de salud, de manera que socavan la capacidad del mismo de atender a la población de manera centralizada y masiva; ha quedado claro que la gestión por iniciativa privada y con ánimo de lucro atiende, en el mejor de los casos, a una parte de la población, la que tiene los recursos para adquirir los servicios.

A quienes no cubre esa gestión es a los millones de personas que pertenecen al sector informal o que están desempleados –entre los que ocupan un lugar prominente las mujeres, los pueblos originarios y los afrodescendientes –, justamente los más vulnerables, más aún durante la pandemia. El Estado, debilitado, sin normativas y recursos financieros que permitan subsidiar a los sectores desfavorecidos o a sectores estratégicos de la producción, ha tenido que improvisar (Internacional de servicios públicos. 2020, p. 11).

⁵ Médica especialista en economía y gestión de la salud, activista por el derecho a la salud, Coordinadora Dignidad Médica Bogotá.

A esto se suma que la estructura tributaria, dirigida a favorecer a los grandes inversionistas extranjeros, ha empobrecido la capacidad de recaudo del Estado. La creencia de que la disminución de los impuestos a los superricos facilitaría la inversión –y con ella, la generación de empleo – y así se irrigaría la riqueza al conjunto de la sociedad no condujo a los resultados prometidos. Y la principal fuente de recaudo –que han sido los impuestos indirectos al consumo– se ve fuertemente debilitada por las restricciones al consumo, producto del desempleo.

Este último enfoque está determinado en los TLC, en especial, en los capítulos de inversión. Allí se da toda clase de garantías a la inversión extranjera por sobre la nacional y se desconoce el hecho de que, ante las limitaciones de los mercados internos, la lógica de la inversión extranjera está ligada a las variaciones del mercado internacional y no a las necesidades de la población local. En estas condiciones, los Estados enfrentan déficits presupuestales, creciente endeudamiento y poco margen de acción para hacer un fuerte incremento del gasto público.

Es previsible, además, que, en medio de la crisis, se relajen y flexibilicen los controles ambientales y laborales para la inversión extranjera.

En lugar de todo lo anterior y dadas las circunstancias que trae la pandemia, los flujos de inversión, en especial los más afectados por la crisis, deberían tener criterios adicionales de ganancia: localización, necesidades nacionales y otras. Pero, en los TLC se considera que estos criterios atentan contra los derechos de los grandes inversionistas (Internacional de servicios públicos, 2020, p. 10).

Sí. Los TLC impiden ese tipo de políticas, pero, en la práctica, la crisis ha mostrado que ellos han perdido toda vigencia y aplicabilidad. Los gobiernos se han visto obligados a hacer inyecciones a las empresas –rescatando algunas– y a proveer servicios públicos, medidas que, de mantenerse después de la pandemia, podrían calificarse como violaciones a la libre

competencia de acuerdo con lo establecido en los tratados (Internacional de servicios públicos, 2020, p. 11).

Son varios los aspectos del adecuado manejo de la salud que se ven afectados por los TLC. En este artículo hablaremos de lo que sucede con los precios de los medicamentos, de los dispositivos médicos y de las tecnologías en salud.

Los determinantes de los precios

Para comprender la dinámica que se da alrededor de los precios de los medicamentos, de los dispositivos médicos y de las tecnologías en salud, es necesario partir de un hecho: con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, el objetivo principal de la salud dejó de ser garantizar la rentabilidad social y pasó a ser asegurar la rentabilidad financiera.

Eso ha sucedido en la mayoría de países de América Latina: los mecanismos del mercado introducidos en las reformas de salud en el último cuarto de siglo han transformado los servicios de salud en favor del mercado financiero transnacional, han generado inequidad, ineficiencia, corrupción, desequilibrio financiero del sistema de salud y han malogrado las condiciones de salud de la población (Franco-Giraldo, 2014, p. 95).

Puesto que el costo de los medicamentos e insumos ocupa un porcentaje importante del gasto en salud, se hace necesario retomar lo que dijo Keneth Arrow con respecto a los servicios médicos: estos no se pueden someter a precios, ni a la ley de oferta y demanda (Arrow, 1963, p. 347). Sin embargo, los defensores de los TLC en Colombia han apelado a los artículos 333 y 336 de la Constitución Política, que protegen la libertad económica (el mercado) y declaran como un derecho económico la libre competencia entre empresas.

De igual manera, dichos defensores vienen exigiendo que el Estado, por medio del Ministerio de Comercio Exterior, garantice que no se viole ninguno de los artículos establecidos

en los TLC firmados previamente con otros países. De esa manera, establecen una inmensa traba a la intención de regular el precio de los medicamentos, insumos, dispositivos médicos y nuevas tecnologías provenientes del extranjero.

Si el Estado colombiano negociara en forma directa con las empresas farmacéuticas extranjeras, lograría reducir los precios de lo que se importa en materia de elementos para la salud. Podría hacerse una compra centralizada de los insumos mencionados, así como sucede en España, aunque sean países con economías y legislaciones diferentes (Arroyo, 2020), para disminuir ostensiblemente los costos al sistema, hacerlo más eficiente y sostenible y lograr ahorros que nunca se han visto desde que comenzó a implementarse la Ley 100.

Ahora bien. Para centralizar la compra de dichos insumos, se requiere, precisamente, dejar por fuera del mercado todos los medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías en salud que sean de uso institucional o formulados dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como lo plantea Arrow; eso implica, claramente, cambiar el modelo actual de salud centrado en el negocio (que impide garantizar el derecho a la salud), por uno público, gratuito en la prestación, universal, que fortalezca la atención primaria en salud y que permita al Ministerio del ramo ejercer la autoridad sanitaria.

Es preciso, también, implementar políticas que permitan aumentar la inversión en ciencia y tecnología y desburocratizar la asignación de licencias para la fabricación nacional de lo que demanda la salud (en Colombia, es más fácil conseguir licencias para importar medicamentos, insumos y tecnologías que para fabricarlos localmente. Véase Gossain, 2019). Hacerlo permitiría alcanzar la producción local con precios justos y, en consecuencia, tener un gran ahorro en el presupuesto en salud.

Esfuerzos de regulación, aunque insuficientes

Partamos de la base de que *el acceso universal* a medicamentos, insumos y tecnologías en salud debe primar sobre cualquier otro tipo de consideración. Mientras ocurren los cambios mencionados en los párrafos anteriores, para adquirir esos elementos en el contexto del libre mercado y de la política exterior actual que tiene Colombia, el tema de las patentes, el de la propiedad intelectual y el relacionado con la privacidad de la información deben negociarse con un sentido eminentemente social, de manera que se releguen a un segundo plano los aspectos comerciales (Malagón, 2004); claramente, se trata de un tema de voluntad política y de un modelo de gobierno, pues, por ejemplo, el expresidente Rafael Correa durante su mandato en el Ecuador si pudo lograrlo esa perspectiva con los medicamentos genéricos y con algunos insumos médicos,.

Con respecto a los medicamentos, Colombia, durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez, obtuvo el deshonroso título mundial del país con los medicamentos más costosos. Con ello, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que son parte del modelo de negocio de la Ley 100, consiguieron que sus recobros al gobierno fueran cada vez más altos: un verdadero dolor de cabeza para las finanzas públicas.

Por esa razón, se hicieron esfuerzos para regular los precios de dichos medicamentos. En 2010, comenzó el proceso que condujo, primero, a la formulación, en 2012 del Documento Conpes 155 sobre *Política Farmacéutica Nacional* (DNP, Minsalud e Invima, 2012), que llevó a promover la competencia en el mercado. Dado su principio general, se observó que la tendencia fue hacer regulación solo cuando se encontraran distorsiones de mercado (análisis puntuales de detección de precios elevados por estrategias de mercadeo, redefinición de agrupaciones en valores máximos de recobro por su efecto distorsionador del precio y medicamentos objeto de consulta y quejas del ciudadano).

Luego, en ese mismo camino, en 2013, el Ministerio de Salud produjo la Circular 03 (Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, 2013), que dio la clave para regular los precios de los medicamentos de interés público. En esa circular, los precios se compararon contra los principios activos, se estableció el cálculo del Precio de Referencia por Comparación Internacional (PRI) para un mercado relevante y de este, el percentil 25 se estableció como el precio máximo de venta. Sin embargo, estos esfuerzos han sido insuficientes.

En Colombia, cuando se comparan precios entre medicamentos genéricos y comerciales, la diferencia es astronómica: se presentaron diferencias de más de 60 veces el valor de su genérico equivalente y de más de 220 veces el precio de referencia internacional (Ifarma y AIS, 2009, p. 99). Los precios de los equivalentes genéricos de menor precio son cerca de tres veces los precios internacionales de referencia utilizados. Esto puede tener varias explicaciones.

En primer lugar, que los precios de referencia son de compra, ofrecidos por proveedores con o sin ánimo de lucro a por agencias internacionales sin ánimo de lucro para productos genéricos (Ifarma y AIS, 2009, p. 25). Estas agencias venden, normalmente en cantidades a granel, a gobiernos o grandes organizaciones no gubernamentales (ONG) y, por tanto, ofrecen precios relativamente bajos y representan compras eficaces (a granel), sin costos de envío, impuestos nacionales o seguros.

En segundo lugar, la diferencia de precios puede explicarse por los márgenes de intermediación de los diferentes actores de la cadena. La parte del estudio correspondiente a componentes de precio evidenció que ese margen varía considerablemente y que para el caso de las ventas al detal puede estar entre el 50 % y el 490 % para la farmacia minorista. Los de marca original son 17 veces más costosos que los precios de los medicamentos genéricos internacionales de referencia (diferencia explicada en parte porque la comparación se hace con precios de Management

Sciences for Health, MSH, que son a granel y sin impuestos) y entre cinco y siete veces el precio de los equivalentes genéricos de menor precio.

La gran diferencia entre medicamentos de marca y equivalentes genéricos evidencia un problema de regulación de los precios de los primeros: si bien puede ser una estrategia de mercado en el que solo un segmento con capacidad económica adquiriría los medicamentos originales de marca, también puede estar influyendo, en muchos casos (que será necesario detectar en otros estudios), el efecto de la publicidad que posiciona un medicamento y logra que las personas que lo requieren, independientemente de su capacidad de pago, lo adquieran a estos elevados precios aunque haya alternativas equivalentes mucho más económicas (Ifarma y AIS, 2009, p. 26).

Propuestas

Hemos visto que los TLC y la misma Constitución Política se constituyen en impedimentos para disminuir costos en la adquisición de los insumos necesarios para la atención sanitaria. Sin embargo, también la falta de producción local nos lleva a depender de los mercados internacionales, de manera que se constituye un enorme riesgo de desabastecimiento, como lo hemos podido experimentar durante el desarrollo de la actual pandemia de covid-19.

El gasto que hace el SGSSS en medicamentos tiene varios pasos: fabricación, importación, industria farmacéutica, operador logístico, facturación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a las EPS y recobro a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), en donde se da el último paso en la cadena. ¿Por qué en Colombia no se obvia la intermediación del operador logístico y se compra directamente a la industria farmacéutica para evitar los sobrecostos innecesarios que perpetúan el desfalco del SGSSS y el círculo vicioso de la corrupción?

Este y muchos otros interrogantes tienen respuesta en el cambio de las políticas públicas y el modelo de salud. Mientras esta se siga considerando como una oportunidad de negocio y su rentabilidad se siga construyendo sobre lógicas financieras en vez de sociales, los TLC seguirán siendo la puerta de entrada, incluso, para que los conglomerados internacionales se apoderen de todo el mercado de la salud. Algunas propuestas que me permito hacer son:

- Cambiar el modelo de salud. Esto es una necesidad apremiante en nuestro país, que se acaben los negocios con la salud. Avancemos en la construcción de un nuevo sistema que, a partir de la reglamentación de la ley estatutaria o 1751 logre garantizar verdaderamente el derecho a la salud.
- Incentivar la industria química nacional: es clave. Así se pueden proveer los materiales e insumos que nos permitirían producir medicamentos en el país, igual que sus empaques.
- Controlar los precios de venta al público de los medicamentos y dispositivos médicos: de esa manera se pueden parar los abusos que la libre competencia permite sucedan todos los días.
- Incluir disposiciones en la política de precios de medicamentos que limiten el precio de las marcas comerciales.
- Facilitar el sistema de licencias para la producción nacional de medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías en salud.
- Aumentar la inversión (presupuesto) en ciencia y tecnología.
- Desburocratizar la asignación de licencias para la fabricación nacional de los medicamentos, dispositivos médicos y las tecnologías en salud.

Referencias bibliográficas

- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, *LIII*(5), 347–375. Consultado en <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-214850-7.50028-0>
- Arroyo, J. (2020, 11 de febrero). El Gobierno aprueba la compra centralizada de medicamentos por 391 millones. *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-gobierno-aprueba-la-compra-centralizada-de-medicamentos-por-391-millones-6272#:~:text=El%20Consejo%20de%20Ministros%20ha,la%20adquisici%C3%B3n%20de%20principios%20activos.>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991, 6 julio). *Constitución Política de Colombia*. https://www.senado.gov.co/images/Archivospdf/elsenado/Normatividad/constitucion_politica.pdf
- Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. (2013, 21 de mayo). Circular No. 03. Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional. Consultado en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20Conjunta%200003%20de%202013.pdf
- Departamento Nacional de Planeación, DNP; Ministerio de Salud y Protección Social, Minsalud, e Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima. (2012, 1° de junio). Documento Conpes Social 155. Política Farmacéutica Nacional Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/Políticas%20Farmaceuticas/Pol%C3%ADtica%20farmac%C3%A9utica/Documentos%20soporte/23042012%20CONPES%20POLIITCA%20FARMACEUTICA%20PROYECTO.pdf>
- Franco-Giraldo A. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *32*, 95–107. Consultado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a11.pdf>

- Fundación Ifarma y AIS Latinoamérica & Caribe. (2009, 7 de abril). *Precio, disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y componentes del precio en Colombia*. Informe de una encuesta realizada en Octubre 2008 - Febrero 2009. Consultado en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Colombia%20FINAL%20report%2005%2008%2009.pdf>
- Gossain, J. (2019, 5 septiembre). La verdad completa: ¿por qué son tan caras las medicinas en Colombia? *El Tiempo*. Consultado en <https://www.eltiempo.com/salud/por-que-son-tan-caras-las-medicinas-en-colombia-408866>
- Malagón, G. (2004). Editorial. La salud y el Tratado de Libre Comercio (TLC). *Revista Medicina*, 26(66). Academia Nacional de Medicina.- Consultado en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedia/va-66/academ26366editorial/>

LAS FALENCIAS DEL PLAN DE VACUNACIÓN EN COLOMBIA

Carolina Corcho Mejía⁶

Para el 26 de mayo de 2021, en Colombia se habían aplicado 8 millones 842 mil 360 dosis de vacunas para el covid-17, con segundas dosis, 3 millones 195 mil 848 de ciudadanos y ciudadanas han sido inmunizadas, según Our World in Data (s. f.). Para la fecha, si comparamos la vacunación de Colombia con la de seis países latinoamericanos (Argentina, Chile, Ecuador, El Salvador, Bolivia, Brasil), el país solo aventajaba en vacunación a Ecuador y a Bolivia.

Se debe tener en cuenta que Colombia supera en mortalidad por 100 mil y por millón de habitantes a estos dos países y que tiene un subregistro de mortalidad, si se comparan los datos del Instituto Nacional de Salud (INS) y los del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

El DANE mostró a finales de abril en su informe de exceso de mortalidad que para la semana comprendida entre el lunes 5 y el domingo 11 de abril hubo 70.848 fallecimientos confirmados por covid-19 y 16.464 sospechosos, lo que supone que para esa fecha ya habría 87 mil fallecimientos; en contraste, el Ministerio de Salud reportó que para el 26 de mayo, un mes y medio después, habría 86.180 fallecimientos. Si seguimos las cifras del DANE, en mayo de 2021, Colombia ya superó los 100 mil fallecimientos por covid-19.

Se debe insistir en que muchas de estas muertes eran evitables mediante políticas de salud pública que permiten evitar estos desenlaces fatales. En ese contexto, el país tiene

⁶ Médica psiquiatra, presidenta de la Corporación Latinoamericana Sur y vicepresidenta de la Federación Médica Colombiana.

las mortalidades por millón de habitantes más altas del mundo. Lo que implicaría que los esfuerzos para acelerar el proceso de vacunación tendrían que ser superiores a los de cualquier país latinoamericano, de manera que pudiera contenerse la avanzada del virus.

Pero no ha sido así. Solo hasta mayo de 2021, casi cuatro meses después de haber iniciado la vacunación, se alcanzó el número de aplicación de dosis que se requería haber logrado desde el primer mes: 230 mil diarias, aproximadamente, y nada garantiza que se vaya a mantener este ritmo y sea estable.

El plan de vacunación que presentó el Ministerio de Salud presentó desde el principio enormes fallas; esa autoridad desoyó las recomendaciones de la sociedad civil y de expertos, lo que generó un conjunto de barreras de acceso que hubieran podido evitarse. El primer error fue concebir un plan que no tenía ni siquiera un cronograma, porque nunca publicaron el cronograma proyectado de los acuerdos establecidos con las transnacionales farmacéuticas. Fueron obligadas a publicarlos por un fallo de tutela concedido por el Tribunal de Cundinamarca al Instituto de Transparencia que ha estado haciendo esta legítima solicitud desde 2020 con diversas organizaciones de la sociedad civil. Pero desde la publicación del plan, nadie sabe en Colombia, ni siquiera las autoridades sanitarias locales, cuál sería ese cronograma, que es un elemento básico de cualquier medida que se denomine “plan”.

El segundo error, que también se pudo evitar, es insistir en otorgarles un papel a las Entidades Promotoras de Salud, las EPS en el proceso de vacunación, sin que fuera necesario. Esto derivó en que se burocratizó la dinámica y se enredó en varias partes del país con listados incompletos de estas instituciones para citar a la ciudadanía a aplicarse la dosis, la no identificación de sus propias poblaciones afiliadas y la cancelación de citas para vacunar; a eso se sumó que los prestadores de servicios de salud que llevan a cabo la tarea se encuentran en iliquidez porque no se ha garantizado el

flujo oportuno de los recursos para el desarrollo de esta tarea prioritaria en la salud pública del país.

La exitosa experiencia chilena había advertido que este proceso tenía que ser expedito: allí, las municipalidades citaron abiertamente a la ciudadanía a espacios abiertos, sin intermediarios: varias discusiones nos costaron en Colombia para que esto se entendiera. Es un tiempo valioso el que se pierde en este país para remover las fijaciones de gobiernos que no escuchan. Les advertimos que las EPS ya habían fracasado en la realización de pruebas para el covid-19, en los cercos epidemiológicos y en aislamientos; que no era conveniente y tampoco necesario entregarles la vacunación.

El otro problema que se presentó es que, en medio de la improvisación, se presentaron personas coladas; esto siempre va a ocurrir en una sociedad en donde existe una subcultura del atajo, pero lo que es sobre todo inaceptable es que desde las mismas decisiones de la autoridad sanitaria se clientelice el proceso de vacunación. Se hacen adelantos de las etapas, han ocurrido saltos en las priorizaciones sin que exista una clara explicación y proceder transparente que sustente este tipo de decisiones.

Por ejemplo, el Ministerio de Salud amplió la segunda y la tercera etapa para adelantar la vacunación de funcionarios de la Fiscalía, gran parte de la Procuraduría, Contraloría y Defensoría, que, es sabido, son instituciones cooptadas por el gobierno central que dirigen amigos del presidente de la República; esa decisión se tomó mediante el decreto 466 de 2021. Los funcionarios de esas entidades se priorizaron por encima de los bomberos, el personal de alto riesgo que trabaja en las cárceles y socorristas de la Cruz Roja (Mejía, 2021).

En ese mismo sentido, el gobierno emitió la Resolución 507 del 19 de abril de 2021, en la que se otorgan facultades a actores privados para comercializar vacunas con las transnacionales farmacéuticas y se hace en un contexto de escasez de producción de vacunas por el acaparamiento de las

mismas por parte de los países del Norte global. El gobierno colombiano habilitó a actores privados para que compitan con el Estado colombiano en el mercado internacional para acceder a vacunas, como lo expresó la Veeduría de vacunación de Antioquia en documento enviado al Ministerio de Salud el 11 de abril de 2011:

Encontramos de extrema gravedad la alteración en el proceso de priorización vital en el plan de vacunación nacional que se vería completamente vulnerado, “saltándose” las necesidades vitales de muchos por encima de los que tienen dinero, caso en el cual se vulneraría la exigencia del literal (B) del proyecto de resolución en el cual se establece que: “ En el respectivo acuerdo con el prestador de servicios autorizado o la entidad autorizada, deberá dejarse constancia acerca de que la aplicación de las respectivas vacunas no afectará la ejecución del Plan Nacional de Vacunación-PNV.

Lo que no ha permitido que se lleve a cabo estas negociaciones permitidas por el Ministerio de Salud, es la negativa de las farmacéuticas que han entregado vacunas a Colombia hasta ahora, Pfizer, Astrazeneca y Sinovac, de vender a actores distintos que a los Estados. Estos oligopolios resultaron con una mejor conciencia sobre la salud pública que el propio gobierno colombiano.

En el mismo sentido de saltarse la priorización, por la vía de la acción positiva o de las omisiones de la autoridad sanitaria en Colombia, la misma Veeduría de vacunación de Antioquia expresó el 8 de mayo su rechazo al hecho de que en una acción unilateral de empresarios del fútbol representados en la Confederación Sudamericana de Fútbol (Conmebol) hayan gestionado vacunas en la China para inmunizar a los futbolistas (Rojas, 2021). Esto remarca una vez más el acceso inequitativo a las vacunas y se hizo, precisamente, en un momento en el que el país tenía suspendida la aplicación de la segunda dosis de varios adultos mayores por la escasez y por las demoras en la llegada de las mismas al país.

Al respecto, el periodista Alejandro Wall, de The Washington Post, escribió:

Lo que la Conmebol autopercebe como un orgullo aparece, en realidad, como la jactancia de un privilegio. ¿Por qué el fútbol consigue un acuerdo que ninguna otra industria en el mundo pudo conseguir? Y, sobre todo, ¿por qué cuando la distribución de las vacunas está en discusión se priorizaría la inmunización de futbolistas sobre sectores que lo requieren con urgencia? Son los momentos en los que surge la pregunta sobre la esencialidad del fútbol, aquello que le adjudican a Jorge Valdano sobre ser lo más importante de lo menos importante.

Wall describió también con crudeza otra realidad:

Una región sumergida bajo la segunda ola pandémica, con un nivel de vacunación que en su mayoría no llega a completar la inmunización de su población de riesgo, observa desde la ventana cómo la industria del fútbol consigue vacunas para jóvenes veinteañeros o treintañeros saludables, dedicados a entretener con la pelota. El contraste se hizo visible con la efusividad del anuncio. “¡La mejor noticia para la familia del fútbol sudamericano!” (Wall, 2021).

En el momento en que se escriben estas líneas, Colombia está lejos de llegar al número de personas vacunadas requeridas para el logro de la inmunidad de rebaño, lo que supone 35 millones de personas vacunadas con sus respectivas dosis.

No existe una política pública para el manejo de pandemia ni para el proceso de vacunación; ese manejo se hace en el día a día y en él, desde hace varios meses, no existe una correspondencia entre las decisiones que se toman y el comportamiento del virus en el país. No se hacen ni la mitad de las pruebas para el covid-19 que se requieren, el programa PRASS (Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible) no está funcionando y no hay caminos para replantearlo.

Estamos pues, a merced del autocuidado, de lo que la ciudadanía pueda hacer para evitar el contagio. Las instituciones hospitalarias están colapsadas, los sistemas de información no reflejan la realidad de lo que está ocurriendo con respecto a la pandemia en las Unidades de Cuidado Intensivo y en los

servicios de urgencias y hospitalización. Los resultados no son para nada alentadores, las propuestas para cambiar la situación descrita están sobre la mesa del gobierno colombiano, pero pareciera tomar relevancia la frase del reconocido periodista Félix de Bedout: “No es desconexión de la realidad, es que no les importa”.

Referencias bibliográficas

- Our World in Data. (s. f.). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research. Consultado en: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=COL~BRA~BOL~CHL~CUB~ARG~ECU~SLV>
- Mejía, I. (2021, 21 de mayo). El plan de vacunación se tiñe de política. *La Silla Vacía* Consultado en: <https://lasillavacia.com/plan-vacunacion-se-tine-politica-81674>
- Rojas, K. (2021, 14 de mayo). Veeduría de Vacunación de Antioquia denuncia que futbolistas colombianos se salten la fila para inmunización. *Edición Médica*. Consultado en: <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/salud-publica/veeduria-de-vacunacion-de-antioquia-denuncia-que-futbolistas-colombianos-se-salten-la-fila-para-inmunizacion-1183>
- Wall, A. (20 de abril de 2021). Las vacunas exclusivas para el fútbol amplían la brecha entre protagonistas y espectadores. *The Washington Post*. Consultado en: <https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2021/04/20/conmebol-vacunas-2021-futbol-sinovac-covid-19/>

ATAQUES A LA MISIÓN MÉDICA DURANTE EL PARO NACIONAL⁷

Víctor de Currea-Lugo⁸

La noción de protección a la Misión Médica nace en la delegación en Colombia del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), a mediados de los años noventa, cuando creamos un programa con ese nombre, lo que aquello un esfuerzo pionero en el mundo.

Ese esfuerzo permitió formular un marco conceptual y jurídico, documentar y sistematizar en ese tiempo más de 460 ataques al sector salud en medio del conflicto armado, así como desarrollar una campaña de información y sensibilización sobre el tema, de cara a los actores del conflicto armado y de la sociedad en general.

La información aquí presentada, salvo que se indique una fuente escrita diferente, se recopiló en las visitas del autor a sitios de protesta en Bogotá, Cali, Facatativá y Medellín; y fue recogida de manera directa del personal integrante de grupos de Misión Médica, así como de trabajadores de salud. Por supuesto, toda la información presentada está sujeta a verificación, pero es dicente de la percepción que expresa la sociedad en las redes sociales, máxime cuando se acompaña de imágenes.

⁷ Documento presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el marco de su visita a Colombia, junio de 2021

⁸ Médico de la Universidad Nacional de Colombia, PhD de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor universitario y periodista independiente.

Noción de Misión Médica

No existe una definición exacta del concepto “Misión Médica” en las normas del Derecho Internacional Humanitario (DIH), pero sí de sus componentes. El Protocolo II adicional utiliza la expresión “Misión Médica” para referirse al personal sanitario (artículo 9), unidades y medios de transporte (artículo 11), actividades médicas (artículo 10) y al secreto profesional (artículo 10).

A su vez, en los comentarios del Protocolo II adicional se afirma que las actividades médicas, y por tanto la Misión, trascienden una visión reduccionista e incorporan, indiscutiblemente, todas las personas, actividades y recursos necesarios para la atención en salud.

Definimos la Misión Médica como “el conjunto de personas, unidades (instalaciones), medios de transporte, equipos y materiales, y actividades, transitorios o permanentes, civiles o militares, fijos o móviles, de destinación exclusiva y necesarios para la administración, el funcionamiento y la prestación de servicios médico-asistenciales, en las áreas de prevención y promoción, atención, y rehabilitación, a las personas afectadas o que puedan resultar afectadas, a causa o con ocasión de un conflicto armado”.(De Currea-Lugo, 1999, p. 26)

Misión Médica en el contexto del paro nacional

Hay un antecedente relevante y es que el Ministerio de Salud optó por ampliar la definición de Misión Médica incluyendo, además de lo anterior, al sector salud que presta sus servicios: “...en situaciones o zonas de conflicto armado u otras situaciones de violencia que afecten la seguridad pública, desastres naturales y otras calamidades”. (Minsalud, Resolución 4481, 2012)

Vale subrayar que las actividades humanitarias en el marco del paro nacional serían Misión Médica, de acuerdo con la Resolución ministerial citada, pero de ninguna manera por invocación del DIH, ya que el paro no es un conflicto

armado, ni las personas que protestan pueden calificarse de combatientes.

En todo caso, se apela a las categorías del DIH por dos razones: son las que permiten de una manera integral definir a lo que nos referimos y, además, porque son las reconocidas por el Gobierno al ampliar el concepto a otras situaciones diferentes a las del conflicto armado interno.

La sociedad civil como fuente de acciones humanitarias

Dice la Constitución Política que tenemos la obligación de “Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas”. (Const. 1991, art. 95,2). No existe en la historia reciente ningún evento en el país, mantenido en los días, más digno de esta obligación que el paro nacional.

Y lo observado, de manera directa, es la creación de servicios organizados de salud, en medio de las diferentes actividades de protesta, en diferentes ciudades del país, por parte tanto de personas profesionales en salud como de voluntarios. Por ejemplo, en el municipio de Facatativá, a comienzos de mayo de 2021, hubo hasta siete puntos de atención de los heridos que dejara la acción policial.⁹

En Bogotá, un grupo mayoritariamente de enfermeras articuló equipos de salud móviles que acompañaron tanto las marchas como los sitios de protesta, por ejemplo, en el portal de Transmilenio rebautizado como el “Portal de la Resistencia”; esa propuesta se llama Red Popular de Primeros Auxilios.

En el caso de Cali, hubo instalación de puestos fijos de salud en sitios como “Puerto Maderas” y “Puerto Resistencia”. Una de las organizaciones es la Brigada Estudiantil de Salud de la Universidad del Valle. Y en Medellín, con el apoyo de varios docentes universitarios del área de la salud, se constituyó el llamado Bloque Popular de Salud (BPS).

⁹ Observación directa del autor, aplica para todos los casos citados en los que no se especifique otra fuente.

Ahora, esa Misión Médica es una realidad (que algunos quieren desconocer por no tener un reconocimiento institucional explícito), lo es en propiedad, sin discusión alguna. Otra cosa muy diferente es la regulación al uso del emblema que, legalmente, requiere una autorización; este procedimiento no significa que un equipo de Misión Médica requiera, para serlo, autorización estatal.

Ataques al sector salud

Los históricos ataques al sector salud en medio del conflicto social y armado los agrupamos en las siguientes categorías (De Currea-Lugo, 1999, p. 106): a) infracciones a la vida y a la libertad personal, b) infracciones a la infraestructura -agrupando bajo este mismo ítem, para efectos de la investigación, unidades sanitarias y medios de transporte-, c) infracciones contra las acciones de la Misión Médica, d) actos de perfidia, y e) infracciones al secreto profesional.

Para la definición de perfidia tomamos la recogida en el DIH (art. 37, Protocolo I adicional de los Convenios de Ginebra, 1949). Además, se entiende como secreto profesional médico “aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales” (art. 37, Ley 23, 1981).

Igualmente, precisamos que el acceso a la historia clínica es parte del secreto profesional. En Colombia, el manejo de la historia clínica está regulado por una resolución que la define como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva (...) Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (Minsalud, Resolución 1995, 1999).

Por otro lado, pero parte del debate sobre el tipo de infracciones a tener en cuenta, es necesario recordar que en el Código Penal colombiano existe un título dedicado a los delitos contra

personas y bienes protegidos por el DIH.¹⁰ Es claro que solo aplican para el conflicto armado; allí se citan delitos específicos como perfidia (art. 143), omisión de medidas de socorro y asistencia humanitaria (art. 152), obstaculización de tareas sanitarias y humanitarias (art. 153), destrucción de bienes e instalaciones de carácter sanitario (art. 155) y represalias (art. 158).

Si bien, estos delitos no podrían ser invocados como tal porque tienen como fin específico la protección en tiempos de guerra, es obvio que si se busca dicha protección en medio de un conflicto armado, más aún se buscaría en medio de la protesta social.

Ataques reportados

-Infracciones a la vida y a la libertad personal

Ataques con armas de fuego y armas para el control de disturbios contra el personal de salud. Hay reportes de disparos al personal de salud (Medellín y Bogotá). Hay reportes de oferta de dinero por asesinato de miembros de la Misión Médica (Cali) (El Espectador, 24 de mayo de 2021).

En el caso de Facatativá, hubo el reporte por parte de abogados de la captura y judicialización de personas que llegaron heridas a los hospitales. El 13 de mayo hubo ataques de la Policía y de cuerpos de seguridad privada contra personal de salud (Barranquilla) donde “sin medir palabras arremetieron contra nosotros a pesar de que nos identificamos” (El Heraldo, 7 de junio de 2021). Esa persecución de heridos fue reportada por una Representante a la Cámara¹¹.

10 Ver la Ley 599 de 2000, Código penal colombiano: Título II. Delitos contra personas y bienes protegidos por el derecho internacional humanitario, artículo 135 y siguientes.

11 <https://twitter.com/PizarroMariaJo/status/1394750673883996164?s=1006> (18 de mayo de 2021).

-Infracciones a la infraestructura

Se ha observado impactos de bala en la sede de Misión Médica de Puerto Resistencia (en Cali), ataques indiscriminados a los sitios de protesta (Medellín). Hay reportes de ingreso a instalaciones sanitarias (Popayán), ataques con gases lacrimógenos a ambulancias, decomiso de medicamentos y donaciones médicas a civiles (Cali); el 13 de mayo hubo ataques por parte de la Policía a puestos de salud (Buga); (El Espectador, 14 de mayo de 2021) así como lanzamiento de gases a un hospital (Popayán).¹²

-Infracciones contra las acciones de la Misión Médica

Hay quejas generalizadas sobre dificultades impuestas por la Fuerza Pública para acceder a las personas heridas en el marco de las protestas, registro abusivo de material médico (Medellín).

Se ha reportado también presiones en farmacias que hayan vendido materiales médicos a grupos de Misión Médica (Yumbo), ingreso de policías a una farmacia donde se atendían heridos durante las manifestaciones (Pasto) (Publmetro, 26 de mayo de 2021), y obstrucción al paso de ambulancias por parte de la Policía (Bogotá)¹³.

-Actos de perfidia

Hay reportes directos del transporte de equipos de la Policía Nacional en la vía entre los municipios de Pereira y Cartago¹⁴. Este incidente, además de estar registrado en video, me fue confirmado por el personal de salud de la región. Posterior a este hecho, conocido por los manifestantes, se produce una nueva infracción al forzar la revisión de ambulancias en los sitios de bloqueo, lo que entorpece el traslado de pacientes. Hay reportes sin confirmar sobre el uso de uniformes de la

12 <https://twitter.com/Heli63121850/status/1395206640417263616> (19 de mayo de 2021).

13 <https://twitter.com/Monroy2777/status/1391979629796339714> (10 de mayo de 2021).

14 <https://twitter.com/yenatan/status/1394430056001380355?s=1006> (17 de mayo de 2021).

Cruz Roja para detener personas en medio de la protesta (Pasto).

-Infracciones al secreto profesional

Acceso ilegal a registros médicos, lo que es un delito según el Código Penal colombiano; además de presiones al personal sanitario para que reporte heridos. La Policía entró pidiendo datos de heridos en instituciones de salud (Popayán).¹⁵

Informar a las autoridades sobre el ingreso de personas heridas es un deber de la institución de salud y no del personal asistencial, además la atención prehospitalaria no genera dicha obligación; faltar a esto daría lugar a una contravención y no a una detención como suele la Policía amenazar. La obligación de denunciar solo aplica en los casos explícitamente previstos por la ley (art. 143, Ley 906, 2004), ya que el personal de salud goza del derecho al secreto profesional (art. 68 y 365, Ley 906, 2004).

Esa Misión Médica atacada ha sido fundamentalmente la que nace de la propia población bajo un impulso de solidaridad. Incluye tareas permanentes, como las que se hacen en los hospitales, pero también temporales, como las que se ofrecen por unas horas en las calles.

No se necesita ser profesional de la salud para ser parte de una Misión Médica. De la misma manera, el ataque deliberado a puestos de salud en un sitio de protestas o a un carro que claramente transporta heridos es indiscutiblemente un ataque a la Misión Médica.

Los bloqueos y el paso de ambulancias

Es cierto que los bloqueos de vías han generado un impacto en el transporte de ambulancias, pero ese impacto ha sido la excepción y no la regla. Lo observado de manera directa, en marchas, sitios de bloqueo y sitios de protesta, es el

15 <https://twitter.com/mcristinafari/status/1394752109514461185> (18 de mayo de 2021).

respeto al paso de ambulancias y al personal de salud. El Comité Nacional de Paro ha promovido de manera constante y explícita la apertura de corredores humanitarios en sus comunicados.¹⁶

Incluso, durante la primera semana del paro, se habilitaron 60 corredores humanitarios en 17 departamentos, con el fin de permitir el paso de: comunidades, personal médico y los heridos, así como el transporte de oxígeno, alimentos, medicinas y combustibles. Además, como lo reconoció el defensor del Pueblo: “aunque las actuales circunstancias del país son difíciles, también hay que resaltar los avances y acuerdos que hemos logrado en varias regiones a través de los corredores humanitarios por donde han circulado camiones con alimentos, medicinas y combustibles” (Radio Nacional, 6 de mayo de 2021).

Es cierto que, como en el caso ya mencionado de Pereira y en otro caso registrado en Bogotá, hubo ataques directos a ambulancias, pero (sin querer justificarlos) vale anotar que en ambos casos se habría registrado un uso indebido de dichas ambulancias antes del ataque; es decir, que debe ponerse esto en el contexto de un posible caso de perfidia como detonante.

En el caso de Bogotá, una concejala informó sobre la entrega de heridos a la Policía, aunque esto fue desmentido por el secretario de Gobierno (El Tiempo, 24 de mayo de 2021). Otras fuentes reportaron, días antes, actos de perfidia al destinarse ambulancias para el posible transporte de gases lacrimógenos y bombas aturdidoras, para ser entregadas a la Policía, en el portal de las Américas (Bogotá).¹⁷

En otras ocasiones, se ha reportado obstrucción por parte de la Policía para el acceso de las ambulancias a atender heridos, como fue el caso de la demora en la atención de un periodista supuestamente herido por un arma corto-punzante por parte de la Policía (Bogotá).¹⁸

16 Para ver los comunicados del CNP <https://ddhhcolombia.org.co/2021/05/18/comunicados-comite-nacional-de-paro-movilizaciones-en-colombia/>

17 <https://twitter.com/FranciscoArzt/status/1396328180194152448?s=1006> (22 de mayo de 2021).

18 https://twitter.com/Col_Informa/status/1400282066349088768 (2 de junio de 2021).

El caso más publicitado ocurrió en La Delfina, vía entre Buenaventura y Cali, donde una menor que estaba siendo transportada hacia un hospital perdió la vida. La ambulancia fue atacada con piedras así como por gases lacrimógenos (Infobae, 23 de mayo de 2021). Según un senador, “la ambulancia en La Delfina no pudo pasar por obra de los gases lacrimógenos y explosivos que les lanzaron cuando hubo cordón humanitario. Lo cual repetiría un patrón policial contra el paro”.¹⁹

Preocupa el llamado hecho por la Defensoría del Pueblo a recopilar información sobre incidentes en los que se pudiera asociar los bloqueos a problemas de acceso a la salud. Si bien es cierto que esas prácticas son censurables, el llamado de la Defensoría tiene varios sesgos: a) tratar de imponer a priori una asociación que no siempre es real, b) limitar los ataques a la Misión Médica a las consecuencias de los llamados bloqueos, y c) desconocer los ataques cometidos por las Fuerzas Armadas.

Conclusiones

La primera decisión necesaria para proteger a la gente es hablar desde el principio de humanidad y desde el deber constitucional de solidaridad. Solo así se deben entender los importantes esfuerzos de la sociedad para proteger y curar a las personas afectadas en medio de la protesta social. Cualquier otra lectura prejuiciosa, solo contribuye a la criminalización de la acción humanitaria.

Es peligroso suponer que la Misión Médica que acompaña las manifestaciones es, por naturaleza, más propensa a cometer actos de perfidia. La experiencia ha demostrado que dicha infracción es también una práctica realizada por miembros de las Fuerzas Armadas colombianas. Por tanto, solo el examen caso a caso permite precisar responsabilidades.

19 <https://twitter.com/wilsonariasc/status/1396750779013337089> (24 de mayo de 2021).

Los ataques a la Misión Médica han sido presentados por muchos medios de comunicación como “hechos confusos” o “enfrentamientos”, lo que no corresponde a la realidad, máxime cuando el personal sanitario no está tomando parte activa en los enfrentamientos o cuando se trata de ataques deliberados hacia bienes de salud correctamente identificados.

Cierta voluntad de restringir el reconocimiento al carácter de Misión Médica, cuando cumplen con la definición, es contraria al mandato constitucional, es una formalidad legalista que no se conduce de la realidad y, tal vez lo peor, de quitar elementos de protección de la población que cumple labores humanitarias sin, a la vez, ofrecerles otros mecanismos.

Los problemas de salud del país son históricos y ampliamente documentados. Desviar al paro la responsabilidad de los problemas estructurales de acceso a la salud falta a la verdad.²⁰ Las dificultades de acceso a la salud se han visto agravadas durante la pandemia, (El País.com.co, 28 de abril de 2021) al punto que la inmensa mayoría de personas que murieron por covid, lo hicieron antes de llegar a un hospital. No es justo esa manipulación que intenta cubrir problemas estructurales con bloqueos coyunturales.

Recomendaciones

-Proponer y apoyar la realización de un informe sistemático, bajo la responsabilidad de instituciones independientes y con criterios universales e imparciales, que dé cuenta de los ataques a la Misión Médica en el marco del paro nacional.

-Exhortar a que las autoridades nacionales, regionales y locales reconozcan las labores humanitarias desarrolladas

20 Un análisis sobre los problemas de acceso a la salud y que sigue siendo vigente, fue el realizado por Médicos Sin Fronteras en Colombia, bajo el título “Acceder a la salud es acceder a la vida. Disponible en <https://victordecurrealugo.com/acceder-a-la-salud-es-acceder-a-la-vida-informe-de-msf/>

por las personas de la sociedad, como parte del deber constitucional de solidaridad. Y, así mismo, que los grupos que se han organizado para ofrecer servicios de salud gocen de la protección debida como Misión Médica.

-Pedir a las Fuerzas Armadas el respeto debido para las personas integrantes de la Misión Médica, a su personal, sus bienes, medio de transporte y desarrollo de sus actividades; sin que por ello sean detenidas, víctimas de violencia directa, estigmatizadas u obstaculizadas en su labor.

-Evaluar la posible sistematicidad, así como la gravedad, de los ataques a la Misión Médica y sus consecuencias en la salud de la población. En este aspecto, vale resaltar la desconfianza de la sociedad luego de prácticas péfidas de la fuerza pública en el uso de ambulancias o la potencial judicialización del personal de salud y de los heridos.

Referencias bibliográficas

¡Brutal! Policía atacó a Misión Médica mientras atendía a un herido en una farmacia. (Mayo 26, 2021). *Publímetro*. Disponible en: <https://www.publimetro.co/co/noticias/2021/05/27/paro-nacional-brutal-policia-ataco-a-mision-medica-mientras-atendia-a-un-herido-en-una-farmacia.html>

De Currea-Lugo, V. (1999). *Derecho Internacional Humanitario y sector salud: el caso colombiano*, Plaza y Janés y CICR, Bogotá.

Habilitan 60 corredores humanitarios para circulación de elementos básicos. (Mayo 6, 2021). *Radio Nacional*. Disponible en: <https://www.radionacional.co/actualidad/habilitan-60-corredores-humanitarios-para-circulacion-de-elementos-basicos>

Médicos sin Fronteras. (2010). *Acceder a la salud es acceder a la vida*. Bogotá, Colombia. Disponible en <https://victordecurrealugo.com/acceder-a-la-salud-es-acceder-a-la-vida-informe-de-msf/>

Mentiras en redes produjeron ataque a misiones médicas. (Mayo 24, 2021). *El Tiempo* Disponible en: <https://www.eltiempo.com/bogota/protestas-en-bogota-mentiras-en-redes-produjeron-ataque-a-ambulancias-590532>

Molano, A. (Mayo 24, 2021). Brigadas de salud en Cali: en la mira de los violentos. *El Espectador*. Disponible en: <https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/alfredo-molano-jimeno/brigadas-de-salud-en-cali-en-la-mira-de-los-violentos-column/>

Pandemia del covid-19 aumentó las barreras para acceder a la salud”. (Abril 28, 2020). *El País.com.co*. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/colombia/pandemia-del-covid-19-aumento-las-barreras-para-acceder-a-la-salud.html> Paro Nacional: denuncian ataques del Esmad a puestos de salud en Buga. (Mayo 14, 2021). *El Espectador*. Disponible en: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/paro-nacional-denuncian-ataques-del-esmad-a-puestos-de-salud-en-buga-article/>

Romero, M. (Junio 7, 2021). Salvar vidas, una misión de alto riesgo en Colombia”. *El Heraldó*. Disponible en: <https://www.elheraldo.co/colombia/mision-medica-cuando-la-vida-queda-entre-gases-y-piedras-823492>

Video: indignación por muerte de una bebé en medio de los bloqueos: la ambulancia no pudo pasar. (Mayo 23, 2021). *Infobae*. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/05/23/video-indignacion-por-muerte-de-una-bebe-en-medio-de-los-bloqueos-la-ambulancia-no-pudo-pasar/>

Normas

Constitución Política de Colombia, 1991 (Colombia).

Ley 23 de 1981. (18 de febrero). *Por la cual se dictan las normas en materia de ética médica*. Congreso de Colombia.

Ley 599 de 2000. (24 de julio). *Por el cual se expide el Código Penal.* Congreso de Colombia.

Ley 906 de 2004. (31 de agosto). *Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.*

Protocolo I adicional a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949. (1977).

Resolución 1995 de 1999. (8 de julio). *Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.* Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 4481 de 2012. (20 de diciembre). *Por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su Emblema.* Ministerio de Salud y Protección Social.

Para proteger la salud, no la ganancia

SISTEMA DE SALUD PÚBLICO, UNIVERSAL, AUTÓNOMO Y SOBERANO

Mauricio Torres-Tovar²¹

Sin duda, el inédito contexto de la pandemia por covid-19 y del estallido social vivido en Colombia por varias semanas llevaron el tema de la salud, como nunca antes había sucedido, al centro de las preocupaciones sociales y de la opinión pública.

En ese giro, uno de los triunfos de la movilización social y popular fue el archivo del proyecto gubernamental de ley 010 de 2020, que buscaba ahondar el proceso de privatización del sector de la salud iniciada con la Ley 100 de 1993 (Torres-Tovar, 2021).

Un triunfo que llevó a que en las deliberaciones assemblearias se preguntaran por el hacia dónde ir con las demandas de salud en el país y en cuya respuesta, con evidente énfasis, la alternativa se centra en la necesidad de establecer un nuevo sistema de salud en el país, que acabe de una vez por todas a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y retorne a lo público en la conducción y en la prestación de los servicios de salud.

Este ver hacia dónde ir debe recoger lo que se ha configurado desde hace más de dos décadas, producto de procesos organizativos y de múltiples discusiones colectivas dadas en reuniones, talleres, foros, asambleas, congresos, tanto locales, como nacionales e internacionales (Torres-Tovar, 2013).

21 Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia y miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) y del Movimiento de Salud de los Pueblos (MSP).

Procesos que han contado con la participación y deliberación de organizaciones populares, indígenas, campesinas, barriales, sindicales, estudiantiles, gremiales y académicas, identificadas en comprender la salud como un derecho humano, que han propuesto diversas alternativas en el campo de la salud, que dan base para la configuración de una respuesta social e institucional acorde con las demandas y necesidades de salud de las poblaciones.

Entre estos elementos alternativos para un configurar nuevas políticas y un nuevo tipo de sistema de salud, destacan varias ideas, que deben ser parte de un dialogo amplio entre los diversos sectores sociales involucrados en la amplia movilización social, que permita escucharse mutuamente y recoger las aspiraciones y visiones para tejer una propuesta de respuestas en salud realmente con sentido social y popular.

Tomar la salud en las propias manos

Esta es una idea potente y muy importante, relacionada con la necesaria desmedicalización de la vida, para recobrar el sentido de la autodeterminación de los cuerpos y recuperar la salud bajo control del conjunto social, que impida se delegue los asuntos de la vida-salud-enfermedad al complejo médico-farmacéutico-tecnológico, creyendo que entre más acceso a atención hospitalaria, más medicamentos y más alta tecnología médica, se tendrá mejor salud.

Está es una tesis errónea que se vislumbra claramente en la pandemia que lo que requería eran acciones pertinentes y a tiempo de promoción y prevención, sobre la base de experiencias previas de epidemias parecidas como las del SARS y el H1N1. Hoy la gran tecnología y el desarrollo de medicamentos resultan absolutamente insuficientes y no ha logrado evitar la muerte de más de 100 mil compatriotas.

Tomar la salud en las propias manos significa descolonizar el pensamiento en este campo, para recuperar una visión propia de lo que es y significa la misma para los pueblos.

Es desarrollar procesos individuales y colectivos para fortalecer la propia salud, que pasa por recuperar los conocimientos y prácticas tradicionales para el cuidado de la vida y la salud; es producir salud desde la configuración de procesos de seguridad y soberanía alimentaria, de recuperación de la herbolaria médica, de la expansión de múltiples terapéuticas alternativas no invasivas, entre muchos otros saberes.

Es recuperar las experiencias comunitarias rurales y urbanas, de grupos indígenas, campesinos, afros, barriales, laborales, entre otros, conjugando los saberes y prácticas ancestrales y populares, con los saberes académicos y científicos.

Crear un sistema de salud soberano y público

Se trata de configurar un sistema de salud propio, de base pública, universal, gratuito, que reconozca la diversidad existente en el país y que por lo tanto no homogenice el conjunto de respuestas a la población, sin subordinarse a los intereses de las corporaciones farmacéuticas, de aseguramiento y de tecnología, para controlar a estos actores que convierten la salud en un negocio.

En nuestro caso, sería un sistema que en definitiva haría desaparecer a las EPS y que controlaría la acción tanto de la red pública como la red privada de atención en salud. Un sistema conducido por el Estado por medio de instancias territoriales, junto a las comunidades. Financiado con fuentes diversas que llegarían a un fondo de manejo público, que descentralizaría los recursos para configurar las respuestas de acuerdo a los diversos contextos sanitarios territoriales y poblacionales que tiene el país.

Intervención de base territorial y poblacional

Se conoce desde hace muchos años que los mejores sistemas de salud son aquellos que desarrollan estrategias de base territorial y poblacional, logrados principalmente mediante el desarrollo de la llamada Atención Primaria en Salud (APS).

De un lado, porque de manera efectiva el sistema de salud está cerca a la gente, no espera a que se enferme para que acuda al hospital, dado que desarrolla importantes acciones directamente donde vive y trabaja, de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y a su vez, de atención, con una enorme oportunidad, continuidad, integralidad y efectividad, en tanto tiene la capacidad de atender el 80 por ciento de problemas de salud de la población, derivando solo un 20 por ciento a niveles de atención hospitalario, con lo cual además disminuye los recursos financieros que se deben invertir en la atención a la enfermedad.

Esta estrategia de APS demanda, además, sólidos procesos organizativos para que efectivamente haya participación comunitaria en salud, con capacidad para incidir en el curso de las decisiones que se van tomando en el sistema.

Condiciones dignas de trabajo

Se requiere comprender el valor social que cumplen las y los trabajadores de este sector, entendidos como el conjunto amplio de personas que labora en los diversos procesos que la hacen posible, que incluye al cuerpo médico y más allá del mismo.

Con la pandemia por covid-19 se ha revelado la importancia que tiene este grupo laboral para enfrentar una crisis de salud pública y que, por lo tanto, los países requieren invertir en su formación y reconocerle su valor social gestando formas de empleo dignas, estables, seguras, por lo cual es necesario superar esta “normalidad” del trabajo temporal e inestable, con salarios paupérrimos, para pasar a una nueva etapa en donde además de que cuenten con formas laborales dignas, estas también sean sanas y seguras e impidan, como es posible, que se deteriore la salud de aquellas/os que dedican su vida laboral a cuidar la salud de otros.

Reorientar la formación del campo de la salud

Este nuevo sistema de salud requiere de técnicos y profesionales que atiendan las características heterogéneas de la población del país y que tengan las bases para trabajar directamente con las comunidades en los territorios urbanos y rurales donde viven y trabajan; eso demanda descentrar la formación de lo clínico-hospitalario, siendo consecuentes con la visión de la desmedicalización de la vida, para pasar a una formación centrada en los procesos de producción de la salud desde un enfoque de determinación social, promocional de la salud y preventivo de la enfermedad, con capacidad resolutoria de los problemas generales de enfermedad de la población.

Construcción de conocimiento propio

Colombia requiere desarrollar sus propios procesos de investigación y producción de conocimiento en salud, que permitan estudiar y enfrentar los problemas autóctonos que tenemos en este aspecto de la vida y que integren los saberes y prácticas que las propias comunidades tienen y desarrollan. Se trata de configurar una ciencia/tecnología soberana, que logre recuperar conocimientos propios e innovar y producir en servicios y bienes que se requieren.

Configurar una alternativa real de salud en y para el país solo será posible en el marco de un proceso que construya y teja las alternativas de salud desde abajo, dándole base social sólida, manera como será defendida y profundizada por la propia gente.

En la brega por las necesarias políticas y sistema de salud por construir, no puede desperdiciarse la rica experiencia acumulada en el mismo marco de la pandemia por Covid-19 y de la movilización social, escenarios en los que se gestaron y potenciaron formas autónomas de cuidado en general y de cuidado de salud, en particular, y atención en primeros auxilios, que deben ser entendidas como gérmenes de un real y nuevo sistema y modelo de salud, que desde luego debe ser público y universal, pero también y sobre todo autónomo, territorial, soberano y popular.

Diálogo nacional por un nuevo sistema de salud*

Para alimentar el debate hacia la transformación estructural del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es necesario un *gran diálogo nacional* con amplia participación y movilización social y política ciudadana en orden a lograr la democratización de la salud en Colombia.

Para estimular el debate hacia un nuevo sistema de salud, proponemos los siguientes puntos programáticos:

- I. Sistema único colombiano de salud, público, de acceso universal y gratuito, equitativo, preventivo, bio-céntrico e intercultural, tipo seguridad social o seguro nacional de salud.
- II. Gobernanza estatal con amplia participación ciudadana, nacional y descentralizada por territorios de salud.
- III. Financiamiento mediante impuestos generales progresivos, o con una combinación de contribuciones e impuestos generales progresivos.
- IV. Fondo Único de Salud, administrado por un establecimiento público, nacional y descentralizado por territorios de salud.
- V. Contratación directa de los servicios por parte del Fondo Único de Salud, sobre la base de reglas de transferencia, explícitas y transparentes.
- VI. Política de soberanía en ciencia y tecnología sanitaria con fortalecimiento de la inversión y control estatal en investigación, innovación, producción y uso de tecnologías.
- VII. Atención Primaria Integral en Salud (Apis) territorializada, intercultural, centrada en las personas y el ambiente, con orientación familiar, comunitaria, participativa e intersectorial.
- VIII. Prestación mixta de servicios de salud, con énfasis en prestadores públicos, solidarios y privados sin ánimo de lucro.
- IX. Sistema único de información en salud, en tiempo real y con historia clínica única nacional de cada persona.
- X. Acuerdo con los maestros, trabajadores de la Empresa Colombiana de Petróleos S. A. (Ecopetrol) y profesores de universidades públicas sobre la permanencia o no de los regímenes especiales con preservación de los derechos adquiridos.
- XI. Inclusión y fortalecimiento real de los saberes y prácticas de salud de las comunidades indígenas, campesinas, negras y afrocolombianas, palenqueras y raizales, bajo criterios de autonomía, autogestión e interculturalidad.
- XII. Dignificación de las condiciones de empleo y trabajo de los trabajadores de la salud, rescate de los derechos de organización, negociación colectiva, huelga y formulación de un estatuto único del trabajador de la salud elaborado con la participación de los trabajadores.
- XIII. Por último, una política de talento humano en respuesta a las necesidades de salud, atención de salud y tradiciones culturales de la población, que incluya los mecanismos para su formación y los incentivos para su distribución equitativa en los territorios, tanto en número como en diversidad en su cualificación.

* Tomado de Vega-Romero, 2021.

Referencias bibliográficas

- Torres-Tovar, M. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular (Cinep).
- Torres-Tovar, M. (2021, 26 de marzo). Otra reforma más en salud ¿al servicio de quién? *Momento Médico*, Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas) Antioquia. Consultado en <https://asmedasantioquia.org/2021/03/26/otra-reforma-mas-en-salud-al-servicio-de-quien/>
- Vega-Romero, R. (2021, 15 de junio). Enseñanzas de la movilización social y el futuro del sistema de salud. *Periódico Desde Abajo*, Edición No. 281.



Impreso en Medellín
Agosto de 2021

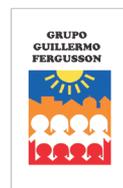
Son tantos y tan cotidianos los reclamos sobre la salud en Colombia, que siempre habrá motivos para escribir. A esa larga lista de fallos estructurales que bien conoce la sociedad, se suman los de la pandemia. Más exactamente, la pandemia magnifica y muestra, aún más, que un sistema de salud que funciona bajo las lógicas del mercado no puede dar una respuesta efectiva a los requerimientos de salud como derecho humano.

Problemas como la falta de Unidades de Cuidados Intensivos, precarias condiciones laborales del personal de salud, demoras en la prestación de servicios, obstáculos para el acceso a especialistas, trabas burocráticas, listas de espera para cirugías, inexistencia de canales eficaces de comunicación e improvisación, se potenciaron desde el primer caso de covid-19, identificado el 6 de marzo de 2020.

Durante más de un año, ha habido una reflexión científica y social en la que confluyen los deberes del Estado, las políticas públicas y la prevención en salud. Sobre eso, gira el presente documento: el contexto general de la pandemia, los retos asistenciales, la situación particular de ciertos grupos poblacionales y, finalmente, el debate sobre la gestión del Gobierno y la respuesta social.

Para este esfuerzo, invitamos a diferentes organizaciones y personas con múltiples miradas, con el fin de brindar información adecuada para que la sociedad, las autoridades legislativas, los espacios de veeduría ciudadana y los responsables de las políticas en salud puedan enriquecer la toma de decisiones.

Una publicación de:



Con apoyo
financiero de:

