

Equidad y Promoción de la salud

¹Ana Lucia Casallas Murillo, ²Ingrid Gómez Duarte ³Nancy Jeanet Molina Achury

Tabla de contenido

TABLA DE CONTENIDO	1
INTRODUCCIÓN	2
PERSPECTIVA SOBRE EL “PROCESO SALUD- ENFERMEDAD”	3
UNA VISIÓN FRAGMENTADA DE LA SALUD	4
DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD	5
ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD	8
MOVIMIENTOS GLOBALES HACIA LA EQUIDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
LA PANDEMIA DE COVID 19 COMO TELÓN DE FONDO PARA UNA REFLEXIÓN SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MARCO DE EQUIDAD	10
SITUACIÓN PRECEDENTE A LA PANDEMIA: CRISIS ECONÓMICA, SOCIAL, POLÍTICA, ECOLÓGICA, CIVILIZATORIA	11
CARACTERÍSTICAS DE LA CARGA DE ENFERMEDAD Y MORTALIDAD EN LA REGIÓN	14
LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN LA REGIÓN	15
LA PANDEMIA LAS AMÉRICAS Y LA PROFUNDIZACIÓN DE LAS DESIGUALDADES E INEQUIDADES	17
LA PANDEMIA DE COVID 19 EN LA REGIÓN	18
POST PANDEMIA: LA URGENCIA POR MAYORES ESFUERZOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	21
EXPERIENCIA: POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN COSTA RICA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: UNA EXPERIENCIA DESDE LA MESA DE PROTECCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LA MIRADA DE EQUIDAD Y DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	24
EXPERIENCIA. MONITOREO CRITICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COLOMBIA 2020	34

¹ Enfermera, Epidemióloga, PhD Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, docente e investigadora Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

² Médica, PhD, Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica. Costa Rica

³ Fisioterapeuta, PhD en Ciencias de la Salud, docente de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia

Introducción

La redacción de este capítulo se constituyó en un desafío y a la vez en una oportunidad para abordar cómo la epidemia debida a la enfermedad por el Coronavirus (COVID-19), ha develado contundentemente las inequidades sociales y de salud. La premisa inicial fue establecer cómo la promoción de la salud, esa anhelada categoría, sinónimo del buen vivir para unos, y de los complementos, la alteridad y de la felicidad colectiva para otros, requiere ser abordada desde una perspectiva de pensamiento crítico, más allá de la salud como ausencia de enfermedad (1) de la *Historia Natural de las Enfermedades* (2) o encasillada dentro de las “funciones esenciales de la medicina” (3).

Se parte de tomar distancia de la acepción sobre el concepto y las acciones de salud, circunscritas de forma predominante, al campo de la fisiología y de la biología, a cambio, la salud, se propone como un concepto más allá del sentido del bienestar, al alcance de todos, o donde se introduce lo subjetivo, sino una propuesta que incluye oportunidades y el mayor desarrollo de las personas, implicando no solo lo científico, sino también una participación comunitaria, una inclusión social éticamente responsable y sostenible, así como una construcción conjunta desde diversos sectores de la sociedad.

Es así que desde diversos contextos y con múltiples criterios se ha venido indagando acerca de las Estrategias desde la Promoción de la Salud para abordar las inequidades sociales en salud, algunas de ellas se retoman en este documento, como preámbulo para ofrecer una visión del impacto generado por la pandemia de la covid 19 en América latina, a propósito de la exacerbación de las desigualdades sociales, este análisis propone un horizonte de sentido frente a propuestas que buscan ser alternativas las cuales se sintetizan en dos experiencias de la región.

Este capítulo propone dialogar con otros textos que acompañan este libro en los cuales se ha detallado ampliamente la concepción de la promoción de la salud como también una visión de la salud que se encuentra subsumida por las condiciones materiales, sociales, ecológicas y civilizatorias en las que las personas viven y por tanto determinan su salud o por el contrario aumentan las desigualdades sociales y el deterioro en las condiciones de vida.

Perspectiva sobre el “proceso salud- enfermedad”

Canguilhem ubicó: “lo patológico como un sentimiento de sufrimiento y de impotencia, sentimiento directo de vida contraria, en tanto que la salud va más que la posibilidad de vivir en conformidad con el medio externo, implica la capacidad de instituir nuevas normas”(4).

Por su parte, para Sigerist la enfermedad es entendida como la manifestación de un proceso en el cual los organismos vivos son incapaces de adaptarse a los retos que le impone el medio; un proceso referido a la corporeidad, en donde se reconoce, que no puede explicarse únicamente por la herencia, entre lo físico y lo mental, sino por condiciones de transformación del medio creadas por el ser humano que generan desigualdades sociales, en una “civilización edificada para el beneficio de los menos a costa de los más” (3).

Sigerist quien hizo una reflexión en la primera mitad del siglo pasado, sobre como el hombre en su capacidad de “dominio de la naturaleza” ha podido luchar contra la enfermedad, teniendo la “medicina como su arma principal”(3), acaba por ubicar de manera reiterada a la salud, indisolublemente ligada a la enfermedad, concepto que reproduce nuestra sociedad actual al plantear algunos abordajes de la pandemia por COVID-19, que incluyen la “lucha por la vida en los hospitales y centros de salud” y obvia el trabajo desde la atención primaria y los aportes comunitarios en salud.

Aclara que aparte de la medicina y los desarrollos de la salubridad, es también la elevación del nivel de vida de los grupos humanos lo que permite confrontar la enfermedad. Fue un optimista, o un “reduccionista”, al exponer que el progreso de esta civilización puede en algún momento acabar con la enfermedad, soñó con la reorganización de los servicios de salud y una cobertura que los llevase cercanos a la gente y un perfil del trabajador de salud, “empleado público (hombre de ciencia, trabajador social y educador) y depositó una gran esperanza en la medicina, que iría transformando la enfermedad en salud”, argumentando además que la financiación de tal ideal era un problema menor pues “se han resuelto problemas económicos más difíciles.” (3).

Así, correspondería comprender tanto la salud como las enfermedades humanas, como un asunto determinado por las condiciones sociales y económicas de los contextos donde viven las personas,

donde el resultado de dichas condiciones trasciende el momento del nacimiento de los seres humanos, para ubicarse mucho antes, desde condiciones culturales, históricas, económicas y políticas entre otras, que han ido moldeando el complejo entramado de las sociedades y su vida actual, así como también la salud de las poblaciones que se desarrollan en ellas, esto es, que debían reconocerse las causas sociales de la enfermedad, y que lo biológico se encuentra determinado por lo social (5).

Una visión fragmentada de la salud

Las diversas estrategias que se proponen desde los contextos globales, regionales y locales para abordar las inequidades sociales en salud, a menudo tienen como base una visión fragmentada de la salud, tanto en su perspectiva conceptual como causal. Desde una *perspectiva conceptual*, se ha entendido históricamente la salud en una dimensión dual-dicotómica, con bases también en el “pensamiento racionalista cartesiano”(6), que implica por un lado la enfermedad y por otro lado la salud, es decir, se entiende la salud como un “estado de bienestar” que se alcanza a partir del control de las enfermedades en las personas, con predominio de una visión mayoritariamente de causas biológicas y desde esta perspectiva, se coloca a los profesionales sanitarios como responsables primarios de incidir sobre las situaciones de salud de las poblaciones y por tanto, se formula una o múltiples acciones en correspondencia directa y simple para controlarlas.

De esta forma, una visión compleja de la salud, entiende que la situación de salud de las personas, puede ser el resultado de una serie de elementos de carácter social, que actúan a través de los cursos de vida de las personas, esto es, una serie de interrelaciones y la mutua potenciación entre otras causas, desde generaciones previas y con incidencia en generaciones futuras, gestadas en el entorno de los individuos, los contextos estructurales, así como cambios sociales, que ocurren y han ocurrido históricamente, que se encuentran interconectados a lo largo de la vida de las personas, y en su conjunto, explican la situación de salud de las personas y los colectivo (7).

Esta visión compleja de la salud también permite comprender la generación de estrategias para abordar las inequidades sociales en salud y su interrelación con la equidad, la salud y la promoción de la salud. A continuación, se examinan algunas acciones desde los niveles global, regional y local que pueden incidir en el abordaje de las inequidades sociales en salud, teniendo como premisa, un análisis crítico acerca desde esta aproximación a la salud.

En ese sentido en América Latina, existe una contribución teórica al establecer la relación salud-enfermedad-atención, desde una perspectiva histórica, social, dialéctica y emancipadora, entendiendo la importancia de la superación de las desigualdades entre los grupos humanos, producto de la distribución desigual del poder, los recursos y las condiciones necesarias para producir salud (8)

Desigualdades sociales en salud

En la actualidad se acepta que la salud se explica desde un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y se producen en diferentes zonas socio-espaciales y entre los grupos que las habitan, surgen riesgos y potencialidades. Por tanto, la situación de salud, obedece a las determinaciones dadas por las formas de reproducción social como: alimentación, reposo, protección frente al ambiente, recreación, comunicación social e interpersonal, actividades educativas, religiosas, culturales y rituales, acceso a los servicios de salud, entre otras (7,9)

En síntesis, la salud y la enfermedad son expresiones de orden social, político y económico, un campo en permanente contienda política y desde esa mirada proponemos comprender la Promoción de la salud. E intentáramos dar contenido a la pregunta de cómo se expresan las inequidades en el Covid 19, y como desde el agenciamiento de espacios colectivos se busca proponer otras formas de expresión de la Promoción de salud, desde la acción concreta, en un contexto propio de inequidades.

Las cuales son definidas en el informe de los Determinantes sociales de la salud como el producto de las circunstancias de vida de las personas que generan efectos acumulativos: “mientras una persona esté más expuesta a circunstancias económicas y sociales estresantes, mayor será su desgaste fisiológico y menor la posibilidad de disfrutar una vejez sana”(9).

Al respecto cabe destacar como la epidemiología crítica sitúa dos elementos: el primero los indicadores clásicos de nivel socioeconómico (ingreso, educación, empleo o acceso servicios) permiten demostrar la desigualdad expresada por injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad, convirtiéndola en una expresión verificable de la inequidad. Es decir, mientras la inequidad es una categoría explicativa, la desigualdad es una expresión observable de la inequidad, representada, por ejemplo, en las estadísticas (10). El segundo elemento apunta a la inequidad, representada en las relaciones de poder y en la clase social, referida a la apropiación de los recursos y acumulación de orden económico, social y cultural. Esta corriente desarrolla la categoría de la triple inequidad: de género, de etnia y de clase social e incorpora las concepciones

históricas, económicas y socioculturales de los sujetos y el reconocimiento de las desigualdades estructurales.

Entonces si tomamos como referente de la Equidad en salud el máximo desarrollo potencial de la salud de las personas indistintamente de su posición social u otras condiciones materiales. Para Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, “la equidad en salud debe abordarse desde un ámbito amplio de imparcialidad y justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana (11).

Por su parte, las desigualdades sociales en salud se han definido como las diferencias en los resultados de salud entre distintos grupos socioeconómicos y comprenden tres características *sistemáticas* porque corresponden a grupos sociales específicos y aumentan a medida que disminuye su posición social; *procesos socioeconómicos* que dan origen a diferencias en salud las cuales no están determinadas por factores biológicos e *injustas* pues son generadas por condiciones sociales en la distribución, acceso y oportunidades de salud entre grupos sociales (12).

En el caso de la salud la equidad está vinculada con el concepto del derecho a la salud, como expresión de la dignidad humana, por tanto, está determinada por sus atributos como son: la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y calidad de la atención sanitaria y de los servicios de salud pública, estos atributos son esenciales para disfrutar del más alto grado posible de salud (13)

En síntesis, la equidad se logra cuando no existen desigualdades en la calidad de vida de los grupos humanos, derivadas de las ventajas o desventajas que resultan de su riqueza, su poder o su prestigio. En tal sentido, las inequidades son desigualdades injustas y evitables. El criterio de justicia para valorar las desigualdades está en la igual dignidad de todos y todas como seres humanos. Tal dignidad implica la posibilidad de desarrollar las capacidades y potencialidades humanas al máximo, de disfrutar las oportunidades y beneficios que la misma sociedad construye, y de ejercer la autonomía como persona o como colectivo. Lo cual no es otra cosa que la garantía y la vivencia colectiva de la interdependencia de los derechos humanos (14)

No obstante en la región ha primado desde la gestión gubernamental una tendencia en el campo de la Promoción de la Salud, que prioriza la lógica de los estilos de vida, en coherencia con el modelo económico neoliberal donde la salud es entendida como un bien de consumo y no un derecho., de

esta forma la urgencia societal en la región es romper con la intencionalidad de “responsabilizar a las personas de su propia salud” y de esta forma liberar a los Estados y gobiernos de proveer salud, como un bien universal que conciba a las personas como titulares de derechos. y garantías que permitan su efectivo ejercicio y exigibilidad. La perspectiva de los estilos de vida individuales no da pie a la construcción de la equidad, por tanto, es necesario recuperar la promoción de la salud desde sus bases históricas, replanteando su vigencia para la construcción de modelos de sociedad inclusivos, sostenibles y de mayor justicia social.

Una de las acepciones del concepto Promoción de la salud, se remonta a 1946 cuando Henry Sigerist (3) la definió como una de las tareas centrales de la medicina⁴. Según él, la Promoción de la salud se lograría “proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”. Desde entonces varias tendencias han hecho parte de la visión de la Promoción de la salud y es probablemente la lógica de los estilos de vida saludables, una de la más reconocidas y cómodas en tanto ella dispone su énfasis en la responsabilidad de los individuos hacia su salud y su enfermedad e ignora los múltiples determinantes sociales, políticos, históricos y culturales de los sujetos humanos.

En contraste la perspectiva de la salud como derecho encuentra su génesis en los planteamientos de Sigerist que impulsaron el desarrollo de la medicina social.

Desde este enfoque, “la promoción de la salud tiene que ver con la vida, con la calidad de vida y con el bienestar humano en general” y busca “convertir a la promoción de la salud en política pública y en objetivo y meta de la vida cotidiana.” Aboga así mismo porque “la teoría y práctica de la PS tiene que dirigirse esencialmente hacia la reflexión y la acción en defensa del derecho a la vida” (15)

De esta forma, la promoción de la salud debe ser comprendida como una práctica social y no solo como una disciplina científica. Se trata, de otorgar un sentido de vida que se apoya en las ciencias, en el arte, en la política y en cualquier otro saber y que tiene un objetivo claramente dirigido hacia las respuestas frente a las necesidades del sujeto concreto, del ser humano encarnado, al cual el promotor de salud acompaña en la alteridad y transforman esas realidades.

En ese sentido se han difundido estrategias dirigidas a conseguir la equidad y promoción de la salud, a partir de la explicación sobre asimetrías de poder como la edad, la etnia, la ocupación, el género, la

⁴ Según Sigerist, las tareas de la medicina son: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer a los enfermos y rehabilitar

discapacidad y la ubicación geográfica, no obstante, el Estado y los organismos internacionales aun no logran un abordaje sólido y son todavía escasas las iniciativas con resultados exitosos, a pesar del despliegue de investigaciones, conferencias, declaraciones internacionales y algunas iniciativas europeas, que han apoyado el impulso de políticas en promoción de la salud dirigidas a la reducción de inequidades sociales en salud (16).

Por su parte la propuesta de la determinación social de la salud desarrollada por Jaime Breilh resalta como una visión fragmentada de la salud y una perspectiva causal en su interpretación: “no es posible ofrecer una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado y de sus rotundas consecuencias en la salud; ni analizar el proceso radical de acumulación económica/exclusión social, como eje de una reproducción ampliada de la inequidad social, ni abordar el metabolismo sociedad naturaleza, al escoger la vía causal deificando categorías analíticas en factores o causas estructurales, que aparecen como abstracciones sonoras pero vaciadas de contenido crítico y de movimiento” (10).

Desde múltiples visiones que comprenden el Estado, las organizaciones sociales y la sociedad en su conjunto se han destacado iniciativas que intentan promover acciones concretas dirigidas hacia la promoción de la salud a continuación brevemente algunas de ellas.

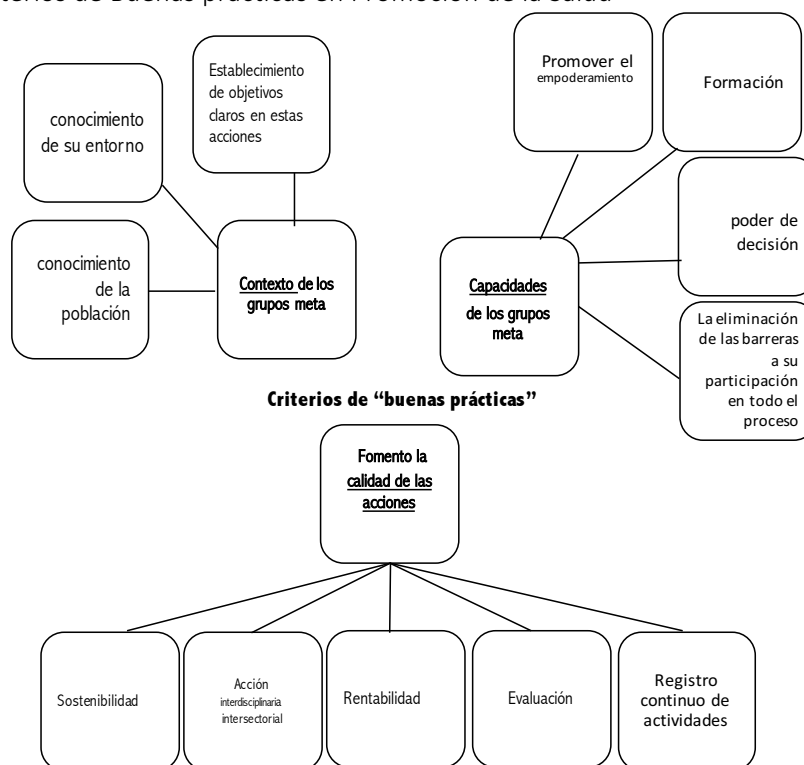
Estrategias para reducir las inequidades sociales en salud

Si la promoción de la salud se dirige a reducir las diferencias en el estado de salud de las personas, es una estrategia que puede operar para alcanzar la equidad sanitaria mediante el aseguramiento de la igualdad de oportunidades para el desarrollo del máximo potencial de salud de las personas (17) en este sentido, puede potenciar la activación social como medio para lograr el cambio social, y desde este enfoque, la comunidad “toma conciencia de sí misma, sus necesidades y situaciones”, para desarrollar acciones alternativas que se convierten en estrategias para el cambio (16).

En tal sentido, la gestión de las estrategias en su formulación, implementación y evaluación, va más allá de la “buena voluntad” y las capacidades de los prestadores en servicios de atención de la salud, los lugares complejos de las inequidades son la expresión de aspectos estructurales como el mercado de trabajo, los recursos financieros, las políticas, de etnia, género y socioculturales, entre otros, por ello, las estrategias desde la Promoción de la Salud, deben ser intersectoriales (18), garantizando la participación y aporte de recursos de otros actores sociales, mediante la creación de alianzas políticas, sociales y de investigación (18), acciones que implican una movilización social, generación de consensos.

Algunas experiencias internacionales, que han indagado sobre las mejoras estructurales en barrios desfavorecidos, específicamente en Alemania, han concluido que las **estrategias desde la Promoción de la Salud para reducir las inequidades sociales en salud** deben integrar al menos 12 criterios de “buenas prácticas” (18) como se describe en la siguiente figura:

Figura No1. Criterios de Buenas prácticas en Promoción de la Salud



Fuente: Elaboración propia basado en (18)

Estos criterios pueden resultar desde un enfoque con métricas tradicionales, limitadas a una lógica normativa institucional, que no da cuenta de elementos centrales en la Promoción de la salud como la participación social y comunitaria, así como las estrategias de intersectorialidad que se requiere para un abordaje de las situaciones de salud de las poblaciones desde una mirada que toma en consideración la complejidad de factores del entorno.

Movimientos globales hacia la equidad y promoción de la salud

Desde una perspectiva global, el avance de las tecnologías de la comunicación y transporte, genera momentos de intercambio ágiles en el conocimiento, información, bienes y servicios, sino también de procesos económicos, sociales, políticos, ideológicos, ambientales y culturales (19) que impactan

y transforman de manera más profunda y duradera, las condiciones de vida de las personas, lo que en algunos casos también se traduce en un *empoderamiento ciudadano* (16).

Fenómenos globales gestados en movimientos sociales se constituyen en emblemas, un ejemplo el himno feminista nacido en Chile durante el 2019, que se reprodujo rápidamente a través de redes sociales, un himno cuyo objetivo en palabras de sus artífices es “acercar tesis de autoras feministas para difundirse a diversidad de audiencias” (30 de noviembre de 2019), es un ejemplo de empoderamiento de un colectivo de mujeres a nivel mundial, que protesta contra la violencia patriarcal - machista y lucha por los derechos las mujeres, que promueve identidad y potencia manifestaciones en varios lugares instalando un ideal de respeto por la figura femenina que permea la unidad y fuerza para la organización y favorece movimientos globales en resistencia contra las desigualdades sociales, desnaturaliza violencias y entre otras se evidencia en el aumento del número de denuncias por violencia registradas en instituciones nacionales llamadas a garantizar los Derechos Humanos y el cuestionamiento a los Estados permisivos de las violencias.

Esta estrategia apunta hacia la materialidad de las propuestas teóricas de paradigmas que desde otras orillas del conocimiento aportan críticamente, como el eco-social el cual se fundamenta en la lucha contra la inequidad, específicamente desde las rutas de encarnación de los efectos de lo social en las personas y su biología(20). Por su parte la epidemiología crítica trabaja, en la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (socio-biocéntrica), a partir del conocimiento intercultural, interdisciplinario y basada en la comunidad, que busca la defensa de los derechos. Los aportes de una investigación y monitoreo enfocados en los procesos críticos de la salud, y proyectados hacia el horizonte de una nueva civilización que pueda ser saludable y construida sobre los dominios de la determinación social sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura (10).

Ahora bien, después de esta breve descripción sobre algunos desarrollos y desafíos de la Promoción de la Salud, previstos desde la institucionalidad de los Estados y organismos internacionales. A continuación, y en sintonía con una visión de pensamiento crítico, se presenta un análisis centrado en los acontecimientos que ha desencadenado la pandemia de covid 19 en América Latina y su relación con equidad y promoción de la salud.

La pandemia de covid 19 como telón de fondo para una reflexión sobre promoción de la salud en marco de equidad

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notifica una serie de casos en la ciudad que, posteriormente, se determina están causados por un nuevo tipo de coronavirus. Este nuevo brote se suma a los previos de SARS y el MERS. Tan solo 13 días después se notifica en Tailandia el primer caso de COVI 19 fuera de China. Para el 30 de enero la OMS define que el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), situación que se presenta por sexta vez desde 2005. Finalmente, el 11 de marzo de 20220, la OMS, determina que, en consideración a su alto nivel de propagación, gravedad e inacción, la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia (15).

Durante este período y a la fecha, han sido múltiples y diversos los análisis en relación con su origen, naturaleza, abordaje e impacto en la vida de los seres humanos y el planeta. En todo caso, parece irrefutable el hecho de que esta pandemia se da en un contexto de crisis civilizatoria, multidimensional y ambiental que sacude el mundo contemporáneo. En América latina, la crisis sanitaria llega en el marco de crisis precedentes que se profundizan, como resultado de una matriz estructural instalada de profundas inequidades que organizan la vida societaria y que se expresan en el incremento de desigualdades en las múltiples dimensiones de la vida.

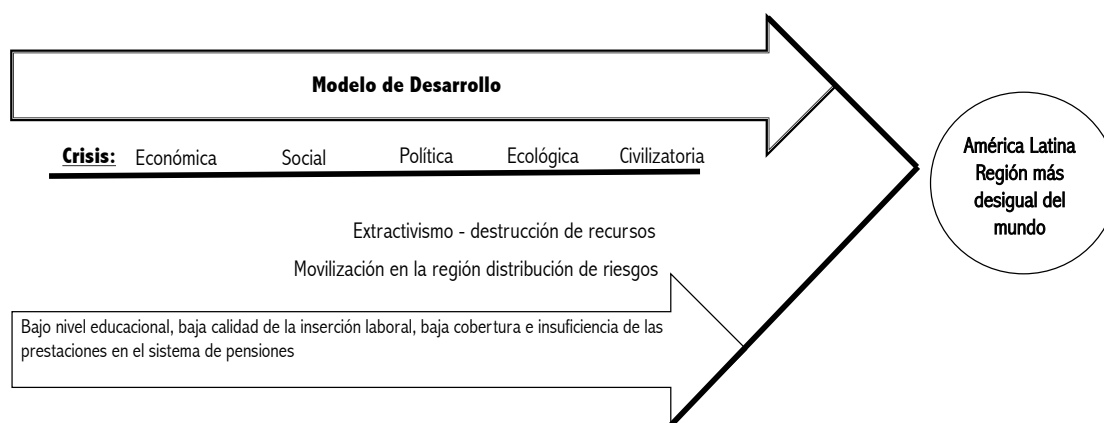
Situación precedente a la pandemia: crisis económica, social, política, ecológica, civilizatoria

En América Latina, el modelo de desarrollo ha seguido claramente las imposiciones de organismos internacionales que para la década del 70 del siglo pasado, se caracterizan por lógicas neoliberales, basados en modelos de sustitución de importaciones, extractivistas y fuertemente dependientes de los recursos naturales, con una reducción del rol del Estado y procesos de privatización de servicios públicos como educación, salud y seguridad social, mercados de trabajo con altos niveles de informalidad, con insuficiencias estructurales para absorber a toda la fuerza de trabajo y generar empleos de calidad, y sistemas de protección social de baja cobertura y prestaciones muy limitadas (21).

Como resultado de lo anterior, América latina se caracteriza como la región más desigual del mundo. El 10% más rico en América Latina concentra una porción de los ingresos mayor que en cualquier otra región (37%) y el 40% más pobre recibe la menor parte (13%). En este mismo sentido, se reporta que los estratos de ingresos medios siguen enfrentando distintas vulnerabilidades, tales como bajo nivel educacional, baja calidad de la inserción laboral, baja cobertura e insuficiencia de las prestaciones en el sistema de pensiones, frente a lo cual, se requiere una mirada más amplia y avanzar en la

conformación de sistemas de protección social integrales y con vocación universal, demanda histórica de movilización en la región (22).

Figura N° 2. Explicaciones de la Desigualdad en América Latina-



Fuente: Elaboración propia

Por su parte la CEPAL plantea que, de acuerdo con las encuestas de hogares más recientes disponibles, el índice de Gini alcanza en América Latina un promedio de 0,465 ⁵. Los valores más bajos, inferiores a 0,400, se registran en la Argentina, El Salvador y el Uruguay, mientras que en el Brasil y Colombia superan 0,520. Así mismo indica que entre 2002 y 2014 en la región se presentó una disminución de la pobreza (de 45,4% al 27,8%) y de pobreza extrema (de un 12,2% a un 7,8%), así como una mayor intención de ampliar la inclusión social y de extender la protección social, con una expansión de la inversión en lo social y la implementación de políticas de carácter redistributivo y universales en el ámbito social y del mercado de trabajo, con un claro impacto del incremento de los ingresos laborales como factor diferenciador seguido de las transferencias públicas y privadas.

Sin embargo, a partir del 2015 en la región se entra en un nuevo periodo de deterioro de los indicadores: en 2018, alrededor del 30,1% de la población regional estaba bajo la línea de pobreza, mientras que un 10,7% se encontraba bajo el umbral de la pobreza extrema. Esta situación de pobreza se expresa de forma diferenciada siendo mayor entre los residentes de zonas rurales, los

⁵ Promedio para 15 países sobre la base de información de las encuestas de hogares de 2018, excepto Chile, donde corresponde a 2017.

niños, niñas y adolescentes, las mujeres, las personas indígenas y la población afrodescendiente, entre otros grupos (23).

Tras estas cifras de concentración de la riqueza y distribución de la pobreza hay varias cuestiones centrales encadenadas: una grave crisis alimentaria como resultado del modelo de agronegocios que no garantiza la seguridad alimentaria de los países y mucho menos la soberanía y autonomía alimentaria de los pueblos. Esta situación se deriva de procesos de concentración, acaparamiento y despojo de la tierra y los territorios campesinos, indígenas y afrodescendientes para la producción masiva de commodities para el mercado global y para los agrocombustibles concentrando enormes ganancias en muy pocos actores: grandes empresas transnacionales de semillas, de agroexportación, distribución y acopio, sumadas a las corporaciones financieras que utilizan a la producción agropecuaria y las tierras como meras mercancías especulativas. Como resultado, se incentiva el hacinamiento en las grandes ciudades producto de la migración del campo a la ciudad por falta de acceso a la tierra y al trabajo digno (24).

Esta lógica económica de organizar la producción no para resolver necesidades fundamentales para la vida, como en el caso de los alimentos, sino para la acumulación implica su extensión hacia una explotación intensiva de la Naturaleza expresada en el incremento de la megaminería, los hidrocarburos convencionales y el fracking, el litio y los grandes emprendimientos forestales como base de las economías. Como resultado estamos ante una crisis ecológica severa de progresión lenta, que impacta tanto a los sujetos en términos de incremento de la morbi-mortalidad como a la posibilidad de continuidad de la vida misma, en tanto hoy enfrentamos graves problemáticas como la contaminación atmosférica, el deshielo ártico y el incremento de la temperatura global que coloca en jaque la supervivencia de la vida en el planeta.

A la base de estas características en el modelo productivo de la región se encuentra la opción por la financierización⁶ de la vida en general y de los servicios esenciales tales como educación, vivienda y salud, proceso basado en una desregulación financiera en aplicación a las recomendaciones del neoliberalismo para alcanzar la modernización y el desarrollo en la región, opción que ha mostrado

⁶ Se entiende por financierización “al creciente papel de las motivaciones financieras, los mercados financieros, los actores financieros y las instituciones financieras en las operaciones de las economías domésticas e internacionales” Guttman, Robert, “Introducción al capitalismo conducido por las finanzas”, iiec-unam, enero-abril, 2009, consultado el 8 de marzo de 2012 (disponible en <http://www.olafinanciera.com>).

su fracaso y su vínculo con el incremento de la pobreza y la desigualdad. Así, en la región se perpetúa: a) dependencia económica y financiera con respecto a los países desarrollados (centro-periferia), b) falta de un mercado interno que genere efectos multiplicadores y c) estructura productiva terciarizada y reprimarizada(25).

Características de la carga de enfermedad y mortalidad en la región

La Región sigue haciendo frente a una transición demográfica y epidemiológica. En términos del perfil de morbilidad y mortalidad en la región se puede señalar como características fundamentales (26):

1. Aumento extraordinario de la presencia de sobrepeso y obesidad en los últimos 20 años y su vinculación con la aparición de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer.
2. Permanencia de malaria en 19 países con brotes reiterados; aumento de casos notificados con disminución de la mortalidad de tuberculosis; estancamiento en el número de nuevos casos de SIDA al año (120.000).
3. Eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación (polio, poliovirus salvajes autóctonos, rubéola, tétanos neonatal, transmisión materno-infantil de la hepatitis B).
4. Disminución del número de muertes de menores de 5 años (mortalidad de menores de 5 años) y menores de 1 año (mediana de la tasa de mortalidad 15,0 por 1.000 nacidos vivos y 13,1 muertes por 1.000 nacidos vivos en el 2017, respectivamente). Sin embargo, persisten diferencias importantes entre los países en cuanto a la magnitud y el ritmo de esta disminución.
5. La mortalidad analizada por amplios grupos de causas muestra un predominio de las enfermedades no transmisibles (ENT) (incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y otras) que presentan una tendencia al aumento y representan el 81% de todas las muertes en el 2016. Entretanto, se observó una disminución gradual en las muertes por enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales. En términos generales, la mayor diferencia en las causas de defunción entre los hombres y las mujeres es la muerte por causas externas, la cual es notoriamente más alta en los hombres que en las mujeres.

6. Respecto a los factores de riesgo, alrededor del 8% de los recién nacidos tienen bajo peso al nacer. La desnutrición crónica afecta al 10% de los niños menores de 5 años, y el 6% de los niños en el mismo grupo de edad tiene sobrepeso.

La situación de los sistemas sanitarios en la región

Los sistemas sanitarios en la región siguen presentando grandes dificultades: limitaciones de cobertura y acceso por razones geográficas (2 de cada 10 personas no buscan atención médica debido a barreras geográficas), especialmente en poblaciones de zonas rurales y territorios dispersos; por condiciones étnicas (grupos afrodescendientes y pueblos originarios); por ciclo vital, (mujeres y niños); y por capacidad económica (tres de cada diez personas en las Américas no tienen acceso a servicios sanitarios por razones económicas; unos 100 millones de personas se ven empujadas a la pobreza extrema (menos de 1,90 dólares al día) debido al pago de los servicios de salud (27).

De otra parte, si bien se ha presentado un incremento en los recursos, siguen siendo insuficientes y por otro lado enfrentan un grave problema de eficiencia. La inversión pública en salud sigue bastante baja en algunos países. Los propios Estados Miembros de la OPS han decidido que el PIB para la salud alcance progresivamente un 6% pero seguimos alrededor de una media del 4% (27). De otra parte, se reportan graves problemas de eficiencia en el uso de los recursos impactados por lógicas de privatización y corrupción que hacen que grandes cantidades de recursos públicos no tengan el impacto en resultados en salud esperados.

Al tiempo se observa persistencia en un importante gasto del bolsillo en la región en porcentaje del gasto total en salud (23.9 en 2016) con crecientes brechas de desigualdad. De hecho, la brecha entre el cuartil de los países más pobre y el más rico aumentó entre el 2000 y el 2015. Si bien el cuartil más rico gastaba en el 2015 la mitad de lo que gastaba en el 2000, el cuartil más pobre casi no ha registrado ninguna mejora (26).

En relación con el personal sanitario, se observa que, si bien en las últimas décadas han disminuido los profundos desequilibrios que existían en la fuerza de trabajo en el campo de la salud y ha mejorado la dotación y la disponibilidad de personal en el primer nivel de atención, aún persisten inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud. Entre los principales obstáculos, se mencionan los débiles procesos intersectoriales en los ámbitos de la gobernanza, la regulación y la gestión; el financiamiento

insuficiente para los recursos humanos; la falta de información para apoyar la toma de decisiones y la dificultad que las autoridades nacionales tienen para realizar previsiones sobre las necesidades presentes y futuras de personal de salud y para formular e implementar estrategias a largo plazo (28).

Las inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud se producen entre países y dentro de los países, así como también entre los niveles de atención y entre los sectores público y privado. Se constata, además, una escasa retención en áreas rurales y subatendidas, altas tasas de movilidad, así como precariedad en las condiciones de trabajo, baja productividad y limitada calidad del desempeño, lo que impide la expansión progresiva de los servicios, sobre todo en el primer nivel de atención. A lo anterior se suma el fenómeno de la migración del personal de salud, que afecta especialmente a los países del Caribe. Adicionalmente, en los lugares en los que se dispone de recursos humanos para la salud, estos no siempre tienen el perfil, las competencias o la capacitación adecuadas para trabajar de acuerdo con un enfoque intercultural y de género (28).

Esta situación es el resultado de las reformas a los sistemas de salud y seguridad social (salud, pensiones y riesgos laborales) que los gobiernos de la región adelantaron centradas en una lógica de privatización y financierización de la seguridad social, en acatamiento a directrices internacionales promovidas a través del consenso de Washington. Algunos estudios plantean que se han pueden caracterizar dos grupos al respecto: reformas centradas en innovaciones de los modelos de aseguramiento, como una estrategia para transformar el sistema de salud y ampliar la cobertura nominal de la población con protección financiera con modelos de atención de Atención Primaria en Salud focalizada con paquete de servicios limitados; y reformas que se centraron en el fortalecimiento y transformación del modelo de atención y organización de los servicios de salud para abordar la fragmentación estructural de los sistemas de salud con modelos de Atención Primaria en Salud con una perspectiva integral, a través del desarrollo de un primer nivel de atención integral que incorpora intervenciones de salud pública con un enfoque basado de derechos humanos, la participación social, el empoderamiento de la comunidad y la colaboración intersectorial. Estos modelos se presentan de forma diversa en los países según su grado de fragmentación y segmentación (29).

En ese contexto, Colombia, por ejemplo, como caso emblemático del primer grupo en la región, organiza su sistema alrededor del aseguramiento privado a través de un componente de intermediación que ha significado por un lado alta concentración de utilidades en el sector privado,

precarización del empleo en el sector salud y pérdida de autonomía profesional y por el otro incremento en las desigualdades en salud lo que contribuye al crecimiento de la inequidad por territorios y poblaciones. La vulneración sistemática del derecho en Colombia ha significado un creciente proceso de exigibilidad jurídica y social evidenciado en el incremento de tutelas y movilizaciones y reivindicaciones por los déficits en el acceso, calidad, integralidad y oportunidad en los servicios, así como un proceso sostenido de reivindicación de los trabajadores del sector en torno a la urgencia de garantizar condiciones de trabajo digno con base en contratación directa y mejora salarial.

En síntesis, se vive en una profunda inseguridad social (que impacta todas las dimensiones de la vida más allá del ámbito de los servicios de salud) y en general la gente sobrevive por procesos autónomos autogestionados centrados en la economía informal y, para el caso de salud con base en prácticas ancestrales y populares hasta tanto la enfermedad grave y la muerte emergen.

La pandemia las Américas y la profundización de las desigualdades e inequidades

Una comprensión de la pandemia en la región puede articularse con la lectura de la crisis que ha venido acuñando Boaventura de Souza Santos (30), mediante el uso de una matriz interconectada con tres referencias centrales:

- a. Una lógica hegemónica y colonial, que previo a la pandemia y hoy con más ahínco, responsabiliza al individuo de su situación e invisibiliza las condiciones históricamente construidas en la emergencia de esta así como en su concentración en territorios y grupos poblacionales, al tiempo que homogeniza en un discurso universal la construcción de la respuesta necesaria en los marcos dominantes instituidos (políticos, económicos, sociales, sanitarios) estimulando centralmente el interés privado sobre el público;
- b. Una lógica de explotación tanto de la naturaleza como de los seres humanos construida como base de las relaciones societarias, a favor del interés del capital. Esta pandemia, como las previas, son una expresión del modelo de explotación ilimitado que nos llevan hacia una catástrofe ecológica.; frente a lo cual las políticas de confinamiento exceptúan a la base trabajadora de menor calificación como sujetos prescindibles para garantizar el funcionamiento del aparato productivo.

- c. Una lógica patriarcal que refuerza patrones previos del rol de las mujeres en el cuidado como centralidad de la respuesta ante la pandemia. Así el cuidado de niños, adultos mayores, enfermos y personas con discapacidad que lo requieran recae sobre las mujeres, incrementado en etapa de confinamiento y con la sobrecarga de la profundización de la inseguridad alimentaria, económica y de seguridad civil e incluso política. A esto se suma, la concentración en las mujeres del cuidado institucional como trabajadoras ampliamente mayoritarias de los servicios de salud, sociales y educativos, en condiciones precarias y con incremento de la exposición a riesgos biológicos y sobrecarga mental/psicosocial. Estas condiciones favorecen el crecimiento de las violencias machistas.

La pandemia de COVID 19 en la región

Con base en los elementos estructurales destacados anteriormente la pandemia COVID 19 presenta rasgos muy particulares en América Latina cuya característica según la OPS pueden destacar lo siguiente (31):

1. El reporte de un número superior de casos en relación con otras regiones del mundo. El número de casos notificados en las Américas entre el 1 de enero y el 28 de agosto de 2020, sobrepasa en 1,4 millones de casos, a los casos reportados en todas las cinco Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el mismo periodo.
2. Un crecimiento acelerado de contagios y mortalidad que implica crisis en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.
3. Un impacto desigual por condiciones territoriales, étnicas y de grupos sociales. La mayor proporción de casos se notificaron en los Estados Unidos de América (45%) y Brasil (29%), mientras que las tasas de letalidad más altas se observaron en México (10,8%), Canadá (7,2%) y Ecuador (5,8%).
4. Un importante impacto en trabajadores de la salud. En la región de las Américas, hasta el 19 de agosto de 2020, de acuerdo con la información disponible de 191 países de la Región, se notificaron un total de 569.304 casos de COVID-19 en personal de salud, incluyendo 2.506 defunciones. De estos el 72% son mujeres y los grupos de edad con mayor proporción de casos confirmados fueron el de 30 a 39 años y el de 40 a 49 años (31).

El impacto diferenciado significará un incremento en la desigualdad con proyecciones claras en términos de una importante pérdida de empleos, mayor precariedad laboral y desempleo, crisis alimentaria, crecimiento del sector informal. En este contexto, la CEPAL pronostica la peor

contracción económica en la región desde 1930, con una caída del 5,3% del Producto Interior Bruto, con importante impacto de indicadores económicos (21) .

Paradójicamente la tendencia en la región se ha orientado hacia el apoyo por parte de los gobiernos al sector privado y empresarial con baja aporte en términos de políticas de protección social o seguridad social, que signifiquen una inflexión a la tendencia prevalente en la región en términos de bajas coberturas y lógicas de focalización.

Las demandas del sector popular se presentan integradas en material alimentario, económico, de salud y de seguridad civil, social y política. En este contexto se plantea la urgencia de políticas universales, tales como la renta básica universal bajo la lógica de cumplimiento de los derechos humanos, específicamente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Ambientales, propuesta apoyada incluso por algunos de los organismos internacionales⁷, y al tiempo reconocer, visibilizar y actuar frente a las diversas inequidades regionales.

En materia de salud y seguridad social, en el marco de la pandemia, la demanda se centra en la organización de sistemas universales de protección social y salud universal e integral. De manera particular en salud, se debe enfatizar en la necesidad de organizar una respuesta social-comunitaria articulada a un modelo de atención organizado desde una Atención Primaria en Salud territorializada; fortalecimiento de la red pública y garantía de condiciones de bioseguridad y formalización a los trabajadores del sector salud para configurar condiciones de trabajo dignas. Más estructuralmente, avivar procesos de reforma hacia sistemas de salud integral y garantista del derecho.

En términos organizativos se animan procesos orientados a la construcción de un sujeto colectivo articulado desde lo que nos une, y avanzar en nuevas formas de acción colectiva. Se hace necesario reconocer y articular procesos de resistencia y autonomía en los territorios y desde allí profundizar la interpelación y explicitar la contradicción en la interpretación de la pandemia y las respuestas

⁷ La Comisión Económica para América Latina y el Caribe insistió en la creación de un ingreso básico de emergencia durante seis meses que serviría para pagar las necesidades básicas y sostener el consumo de los hogares. ONU: América Latina explora “seriamente” la propuesta de crear un Ingreso Básico de Emergencia para paliar la crisis del coronavirus. Noticias ONU 21 de mayo 2020. Consultado en <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474842> 7/09/2020.

construidas, colocando el énfasis en la vida, la acción comunitaria y el cumplimiento del estado como garante de la vida.

Las políticas públicas bajo el control de los intereses instituidos

Frente a esta realidad, las políticas públicas en la región presentan una lógica en donde se puede caracterizar los siguientes aspectos:

- Confinamiento selectivo según posición ocupacional;
- Ausencia de respuestas de soporte social en vínculo con sobrecarga en labores de cuidado;
- Flujo de recursos públicos al sector privado; acciones paliativas desde los sistemas de salud debilitados;
- Responsabilización del individuo,
- Incremento de las violencias políticas y de género.
- Concentración del poder e incremento de lógicas conservadoras

Los gobiernos en general han tomado medidas tardías de confinamiento y se profundizan las inseguridades sociales que ya existían. Ya no hay más ingresos derivados de la economía informal, se generaliza el hambre y el acceso a la alimentación y la salud, y se deteriora en las grandes masas de pobladores urbanos especialmente la calidad de vida. Esta situación implica una modificación en la lógica de organización del trabajo colocando el énfasis en las actividades de cuidado con lo cual se presenta una sobre carga sobre las mujeres que ven incrementado su trabajo productivo (de bienes servicios en el sector formal e informal) y reproductivo (reproducción familiar y de la fuerza de trabajo), que para el caso de Colombia representan el 19% de PIB antes de la pandemia. Hoy, es más.

El confinamiento ha implicado incremento de la violencia patriarcal en escenarios públicos y privados y la violencia social y política. Para el caso de Colombia, en lo corrido del año han sido asesinadas 101 defensores y defensoras de derechos humanos y 196 personas reincorporadas de las FARC-EP (32). En lo que va del año, la Oficina de la Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos ha documentado 33 masacres y viene dando seguimiento a 97 asesinatos de personas defensoras de derechos humanos, de los cuales, a la fecha ha verificado 45 homicidios(33).

En medio de la situación el gobierno profundiza su política de refuerzo del capital privado (bancos y organismos de intermediación y aseguramiento) y lo público que ya estaba casi desmantelado se aprovecha para seguir ofertando el sistema al capital internacional. Al tiempo se refiere inversión en

salud que no se concreta (En Colombia se han ofertado 7 billones de pesos en la emergencia sanitaria en salud, solo se han gastado 0.96 billones) (24) . El lucro sigue siendo el ordenador en la acción estatal en materia de políticas sociales y no la promoción de la salud y la vida. No hay una atención que atienda las demandas territoriales y el impacto de la pandemia y el confinamiento se concentra en las capas de población pobre.

En términos de resistencias y autonomías, la pandemia ha significado un debilitamiento de la organización y la movilización. Sin embargo, colectivos de mujeres, grupos étnicos, ambientalistas y el sector sindical, explicitan posiciones críticas a las medidas tomadas, pero por obvias razones en esta coyuntura se priorizan demandas urgentes e inmediatas con postergación de exigencias más estructurales. La gente está más apremiada por la respuesta a la sobrevivencia alimentaria y económica y no termina de creer los impactos tan severos de una pandemia.

Post pandemia: La urgencia por mayores esfuerzos en la promoción de la salud

El manejo de la pandemia por COVID-19 ha llamado de forma insistente la necesidad de un enfoque que integre tanto la respuesta institucional del sector salud, como la acción social y comunitaria, como mecanismo efectivo para el control de esta. De hecho, hoy es claro que su monitoreo, control y reducción tiene un fuerte componente social y comunitario. Comunicaciones recientes identifican que en los casos en los que se han presentado costos incontrolables en vidas y recursos se observa “la ausencia de estrategias de gestión del territorio”, destacando la ausencia de datos sobre la propagación exacta de la pandemia, la ausencia de restricción temprana de áreas en riesgo, el manejo confuso de hogares de ancianos, la ausencia casi total de actividades de higiene pública referidas al aislamiento de contactos de los contagiados y la falta de pruebas en territorios, la falta de gobierno del territorio y la falta de protección y test para los trabajadores del sector salud. Este pronunciamiento explicita la necesidad de entender la pandemia en términos de salud pública, con énfasis en la atención territorial (34).

Asimismo, se reconoce que las medidas necesarias de aislamiento social profundizan lógicas de desarticulación social y, de forma emergente, lógicas de resistencia a las mismas por diversas razones culturales, sociales y económicas. En contraste, algunas experiencias en curso en la región de América Latina, refieren estrategias orientadas hacia una acción social co-dependiente: “yo me cuido /tú te cuidas” con amplia participación de los distintos sectores sociales, institucionales y de la comunicación; el fortalecimiento del tejido social articulando diversos liderazgos sociales y gubernamentales y una fuerte campaña comunicativa centrada en afianzar valores culturales como

la solidaridad, la responsabilidad y la consciencia de la mutua dependencia con los otros. Todo esto soportado en una permanente innovación social de cara a responder a necesidades concretas y cotidianas tales como la seguridad alimentaria, vivienda, iniciativas de generación de ingresos, incluso como respuesta a necesidades que emanan de la misma circunstancia de la prevención de la pandemia como circuitos de producción de insumos y recursos que se hacen necesarios y escasean, y que pueden ser entendidas como en curso de redimensionar valores y relaciones sociales.

Este llamado a una perspectiva integral en la construcción de respuestas concretas para contener y superar la pandemia, enfrenta retos muy complejos si se considera que la pandemia genera crisis económica, ambiental, biológica, sanitaria, política, migratoria, energética, hídrica y alimentaria, y en este sentido, entre otros aspectos, se ha enfatizado en la necesidad de reforzar los sistemas de protección social para apoyar a los grupos vulnerables profundizando programas de transferencia directa de efectivo, prestaciones por desempleo, subempleo y autoempleo, aplazamiento de pago de préstamos y cuentas de diversa índole y apoyo a las empresas para el pago de salarios, convocando a entender esta coyuntura como una oportunidad para repensar y reorganizar la dinámica social en todas sus dimensiones (35).

En este contexto, la Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible destaca que el propósito de esta es: “renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes de la salud en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con el fin de mejorar la salud y reducir las inequidades en la salud en el marco de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (36) Si bien la estrategia reconoce que en las Américas se vive una situación de “fuertes desigualdades” con prevalencia de: “crecimiento urbano caótico”, “desarrollo industrial no regulado”, “contaminación ambiental” y “aumento de la violencia”; en tanto que otros obstáculos son el “desplazamiento de personas”, “la falta de compromiso y de acciones intersectoriales a largo plazo”, “la limitada participación y empoderamiento de la comunidad”, y una “insuficiente evidencia documentada de la eficacia de la promoción de la salud que obstaculiza una acción sostenible que trascienda los períodos políticos”, otros aspectos centrales de la región no son explicitados tales como la creciente represión policial ante masivas protestas sociales; migraciones de población en una escala que no tiene muchos precedentes en el continente; crecimiento del desempleo y cierre de pequeñas y medianas empresas; incremento de la población en situación de pobreza e indigencia

junto con el desmantelamiento de políticas de inclusión social, y debilitamiento de la vigencia del Estado de Derecho y de la democracia (37).

En este sentido, se hace necesario contextualizar los esfuerzos y procesos orientados a impulsar la promoción de la salud con énfasis en la articulación de las propuestas institucionales con la respuesta social y comunitaria, basada en la capacidad propia, la solidaridad, la mirada integral a las demandas y el cuestionamiento a los valores de la vida imperantes capitalistas, patriarcales y colonial.

Se requiere reflexionar sobre estas prácticas y visibilizar en la agenda política una aspiración articuladora en torno a las protecciones sociales integrales como base de sociedades solidarias por la vida que requiere resolver lo urgente fruto de la desprotección con criterios de equidad y al tiempo mantener nuestra aspiración de reformas estructurales en los modelos de desarrollo y los sistemas de protección social y la políticas sociales en general hacia lógicas universales, integrales y equitativas por la vida.

Este reto de construir respuestas integradas e integrales enfrenta situaciones históricas de profundas desigualdades que hoy nos colocan ante amplísimos segmentos de la población en condiciones concretas de pobreza, en relaciones inequitativa por género, discapacidad y/o pertenencia a pueblos indígenas originarios frente a los cuales las respuestas sanitarias dominantes, donde por ejemplo el aislamiento y las prácticas de aseo, difícilmente pueden ser incorporadas. A esto se suma, el debilitamiento del sector público y de los prestadores de servicios de salud, en donde se ha instalado una insuficiencia estructural en las respuestas a las demandas de salud que se acompaña de una permanente pauperización de la práctica profesional en salud.

En este marco, en la región el componente de salud pública y las experiencias de organización de modelos territorializados basados en Atención Primaria en Salud, así como el predominio de la lógica curativa sobre la preventiva como marca estructural del sistema, implican para esta coyuntura grandes dificultades en el desarrollo de estrategias intersectoriales de respuesta a las demandas de bienestar así como de búsqueda activa, identificación y seguimiento estrecho a casos y sus contactos para limitar el contagio, lo que significa mantener la respuesta sanitaria en una lógica pasiva o defensiva, sin lograr avanzar en el control de la misma.

De otra parte, si bien, los gobiernos llaman a promover acciones promocionales y preventivas centradas en ámbito comunitario y familiar se observan grandes limitaciones para su operación, lo que se convierte en el verdadero reto a enfrentar en la pandemia.

Finalmente, para llevar a un terreno más concreto lo descrito anteriormente, a continuación, se describen dos experiencias desarrolladas en la región bajo ópticas diferentes la primera corresponde la Mesa de Protección Social como iniciativa gubernamental en Costa Rica y la segunda, el Monitoreo crítico de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores del sector salud en el marco de la pandemia Colombia 2020, una iniciativa amplia de organizaciones de trabajadores de salud ambas experiencias desde ámbitos diferentes tienen como propósito desarrollar estrategias en el marco de la pandemia por COVID-19, con una perspectiva de equidad y Promoción de la salud.

Las experiencias destacan el contexto en que se desarrollan; los sujetos que participan la contribución para contrarrestar o hacer evidentes las inequidades o cómo son más evidentes, cómo se da curso a lo organizativo y finalmente destacar los componentes de la agenda para la acción.

Experiencia: Políticas de protección social en Costa Rica ante la pandemia por COVID-19: una experiencia desde la Mesa de Protección Social a través de la mirada de equidad y de la promoción de la salud

Descripción de la experiencia

Algunos países de Latinoamérica como Costa Rica hicieron una declaratoria de Estado de emergencia nacional promovida como respuesta a la pandemia por el coronavirus-19 (COVID-19), con la finalidad de abordar las principales necesidades y consideraciones particulares de los habitantes en diferentes situaciones de vulnerabilidad ante esta emergencia sanitaria.

Entre otras medidas se crearon nueve “Mesas Técnicas”, adscritas al Centro de Operaciones de Emergencia (COE), desde la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), entre las que figuran la Mesa de Educación, de Comercio Exterior, de Seguridad Alimentaria, de Gestión Municipal, de Seguridad, de Salud, de Servicios Básico, de Infraestructura productiva y la de Protección Social; cada una de estas Mesas integró diversas organizaciones nacionales e internacionales que apoyaron las medidas de salud pública, que en una acción inédita de manera temprana en marzo de 2020, y de forma ininterrumpida durante cinco meses, se reunieron diariamente para dar seguimiento y movilizar recursos institucionales, desde las distintas organizaciones, para afrontar las necesidades que señalaba la CNE en sus reportes y coordinaciones diarias (38).

Esta experiencia de articulación interinstitucional e intersectorial, liderada por instituciones del gobierno y en el marco del COVID-19, mostraron un diálogo reflexivo, fluido, con la creación de acciones concretas bien organizadas para el afrontamiento de la emergencia nacional sanitaria, a diferencia de las *trabas* burocráticas que se suelen encontrar en las instituciones del gobierno en tiempos ordinarios, para pasar a una orientación de la acción distinta y por tanto con la creación de una serie de oportunidades para desarrollar acciones desde la promoción de salud y avanzar hacia la equidad, a través de mecanismos de participación y articulación efectiva de actores sociales.

Esta experiencia local desde la Mesa de Protección Social, reunió a 3 equipos técnicos:

- Equipo técnico 1: Promoción de la Salud y activación social
- Equipo técnico 2: continuidad de la atención de programas
- Equipo técnico 3: articulación organizaciones de bienestar social

La Mesa de Protección Social coordinada por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y en la que participan instituciones como MCJ, DGME, Viceministerio de Dialogo, MIVAH, DESAF, MEP, PANI, REDCUDI, INAMU, MTSS, CCSS, INA, CONAPAM, CONAPDIS, IAFA, JPS, Universidades, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social y la Municipalidad de San José, constituye una instancia de gobierno desde la cual se crearon más de 50 medidas que procuraron acciones de protección social en poblaciones particularmente vulnerables del todo el país(38).

A manera de ejemplo, al Equipo 1 se integraron representantes de la Dirección General de Migración y Extranjería, el Instituto Mixto de Ayuda Social, el Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, la Agencia de la ONU para los Refugiados, la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad de Costa Rica, entre otros, esta Mesa dirigió acciones hacia tres poblaciones específicas que entrañan históricamente grandes desafíos sociosanitarios, y fueron los Indígenas, los Migrantes y personas en Asentamientos informales de distintos cantones de este país.

Se efectuaron más de 100 reuniones de coordinación desde marzo 2020 a julio 2020, y para cada una de estas poblaciones se elaboraron en conjunto, con participación de todos los actores sociales de cada Mesa, diversos Protocolos de preparativos y respuesta ante brotes de COVID-19, dirigidos a cada una de las poblaciones meta de Indígenas, Migrantes y personas en Asentamientos informales. Estos protocolos constituyeron instrumentos con los lineamientos de política pública, para su implementación por parte de diversos actores estratégicos vinculados a cada una de estas poblaciones prioritarias, tanto a nivel nacional, como local.

Asimismo, también se elaboró un Plan de Acción Interinstitucional y Multinivel a implementar por parte de instituciones públicas, gobiernos locales, organismos no gubernamentales, organizaciones comunitarias, entes privados, entre otros, articulados en procura de ejecutar acciones preventivas y de respuesta, según sus competencias y capacidades, ante un brote y la aparición de personas con el COVID-19 en cada una de las poblaciones descritas(39).

La eficiencia y eficacia en la implementación de estos Planes de Acción se plantearon en consonancia con un abordaje mediante un “enfoque territorial”, en el cual se procuraba una adecuada comunicación y coordinación interinstitucional y multinivel, entre la diversidad de participantes y la complejidad en las cadenas jerárquicas de acciones entre los distintos actores sociales involucrados, las cuales funcionaron como *verdaderos engranajes de una maquinaria institucional*, muy bien coordinada durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19, que poco a poco fue recogiendo importantes lecciones.

La implementación del Plan de Acción, el rol activo y de liderazgo por parte de los gobiernos locales se consideró un punto estratégico en el sistema de atención a la emergencia sanitaria, esto debido a que representaba a los actores sociales con mayor cercanía y conocimiento de cada territorio, así como la importante labor de liderar a los Comités Municipales de Emergencia preparados para la actuación en situaciones de alerta nacional.

La participación de las comunidades en la implementación de dicho Plan de Acción debe considerarse fundamental, debido a que la efectividad de las medidas de prevención y respuesta a ejecutar estaba muy relacionada no solo con el involucramiento, sino además con la corresponsabilidad en la gestión y acciones por parte las comunidades y cada una de las familias de esos contextos.

Aunque en cada una de las Mesas Técnicas se coordinó de manera precisa, tanto a lo interno como con las otras Mesas, así como con la CNE, y fue un hecho inédito de coordinación y apoyo sostenido por parte de gran cantidad de actores sociales durante varios meses de la emergencia sanitaria, y donde todos los actores sociales convocados por el gobierno se abocaron a colaborar de manera ágil y oportuna según sus capacidades y experiencias, un componente decisivo en lograr el éxito esperado que debe considerarse en la gestión de acciones de esta naturaleza, debe ser la participación de la comunidad desde las etapas iniciales – y no tardías o excluyentes-, en las formulaciones, implementaciones y evaluaciones de las acciones, así como en su rediseño a partir de la realimentación y lecciones aprendidas en el proceso.

Buenas prácticas en las estrategias de Promoción de la Salud para abordar las inequidades sociales en salud

Tal y como concluye Mielck et al. (18) las estrategias desde la Promoción de la Salud para abordar las inequidades sociales en salud, deben integrar criterios de “buenas prácticas” entre los que se destaca el contexto y las capacidades de los grupos meta, así como el fomento de la calidad de las acciones; estos criterios a la luz de la gestión ante la pandemia planteada desde la Mesa de Protección Social, reportan las siguientes características:

- 1- el **conocimiento de la población y su entorno**: este es asumido desde las Mesas como un conocimiento dado, prestando atención principalmente a estadísticas, indicadores sociodemográficos y epidemiológicos en relación con la evolución de la pandemia, más que al análisis desde otras dimensiones desde los determinantes sociales de la salud que explican la situación de los grupos y poblaciones, tales como los aspectos socioculturales, económicos, políticos, históricos, de etnia, género, relaciones de poder, vulneración de derechos y exclusión, entre otros, que también configuran los contextos y las formas de aprehender el mundo de las comunidades, a las cuales se transmiten *jerárquicamente* las acciones formuladas. Desde la óptica de estas Mesas técnicas y otros actores sociales que participan en la formulación de estas acciones se plantearon objetivos claros, los cuales se transmiten a otros actores y comunidades vinculadas para su ejecución, lo que potencia las posibilidades de escasa comprensión e identificación social con las políticas públicas y por ende, la omisión y participación en las acciones emitidas por las entidades de gobierno. Todo esto crea las condiciones para un *círculo de inacción* por parte de las organizaciones y actores receptores de los lineamientos de política pública, que eventualmente incide en el limitado avance en la contención de los efectos de la pandemia.
- 2- la **mejora de las capacidades de los grupos meta**, esto es, promover el empoderamiento, la formación, el poder de decisión y la eliminación de las barreras de la participación en todo el proceso: este se puede considerar un aspecto de mejora y lecciones aprendidas para reformular las acciones y las formas de relacionarse con las comunidades meta desde las entidades de gobierno como las Mesas técnicas, en una relación menos centralizada, más “horizontal” y participativa, reconociendo las potencialidades, el conocimiento base que poseen las comunidades, sus mecanismos de participación y los distintos recursos que pueden aportar los actores de base comunitaria para favorecer acciones adaptadas al contexto y no solo

lineamientos de política pública estandarizados y con estrategias que no calzan con las expectativas y necesidades de las personas en los territorios.

- 3- finalmente, el **fomento la calidad de las acciones**, esto incorpora la integración interdisciplinaria-intersectorial y el registro continuo de actividades: aspectos abordados de forma oportuna desde una reorganización y toma de conciencia, desde inicios de las coordinaciones en la Mesa de Protección Social en marzo 2020. Sin embargo, otros aspectos como la *sostenibilidad* y la *rentabilidad* de las acciones formuladas desde estas instancias de gobierno, así como la *evaluación* de las acciones para conocer el impacto y los ajustes en la implementación, son aspectos que deben reflexionarse por parte de los actores sociales gubernamentales y no gubernamentales, en la gestión de acciones en salud pública y promoción de la salud, considerando mecanismos que integren *actores sociales de base comunitaria, desde el inicio del proceso* de formulación y análisis de la situación de salud, como base de garantía para la sostenibilidad, rentabilidad de las acciones, así como el fortalecimiento de las capacidades en la evaluación de acciones para todos los actores sociales participantes, con el fin determinar los resultados planteados, la incidencia y los impactos obtenidos en los grupos y poblaciones meta, así como una gestión transparente y rendición de cuentas en todo el proceso.

Estrategias en salud pública y Promoción de la Salud considerando la naturaleza de la agenda, el debate organizativo, el derecho a la salud y condiciones dignas de vida sana

De esta manera, en los primeros meses de evolución de la pandemia en un ámbito nacional como el de Costa Rica, surgen varias interrogantes relacionadas con la integración de criterios que orienten la construcción de estrategias en salud pública y Promoción de la Salud para abordar las inequidades sociales en salud en situaciones extraordinarias como la pandemia por COVID-19, pero también en tiempos ordinarios en los que se gestionan acciones desde instancias gubernamentales, que procuran mejorar la situación de salud de los grupos y poblaciones, particularmente de los más desfavorecidos.

En este marco, es necesario considerar en la formulación de dichas estrategias desde la salud pública y la Promoción de la Salud, no solo la calidad de las acciones desarrolladas y *buenas prácticas* para abordar las inequidades sociales en salud, que usualmente son entendidas desde una óptica más administrativa, sin incluir elementos de la Promoción de la Salud que favorezca el abordaje de estas inequidades, se trata de aplicar un ejercicio de introspección profundo que lleva de la mano, la academia, instancias de gobierno y otras organizaciones, de corte gubernamental, pero también de

base comunitaria, a un trabajo cooperativo para asegurar que se integren en las estrategias de Promoción de la Salud, los abordajes de la equidad en salud.

En este sentido, y en el contexto de nuestra región, se examina la experiencia de las Mesas de Protección ante la pandemia por Covid-19 en Costa Rica, desde una propuesta crítica que integra al menos tres criterios:

1. Naturaleza de la agenda y sujetos participantes
2. Debate organizativo
3. Agenda política trascendente, consensuada y sostenible

Naturaleza de la agenda y sujetos participantes

A partir de la experiencia descrita en las Mesas de protección, de carácter relevante por la pronta y consensuada respuesta desde distintos sectores e instituciones vinculadas con los abordajes sociosanitarios, se plantea una agenda de carácter político, propuesta por las instituciones del gobierno de turno, cuyas bases conceptuales en salud, se encuentran representadas a través del Ministerio de Salud costarricense y que remite al “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” declarado por la OMS en 1948 Una salud desde esta perspectiva, que, aunque marca distancia del planteamiento de la “ausencia de enfermedad”, la circunscribe a un ámbito físico concreto, dejando de lado, la complejidad de factores condicionantes que explican la salud de los grupos y poblaciones, aunque sí reconoce un componente “social” en la producción de la salud (34, p.6).

Esta agenda propuesta, marca una pauta de vinculación de manera desigual con otros sectores de la sociedad, donde prima la organización y un direccionamiento preestablecido que nace desde las instituciones del gobierno, direccionados hacia los otros sectores y actores sociales, las cuales en un acto de “acatamiento y responsabilidad”, aportan su conocimiento y otros recursos para colaborar en el afrontamiento de la pandemia.

El predominio de actores sociales desde las organizaciones vinculadas con el gobierno se constituye en un distintivo y “marca país”, que excluye en etapas tempranas de la planificación ante la emergencia, la integración de otros sectores no gubernamentales que se les asigna un rol pasivo ante la crisis sanitaria y en el mejor de los casos, se integran en una fase tardía de la gestión sanitaria, cuando se vuelven insuficientes las medidas del gobierno para “aplanar la curva”, respecto al número

de casos reportados con la enfermedad y los rastreos de las personas asociadas por nexos epidemiológicos.

La incorporación de sujetos críticos que aporten desde sus experiencias y cosmovisiones, las dificultades, pero también los aportes y vías de acción plausibles ante las condiciones que conocen bien y afrontan diariamente, se queda por fuera, al menos en el abordaje de los primeros meses de la emergencia sanitaria.

En este escenario la Promoción de la salud puede contribuir, no solo a promover una participación social y comunitaria más democrática en la gestión de la emergencia, puede potenciar la activación social como medio para lograr el cambio en los colectivos, y desde este enfoque, la comunidad se reconoce desde sus propias vivencias y necesidades para aportar acciones adaptadas a sus contextos y posibilidades. En este sentido, la Promoción de la Salud se puede apreciar como una vía para direccionar recursos que incidan en estrategias para el cambio y abordaje de las desigualdades sociales en salud, brindando oportunidades de acción que se organizan en conjunto para y por el bienestar de las comunidades, trascendiendo una Promoción de la Salud “instituida” según los intereses de las instituciones hegemónicas del gobierno.

Cuadro 1. Criterios para examinar las estrategias en salud pública y Promoción de la Salud desde la naturaleza de la agenda y sujetos participantes

Criterios para examinar las estrategias	Propuesta tradicional, relación desigual	Propuesta crítica, democrática, con equidad en salud
---	--	--

Naturaleza de la agenda y sujetos participantes	Agenda política gubernamental hegemónica <ul style="list-style-type: none"> • Se excluye en etapas tempranas de la planificación a los actores sociales de base comunitaria • Participan de forma predominante actores sociales de instancias de gobierno • Los resultados de salud tienen un predominio en los conocimientos y prácticas individuales • Promoción de la Salud “instituida” según los intereses de las instituciones hegemónicas del gobierno 	Agenda trascendente, consensuada y sostenible <ul style="list-style-type: none"> • Se potencia la activación social como medio para lograr el cambio en los colectivos • La comunidad se reconoce desde sus propias vivencias, necesidades y aporta acciones adaptadas a sus contextos y posibilidades • Los resultados de salud son una construcción social por parte de todos los actores sociales, incluidos los comunitarios • Promoción de la Salud más “democrática” en la que se promueve una participación social y comunitaria, donde todos y todas tiene voz y acción
--	---	---

Debate organizativo

En consonancia con lo anterior, la Promoción de la Salud puede y debe facilitar la creación de escenarios de encuentro entre la institucionalidad y lo comunitario, y la situación de pandemia actual plantea un escenario y unas oportunidades excepcionales para que se reflexione sobre la organización de la sociedad en torno a las gestiones sanitarias, pero también para facilitar un debate sobre las formas de organizar la institucionalidad y los recursos que se dirigen al ámbito de la salud y lo relacionado con los impactos sociales.

Desde esta perspectiva, la gestión de liderazgos vinculados con la incidencia política para el cambio es un recurso, una estrategia necesaria para promover una gobernanza que transforme la situación de salud de las personas con incidencia y mejoras en el ámbito comunitario.

Cuadro 2. Criterios para examinar las estrategias en salud pública y Promoción de la Salud desde un debate organizativo en salud

Criterios para examinar las estrategias	Propuesta tradicional, relación desigual	Propuesta crítica, democrática, con equidad en salud
--	---	---

<p>Debate organizativo en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones de gobierno proponen los escenarios, actores y recursos participantes y transmite las estrategias elaboradas de manera vertical y directiva • Escasa evaluación de resultados e incidencias en las situaciones de salud de los grupos y poblaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • La Promoción de la salud propone escenarios de encuentro entre la institucionalidad y lo comunitario, construye y aplica las estrategias de forma consensuada y participativa • Procura una realimentación a partir de las acciones implementadas para ajustar las formulaciones y que las acciones y beneficios lleguen a todos y todas • Empodera y gestiona liderazgos entre los distintos grupos y poblaciones para una gestión de las acciones sanitarias con mayores capacidades de liderazgo, autogestión de los recursos y mejora continua a partir de los resultados obtenidos
--	--	---

Estrategias con base en modificaciones estructurales que promuevan el derecho a la salud y condiciones dignas de vida sana

Tanto la naturaleza de la agenda, los sujetos participantes, como una agenda política trascendente, consensuada y sostenible, son elementos fundamentales necesarios para incidir de manera profunda y movilizadora, sobre la situación de salud de las personas. Se concibe como una agenda estratégicamente construida, que permita la reflexión e implementación de modificaciones estructurales en las formas de relacionarse las instituciones del gobierno y las comunidades, y además de modificaciones en las concepciones de los grupos dominantes dirigidas a promover el derecho a la salud y unas condiciones dignas de vida sana.

Cuadro 3. Criterios para examinar las estrategias en salud pública y Promoción de la Salud desde el derecho a la salud y condiciones dignas de vida sana

Criterios para examinar las estrategias	Propuesta tradicional, relación desigual	Propuesta crítica, democrática, con equidad en salud
<p>Estrategias con modificaciones estructurales, derecho a la salud y condiciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias en salud planteadas en función de una lógica hospitalaria que parte de una concepción de la salud como ausencia de enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias en salud planteadas en función de una lógica de desarrollo humano, que parte de una concepción de la salud como derecho humano • Evaluación de resultados en salud en función de promoción de

dignas de vida sana	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados en salud en función de la mortalidad y morbilidad por enfermedades • Gestión de acciones en salud desde una mirada fragmentada donde el individuo es responsable de su propia salud • Se aproxima a la equidad en salud a partir de una lógica cortoplacista y una agenda política que responde predominantemente a intereses económicos de los grupos de mayor poder nacionales e internacionales 	<p>oportunidades que potencien un nivel de vida digna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de acciones en salud desde una mirada integrada donde la salud de los grupos y poblaciones se explica desde los determinantes sociales de la salud • Se procura la equidad en salud a partir de un análisis de las condiciones de vida de las personas y la incidencia en estas condiciones de una agenda política en entienda la salud como derecho humano y una gestión sostenible con el ambiente
----------------------------	---	---

En suma, la gestión de las estrategias en salud pública y Promoción de la Salud para abordar las inequidades sociales en salud requiere de unas bases mínimas que integren los siguientes aspectos:

- El planteamiento de una agenda trascendente, consensuada y sostenible en la que participen en un diálogo democrático los distintos actores sociales, institucionales y comunitarios que integren las asociaciones de desarrollo, comités locales o vecinales, congregaciones religiosas, cooperativas, fundaciones, instancias privadas, organismos no gubernamentales, universidades, individuos, y todos aquellos que se vinculen a la gestión de la salud en sus contextos.
- Un debate que cuestione las formas tradicionales de organización social en torno a la salud, y que considere el empoderamiento y la gestión de liderazgos entre los distintos actores sociales para construir agendas en salud que integren las vivencias, necesidades y aportes de todos los actores sociales, con acciones que se ajustan a sus propios contextos y posibilidades de actuación.
- La gestión de estrategias en salud pública y Promoción de la Salud planteadas desde una concepción de la salud como derecho humano, explicada desde los determinantes sociales de la salud y una agenda política que promueva las oportunidades para potenciar un nivel de vida digna y una relación sostenible con el ambiente.

Experiencia. Monitoreo crítico de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores del sector salud en el marco de la pandemia Colombia 2020

Presentación de la experiencia

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la enfermedad COVID-19 como una emergencia de salud pública de interés internacional. Desde su aparición en China, se ha cobrado miles de vidas allí, y ahora se ha extendido por todo el mundo, causando infecciones, muerte y alarma creciente.

Hasta el 19 de octubre de 2020, se contabilizan un total de 18.800.094 casos confirmados, de los cuales se reportan 608.727 muertes registradas en las Américas, considerando 54 países. Brasil es el país más afectado por esta pandemia en la región, seguido de Argentina, Colombia y México (41).

Al 13 de octubre de 2020, del total de casos confirmados acumulados a nivel global, la proporción más alta de casos se registra en la región de las Américas, la que representa 48% del total casos confirmados y 55% del total de las defunciones (18.004.043 casos, incluidas 592.561 defunciones), seguida por las regiones de Asia Sudoriental que representa 21% del total de casos y 12% del total de defunciones (8.053.218 casos, incluidas 128.762 defunciones) y Europea con 19% del total de casos y 23% del total de defunciones (7.108.781 casos, incluidas 248.498 defunciones)(42).

La OPS y la OMS han planteado que “uno de los mayores riesgos para el sistema de salud es una alta tasa de síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) entre el personal de salud y la consiguiente falta de personal capacitado para garantizar una adecuada respuesta local o regional a la pandemia. Este riesgo se ha incrementado por la necesidad de aumentar rápidamente la capacidad de unidades de cuidados intensivos (UCI), la redistribución del personal clínico a puestos de primera línea (por ejemplo, UCI o salas de atención a pacientes con COVID-19) y la contratación de personal con menos experiencia (p. ej., estudiantes recién egresados o personal sanitario de una especialidad no relacionada) a la fuerza laboral en respuesta a la pandemia”(31).

Como resultado y aunque los datos no son precisos, se reconoce que el número de infecciones por el virus de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general. Aunque los trabajadores de la salud representan menos del 3% de la población en la gran mayoría de los países y menos del 2% en casi todos los países de ingresos bajos y medios, alrededor

del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponden a trabajadores de la salud. En algunos países, la proporción puede llegar hasta el 35%. Sin embargo, la disponibilidad y la calidad de los datos son limitadas, y no es posible establecer si los trabajadores sanitarios se infectaron en el lugar de trabajo o en entornos comunitarios. Miles de trabajadores de la salud infectados por el virus de la COVID-19 han perdido la vida en todo el mundo(43).

Además de los riesgos biológicos, la pandemia ha ejercido niveles extraordinarios de estrés psicológico sobre los trabajadores de la salud: en un estudio reciente, se concluyó que, durante la pandemia de COVID-19, uno de cada cuatro estaba sufriendo depresión y ansiedad, y uno de cada tres, insomnio (44). La OMS evidenció recientemente un aumento de la notificación por parte de los trabajadores de la salud de episodios de acoso verbal, discriminación y violencia física a raíz de la COVID-19 (43).

Buscando construir sobre lo aprendido y generar mecanismos de protección de la salud y vida de trabajadores y trabajadoras, 22 organizaciones de trabajadores y trabajadoras del sector salud colombiano⁸ desarrollaron un proceso de Monitoreo Crítico que tiene como objetivo observar, analizar e incidir en las condiciones de trabajo del Personal de Salud en la atención de la emergencia por la pandemia COVID-19 en Colombia, de forma tal que se garantice plenamente el cumplimiento de los derechos laborales y de salud y seguridad en el trabajo.

Esta iniciativa organizativa tiene como sello identitario que, al ser un espacio de organizaciones, muchas de ellas de carácter gremial y colegial, sus liderazgos son ejercidos por mujeres.

Esta experiencia ha contribuido a un mayor reconocimiento de la desprotección laboral y las inequidades en las condiciones de trabajo en el sector a partir de:

⁸ Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva; Asociación Colombiana de Fisioterapia; Colegio Colombiano de Fisioterapeutas; Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia; Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia; Consejo Técnico Nacional de Enfermería; Organización Colegial de Enfermería; Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería; Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería; Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios; Asociación Colombiana de Estudiantes de Terapia Respiratoria; Asociación Colombiana de Facultades de Terapia Respiratoria; Colegio Colombiano De Instrumentación Quirúrgica; Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos; Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional; Colegio Nacional De Bacteriología; Asociación Colombiana de Facultades de Odontología; Asociación Nacional de Entidades de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano; Sindicato Nacional de Salud y Seguridad Social; Federación Odontológica Colombiana; Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Prehospitalaria- ACOTAPH; Nutricionistas Unidos y Actualizados NUYA.

- La necesidad de ampliar el concepto de trabajadores del sector salud más allá de la idea generalizada que solo prioriza a los profesionales ignorando a otros trabajadores de menor cualificación (auxiliares, técnicos y tecnólogos) y a otros trabajadores que cumplen funciones administrativas y de apoyo y que son fundamentales en el funcionamiento del sector. En el caso colombiano este segmento corresponde a más del 55% del total de trabajadores.
- El reconocimiento de la presencia mayoritaria de las mujeres en el sector salud que representa entre el 75% y el 80% del total. Paradójicamente esta conformación pasa desapercibida en el conteo, análisis, demandas y definición de políticas públicas. En este sentido, en el marco de la pandemia ninguna política pública definida para dar respuesta a la alta exigencia del trabajo en el sector, ha considerado este aspecto y lo que implica la triple jornada que recae sobre las mujeres y el hecho documentado, que en la pandemia las labores de cuidado se han incrementado por las medidas de confinamiento.
- El reconocimiento de la existencia de condiciones de contratación desiguales que implican inequidades en las condiciones de trabajo y de seguridad, que implican exposición diferencial según modalidad de contratación, siendo mayor para los trabajadores con mayor precariedad laboral. En Colombia el sector con contrato tercerizado en el sector corresponde aproximadamente al 70% de las y los trabajadores, siendo diferenciado por tipo de cualificación y profesión.
- En el caso del segmento profesional, se evidenció una condición de desigualdad profesional, históricamente construida, que implica un tratamiento diferenciado e injusto en relación con la protección frente a los riesgos así como a las medidas generadas como respuesta a la pandemia en el marco de pandemia y que a la postre, significa una distribución desigual en términos de contagio, enfermedad y muerte, siendo mayoritaria para los trabajadores de menor cualificación y mayor exposición, que no se corresponden con este mayor reconocimiento social de algunas profesiones.

Con base en este ejercicio colectivo de generar datos, analizarlos y ubicarlos en el contexto específico, esta experiencia ha contribuido a:

- Favorecer un trabajo colaborativo centrado en la necesidad de construir un sujeto colectivo que articule de forma más asertiva la diversidad existente entre los trabajadores del sector.

- Posicionar la cuestión de género como un aspecto a ser incorporado en la agenda de trabajo en el sector.
- Visibilizar otros liderazgos en el sector.
- Abrir espacios en el escenario de debate público y medios de comunicación en los que se ha proyectado estas reflexiones.
- Avanzar en un mejor reconocimiento del conjunto de trabajadores del sector.
- Fortalecer el reconocimiento de otras profesiones no médicas.
- Fortalecer los procesos propios de cada organización

Esta experiencia incorpora un análisis crítico de las condiciones de salud y trabajo, en donde el conocimiento no es neutro sino político y centra su intencionalidad en el análisis de las relaciones de poder, que se constituyen social e históricamente, en la perspectiva de animar cambios en dichas estructuras de poder, en donde los sujetos subordinados requieren superar lógicas de sujeción, para lo cual el reconocimiento y comprensión de la realidad en su entramado de relaciones complejas es una tarea fundamental (45).

Con esta perspectiva, el abordaje de la salud en el trabajo, y particularmente de las condiciones de bioseguridad, implica superar el marco tradicional impuesta por la salud ocupacional como visión hegemónica. En este sentido, se hace necesario una mirada integral del ambiente de trabajo, una articulación con temas estructurantes de los mismos y una lógica que se centre en fortalecer el papel de los y las trabajadores en el reconcomiendo de su situación, el análisis y su capacidad de incidencia.

Así entendido, este proceso se ha construido en el marco de reconocimiento de la situación general del sistema de salud colombiano, de las condiciones de trabajo y empleo y de las condiciones de bioseguridad concretas, así como del impacto sobre la salud y el bienestar de los trabajadores. De manera particular, la evaluación de las condiciones de bioseguridad supera la mirada exclusiva sobre equipos de protección individual (EPI) para considerar aspectos de control en la fuente (reformas ingenieriles, diseño de espacios, ventilación, infraestructura de para limpieza y desinfección); control en el medio: barreras, aislamientos, definiciones de tipo administrativo de manejo de pacientes, flujos (protocolos) y control en el trabajador (EPI).

Esta experiencia hoy vincula demandas en varios niveles:

- Garantías de entrega de equipos de protección individual, cumplimiento de protocolos y guías de salud y seguridad en el trabajo según las normativas y cubrimiento de los derechos laborales definidos por la norma incluyentes para todos los y las trabajadores del sector salud
- Reformas, cuando sea necesario, orientadas a garantizar la contratación directa y la prohibición de la tercerización laboral.
- Participación activa en todos los debates de reforma actuales tendientes a profundizar el modelo de privatización y mercantilización de la salud imperantes en Colombia al tiempo que se participa en la construcción de alternativas garantes del derecho a la salud para todas y todos.
- Participación activa en procesos de unidad nacional (Pacto nacional por la vida y la salud) que articulan un conjunto creciente de organizaciones y movimientos sociales de amplio espectro por una agenda estructurante orientada a la garantía de condiciones para una vida justa y con dignidad para el conjunto de la población⁹.

⁹ Movimiento Social Pacto por la salud y la vida.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Documentos básicos [Internet]. 47a ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado el 13 de noviembre de 2020]. p. 1–18. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/basic-documents-47-sp.pdf>
2. Clark EG. Natural history of syphilis and levels of prevention. Br J Vener Dis [Internet]. 1954 [citado el 13 de noviembre de 2020];30(4):191–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1053979/>
3. Sigerist HE. Civilización y enfermedad. Fondo de Cultura Económica; 1946. 287 p.
4. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Editorial Siglo XXI; 1982. 276 p.
5. Donnangelo M, L P. La medicina en la sociedad de clases. Sao Paulo: Libreria Dos ciudades; 1976.

6. Baeta MF. Cultura y modelo biomédico: Reflexiones en el proceso de salud enfermedad. Comunidad y Salud [Internet]. 2015 [citado el 13 de noviembre de 2020];13(2):81–3. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. 1 [Internet]. 2011 [citado el 13 de noviembre de 2020];5(8):5–31. Disponible en: <http://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/142>
8. Rodríguez MI. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe final de la Comisión OMS sobre determinantes sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. 2008 [citado el 13 de noviembre de 2020] p. Español. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf?ua=1
10. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2013 [citado el 13 de noviembre de 2020];31(Supl 1):13–27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
11. Sen A. El desarrollo como libertad. Gaceta Ecológica [Internet]. 2000 [citado el 13 de noviembre de 2020];55:14–20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>
12. Dahlgren G, Whitehead M. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2 [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 2006 [citado el 13 de noviembre de 2020] p. 116. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>
13. ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 1966 [citado el 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/4c0f50bc2.html>
14. Universidad del Rosario. Propuesta técnica diseño de herramientas operativas e incorporación del enfoque de equidad y determinantes sociales en salud (DSS) en la política de primera infancia. Convenio # 310/13 de cooperación técnica ministerio de la protección social y OPS/OMS. 2014.
15. Organización Mundial de la salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Declaración [Internet]. Organización Mundial de la salud. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

16. Racedo Durán Y, Meléndez Solano K, Mendivil Calderón C, Rosero Molina J. El papel de la comunicación para el cambio social: empoderamiento y participación en contextos de violencia. Encuentros [Internet]. 2015 [citado el 13 de noviembre de 2020];13(1):11–23. Disponible en: <http://repositorio.uac.edu.co/handle/11619/1735>
17. Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. En Ottawa; 1986. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
18. Mielck A, Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A, Kaba-Schönstein L. German cooperation-network ‘equity in health’—health promotion in settings. Health Promot Int. 2018;33(2):318–24.
19. Franco G A. La salud pública: ciencia en construcción. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2000;18(1):41–55.
20. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. Journal of Epidemiology & Community Health [Internet]. 2005 [citado el 13 de noviembre de 2020];59(5):350–5. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/59/5/350>
21. ONU. América Latina explora “seriamente” la propuesta de crear un ingreso básico de emergencia para paliar la crisis del coronavirus [Internet]. Noticias ONU. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474842>
22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI [Internet]. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); 2019 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf
23. CEPAL. Panorama social de América Latina 2019 [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2019 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
24. Publímetro Colombia. Gobierno de Duque reporta gastos en salud que no se han hecho. Publímetro [Internet]. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.publímetro.co/co/noticias/2020/06/23/gobierno-duque-reporta-gastos-salud-no-se-hecho.html>
25. Soto R. América Latina. Entre la financiarización y el financiamiento productivo. Problemas del Desarrollo [Internet]. 2013 [citado el 13 de noviembre de 2020];44(173):57–78. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301703613718753>
26. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y

27. Organización de Naciones Unidas. La desigualdad, el gran enemigo de la salud en América Latina [Internet]. Noticias ONU. 2018 [citado el 14 de abril de 2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/04/1430582>
28. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 [Internet]. 2018 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf>
29. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Revista Panamericana de Salud Publica [Internet]. 2018 [citado el 13 de noviembre de 2020];42:e126. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49472/v42e1262018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Santos B de S. La cruel pedagogía del virus. Buenos Aires: CLACSO; 2020. 85 p.
31. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: COVID-19 en personal de salud -. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020];9. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-personal-salud-31-agosto-2020>
32. Escuela Popular Itinerante de Teologías desde Abajo. Manifiesto por la vida y por la paz estructural, estable y duradera [Internet]. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://comosoc.org/wp-content/uploads/2020/06/2020-06-19-carta-de-presentacio%CC%81n-manifiesto-por-la-vida-Epiteo.pdf>
33. ONU. Comunicado conjunto del equipo de país de naciones unidas en Colombia y la misión de verificación de LA ONU en Colombia [Internet]. Misión de Verificación de la ONU en Colombia. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://colombia.unmissions.org/comunicado-conjunto-del-equipo-de-pa%C3%ADs-de-naciones-unidas-en-colombia-y-la-misi%C3%B3n-de-verificaci%C3%B3n-de>
34. Infobae. Los siete errores que causaron "una situación desastrosa" en Lombardía, la región de Italia asolada por el coronavirus. Infobae [Internet]. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]; Disponible en: [/america/mundo/2020/04/07/los-siete-errores-que-causaron-una-situacion-desastrosa-en-lombardia-la-region-de-italia-asolada-por-el-coronavirus/](https://www.infobae.com/america/mundo/2020/04/07/los-siete-errores-que-causaron-una-situacion-desastrosa-en-lombardia-la-region-de-italia-asolada-por-el-coronavirus/)
35. CEPAL. Informe especial COVID-19. : América latina y el Caribe ante la pandemia COVID-19: efectos económicos y sociales [Internet]. Naciones Unidas; 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020] p. 15. Report No.: No. 1. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/6/S2000264_es.pdf
36. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51618/CD57-10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

37. Mercer H. Una estrategia consensuada de promoción de la salud en las Américas. *Glob Health Promot* [Internet]. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020];27(1):107–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1757975920909019>
38. Instituto Mixto de Ayuda Social. Gobierno presenta medidas de primera respuesta en materia de protección social [Internet]. IMAS Instituto Mixto de Ayuda Social. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/gobierno-presenta-medidas-de-primera-respuesta-en-materia-de-proteccion-social>
39. Presidencia de la República de Costa Rica. Comunicados. Listo protocolo para asentamientos informales ante el COVID-19 [Internet]. Costa Rica Gobierno del Bicentenario. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/04/listo-protocolo-para-asentamientos-informales-ante-el-covid-19/>
40. Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud. Marco Estratégico del Ministerio de Salud [Internet]. 3a ed. San José de Costa Rica; 2011 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file>
41. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la OPS/OMS, 19 de octubre del 2020. Informe No. 30. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52995/COVID-19SitRep30_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/75894/download?token=QdfwltJT>
43. Organización Mundial de la Salud. OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
44. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 [citado el 13 de noviembre de 2020];88:901–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206431/>
45. McLaren P, Kincheloe JL. Rethinking critical theory and qualitative research. En: *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 3a ed. Sage Publications; 2005. p. 286–326.