La pandemia por COVID 19: el derecho a la salud en tensión

Un estudio cualitativo exploratorio en Chile, Colombia, Costa Rica y México.

FLACSO CHILE

Con el apoyo de

REDESCA
Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales

Implementado por

cooperación alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

FLACSO SECRETARÍA GENERAL

LA PANDEMIA POR COVID 19: EL DERECHO A LA SALUD EN TENSIÓN

UN ESTUDIO CUALITATIVO EXPLORATORIO EN CHILE, COLOMBIA, COSTA RICA Y MÉXICO

FLACSO CHILE

Con el apoyo de

REDESCA
Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales

Implementado por

cooperación alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

giz

FLACSO SECRETARÍA GENERAL

MARZO – OCTUBRE 2021

Con el apoyo de

Implementado por

LA PANDEMIA POR COVID 19: EL DERECHO A LA SALUD EN TENSIÓN
UN ESTUDIO CUALITATIVO EXPLORATORIO EN CHILE, COLOMBIA, COSTA RICA Y MÉXICO

FLACSO SECRETARIA GENERAL
Josette Altmann–Borbón, Secretaría General

Coordinación académica
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO);

Apoyo técnico–académico
Agencia Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ)
Relatoría Especial de Derechos Económicos, Sociales, Cultuales y Ambientales (REDESCA)
de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH);

Patrizio Tonelli, Mario Parada Lezcano, Ismael Bravo.
Autores

En este informe regional se incluyen los informes nacionales fruto del trabajo de campo cualitativo que se realizó en cuatro países y que fueron elaborados por los siguientes equipos:

- **Chile:** Patrizio Tonelli, Ismael Bravo, Monica Carrasco, Mario Parada
- **Colombia:** Mauricio Torres–Tovar; Jairo Ernesto Luna–García; Pablo Cristancho Casallas; Juan Pablo Luna Borda
- **Costa Rica:** Cristian Otey Águila, Alcira Castillo Martínez, Ingrid Gómez Duarte
- **México:** Oswaldo Sinoe Medina Gómez; Ismael Medina Vizcarra

ISBN: 978–9977–68–320–1

Diseño de portada
Randall Corella Vargas

Diagramación:
Otto Segura – ottosegura@pdigitalcr.com

Editado en San José, Costa Rica
Noviembre 2021

El presente informe tiene una naturaleza exclusivamente académica y las opiniones , así como los análisis e interpretaciones que en él se contienen, son de responsabilidad exclusiva de sus autores(as) y no reflejan necesariamente los puntos de vista de FLACSO, GIZ, ni REDESCA o las instituciones a las que se encuentran vinculados(as). En el caso de REDESCA, quien brindó un acompañamiento técnico en relación con el derecho a la salud y sus determinantes sociales, se precisa que su participación no supone postura alguna por parte de dicha oficina ni de la CIDH en cuanto a los casos, contenidos u opiniones vertidas en la publicación.

ISBN: 978-9977-68-320-1

Agradecimientos y aclaraciones previas

El presente estudio fue desarrollado por la *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) con el apoyo de la Relatoría Especial de Derechos Económicos, Sociales, Cultuales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el proyecto DIRAJus de la Cooperación Alemana / GIZ* y busca conocer la visión de la población de cuatro países de la región de América Latina (Chile, Colombia, Costa Rica, México) sobre el ejercicio del derecho a la salud en el marco de la pandemia por COVID 19.

El presente estudio es fruto de una investigación de carácter académico y exploratorio que está respaldada por criterios teóricos y metodológicos que fueron consensuados al interior del equipo investigador y que se encuentran descritos dentro del presente informe. Vale aclarar que la realización de la presente publicación ha sido acompañada de manera técnica por la REDESCA como entidad hemisférica experta en el derecho humano a la salud y sus determinantes sociales, sin que su participación suponga ninguna toma de postura por parte de dicha oficina ni de la CIDH en cuanto a los casos, contenidos u opiniones vertidas en la publicación, siendo estos de exclusiva responsabilidad de sus autores y autoras.

El equipo responsable del estudio fue coordinado por Patrizio Tonelli y María José González del Programa de Trabajo, Empleo, Equidad y Salud (TEES) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Chile), contó con la asesoría metodológica del Dr. Mario Parada–Lezcano (Universidad de Valparaíso) y estuvo conformado por los siguientes investigadores: Lorena Aguilar y Stella Sáenz (Secretaría General de FLACSO), Mauricio Torres–Tovar y Jairo Ernesto Luna–García (Colombia); Oswaldo Medina (México); Cristian Otey Águila, Alcira Castillo Martínez, Ingrid Gómez Duarte (Costa Rica).

En este informe final se incluyen los informes nacionales fruto del trabajo de campo cualitativo que se realizó en los cuatro países y que fueron elaborados por los siguientes equipos:

- **Chile:**
  Patrizio Tonelli,
  Ismael Bravo,
  Monica Carrasco,
  Mario Parada

- **Colombia:**
  Mauricio Torres–Tovar;
  Jairo Ernesto Luna–García;
  Pablo Cristancho Casallas;
  Juan Pablo Luna Borda

- **Costa Rica:**
  Cristian Otey Águila,
  Alcira Castillo Martínez,
  Ingrid Gómez Duarte

- **México:**
  Oswaldo Sinoe Medina Gómez;
  Ismael Medina Vizcarra

El marco teórico del estudio es fruto de las contribuciones conjuntas de: Mario Parada, Patrizio Tonelli, Mauricio Torres–Tovar, Jairo Ernesto Luna–García, Oswaldo Medina, Cristian Otey Águila e Ingrid Gómez Duarte.

Los autores principales de este reporte integrado fueron: Patrizio Tonelli, Mario Parada Lezcano, Ismael Bravo.

TABLA DE CONTENIDO

LA PANDEMIA POR COVID 19: EL DERECHO A LA SALUD EN TENSIÓN
UN ESTUDIO CUALITATIVO EXPLORATORIO EN CHILE, COLOMBIA, COSTA RICA Y MÉXICO

1. ANTECEDENTES 9

2. MARCO TEORICO 13

La salud un derecho humano 13
Ciudadanía, democracia y estado de bienestar 20
El enfoque de determinantes sociales de la salud/Determinación social de la salud 23
El Modelo Medico Hegemónico y el rol de la medicina social y/o salud colectiva 25
Panorama epidemiológico regional de la pandemia por COVID–19 28

3. METODOLOGIA 31

Selección de países 31
Preguntas de investigación 31
El abordaje cualitativo 32

4. RESULTADOS 39

Estudio de caso – Chile 41
Estudio de caso – Colombia 79
Estudio de caso – Costa Rica 107
Estudio de caso – México 141

5. ANALISIS INTEGRADO 169

Semejanzas y diferencias de los resultados nacionales 169
Discursos marginales 177

6. CONCLUSIONES 185

7. LIMITACIONES 190

8. PROPUESTAS PARA EL FUTURO DEL DERECHO A LA SALUD 190

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 193

1. ANTECEDENTES

La pandemia y la salud

La pandemia ha impactado no solo la salud de las personas sino también las condiciones de vida de gran parte de la población mundial, develando las enormes desigualdades existentes entre los países y al interior de cada uno, considerando las condiciones materiales de vida, tales como vivienda y condiciones de trabajo, así como los ámbitos de protección social. Se puso en evidencia que numerosas familias se encuentran sin protección frente al desempleo, con una ausencia o carencia de ingresos al no poder trabajar o por el cierre de los puestos de trabajo e incluso ausencia de acceso a servicios básicos, tales como agua y alimentos, entre otros. Se suma a lo anterior, las limitaciones y restricciones de acceso y de cobertura a la salud para muchas poblaciones y territorios, lo que se traduce en un limitado acceso a los estudios clínicos o test de diagnóstico de SARS 2 y dificultades en el acceso a hospitalización cuando es requerido, así como a los controles de salud oportuno, ya sea por el COVID–19 o por otros problemas de salud.

En este escenario se constata que el mayor impacto en la salud de la población no está dado solamente por los problemas de salud asociados, tales como Diabetes o Enfermedades crónicas o determinados grupos etarios, como ser adulto mayor, sino, sobre todo por las condiciones sociales en las que viven y trabaja la población. Lo descrito se evidencia en la población que vive en asentamientos informales, con trabajo precarios, en su gran mayoría insertos en la economía informal, a lo que se suma un importante contingente de población en condición de migrantes. En dicho grupo vemos la interseccionalidad de las condiciones de vida y trayectorias de situaciones de vulnerabilidad, a lo que se suma las comunidades indígenas históricamente excluidas y discriminadas.

Esta crisis a la vez ha desnudado las graves carencias de los sistemas de salud, que han sido insuficiente para garantizar de igual manera a todas las personas el derecho a la salud. Esto es, por un lado, el acceso a un sistema que cumpla con principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad para toda la población y a la vez, que brinde la oportunidad y las condiciones para poder tomar e implementar las medidas preventivas y protegerse, tales como el distanciamiento físico, confinamiento, acceso a agua regular para el lavado de mano, entre otras.

Las dificultades propias de una crisis de salud mundial se ven agravadas en la región por los altos niveles de desigualdad, a lo que se ha sumado en varios países la falta de acceso y entrega de información de manera transparente en un escenario de limitada legitimidad de los líderes políticos e instituciones. A lo cual, se suma la percepción en la población de que las decisiones de las autoridades de Gobierno están motivadas principalmente por intereses económicos y la protección de ciertos sectores privilegiados de la sociedad, y no necesariamente por el mayor bienestar de la población.

La falta de transparencia en las decisiones, la lentitud de las medidas preventivas, la asimetría socioeconómica de las medidas y la ausencia de liderazgo han hecho, que, a la crisis de salud, se vea con preocupación que se le sume una crisis política para muchos países de la región. Asimismo, es evidente que en muchos países de la región se carece de mecanismos eficaces para realizar un control social sobre las autoridades ya que no existen canales efectivos de participación desde la sociedad civil que aseguren el ejercicio del derecho a la salud existente, aunque estos sean limitados.

Gobernanza sanitaria mundial, regional y nacional

La pandemia, además, ha visibilizado una tensión entre los distintos niveles de la gobernanza internacional en materia de derechos humanos, y específicamente de derecho a la salud, haciendo evidente una distancia entre los niveles nacionales y supranacionales.

En un plano general, el derecho internacional ha reconocido que en aquellos casos en los que la gravedad de las amenazas a la salud pública y emergencias públicas pongan en peligro la vida de una nación (como lo constituye el COVID–19), las restricciones a algunos derechos pueden justificarse, cumplimentando determinados requisitos. Los Principios de Siracusa y las observaciones generales del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre los estados de emergencia y la libertad de movimiento otorgan directrices sobre las respuestas gubernamentales que restringen los derechos humanos por razones de salud pública o emergencia nacional. Cualquier medida tomada para proteger a la población que limite los derechos y libertades de las personas debe tener una base legal, ser estrictamente necesaria, estar basada en la mejor evidencia científica, no ser arbitraria ni discriminatoria en su aplicación, ser de duración limitada, respetar la dignidad humana, estar sujetas a revisión y ser proporcionales para lograr su objetivo.

En materia de derecho a la salud, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) constituye el marco jurídico para la coordinación de la gestión sanitaria internacional por parte de la OMS, que depende de la cooperación de los Estados. Por ello, el RSI contiene una serie de obligaciones estatales sobre la atención sanitaria preventiva y el desarrollo de capacidades, como también obligaciones de información, notificación y cooperación. Aunque la declaración de una emergencia de salud pública por parte de la OMS no conlleva ninguna obligación directa para los Estados Parte de la OMS en virtud del Derecho Internacional, sí constituye la base jurídica para que la OMS adopte medidas de mayor alcance (art. 15 RSI). Entre ellas se encuentran las recomendaciones temporales (pero renovables) de la OMS. Se caracterizan por un "multilateralismo reflejado", que no pretende sustituir las funciones centrales del Estado, sino complementarlas de forma cooperativa ante los retos comunes

Sin embargo la reciente Asamblea Mundial de la Salud[1] puso en evidencia un cuadro critico respecto del funcionamiento de este instrumento destacando, por ejemplo, que "el incumplimiento de algunas obligaciones contraídas por los Estados Partes en virtud del RSI (…) contribuyó a que la pandemia de COVID–19 se convirtiera en una emergencia sanitaria mundial prolongada", requiriendo explícitamente un compromiso renovado por parte de los Estados[2].

Planteamiento del estudio

Esta situación ha llevado a pensar en la necesidad de plantearse **de qué modo se ha ejercido el derecho a la salud en el contexto de pandemia y hasta qué punto se ha o no vulnerado el derecho a la salud de la población**, ya sea, no permitiendo a una parte importante de la población su ejercicio efectivo, tanto en el acceso a la medidas preventivas y protección, así como el acceso a los servicios de salud y la protección social necesaria para ello. A la vez, preguntarse cómo se han dado las restricciones de los otros derechos sociales como consecuencia de las mismas medidas preventivas no farmacológicas y/o del impacto mismo de la pandemia.

El presente estudio **apunta a conocer la visión de la población de cuatro países de la región de América Latina sobre el ejercicio del derecho a la salud en el marco de la pandemia**, así como la influencia o relación con otros derechos afectados por las diversas medidas implementadas y de este modo identificar repertorios de demandas de la población respecto del derecho a la salud. Para ello, además se explora las concepciones de salud existentes en los participantes del estudio y las expectativas presentes en ellos/as sobre el papel o responsabilidad del estado. Estos dos ámbitos configuran las demandas

1 La Asamblea es el organismo conductor de la OMS y decisor de normas jurídicas globales, políticas y estrategias. Entre 24 mayo y 1 junio 2021 se llevó a cabo la 74. Asamblea Mundial. https://www.who.int/es/about/governance/world–health–assembly

2 Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la respuesta a la COVID–19, A74/9 Add.1, Borrador final, 30 de abril de 2021, 74. Asamblea Mundial de Salud: 63.

en salud de la población ya que son en parte fruto de la tensión (o disonancia) entre el concepto de salud existente y las expectativas asociadas a ello que se traducen o no, en una necesidad explicita por parte de la población y se expresan o no, en una demanda social.

Para cumplir con estas aspiraciones se ha planteado la realización de un **estudio cualitativo de carácter exploratorio.** A este respecto es importante recalcar que se trata de un estudio primario que apunta a explorar territorios poco conocidos para generar conocimiento nuevo, relevando temas y problemas que sucesivamente podrán ser tratados de manera descriptiva, explicativa y en sus efectos correlacional. En este sentido el estudio representa esencialmente un ejercicio de investigación de carácter académico que apunta a entregar evidencias y elementos nuevos que sirvan como insumos para profundizar o actualizar la acción de los organismos internacionales que constituyen la contraparte mandante del estudio mismo.

El presente informe tiene la siguiente estructura: en el capítulo dos se entregarán los elementos teóricos que constituyen el marco dentro del cual se inserta el estudio. En el capítulo tres se presentará la metodología que ha guiado la investigación. En los capítulos cuatro y cinco se expondrán los resultados del estudio para cada contexto nacional y luego a nivel integrado. Finalmente, en el capítulo seis se presentarán las conclusiones integradas del estudio junto con algunas limitaciones (capitulo siete) y en el capítulo ocho se entregarán algunas propuestas elaboradas por el equipo investigador sobre la base de los resultados identificados.

2. MARCO TEORICO

La salud un derecho humano

Posterior a la experiencia de la segunda guerra mundial, las naciones del mundo se pusieron de acuerdo alrededor de la idea que la mejor forma de avanzar en la conquista del bienestar y la dignidad humana era a través de la realización de un conjunto de derechos humanos, razón por la cual suscribieron en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Torres–Tovar, 2012).

Este acuerdo internacional colocó como labor fundamental de los Estados la promoción y protección de los derechos humanos, uno de ellos la salud, razón por la cual la Declaración estableció en su artículo 25 el derecho a la salud como el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios necesarios; asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros, en casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

De igual manera, el texto de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, definió la salud como derecho en el sentido de una aspiración de los pueblos al goce máximo de salud para todos los ciudadanos, en donde todo ser humano tiene derecho a conservar su salud, y en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse; protección que debe abarcar no solo a él sino a sus familiares[3].

Ya en la década de los 60 del siglo XX, los países realizan otro acuerdo internacional en los denominados derechos colectivos, con la suscripción en 1967 del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC).

El PIDESC en su artículo 12 establece el derecho a la salud, referido al más alto nivel de salud física y mental que sea posible, lo cual supone algo más que liberar al individuo de enfermedades y le asigna al Estado un conjunto de obligaciones para que respete, proteja y cumpla con la garantía de este derecho.

Por su parte, la Observación General No. 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales de Naciones Unidas, documento central de la jurisprudencia de Naciones Unidas en materia del derecho a la salud, desarrolla con amplitud los diversos aspectos relacionados con este derecho, dejando claro que este derecho va más allá de la atención a la enfermedad, relacionándolo con un conjunto de factores básicos determinantes.

Igualmente, en el sistema interamericano de derechos humanos se establecen normas regionales que definen la salud como derecho humano, como es la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de DESC, denominado Protocolo de San Salvador.

Ahora, también en la jurisprudencia internacional de los derechos humanos están un conjunto de instrumentos relativos a sectores o problemas

3 La definición de salud en la constitución de la OMS de julio 1946 marcó el primer reconocimiento internacional formal del derecho a la salud. El preámbulo dice: *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".*

específicos como la salud de los trabajadores/as, salud de las mujeres, salud de los niños, niñas y adolescentes salud de los pueblos indígenas, salud de personas en condición de movilidad humana, salud de las personas con trastornos mentales, entre otros.

Características del derecho a la salud

Entonces la salud como derecho humano debe entenderse en una perspectiva integral y articulada con el conjunto de derechos, razón por la cual su esencia está iluminada por el conjunto de características que le son propios a los derechos humanos, entre los que cabe resaltar:

- ***Universalidad***: corresponden a todas las personas sin excepción de ninguna naturaleza. Implica la eliminación de todas las barreras que impiden el ejercicio del derecho.
- ***Interdependencia e indivisibilidad***: supone la interrelación de unos derechos con otros, así como la no jerarquización de un derecho sobre otro.
- ***Carácter individual y social***: la acción del Estado debe orientarse a satisfacer tanto las necesidades individuales como las del conjunto de la colectividad, en tanto este derecho tiene aspectos personales y colectivos.
- ***Progresividad e irreversibilidad***: debe evolucionar de manera progresiva a lo largo del tiempo; además una vez alcanzados determinados logros, éstos deben ser irreversibles, por lo cual el Estado debe adoptar medidas deliberadas y concretas dirigidas a satisfacer el derecho.
- ***Irrenunciabilidad***: las personas no pueden renunciar a sus derechos humanos, ni el Estado arrebatárselos.

Respetar, proteger, garantizar[4]

El derecho humano al "más alto nivel posible de salud física y mental" es uno de los derechos humanos económicos, sociales y culturales ("DESC") formulados por la ONU en el Pacto Social de 1966 (art. 12) y adoptado también por la gran mayoría de los Estados.

El derecho humano a la salud – como cualquier otro derecho – tiene un titular del derecho y un destinatario de la pretensión legal. El titular de cualquier derecho humano es el individuo humano; el destinatario de los derechos humanos, en cambio, es cada Estado individual. Los derechos del individuo tienen su contracara en las obligaciones del Estado. Se distinguen tres tipos de obligaciones estatales: Deberes de respetar, de proteger y de garantizar.

Deberes de respetar los derechos humanos: Significa el deber de abstenerse de violar activamente los derechos humanos de los individuos mediante la acción estatal. Por parte del individuo, esto se corresponde con el derecho a defenderse de la injerencia del Estado en sus derechos humanos.

Deberes de proteger los derechos humanos: Se refiere a la protección estatal contra la injerencia de terceros, es decir, de particulares u otros actores no estatales, en los derechos humanos. El Estado está obligado a tomar las precauciones necesarias para evitar que se realiza un peligro de violación de los derechos humanos por parte de terceros. Y si la violación ya se ha producido, el Estado debe proporcionar una reparación.

Deber de garantizar: Se refiere a que el individuo pueda ejercer realmente sus derechos humanos. Esto significa que el Estado está obligado a crear las condiciones necesarias que hagan posible la realización de un derecho humano.

Útil herramienta de análisis

A la hora de responder a la pregunta de qué obligaciones ha contraído un Estado cuando ha ratificado determinadas garantías de derechos humanos en un tratado internacional, ha resultado fructífero realizar el análisis de las obligaciones estatales según los tres tipos de obligaciones.

Para cada derecho humano garantizado, cabe preguntarse: ¿Qué no puede hacer el Estado? ¿De qué manera debe el Estado proteger el derecho

4 Los siguientes cuatro párrafos, incluyendo "La complejidad del derecho prestacional a la salud", no son elaboración del equipo investigador, sino que son fruto de una comunicación interna elaborada por la contraparte de GIZ.

del individuo contra la intromisión de terceros? ¿Y qué condiciones debe crear el Estado para que el derecho pueda vivirse en la práctica?

Las obligaciones estatales y el derecho a la salud

Deberes de respetar: Abstenerse de realizar injerencias injustificadas en el derecho a la salud por parte de los órganos del Estado, tales como p.ej. obligar a las personas a someterse a diagnósticos y terapias o a experimentos médicos, por lo cual existe el requerimiento de informar la paciente para que pueda dar su consentimiento, que además debe estar documentado.

El deber de proteger abarca medidas estatales contra las injerencias en el derecho a la salud por parte de terceros no estatales (particulares, empresas, etc.), tales como p.ej. la lucha contra la atención inadecuada de personas con discapacidad en centros sanitarios privados, o establecer normas mínimas para unas condiciones de trabajo saludables en el sector privado.

El deber de garantizar se refiere a la creación de condiciones institucionales y materiales para la plena realización del derecho a la salud, tales como el establecimiento de servicios sanitarios accesibles y eficaces, programas de vacunación contra las enfermedades infecciosas más peligrosas, medidas de prevención de epidemias.

Específicamente la preocupación por el deber de garantizar (que también se denomina de cumplir y/o de facilitar) es recurrente desde los debates de los años sesenta. Especialmente los países sin recursos financieros suficientes tendrían poca capacidad para ofrecer una atención sanitaria completa, independientemente de las condiciones de riqueza de cada uno. En este contexto, se incluyó en la formulación una realización gradual (progresiva). Sin embargo, Comité DESC confirma en su Observación General No. 14 que los Estados Parte al Pacto Social tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales del derecho a la salud. Como obligaciones básicas figuran, como mínimo, tales como

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.
- Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
- Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacional de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente.

Entre las obligaciones de prioridad comparables figuran, entre otros, la de adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.

La complejidad del derecho prestacional a la salud

El derecho humano al "más alto nivel posible de salud física y mental" no debe entenderse como un derecho a estar sano. Más bien, el Comité DESC de la ONU subraya que el derecho a la salud entraña libertades y derechos prestacionales. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo. En cambio, entre los derechos prestacionales figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud en que cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.

Ello significa, por un lado, que el acceso a una buena y completa asistencia sanitaria en caso de enfermedad dependen de decisiones políticas (en su mejor sentido democrático). El factor decisivo es la medida en que un Estado y una sociedad se comprometen con la

política social y proporcionan o pueden proporcionar los recursos correspondientes para que una buena asistencia sanitaria sea realmente accesible a todas las personas, independientemente de sus ingresos individuales.

Por otro lado, por muy importante que sea el acceso a la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y también las actividades sanitarias preventivas, como la vacunación y la detección precoz, las condiciones para llevar una vida sana no dependen únicamente del sistema sanitario.

El Pacto Social de la ONU enumera las siguientes condiciones básicas que contribuyen de forma significativa al "derecho a la salud": acceso seguro al agua potable, al saneamiento y a la eliminación de residuos, a la alimentación segura y a una nutrición adecuada, a una vivienda saludable, a las condiciones laborales y medioambientales, a la información y educación relacionadas con la salud y a la igualdad de género.

Estas "condiciones sociales básicas" (o determinantes) son tan importantes para el derecho a la salud porque la desigualdad social es un factor determinante de la rapidez con la que las personas enferman, del tipo de influencias causantes de enfermedades a las que están expuestas y, en última instancia, del tiempo que viven con buena salud. Las diferencias de mortalidad entre las personas dependen esencialmente de esto.

Para reducir esta brecha, se necesitan intervenciones sanitarias en muchos ámbitos políticos: Política de vivienda y transporte, seguridad laboral y social, información alimentaria. Sólo así se podrá hacer realidad el viejo objetivo de "Salud para todos", que se propuso la Organización Mundial de la Salud cuando se fundó en 1946.

El derecho a la salud y la pandemia en el sistema interamericano de derechos humanos

Para fines del presente estudio es importante recalcar que los elementos generales / globales hasta aquí mencionados encuentran un fiel reflejo a nivel regional. Los Estados americanos han creado en el curso del tiempo un sistema regional de promoción y protección de los derechos humanos, conocido como el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, compuesto por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). En este marco, desde 2017 opera una Relatoría Especial en materia de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA), que es responsable de apoyar a la CIDH en el cumplimiento de su mandato de promoción y protección de los DESCA en las Américas. Es posible afirmar que estos desarrollos del Sistema han significado no solo una pasiva recepción de los elementos generales, sino que han abierto espacios para la ampliación del contenido y la protección del derecho, fijando estándares innovadores que también son un referente clave para su conceptualización y protección. Antes y durante la pandemia, el sistema interamericano ha elaborado una serie de documentos con recomendaciones y jurisprudencias muy significativas para la garantía y exigibilidad del derecho a la salud.

A partir de marzo 2020 la CIDH, con el apoyo de REDESCA, ha adoptado algunas importantes **resoluciones** que apuntan a fijar estándares y recomendaciones para orientar a los Estados miembros, y favorecer que las medidas adoptadas por ellos en la atención y contención de la pandemia tengan como centro el pleno respeto de los derechos humanos. En esta labor, un punto central dice especial relación con la tutela y promoción del derecho a la salud durante la pandemia.

La **Resolución 1/2020**, denominada "Pandemia y derechos humanos en las Américas"[5], recomienda por ejemplo que todas las medidas adoptadas en el marco del manejo de la pandemia "incorporen de manera prioritaria el contenido del derecho humano a la salud y sus determinantes básicos y sociales" tales como el acceso a agua potable, alimentación nutritiva, medios de limpieza, vivienda adecuada, cooperación comunitaria, soporte en salud mental entre otros. Para eso hay que asegurar "ingresos económicos y medios de subsistencia de todas las personas trabajadoras, de manera que tengan

5 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020.

igualdad de condiciones para cumplir las medidas de contención y protección durante la pandemia" así como la adecuada protección "a los trabajos, salarios, la libertad sindical y negociación colectiva, pensiones y demás derechos sociales interrelacionados con el ámbito laboral y sindical". También, se contemplan recomendaciones para: garantizar espacios oportunos de participación social en el diseño y actuación de planes de prevención, detección, tratamiento, control y seguimiento de la pandemia; garantizar acceso equitativo a instalaciones, bienes y servicios de salud; disponibilidad y provisión oportuna de material de bioseguridad e insumos para la protección del personal de salud; disponibilidad y calidad de servicios de salud mental, entre otros.

La **Resolución 4/2020**[6], tiene como objetivo establecer directrices sobre los Derechos Humanos de las personas con COVID–19. En medio de la emergencia, la CIDH notaba que "(…) las personas con COVID–19 corren un especial riesgo de no ver asegurados sus derechos humanos, en particular a la vida y a la salud, mediante la adecuada disposición de instalaciones, bienes y servicios sanitarios o médicos", por lo que las recomendaciones aquí contenidas enfatizan la necesidad de velar para que las medidas de los Estados resguardaran para aquellos grupos sociales, y especialmente los más vulnerables, algunos aspectos esenciales tales como: el principio de igualdad y no discriminación, los derechos al consentimiento en materia de salud, la privacidad y uso de datos, el acceso a la información, la protección de otros derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, y el acceso a la justicia.

La **Resolución 1/2021**[7], aborda el tema de las vacunas y recomienda su distribución justa, equitativa entre los países, con especial énfasis en los países de medios y bajos ingresos, y dentro de cada uno de los países de la región. Específicamente, establece estándares interamericanos en materia de vacunación frente al COVID–19 en torno a 7 temáticas: a) distribución y priorización de dosis de vacunas; b) difusión activa de información adecuada y suficiente sobre las vacunas y contrarrestar la desinformación; Derecho al consentimiento previo, libre e informado; c) derecho de acceso a la información, transparencia y combate contra la corrupción; d) empresas y derechos humanos en relación con las vacunas contra el COVID–19; y, f) Cooperación internacional.

Estas resoluciones se enmarcan en un contexto de más largo plazo durante el cual la Corte IDH ha reconocido la **justiciabilidad** directa de los DESCA, en general, y del derecho a la salud en particular. Los casos "Cuscul Pivaral vs. Guatemala"[8] y "Poblete Vilches vs. Chile"[9] del año 2018 han sido la ocasión para fijar los principales estándares en materia de derecho a la salud que pueden encontrar justiciabilidad directa o indirecta de forma autónoma ante la Corte[10]:

- No discriminación en el acceso a las prestaciones de salud
- Prohibición de realizar medidas regresivas
- Otorgar atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad
- Otorgar un especial cuidado a los grupos en situación de vulnerabilidad

Un último aspecto relevante en que se encuentra tematizado el derecho a la salud por parte del sistema interamericano de derechos humanos dice relación con la responsabilización de las **empresas privadas respecto de la promoción y tutela de los derechos humanos** y de las obligaciones asociadas para los Estados[11]. En este ámbito, se destacan algunos criterios fundamentales a considerar en materia, como la "Universalidad,

6 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Derechos humanos de las personas con COVID–19, Adoptado por la CIDH el 27 de julio de 2020.

7 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Las vacunas contra el COVID–19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos, Adoptada por la CIDH el 6 de abril de 2021.

8 Corte IDH. Caso Cuscúl Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018.

9 Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018.

10 COVID–19 y el Derecho a la salud, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Max Planck Institute, Instituto de estudios constitucionales del Estado de Querétaro.

11 Comisión Interamericana de derechos humanos (CIDH), Informe sobre empresas y derechos humanos: estándares interamericanos. Aprobado el 1 de noviembre 2019.

Indivisibilidad, Interdependencia e Interrelación de los Derechos Humanos"[12]; además CIDH y REDESCA reconocen algunos contextos a considerar con especial atención para la región en los cuales la acción empresarial tiene impacto significativo en los derechos humanos. Algunos de estos tienen una relación directa con el derecho a la salud como se evidencia en el caso de los "**Servicios públicos esenciales para la garantía de los derechos humanos y contextos de privatización**", donde se destaca la acción necesaria de los Estados frente a las posibles distorsiones creadas por las lógicas de mercantilización. El documento hace énfasis en el deber de los Estados de "velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud", con referencia también al acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias[13].

La importancia de vincular la garantía y exigibilidad del derecho a la salud y de los derechos humanos a la existencia de contextos favorecedores u obstaculizadores, está recalcada por la acción que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha llevado a cabo desde sus inicios para incidir directa o indirectamente en las **causas estructurales que provocan la violación de derechos humanos** en la región. En este sentido se evidencia el interés por parte de CIDH para incorporar una noción no solamente formal, sino que material (o estructural) de igualdad en las políticas públicas de los Estados[14] o en el considerar la pobreza, que afecta a un significativo número de personas en la región, "un problema de derechos humanos que se traduce en obstáculos para el goce y ejercicio de los derechos humanos en condiciones de igualdad real por parte de las personas, grupos y colectividades que viven en dicha situación"[15]. Por eso a lo largo del tiempo se ha dotado de una serie de instrumentos y herramientas entre los cuales destaca el Protocolo de San Salvador, de 1988[16], que presenta una catalogo extenso de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) cuya satisfacción guarda estrecha vinculación a la superación de la situación de pobreza: derecho al trabajo, a la salud, seguridad social, alimentación, educación, medioambiente sano y beneficios de cultura[17].

Para efectos de este estudio, este patrimonio documentos y reflexiones se interrelaciona de manera muy significativa con la preocupación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respecto del peso que, en el contexto pandémico, los factores sociales estructurales juegan en la posibilidad de que las comunidades puedan adherirse a las medidas de salud pública no farmacológicas, como las cuarentenas individuales, el confinamiento domiciliario, el cierre de escuelas, el cierre de lugares de trabajo, las restricciones de transporte público entre otras (Eijkemans, Solar y Lanzagorta, 2020).

El tema será tratado con más detección en el acápite del marco teórico dedicado al enfoque de determinantes sociales / determinación social de la salud, sin embargo, parece importante por mencionarlo también en este punto para anticipar

12 Centralidad de la persona y de la dignidad humana; Universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de los derechos humanos; Igualdad y no discriminación; Derecho al desarrollo; Derecho a un medioambiente sano; Derecho a defender los derechos humanos; Transparencia y acceso a la información; Consulta libre, previa e informada y mecanismos generales de participación; Prevención y debida diligencia en materia de derechos humanos; Rendición de cuentas y efectiva reparación; Extraterritorialidad; Combate a la corrupción y a la captura del Estado.

13 Otros contextos sensibles para la región son la Justicia Transicional y rendición de cuentas de actores económicos; Cambio climático y degrad–ación ambiental en el contexto de empresas y derechos humanos; Políticas fiscales, practicas tributarias empresariales y poder de influencia en la toma de decisiones públicas; Los Estados y las empresas en el ámbito de las tecnologías de información y comunicación.

14 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Políticas públicas con enfoque de derechos humanos: aprobado el 15 de septiembre de 2018: 11.

15 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas, aprobado el 7 de septiembre de 2017: 9.

16 Organización de los Estados Americanos (OEA). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", suscrito el 17 de noviembre 1988.

17 Otros instrumentos que recogen estas orientaciones son la Convención Americana de Derechos Humanos (1969); la Carta Social de las Américas (2012), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1995), la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con discapacidad (2001), la Convención Interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia (2013), la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intol–erancia, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2016).

la complejidad, las limitantes, los desafíos que el derecho a la salud encuentra en la región.

En esta óptica, la protección frente a la transmisión y el impacto del COVID–19 dependería de determinantes sociales (niveles de ingresos, de protección social, de empleo, etnia, género, entre otros) cuya distribución se encuentra muy desigual en nuestra región situación que determinaría a su vez la dificultad para ciertos grupos o territorios para acceder, aplicar, adherir y sostener las medidas de salud pública recomendada y, finalmente, ver garantizado el derecho a la salud.

Según OPS dichos ámbitos o factores estructurales que limitarían el derecho a la salud en pandemia serían (Eijkemans, Solar y Lanzagorta, 2020):

1. Condiciones materiales de habitabilidad, incluida la infraestructura de los barrios

- Ausencia de viviendas
- Hacinamiento en los hogares
- Prácticas colectivas de convivencia comunitaria
- Ausencia o abastecimiento irregular de agua
- Espacios públicos limitados

2. Ingresos y empleo

- Ausencia o disminución de ingresos
- Ausencia de protección frente al desempleo
- Imposibilidad de desplazarse para trabajar
- Aumento del trabajo doméstico no remunerado

3. Protección social

- Ausencia de derechos sociales
- Ausencia de derechos laborales
- Ausencia o debilidad del estado de bienestar

4. Educación y aprendizaje

- Altera el funcionamiento escolar y el aprendizaje
- Falta de experiencia y medios para métodos de aprendizaje no presenciales
- Falta de calificación a los docentes para la educación virtual
- Falta de acceso a la conectividad, en especial en la ruralidad

5. Pertinencia cultural

- Choque con los valores, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento comunitarios y ancestrales

6. Riesgo psicosocial y entornos saludables

- Aislamiento social
- Deterioro de las relaciones comunitarias
- Condiciones adversas para las conductas saludables
- Aumento de la incertidumbre

7. Inequidad de género y carga del cuidado

- Sobrecarga del cuidado
- Sobrecarga de tareas domésticas
- Pérdida de autonomía de las mujeres

8. Provisión de servicios y suministros básicos

- Dificultad o imposibilidad de acceder a comercios de productos alimenticios y otros servicios
- Dificultad a la hora de acceder a o comprar medicamentos
- Dificultad de acceso a servicios esenciales de protección para niños y niñas en riesgo de sufrir violencia, personas con discapacidad, etc.

9. Acceso y continuidad de la atención en salud

- Falta de continuidad de controles, reconocimientos médicos y atención de salud
- Falta de acceso a servicios de salud
- Postergación de consultas y necesidades en salud
- Deficiencias estructurales en el sistema de salud

10. Derechos humanos

- Vulneración de derechos
- Aumento de prácticas discriminatorias
- Violencia de género y contra niños, niñas y adolescentes

11. Participación social y trabajo intersectorial

- Falta de participación en la adaptación y aplicación de medidas
- Falta de coordinación entre sectores y actores locales

12. Comunicación – Ausencia de información dirigida a personas con discapacidad

- Falta de comprensión del idioma oficial
- Falta de acceso regular y oportuno a los medios de comunicación
- Medidas de salud pública no farmacológicas[18].

Ciudadanía, Democracia y Estado de bienestar[19]

La exploración sobre el derecho a la salud y su posibilidad de garantía y ejercicio imponen a este punto considerar la noción de democracia, su imbricación con el concepto de ciudadanía y el papel jugado por el Estado en su reconocimiento y garantía. Entramos aquí en un debate político y politológico de larguísima trayectoria y que a comienzos del siglo XXI ha conocido interesantes aportes que sirven como estímulo para el presente estudio.

Una larga y profunda investigación publicada por el PNUD en 2004 sobre el estado de la democracia en América Latina relevaba con preocupación que "la democracia no se está desempeñando bien", dado que en toda la región se registraban bajos niveles de apoyo a la democracia por parte de la opinión pública, y que, en particular, la aceptación de la democracia como tipo de gobierno había caído drásticamente en la mayoría de los países en el periodo comprendido entre 1995–2001 (PNUD, 2004). Lo anterior refuerza lo señalado por O'Donnel en el marco del mismo estudio:

"[…] finalmente, la democracia política y los derechos universales que le son propios pierden su sustancia, al permanecer flotando sobre espacios sociales dominados por modalidades estrechamente individualistas y particularistas de relaciones sociales, así como también por relaciones sociales autoritarias que perpetúan las desigualdades existentes" (O'Donnel, 2004, p. 50).

Se forjaba en este contexto de crisis de la democracia la asociación con "estados anémicos", en los cuales la presencia de mecanismos, de derechos y libertades que corresponden al régimen democrático (derecho de voto, derecho de asociación, elecciones, parlamentos, etc.), conviven con la negación de derechos sociales básicos, expresada en la gran extensión de la pobreza y sobre todo de la desigualdad.

Se trataba de una paradoja que en esos mismos años el politólogo inglés Colin Crouch encontraba en algunos contextos que definía con el término de "posdemocracias", para describir una condición común a todos los Estados occidentales en la cual "aunque por supuesto las elecciones existan y puedan cambiar los gobiernos, el debate electoral público se limita a un espectáculo que está estrechamente controlado y gestionado por equipos rivales de profesionales expertos en técnicas de persuasión, y que se centra solamente en una pequeña gama de cuestiones escogidas por estos equipos" (Crouch, 2004, p. 11).

Según el autor, en las posdemocracias típicas del inicio del nuevo milenio las elecciones representan el único momento en el cual los ciudadanos pueden tener influencia en la política ya que, normalmente, las decisiones las toman "privadamente" los miembros de la clase dirigente y las elites que representan el poder económico. En las "posdemocracias", entonces, el nivel de participación y la expresión de la voluntad de los ciudadanos son muy bajos o nulos dado que "la mayor parte de los ciudadanos desempeña un papel pasivo, inactivo e incluso apático, y responde únicamente a las señales que se le lanzan" (Crouch, 2004, p. 11).

En ambas contribuciones, el problema de fondo estaría asociado a los efectos de la ideología neoliberal y patriarcal y a su manera de concebir la relación entre la economía, la sociedad y la política. En la perspectiva neoliberal es el mercado y sus férreas leyes de la demanda y la oferta las que deben regular la vida social, puesto que la sociedad es considerada como un lugar donde las personas son individuos, singulares, en competencia uno contra el otro, para el logro del beneficio individual. En este marco se eliminaría la posibilidad para las personas de ser reconocidas en su condición de "agente" (O'Donnell, 2004, p. 29), es decir de sujetos autónomos, razonables y responsables (algo que comúnmente se relaciona con la categoría

18 Se reportan fielmente en este listado los puntos identificados por el texto Eijkemans, Solar y Lanzagorta, 2020.

19 Vale aclarar que la aproximación teórica aquí presentada no implica una valoración o tipología de los Estados participantes del estudio.

"dignidad"), en grado de participar e influenciar las decisiones públicas de la comunidad en la cual vive. Los estados "anémicos" descritos por el PNUD, de hecho, se caracterizarían por la promesa de escucha efectiva, pero con un resultado/concreción que no es más que sordera casi completa a las demandas de igualdad y reconocimiento que surgen desde los sectores populares, más aún si se trata de minorías sociales, implicando que los déficits económicos–sociales–culturales que afectan a América Latina constituirían, en el fondo, verdaderos déficits de la democracia.

La participación social se configuraría, así, como el factor clave en base al cual caracterizar una democracia dado que esta es prospera "cuando existen más oportunidades de que una gran parte de las personas corrientes intervenga activamente en el diseño de la agenda y políticas públicas – y no sólo a través del voto, sino también de la deliberación y de la participación en organizaciones autónomas" (Crouch, 2004, p. 10).

Dado este contexto, resulta fundamental lograr democracias sustantivas que permitan recuperar y robustecer los derechos de las personas y comunidades, junto con la recuperación y robustecimiento de un Estado que proteja efectivamente dichos logros.

Es importante destacar, para los fines de este estudio, el rol fundamental que los derechos sociales juegan en esta recuperación. La facultad de "agente", de hecho, que se expresa en derechos "políticos", presupone necesariamente las condiciones materiales necesarias para su ejercicio que a su vez estarían garantizada por otros tipos de derechos, los derechos "sociales", ya que la posibilidad efectiva de participar a la vida pública implica poder gozar de los elementos esenciales para una vida decente.

De aquí surge la posibilidad de distinguir distintos tipos de Estado, refiriéndose a la obra seminal de Esping–Andersen que aun representa uno de los esfuerzos más significativos en este sentido (Esping–Andresen, 1993) y que discrimina y orienta la configuración de tres tipos distintos de Estados de bienestar en el capitalismo, de acuerdo al tipo de desmercantilización que ellos conllevan[20]. En esta clasificación, en base a las respuestas que los estados han dado al impulso social hacia la desmercantilización es posible distinguir estados de bienestar de carácter *liberal, corporativista o socialdemócrata*.

- El primer modelo tiende a respetar el mecanismo de mercado como proveedor de bienestar, y se registra la preponderancia de la asistencia social focalizada en detrimento de políticas sociales de carácter universal.

- En el segundo tipo, el estado interviene en el mercado, pero asociando los derechos a la clase y al estatus social, manteniendo así la existencia de mutuales y de prestaciones correspondientes al rédito de partida.

- El tercer tipo, es el grupo en el cual el principio de universalismo y desmercantilización de los derechos sociales son más extendidos. Se da así una preeminencia de los servicios nacionales únicos y las prestaciones son universales, es decir, iguales para todos. (Esping–Andersen, 1993).

Aunque elaborada en base a contextos y experiencias europeas, el análisis y propuesta de Esping–Andersen se difundió en contextos extra europeos, siendo objeto de debates y actualizaciones (Ubasart–Gonzalez y Minteguiaga, 2017). Por este motivo parece importante tenerla como referencia a la hora de analizar el ejercicio del derecho a la salud en tiempos de pandemia.

Además, se debe recordar que el Estado asistencial tardocapitalista, como denominan algunos al actual Estado de Bienestar, funda su legitimación sobre: a) el postulado de la participación universal en el proceso de formación de la voluntad política, y b) sobre la posibilidad –independientemente de la pertenencia a una clase determinada– de usufructuar las prestaciones del Estado y sus intervenciones reguladoras. Según Esping–Andersen (2000) es la economía postindustrial[21], y no la presión

20 Con desmercantilización se entiende la situación que se produce "cuando se presta un servicio como un asunto de derecho y cuando una persona puede ganarse la vida sin depender del mercado" (Esping–Andresen, 1993: 41).

21 Economía postindustrial entendida como aquella en que 1) la capacidad para generar empleo depende de los servicios, y 2) en la que se pide

demográfica ni la recesión económica, la que ha generado los problemas del Estado del Bienestar, ya que esta es incompatible con los principios del Estado del bienestar: igualdad, solidaridad y garantías universales de bienestar para todos. Podemos decir que hay consenso en que los valores del bienestar, la definición de los bienes sociales, han ido permeando la conciencia colectiva de los ciudadanos como condición fundamental para la supervivencia de la democracia en las sociedades industriales. El Estado del Bienestar, como estructura moderna de Estado y forma actualizada de dominación, ha supuesto una serie de transformaciones y cambios en las sociedades difíciles de olvidar o suprimir; ha cambiado y extendido muchos de los derechos individuales y colectivos al bienestar social, ha modificado las formas de conflictualidad sociopolítica, ha visto nacer nuevos grupos y frentes de reivindicación, ha extendido el concepto de democracia, y todo esto ha reformulado la dialéctica Estado–sociedad.

Gracias al desarrollo del Estado del Bienestar el concepto de ciudadanía se enriqueció y fortaleció, básicamente por la incorporación de los derechos sociales, más allá de los derechos políticos y cívicos. La desmercantilización que conlleva el Estado del Bienestar implicó el reconocimiento ya no sólo de los derechos políticos de las personas, sino que también de los derechos sociales, o sea el derecho a participar de la distribución social de los bienes públicos: educación, salud, vivienda, protección ante el desempleo, protección de la mujer embarazada y de las madres, protección de la infancia, etc.

De hecho, los Estados, que antes eran los garantes de los derechos sociales, están ahora más preocupados de intervenir, ya no para garantizar los derechos de ciudadanía, sino para generar situaciones de mercado competitivo en el contexto de una sociedad de servicios globalizada. De la sociedad de la seguridad basada en las garantías laborales, hemos pasado a la sociedad del riesgo que está sustentada fundamentalmente en la plena "disponibilidad mercantil"; desde el Estado que compensa el derecho de propiedad con los derechos de ciudadanía y bienestar estamos pasando a un Estado en el que se subordina los derechos de ciudadanía a los derechos de propiedad. De hecho, como algún autor ha argumentado, estamos asistiendo a una curiosa reversión temporal, estamos viviendo una transformación tecnológica cada vez más acelerada y dirigida al futuro y una regresión social que nos sitúa en un concepto de ciudadanía muy similar, de hecho y en su materialización sustantiva, a la de los siglos XVIII y XIX.

En este duro contexto evidentemente la ciudadanía se ha debilitado y se caracteriza más por la desigualdad económica que por la "utópica" igualdad social, con un marco normativo y constitucional que conserva, en el terreno formal, los derechos sociales, pero con una práctica disociada de dicho marco por las fuerzas remercantilizadoras, el incumplimiento de las garantías sociales prometidas y por el incremento y liberalización de la inversión privada.

Así, somos testigos de cómo la práctica de los derechos sociales se ha ido limitando "a una política de mínimos para colectivos especialmente vulnerabilizados" y se ha direccionado hacia el mercado o hacia el sector del voluntariado. En el nuevo contexto social, político y económico, los derechos sociales se visualizan como una oportunidad para competir, trabajar, ahorrar e invertir, más que como derechos propiamente dichos.

Se ha configurado una situación mundial en donde "un pequeño archipiélago de territorios con derechos sociales protegidos sobresale en un enorme océano de territorios que –como mucho– pueden tener sentido económico para la acumulación mundial, pero poco han podido avanzar en la construcción de una ciudadanía con el más mínimo sentido real". (Alonso 2000: 185)

Tal como señala Cruz (2000:267), "la democracia se encuentra por eso muy vinculada al firme ejercicio de los derechos de ciudadanía. Suspender o restringir algunos de los más relevantes sería equivalente a la suspensión o restricción de un proceso democrático" y viceversa[22].

a la fuerza de trabajo una mayor flexibilidad para su ingreso en el mercado laboral.

22 Se debe la autoría de los últimos 7 párrafos de este capítulo a Parada Lezcano, M. (2004). Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología. Universidad Autónoma de Madrid, España.

El enfoque de determinantes sociales de la salud / Determinación social de la salud

Si, como hemos visto, la práctica de una ciudadanía sustantiva implica poder gozar de los elementos esenciales para una vida digna, el presente estudio sugiere establecer un vínculo con el marco teórico de los determinantes sociales / Determinación social de la salud. Este Marco teórico implica salirse de la conceptualización de los "Factores de Riesgo" individuales, dejar de ver los factores sociales como simples variables "socio económicas demográficas", verificar el rol fundamental de la categoría "poblacional" a la hora de analizar la situación de salud de las personas y verificar la profunda relación causal entre la determinación social y la inequidad. Existe en la actualidad un debate teórico respecto de la fortaleza/profundidad del enfoque impulsado por la OMS en 2008 (OMS, 2009; Solar e Irvin, 2006) en contraposición del enfoque teórico de la Determinación Social de la Salud (Eibenschuzt, Tamez y González, 2011; Breilh, 2003; Torres–Tovar, 2011; Breilh, 2010).

El concepto de determinación social de la salud (DSS) de manera general se refiere a que el proceso de salud–enfermedad–atención no tiene una causa exclusivamente biológica, sino que existen múltiples determinantes/condiciones, de carácter económico, social, político, cultural, ambiental, que definen dicho proceso en las personas y los grupos sociales (OMS, 2009; Eibenschuzt, Tamez y González, 2011). La salud–enfermedad– atención no es un acontecimiento sólo del orden bionatural que acontece en el ámbito individual, sino que es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la individualidad de cada persona y su entorno y las condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político. Los DSS son aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud. Las expresiones biológicas de la desigualdad social hacen referencia a como la población literalmente incorpora en su cuerpo y expresa biológicamente experiencias de desigualdad, desde el útero hasta la muerte produciendo desigualdades sociales en la salud en una amplia variedad de indicadores (Krieger, 2001).

No basta solamente con intervenir en el plano de las condiciones biológicas desde los servicios de salud, sino que se requiere de intervenciones en otros órdenes para lograr mejores condiciones de salud para la población y para reducir las desigualdades en salud injustas y evitables (Berlinguer, 2007; Navarro, 2009).

Aunque el impacto de los aspectos socioeconómicos y ambientales en la salud de las personas ha llamado la atención de diferentes culturas a lo largo de la historia de la salud pública (Rosen, 1993), según algunos autores, la identificación de las relaciones entre la estructura social y la situación de salud de las personas, las familias, los grupos y las comunidades, es un aspecto que se hizo visible a mediados del siglo XVIII (Santos, 2011).

La Medicina Social, que surge en Europa en el siglo XIX y que tiene como uno de sus grandes representantes a Rudolf Virchow, médico patólogo, profundiza la idea que los problemas de salud, las epidemias, no son un mero asunto de orden biológico, sino principalmente social. Esta perspectiva en América Latina es retomada y enriquecida desde el enfoque marxistas aplicado al análisis del proceso salud–enfermedad (Allende, 1939; Waitzkin, 2006; Eibenschuzt, Tamez y González, 2011).

Los/la DSS es un concepto que se ancla en el análisis de las inequidades entre grupos sociales, que difiere de la tradicional perspectiva de factores de riesgo, la cual centra su mirada en el individuo, responsabilizándolo a él y a su "libre elección" de estilo de vida no saludables y, en consecuencia, de su decisión de prescindir de alcanzar más y mejor salud (Álvarez, 2009; Ordoñez, 2014).

La medicina social latinoamericana adopta la categoría determinación social, diferenciándola del concepto de determinantes sociales; al plantear que los modos de enfermarse son el resultado de patrones de producción y reproducción determinados el modelo de desarrollo capitalista, por la discriminación por clase social, así como por el género y la etnia. Desde esta visión, se sostiene que el fenómeno de la salud posee un carácter complejo, multidimensional e histórico, lo que genera una necesidad de profundizar en el estudio

de la desigual distribución del poder, las injusticias sociales para revertir las inequidades de clase, de etnia y de género que subyacen en cada sociedad. Esta perspectiva defiende, de igual manera, la transformación social a través del fomento de la organización, la participación y la movilización social, con el propósito de defender la vida y los derechos humanos integrales (Eibenschuzt, Tamez y González, 2011; Breilh, 2003; Torres–Tovar, 2011). Un análisis de las disparidades en salud desde el prisma de la salud colectiva presupone reconocer que bajo ellas subyacen profundos desequilibrios generados por la discriminación y las relaciones asimétricas de poder entre grupos sociales, mismas que tienen un amplio abanico sociopolítico e ideológico que da forma al contexto social donde tiene lugar la salud, la enfermedad (Linares–Pérez y López–Arellano, 2015).

Este enfoque, establece una determinación de la salud en las esferas general, particular e individual, definidas por el modelo de desarrollo económico de la sociedad que impone un cierto tipo de procesos productivos y reproductivos, y que define la clase social de los individuos producto de las formas de distribución de la riqueza, estableciendo el modo de andar por la vida que expone o a más factores protectores o a más factores deteriorantes para su salud, configurando los perfiles epidemiológicos de las poblaciones (Breilh, 2003). Porque salud–enfermedad–atención–cuidados es un fenómeno socialmente construido, se entiende como síntesis de sus múltiples determinaciones.

Los modelos explicativos de los determinantes tienen en común un reconocimiento de la jerarquización social como base explicativa de las injusticias sociales presentes en salud. Las diferencias radican, de un lado, en que unos se ciñen solo a equiparar los determinantes como factores de riesgo, mientras que otros buscan explicar las relaciones y las mediaciones entre los diferentes niveles y el origen de las desigualdades. De otro lado, difieren en cómo afectar las inequidades; para la mayoría consiste en mejorar el acceso a la educación que llevaría a cambiar la posición social, en tanto la otra vertiente, al hablar de una determinación social, considera que se debe afectar la matriz del modelo de desarrollo capitalista para cambiar las formas de distribución de la riqueza y las relaciones de poder dadas por la clase social, el género y la etnia, bases estructurales de la inequidad en salud (Torres–Tovar, 2014).

Dada la situación de inequidades en salud presentes en el mundo y en particular en la región de América Latina, debe ampliarse el desarrollo, apropiación y uso del enfoque de determinación social, con la clara intención de contribuir a la garantía del derecho a la salud de las poblaciones (Torres–Tovar, 2011). Recordamos que el núcleo interpretativo de este enfoque teórico es “la unidad y diversidad social, ambiental y sanitaria que surgen en medio de la reproducción social y la condición sine qua non de conservar tanto en la interpretación como en la acción de la epidemiología la unidad de los procesos alrededor de la acumulación como forma de reproducción frente a la cual puede moverse, en su autonomía relativa, una génesis emancipadora saludable –como diría Samaja– creada por las clases, pueblos y comunidades afectadas por dicha forma de reproducción en su afán por construir un nuevo modelo civilizatorio que implique un metabolismo sociedad naturaleza protector y promotor de la vida” (Breilh, 2013).

Finalmente, cabe recordar que, como mencionado anteriormente, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos recoge el sentido más profundo del marco teórico de los determinantes sociales / Determinación social de la salud encontrando una expresión homologable en el énfasis que el “Protocolo de San Salvador” ponía ya en 1988 sobre la necesidad de que los Estados de la región reconocieran la protección de los derechos económicos, sociales y culturales, tales como el trabajo, la seguridad social, la salud, vivir en un ambiente sano, nutrición adecuada, educación, entre otros.

El Modelo Médico Hegemónico y el rol de la Medicina Social y/o la Salud Colectiva Latinoamericana

"La Medicina Social estaría buscando que aquel camino trágico para la humanidad, –del que nos habla Madel Luz– en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos se dieron el adiós, se vuelvan a encontrar"

Edmundo Granda

"Toda medicina es social, y lo que no existe es una medicina no social"

Michel Foucault

Aunque se reconoce que el derecho a la protección social de la salud es una obligación de los Estados y gobiernos, cuando el paradigma dominante en salud es el de la atención de la enfermedad, implica un enfoque de salud con predominio de una atención individual, desde un enfoque mercantilista, privatizador, centrado principalmente en los aspectos biológicos, tratamientos médicos dirigidos al consumo de terapias de alta tecnología y medicamentos de elevado costo; todas estas son aristas del tradicional Modelo Médico Hegemónico (MMH), que ha estado vigente como un paradigma dominante en la política y en las sociedades desde fines del Siglo XVII, el cual tiene como prioridad controlar el cuerpo, la salud, y la enfermedad de la población, para garantizar trabajadores sanos que puedan cumplir con sus labores, instaurándose una práctica Ideológica ligada a los grupos hegemónicos y existiendo como una norma que se instaura, por sus propias contradicciones en el terreno de la articulación de la medicina con lo económico (Cendali, F., 2014; Arouca, 2008).

Así mismo, este MMH centra su atención en el combate de los microorganismos, que prescribe una medicina con más vacunas y antibióticos, menos prevención, atención primaria y condiciones de vida como el agua potable, alcantarillado, participación social ni grandes cambios sociales (Escudero, 2010, citado por Cendali, F., 2014).

Bajo este tradicional MMH se desarrolla un campo de la salud pública convencional, basada en un marco filosófico–teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud, los salubristas con un papel de interventores técnico–normativos, un método positivista que explica el riesgo de enfermar desde lo individual y una causalidad lineal (Granda, E., 2004).

La medicina social implica la aplicación de una síntesis teórica que ve la salud–enfermedad–atención como un fenómeno social de primera importancia, que se construye desde lo social y que a la vez construye sociedad. Se sitúa en un lugar desde donde se ve el derecho a la salud como una construcción social compleja, que requiere ser estudiada de manera interdisciplinaria, utilizando herramientas teóricas y metodológicas que den cuenta de dicha complejidad (Donnangelo, 1983; Fleury, 1985; Ribeiro, 1991; Luz, 1997; Minayo, 1997; Escorel, 1998; Paim&Almeida–Filho, 2000; Campos, 2000).

La llamada Medicina Social, Salud Colectiva o Salud Pública Alternativa, promueve la construcción de un pensamiento y una práctica que entiende la naturaleza social de la enfermedad, la responsabilidad del Estado en la solución de la misma, la posibilidad de ser analizada científicamente y el compromiso político con el cambio (Juan Cesar García). La medicina social, bajo la recomendación de la Salud Colectiva amplía su preocupación hacia las prácticas y no solo al desciframiento de los determinantes de la enfermedad. Así se constituye un programa político de cambio que lucha por el derecho a la salud a ser construido con el aporte de voluntades diversas y métodos consensuados, ampliando el campo de acción desde la intervención técnica–normativa a una acción interpretativo–mediadora o cuidadora (Granda, E., 2004). No se trata de abolir las prácticas médico–sanitarias vigentes, sino de rescatar la dignidad de otros tipos de sabiduría en la construcción de verdades útiles para la construcción de la salud.

Se trata de una propuesta de una salud colectiva contextualizada que permite superar la visión tecnicista de la salud pública tradicional: una propuesta científica orientada según el contexto, que interpreta que la salud pública como teoría y práctica es parte de un todo complejo; es una alternativa al paradigma Hegemónico, que favorece comprender

y actuar sobre la salud y la vida, y no solamente sobre la enfermedad; la salud colectiva promueve el interpretar la cultura poblacional y sus formas de ejercicio del poder, e impulsar con mayor fuerza a la acción social y a las nuevas identidades que luchan por su salud; al ser un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas, abierta a la incorporación de propuestas innovadoras, constituye una vía para apoyar el avance de las condiciones de vida y salud de las poblaciones, fortalecer las expresiones individuales y colectivas que impulsen la salud y apoyen la construcción de un estado democrático coherente con estas necesidades y derechos. Además, reconoce que la salud se produce dentro de la propia racionalidad del accionar, con lo cual la noción de promoción gana una fuerza inusitada, pero no sólo como una concepción de promocionar los comportamientos y estilos de vida racionales y universalmente reconocidos por la epidemiología occidental, sino como comportamientos autopoiéticos biológica y culturalmente desarrollados por las poblaciones en su diario accionar (Granda, E., 2004).

Reciprocidad de la Salud Colectiva y Medicina Social

Las diferentes fuentes latinoamericanas de Salud Colectiva y Medicina Social debaten en aspectos epistemológicos frente a la salud pública, expresando un estadio complejo de múltiples saberes, donde enfrenta la idea de salud/enfermedad.

Un aspecto de la discusión de Salud Colectiva y Medicina Social es la integración que hacen con procesos interdisciplinarios con las ciencias sociales y ciencias de la salud, describiendo un escenario crítico al modelo preventivo y epidemiológico.

Los debates en la región conllevan a identificar múltiples contextos sociopolíticos sanitarios que tienen como objetivo describir la riqueza de los temas que emergen de la literatura observada y que vinculan a la Salud Colectiva y la Medicina Social, exponiendo una línea diferenciada con la medicina preventiva y positivista. Bien lo expresa Granda (2004): "*La formación tradicional del salubrista adecuado para la metáfora de la enfermología pública que se relacionaba con una imagen del salubrista interventor técnico–normativo, mientras que el momento actual, reclama, un sujeto interprete – mediador, es decir: intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de la salud y cuidan su enfermedad; y mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida*".

A nivel del objeto se describen esfuerzos por una inserción de la salud colectiva y Medicina Social, formulaciones teóricas en abordajes de campo, crítica a la organización del sistema de salud, discusiones a las cuestiones epistemológicas, análisis de las relaciones de poder, integración del enfoque en la institucionalidad y la relación con la ciencia política.

A nivel del saber, estos enfoques hacen una relación con la ciencia, tecnología y salud, orientan una intencionalidad en la creación de espacios académicos, revisiones curriculares las relaciones interdisciplinares que refuerzan el concepto de medicina social y salud colectiva, con tildes diferenciadores ante la salud preventiva, hospitalaria y biologista.

A nivel práctico, la medicina social y la salud colectica desarrolla esfuerzos en la formación de recursos humanos técnicos y profesionales, se relaciona con una construcción del campo, relacionándose con procesos participativos y emancipadores que se traducen en prácticas pedagógicas que buscan transformar la realidad local, sociopolítica que determinan la salud de las personas y las poblaciones.

Tanto el objeto, el saber y la práctica, tienen como propósito exponer los elementos antagónicos e históricos entre la noción de salud con su comprensión positivista y la reconceptualización de la salud teórico/práctico con el planteamiento de la Medicina Social y Salud Colectiva, que exponen un esfuerzo dialéctico interdisciplinario con la institucionalidad de concebir de la salud diferenciándose de la hegemonía de la salud preventiva, biologista y hospitalaria.

La medicina social en un escenario fuertemente impregnado por la búsqueda de innovaciones

y alternativas, al romper con los modelos convencionales de la medicina preventiva (Duarte, 2016), enfoque desarrollado predominantemente en Brasil y en donde expone diferentes etapas de este modelo: el primero da cuenta de "la emergencia de esos proyectos refleja, de un modo general, el contexto socioeconómico y político–ideológico más amplio, como también las sucesivas crisis, presentes tanto en el plan epistemológico, como en las prácticas de salud y en la formación de recursos humanos (Nunes 1994).

Otro momento se centra en proceso de institucionalización, constatando la presencia de asignaturas de las ciencias sociales (ciencia política, trabajo social, sociología, antropología entre otras) y de la epidemiología social, y la formalización de las primeras carreras de posgrado en medicina social, en una vertiente diferente de la anteriormente existente en los cursos de salud pública convencionales (Duarte, 2016).

Otros elementos de las críticas al proyecto preventivo que se vincula con el movimiento ideológico de la medicina comunitaria/medicina integral, donde existe un giro de las ciencias sociales sobre el servicio social comunitario. En este contexto Duarte cita a Paim (1976) quien describe que "sus proposiciones no le exigían modificaciones relevantes a la organización del sistema de atención médica, especialmente, con relación a las contradicciones entre los subsistemas de producción de los servicios públicos y privados".

Por su parte, la salud colectiva reconstruye elementos históricos y dialécticos en su proceso de institucionalización que tuvo como referente a la economía política centrada en la discusión del hombre y de la naturaleza, en su entorno y su impacto en la salud con dimensiones diferenciadoras a la salud preventiva y positivista.

Este enfoque tiene su crítica en el sujeto incorporado al proceso de producción–dominio de sí y el proceso de reproducción, no solo se producen relaciones productivas, sino también, simbólicas, lingüísticas, intercambio de significados en la materialidad que se procrea (Casallas, 2019). Ambos enfoques de Medicina Social y Salud Colectiva confrontan una emancipación de la hegemonía del modelo de salud dominante de tipo hospitalario e imperante en la región. Estas representaciones sociales en tanto hegemónicas contribuyen a la construcción de una realidad común, son fenómenos sociales constituidos por el encuentro de una experiencia individual y de los modelos sociales a partir del contexto de producción capitalista, a partir de las funciones simbólicas e ideológicas a las que sirven. Así, la salud colectiva tiene la necesidad de deconstruir las políticas neoliberales imperantes y proponer valores que contribuyan a generar un "progresismo" con equidad, transparencia y democracia con una praxis basada en el enfoque de derechos permitiendo las transformaciones sociales buscadas (Liborio, 2013).

Como señaló Granda (2004), los nuevos espacios de la práctica en salud–enfermedad–atención–cuidados deben impulsar, por un lado, la participación social efectiva (poder en la toma de decisiones) como medio para pavimentar los caminos de la democracia y la equidad, y por otro lado, luchar por la corrección de los defectos existentes en las instituciones de salud, tales como la fragmentación / segmentación, la falta de solidaridad, presupuestos deficientes, infraestructura deteriorada, descrédito de lo público, falta de empatía con la población. El cambio sectorial, para la medicina social no constituye una propuesta de simple mejoramiento del quehacer, sino que una profunda transformación societaria, una labor de posicionar los fines y derechos humanos para ordenar y dinamizar los medios, una transformación de la determinación social.

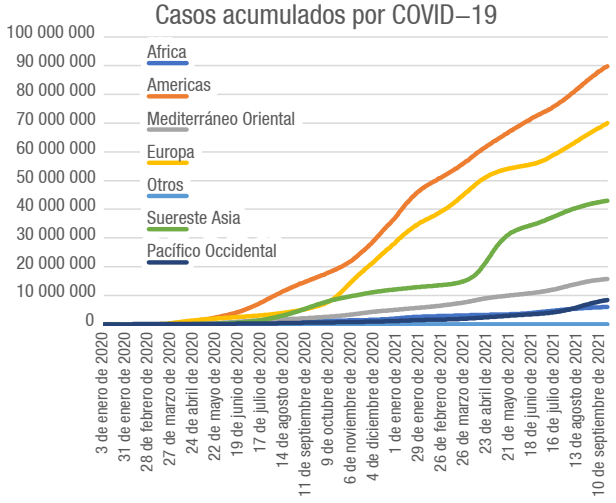
En el siglo XXI la medicina social / salud colectiva ha incluido en su pluralismo epistemológico las cosmovisiones de la vida de los pueblos originarios americanos que se conocen como el Buen Vivir / Küme Mogñen / Sumak Kawsay, que plantea "La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas" sostenida por y sosteniendo los siguientes principios: cooperación, solidaridad, confianza, comunidad, respeto, compromiso, legitimidad del otr@, espiritualidad.

Panorama epidemiológico regional de la pandemia por COVID 19

En diciembre de 2019, se produjo una serie de enfermedades respiratorias atípicas agudas en Wuhan, China. Pronto se descubrió que un nuevo coronavirus era el responsable de este brote y fue nombrado como síndrome respiratorio agudo severo coronavirus2 (SARS–CoV–2, 2019–nCoV) debido a su alta homología (80%) con el virus causante del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) durante los años 2002 y 2003 (Li et al., 2000). Se consideró que el brote de SARS–CoV–2 se inició originalmente a través de una transmisión zoonótica asociada con el mercado de mariscos en Wuhan, China, sin embargo, el origen del nuevo virus aún no es del todo claro (OMS, 2020). Más tarde se reconoció que la transmisión de persona a persona jugó un papel importante en el brote posterior y su rápida diseminación provocó que la enfermedad denominada COVID–19 fuera declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia y una emergencia de salud pública de importancia internacional (OMS, 2020a).

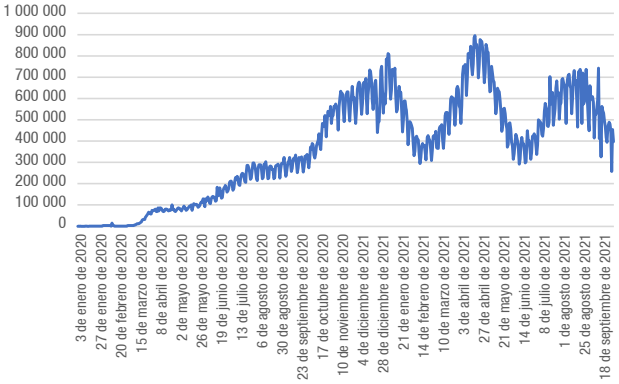
La pandemia ha mostrado tres grandes olas que han afectado a la población mundial a pesar de los esfuerzos para contener la cadena de contagios.

Gráfico 1
Casos acumulados por COVID–19



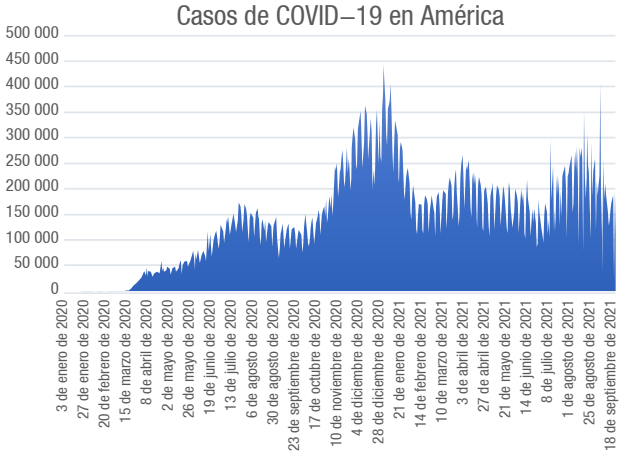
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

Gráfico 2
Casos por COVID–19 a nivel mundial



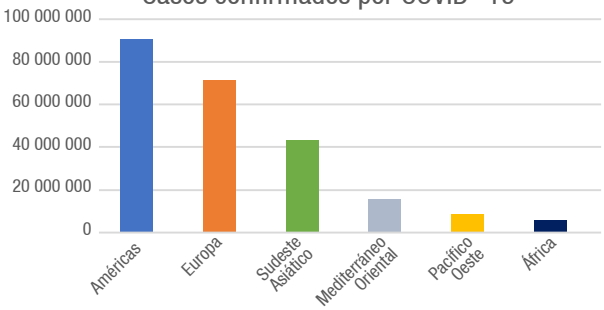
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

Gráfico 3
Casos de COVID–19 en América



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

Gráfico 4
Casos confirmados por COVID–19



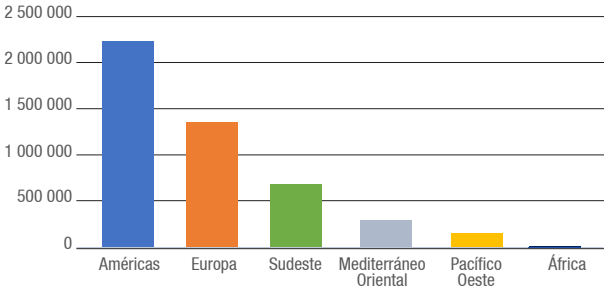
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

Según la OMS (2020a), desde la confirmación de los primeros casos de COVID–19 hasta el 7 de octubre de 2021, se notificaron 235 132 082 casos confirmados de COVID–19 en el mundo, incluyendo

4 822 472 defunciones. La distribución de los casos muestra que la región de las Américas concentra el mayor número de casos.

Respecto al número de fallecidos, el escenario es similar respecto a la distribución de la población enferma.

Gráfico 5
Defunciones por COVID–19



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

Respecto a la magnitud que la pandemia por COVID–19 ha tenido en América, se puede observar que el mayor número de casos reportados son de Estados Unidos (43 673 628 enfermos) y Brasil (21 499 074 enfermos), en el caso de los países que participan en el presente estudio, el número de enfermos, defunciones y la letalidad se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1
Defunciones y mortalidad por COVID 19

País	Casos	Defunciones por COVID–19	Letalidad x 100
México	3 691 924	279 896	7.58
Colombia	4 964 454	126 455	2.55
Chile	1 658 444	1 658 444	2.26
Costa Rica	239 422	6 522	1.21

Respecto a la aplicación de vacunas, se han reportado 6.337.686.126 de dosis aplicadas con la vacuna contra COVID–19, sin embargo, existen graves diferencias respecto al avance de vacunación entre los países tanto a nivel mundial como dentro de la región de las Américas. En Malta se ha logrado vacunar con esquemas completos al 80.3% de la población mientras que países como Yemen logran solo el 0.16%. En Latinoamérica estas brechas de desigualdad también están presentes, Puerto Rico y Uruguay son los países con la mayor cobertura de esquemas completos de la región (78.3% y 74% respectivamente) mientras que Nicaragua ha logrado solo el 4.61% y Haití 0.19%.

Al 7 de octubre del presente año, las acciones de vacunación en los países que participan en este estudio

Tabla 2
Vacunación en países participantes del estudio

País	Dosis admin–istradas	personas que cuentan con al menos una dosis	personas con esquema de vacunación completo
México	100 516 964	63 719420	45 284 037
Colombia	40 404 815	26 332 902	16 929 789
Chile	32 114 960	15 292 547	14 142 549
Costa Rica	239 422	3 407 214	2 189 281

3. METODOLOGIA

Selección de países

Un primer elemento metodológico a mencionar corresponde a los criterios en base a los cuales se seleccionaron los países participantes del estudio y en los cuales se levantó la información. Considerando que la posibilidad de los grupos sociales de reconocer y expresar sus demandas en salud tiene una estrecha relación con el contexto normativo e institucional nacional (aspectos constitucionales del derecho a la salud; reglamentos asociados; historia de la salud pública; luchas o movimientos asociados a ello) se contemplaron distintos criterios para abordar la diversidad de realidades que caracteriza a la región de América Latina:

(a) el grado de desarrollo y clasificación de los sistemas de protección social. En este sentido destacan los aportes realizados por Bambra (2005 a y b) donde se presenta una comparación sobre la provisión de servicios de salud para distintos países y regímenes de bienestar en base a la tipología de Esping–Andersen; o de Navarro (1989) quien plantea a las relaciones de clase como uno de los puntos de partida fundamentales para entender la diversidad de sistemas de financiamiento y organización de los servicios de salud en los distintos países y contextos. Asimismo, y particularmente en el caso de América Latina, Fernando Filgueira (2015) analiza y clasifica los modelos de protección social Latinoamericanos a la luz de los contextos históricos, políticos y sociales y sus cambios en el tiempo.

b) la existencia de movimientos sociales de la lucha por la salud. América Latina presenta una amplia tradición, histórica y contemporánea, de demandas y organizaciones populares que se han articulado alrededor de la reivindicación del derecho a la salud. En particular, con la instalación de regímenes políticos inspirados por las doctrinas neoliberales entre años ’80 y ‘90 emergieron proyectos que prefiguran una alternativa vinculada a los sistemas únicos, públicos y desmercantilizados y que valoran una profundización de los derechos sociales. Un primer grupo de experiencias puede reconocerse alrededor de la construcción histórica de sistemas únicos de salud (SUS), como es el caso de Brasil, Cuba o Costa Rica. En el caso de Brasil, por ejemplo, el SUS fue el fruto de las luchas populares por la democracia que supieron articularse con la demanda de expansión de derechos sociales. Otro grupo son aquellas experiencias que más recientemente han impulsado la búsqueda hacia la construcción de sistemas únicos, como es el caso de Uruguay o Bolivia. En estos, los nuevos gobiernos no neo–liberales junto a los movimientos sociales han tratado impulsar una reforma en la política e instituciones de salud que contrarreste los efectos nocivos de las mercantilizaciones y segmentaciones vividas durante los años ’90. En un tercer grupo es posible agrupar aquellas experiencias donde aún existe una hegemonía de las reformas neoliberales, pero que conocen la presencia de luchas de resistencias muy significativas, como es el caso de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud en Colombia. Aquí, el movimiento ha avanzado en formular un modelo alternativo que aún no se ha ganado “pero que va dotando a ese amplio movimiento de una alternativa distinta al negocio neoliberal” (González, 2014).

Preguntas de investigación

En segundo lugar, en base a los antecedentes y al marco teórico expuestos anteriormente, se elaboraron las preguntas que guiaron el proceso de investigación. Estas tuvieron desde un inicio la intención de explorar aquellos ámbitos y problemas que desde el enfoque utilizado por el equipo

investigador se visualizaban como esenciales para acercarse al tema del derecho a la salud en pandemia. Es así que un punto inicial del proceso se fijó en considerar la concepción de salud de los/as participantes, para conocer si esta se asociaba principalmente al acceso a servicios o a más complejos procesos históricos y sociales. De aquí se desprendía la necesidad de conocer la concepción del derecho a la salud, averiguando si esta enfatizaba la responsabilidad individual sobre la salud o más bien la responsabilidad colectiva permitiendo de esta manera explorar las percepciones respecto de discriminaciones, posibilidad de ejercicio, existencia de barreras y de mecanismos para su exigibilidad, entre otros. De consecuencia, otra pregunta se orientaba a explorar expectativas, opiniones y vivencias respecto del rol del Estado como garante del derecho a la salud y de los derechos humanos en general. Finalmente, un último aspecto a abordar se relacionaba con la necesidad de conocer con más profundidad la experiencia de los participantes durante la pandemia y de cómo en ese contexto se había vivenciado el derecho a la salud.

En resumen, las preguntas guía del estudio fueron:

- ¿Cuál es la concepción de salud presente entre los participantes del estudio?
- ¿Cómo es entendido el derecho a la salud por parte de los participantes y como es ejercido dichos derechos?
- ¿Cuáles son las expectativas que tiene sobre el estado como garante de la salud?
- ¿Cómo se han vivenciado los derechos a la salud en el marco de la pandemia?

Como se apreciará más adelante, estas cuatro preguntas fueron utilizadas para homogeneizar las conclusiones de los distintos contextos nacionales y su integración final.

El abordaje cualitativo

Con el propósito de dar respuesta a las preguntas señaladas, se llevó a cabo en cada país un estudio cualitativo de tipo **exploratorio** que permitiera identificar y descubrir aspectos importantes relacionados con el derecho a la salud en tiempos de pandemia. El abordaje cualitativo apuntaba a ahondar en la percepción/significación que los sujetos sociales atribuyen a esas temáticas, a partir de una posición epistemológica de tipo "interpretativa" (que busca comprender a través de la interpretación que los sujetos dan a esos temas), y de una posición ontológica de tipo "constructivista" (que entiende esos temas no en tanto temas dados y resueltos, sino como el producto de las interacciones entre los individuos y grupos sociales) (Bryman, 2012).

Para el levantamiento de información se utilizaron las técnicas de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Los grupos focales son ante todo una técnica de investigación cualitativa, donde la discusión grupal se utiliza como un medio para generar entendimiento profundo de las experiencias y creencias de los participantes. Canales (2006), afirma que el grupo focal es una técnica apta para tener un acercamiento y estudiar lo que hay de "realidad" o de tipificaciones sociales, a partir de consensos cognitivos, observaciones y esquemas de acción típicas de un determinado grupo de personas (Canales, 2006). Por su parte, las entrevistas semiestructuradas se definen como una interacción social de carácter artificial que, respecto de otros tipos de entrevista más abiertos, suele diferenciarse por utilizar una pauta con preguntas definidas, por tener un foco de interés predeterminado hacia el que se dirige la conversación y por responder cuestiones concretas.

Paralelamente, se diseñaron y consensuaron dentro del equipo investigador los **instrumentos** a aplicar durante las distintas intervenciones (guiones). Específicamente, se elaboró un guion para los grupos focales y cinco guiones para las entrevistas, según el tipo de actor clave. Las preguntas estaban asociadas a las **categorías preliminares de análisis** que el equipo había consensuado previamente para abordar el tema del derecho a la salud en pandemia, como se puede apreciar en la tabla 3:

Tabla 3
Categorías preliminares de análisis

Categoría Preliminar	Subcategorías de Análisis
Concepción de Salud	Constructo social e histórico Acceso a servicios Tipos de medicina / servicios
Concepción de Derecho a la Salud	Conceptualización de los partic–ipantes Dignidad, igualdad (Impacto de la discriminación) Ejercicio de derecho (diferencias entre ambos conceptos) Barreras Rol del Estado Democracia Instrumentos y mecanismos dis–ponibles
Opinión acerca del impacto de la pandemia sobre el derecho	Problemas y limitaciones Barreras para las medidas no far–macológicas y farmacológicas
Ideas acerca del derecho a la salud en el futuro	Expectativas Propuestas

Además, el equipo investigador consensuó algunos criterios comunes con el fin de homogeneizar la selección de los participantes y así cumplir con el objetivo del estudio de explorar la visión de la población de cuatro países de la región de América Latina sobre el ejercicio del derecho a la salud en el contexto de la pandemia

Tipo de muestra

La selección de los participantes tanto de entrevistas como de grupos focales se llevó a cabo de manera intencionada, buscando identificar participantes clave de tipo "opinático" (Parada, 2012). Este tipo de muestreo utiliza criterios para elegir a los participantes en base a la "representatividad" de los discursos que emitirán, considerando para esto, criterios de segmentación o de atributos de las personas que estén relacionados a los objetivos de la investigación (Parada, 2012).

Específicamente, al interior del equipo de investigación se consensuaron los siguientes criterios que caracterizaron el tipo de muestra:

a) Sujeto tipo: se refiere a la posibilidad de hacer inferencias correctas sobre los sujetos examinados, lo cual depende de la fidelidad con la que las observaciones reflejan el fenómeno en estudio e implica, como antes señalé, una medición libre de sesgo. (Martínez 2012; p.615).

b) Caso tipo: pretende mostrar a quién no está familiarizado con la realidad objeto de análisis los rasgos más comunes de dicha realidad. La definición de "típico" cualitativamente se construye a partir del consenso de opiniones entre informantes clave, buenos conocedores de la realidad bajo estudio (Sandoval 2002; p.123).

c) A conveniencia: a tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las cuales se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigado (Sandoval 2002; p.124).

d) Discriminatoria: está asociado con la codificación selectiva, su principio es maximizar oportunidades para verificar la argumentación o el argumento construidos, así como también las relaciones entre categorías, permitiendo alcanzar la saturación de aquellas que han mostrado un desarrollo insuficiente (Sandoval 2002; p.121).

e) Políticamente importante: importantes se relaciona con la identificación en procesos sociales, objeto de investigación, de los actores principales, es decir, los que intervienen directa o indirectamente, pero de modo significativo en la toma de decisiones involucradas en dichos procesos. Comprender su visión es fundamental para conocer el rumbo que seguirán los procesos en cuestión y de ahí la importancia de este tipo de muestreo (Sandoval 2002; p.124).

Tamaño de la muestra

Se contempló la realización de tres grupos focales (cada uno con 5–8 participantes) y de cinco entrevistas individuales semiestructuradas a informantes clave por un total de un mínimo de 20 a un máximo de 29 personas participantes del estudio por país.

Selección de la muestra

Se consensuaron en equipo los siguientes segmentos de participantes a seleccionar para las distintas intervenciones:

a) Para los grupos focales:

1. Trabajadores/as formales asalariadas y con vínculo formal de trabajo en sector público o privado.

2. Trabajadores/as informales asalariadas y no asalariadas sin acuerdo oficial de trabajo con o sin calificación.

3. Trabajadores/as de la salud involucrados en la atención directa de pacientes COVID

b) Para las entrevistas a informantes clave

1. Representante de gobierno local con competencias en salud (por ejemplo: alcaldes/as)
2. Representante de alguna Organización Derechos Humanos
3. Representante de alguna Organización Social (general no salud)
4. Representante de alguna Organización Social de lucha por el derecho a la salud
5. Representante de Gremio/sindicato de trabajadores/as de salud

Procedimiento general

El trabajo en terreno se llevó a cabo entre la segunda mitad del mes de mayo y la mitad de agosto. Debido a problemas logísticos en algunos países no fue posible garantizar el número de participantes total planificado según los que se informará en los distintos informes nacionales.

Con el propósito de garantizar el cumplimiento de criterios éticos que resguarden la libertad de los participantes para formar parte del estudio, el resguardo de su identidad y la idoneidad de la información producida, la investigación consideró la firma de un consentimiento informado en el cual se incluían los propósitos y condiciones generales del estudio, permiso para grabar los relatos y los posibles usos de la información producida. En los casos en que fue posible realizar las intervenciones solo de manera telemática (uso de plataforma zoom) la firma fue sustituida mediante el siguiente procedimiento: con la grabación encendida se leía en conjunto con los participantes el consentimiento y se grababa su consenso final, lo que valía como una firma. Finalmente, se consensuó el procedimiento de análisis común. Grupos focales y entrevistas fueron transcritas y analizadas mediante un análisis de contenido realizado de manera paralela por dos investigadores, de modo tal de optimizar la confiabilidad de los análisis e interpretaciones realizadas. Se decidió además dejar la libertad para que cada equipo nacional fijara sus propios códigos y categorías de análisis para poder dar cuenta de manera más fidedigna de la especificidad de cada contexto.

Procedimiento a nivel nacional

A continuación, se reportan los procedimientos que en cada país se siguieron para llevar a cabo la investigación cualitativa.

Chile

El trabajo en terreno se llevó a cabo entre junio y agosto 2021 y consistió en la aplicación de 3 grupos focales y 5 entrevistas para un total de 17 personas involucradas (12 mujeres y 5 hombres).

El primer grupo focal se realizó con trabajadores del sector salud del sector público y privado en fecha 3 de junio 2021. La realización de este grupo presentó varias dificultades para la coordinación de la actividad (turnos cambiantes, emergencias laborales, problemas de conexión) y luego de algunos fracasos se decidió realizarla con las 3 personas que se conectaron.

Los participantes tenían el siguiente perfil:

- Trabajador sector privado salud (M)
- Trabajador sector privado salud (F)
- Trabajador sector público salud (F)

El segundo grupo focal se realizó con trabajadores formales, cuidando que hubiese participación de trabajadores del sector público y privado. El grupo se realizó en fecha 26 de junio 2021.

Los participantes tenían el siguiente perfil:

- Trabajador/a con teletrabajo sector privado (F)
- Trabajador/a con teletrabajo sector público (F)
- Docente universidad (F)
- Docente universidad (F)

El tercer grupo focal se realizó con trabajadores informales. Hay que especificar que 4 de los 5 participantes pertenecían a una organización sindical de trabajadores a honorarios del Estado. El grupo focal se realizó en fecha 7 de julio 2021.

Los participantes tenían el siguiente perfil:

- Trabajador/a informal del sector formal ("a honorarios") – socio sindicato (M)
- Trabajador/a informal del sector formal ("a honorarios") – dirigente sindical (F)
- Trabajador/a informal del sector formal ("a honorarios") – dirigente sindical (F)
- Trabajador/a informal del sector formal ("a honorarios") – socio sindicato (F)
- Trabajador/a de plataforma digital (F)

Respecto de las entrevistas a actores clave a continuación se presenta el perfil de los entrevistados y las fechas en que se realizaron:

- Representante de gobierno local con competencias en salud: Alcalde con cargo representativo en Asociación Chilena de Municipalidades (M), 27/7/2021
- Representante Organización Derechos Humanos: Representante Instituto Nacional de los Derechos Humanos (INDH) (M), 4/8/2021
- Representante Organización Social (general no salud): Representante de Asociación Nacional de Empleados Fiscales (ANEF) (M), 22/7/2021
- Representante Organización Social de lucha por el derecho a la salud: Representante Movimiento Salud para todes (F), 9/7/2021
- Representante Gremio/sindicato de trabajadores/as de salud: Representante Colegio Médico de Chile (M), 7/8/2021

Con el propósito de garantizar el cumplimiento de **criterios éticos** que resguarden la libertad de los participantes para formar parte del estudio, el resguardo de su identidad y la idoneidad de la información producida, la investigación consideró la firma de un consentimiento informado en el cual se incluían los propósitos y condiciones generales del estudio, permiso para grabar los relatos y los posibles usos de la información producida.

Grupos focales y entrevistas fueron transcritas y analizadas mediante un análisis de contenido realizado de manera paralela por dos investigadores, de modo tal de optimizar la confiabilidad de los análisis e interpretaciones realizadas.

Colombia

En el estudio realizado en Colombia, la información de las entrevistas y grupos focales pasó por un ejercicio de organización de los datos que permitió la creación de categorías y subcategorías para orientar el análisis cualitativo. Este proceso comenzó con la transcripción de las grabaciones que registraron la aplicación de las entrevistas y grupos focales, dando como resultado ocho documentos con cerca de 130 páginas de extensión. La transcripción se hizo de forma textual, tratando de plasmar de la manera más precisa los relatos de los y las participantes a los encuentros, pretendiendo la mayor fidelidad con el discurso en los espacios de diálogo.

Las transcripciones fueron posteriormente cargadas al software de análisis cualitativo NVivo, en donde se realizó una lectura detallada de cada uno de los documentos, y en donde a cada fragmento textual se le es asignó un código o categoría –en el programa NVivo se denominan nodos–. De esta forma, tras la revisión de los ocho escritos, quedó como resultado

un listado de categorías que posteriormente fueron agrupadas en bloques o ejes de análisis más amplios que definieron la estructura sobre la cual se desarrolla el análisis cualitativo.

La lectura detallada de los ocho archivos de texto dio origen a la primera propuesta de categorización. En un primer momento, surgieron aproximadamente 90 categorías. Posteriormente cada uno de los documentos fue releído para ajustar la codificación inicial. Después de varias lecturas, la cantidad final de categorías fue de aproximadamente 70. Cuando se consideró que se había conseguido la saturación de la información, se exportaron las citas textuales asociadas a cada categoría a una matriz con la siguiente estructura:

Categoría:		Eje:	Subeje:
Cita:	Análisis general:		Actor:

Este esquema permitió ubicar las citas textuales a través de los niveles de análisis ordenados en las categorías y subcategorías, con el fin de hacer una lectura específica de cada bloque textual y responder así las preguntas que orientaron la investigación. Adicionalmente, permitió establecer el rol del actor que relaciona determinado fragmento de texto, generando información frente al emisor y sus características en el marco del estudio

Costa Rica

El estudio contempló un proceso de recolección de información de 7 semanas, durante los meses de mayo y julio, siendo la unidad de análisis personas adultas de ambos sexos que vivieron el proceso de la pandemia en diversas circunstancias de tipo sanitario, económico, familiar, entre otros aspectos que permitieron ser convocados y convocadas al estudio.

El total de participantes del estudio fue de 24 personas en Costa Rica, expresadas de la siguiente manera

a) 19 personas en 3 grupos focales.

b) 5 entrevistas a informantes claves.

Se identificaron los siguientes segmentos de participantes en calidad de informantes claves:

a) Según perfiles para los grupos focales:

1. Trabajadores/as formales asalariadas y con vínculo formal de trabajo en sector público o privado (6 personas).
2. Trabajadores/as informales asalariadas y no asalariadas sin acuerdo oficial de trabajo con o sin calificación (6 personas).
3. Trabajadores/as de la Salud (7 personas).

b) Informantes Claves para entrevistas

1. Representante de gobierno local (cantón de Alajuelita)
2. Representante Organización Derechos Humanos (Centro de Derechos Sociales del Inmigrante – CENDEROS).
3. Representante Organización Social

   (Asociación de Apoyo Integral de Playas del Coco).
4. Representante de Organización Social de lucha por el derecho a la salud (Iniciativas Ciudadanas).
5. Representante de Sindicato Nacional de Enfermería y Afines (SINAE)

Tanto para el Grupo Focal como para la Entrevista se aplicó el instrumento consensuado entre las y los investigadores de los 4 países en estudio (Chile, Colombia, Costa Rica y México) para los distintos grupos y para las diferentes entrevistas, por tema generador, según tópicos compartidos entre los diferentes países participantes del estudio.

En todos los casos y como Garantía Ética para la protección de los participantes, se solicitó y se documentó la aceptación del Consentimiento Informado.

El medio utilizado para recolectar la información fue la plataforma Zoom, conducida por el coordinador del proyecto–país, se realizaron las respectivas preguntas y se invitó al proceso de socialización de la información en el último trimestre del año 2021.

Para el análisis de la información (Sandoval 2002), se procesó el material transcrito y se procedió con:

- Análisis por reducción de identificación códigos que superaron los 2000 menciones.
- Se crearon categorías emergentes en cada uno de los instrumentos aplicados (Grupos focales y entrevistas a informantes claves).
- Posteriormente, se agrupación de familias de categorías para definir un proceso de reagrupación, lo que permitió cuantificar las frecuencias de ideas expuestas en los discursos.
- El análisis permitió cuantificar los elementos cualitativos, permitiendo exponer gráficas de repeticiones de categorías.
- Posteriormente se prosigue con el análisis de contenido con base en los insumos obtenidos y desde la interpretación de significados se identifican los Ejes temáticos que implican núcleos de sentido y significados predominantes en los discursos de los actores de los grupos focales e informantes clave de las entrevistas. Estos ejes se constituyen en los elementos básicos del análisis del contenido.

México

Se contactó telefónicamente a las organizaciones civiles que cumplían con los requisitos del estudio, para explicarles el objetivo del estudio, indagar su voluntad de participar y coordinar fechas para la entrevista. De las personas y organizaciones contactadas, todos fueron entrevistados, pero en algunos casos fue difícil coordinar las entrevistas con la rapidez requerida, debido principalmente a la falta de tiempo de los facilitadores, poco personal o restricciones propias por la pandemia por COVID–19.

La siguiente tabla sintetiza el número de entrevistas realizadas a los diversos actores y a las agencias u organizaciones de adscripción.

a) Grupos focales.

Trabajadores informales	Odontóloga por cuenta propia, ayudante de tienda de abarrotes, 2 comerciantes ambulantes, 1 comerciante y dueño de trans–portes públicos
Trabajadores formales	Trabajador del Gobierno de la Ciudad de México, profesor de educación primaria, académica universitaria, servidor público, trabajo en la Secretaría de Segu–ridad Ciudadana de la Ciudad de México, abogada en institución del a Ciudad de México
Personal de salud	5 médicos de familia en unidad de atención COVID

b) Organizaciones sociales que participaron en entrevistas.

1. **Autoridad local:** Representante asignado por la jurisdicción sanitaria Tláhuac (jefe de programa).
2. **ONG de DDHH:** Centro de Derechos Humanos Fray Matías
3. **ONG población indígena:** Asamblea de migrantes indígenas de la ciudad de México
4. **ONG en pro del derecho a la salud:** Casa de la sal (VIH)
5. **Representante de Gremio/sindicato de trabajadores/as de salud:** Presidenta de la Sociedad Veracruzana de Salud Pública

Cabe recordar que el equipo a cargo del estudio fue el que realizó todo el trabajo de campo, cuidando en todo momento de establecer una relación cordial con las personas entrevistadas, que permitiera la entrega confiada y fidedigna de información

Cada entrevistado firmó un consentimiento informado cuando se realizó de manera presencial y cuando se realizó por medio virtual se dio lectura al consentimiento y se solicitó la aceptación de los participantes en el estudio, se le indicaba que la información sería reportada de manera anónima y que no tendría consecuencias para él o ella, lo que facilita la confiabilidad y validez de la información.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas. La información se analizó temáticamente, el texto escrito fue leído y releído varias veces y se tomaron notas de temas emergentes. Luego, se realizaron conexiones entre los temas que fueron emergiendo. Finalmente, se creó una lista de temas principales que capturan las opiniones, percepciones y creencias de cada grupo de actores claves que participan en el programa.

Posteriormente se analizó la información con el programa MAXQDA estableciendo conexiones y/o elementos clave entre los distintos actores de respecto a los temas abordados en cada pregunta. Finalmente, la información fue sistematizada y agrupada en una matriz de Excel.

4. RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados de los cuatro estudios cualitativos realizados en Chile, Colombia, Costa Rica y México. Para eso se presentarán los informes finales que cada país elaboró. Cada informe presenta al comienzo el índice referenciado de sus contenidos para facilitar la lectura. Las referencias bibliográficas de cada informe se han recogido en las referencias al final del informe completo.

Estudio de caso:
Chile

Equipo investigador:

Patrizio Tonelli, Monica Carrasco,
Ismael Bravo, Mario Parada Lezcano

Contenido

Estudio de caso: Chile 41

Marco contextual socio–sanitario 41

Conceptualización del derecho a la salud desde la Constitución chilena 42

Protección y Seguridad Social en Salud en la historia de Chile 43

Caracterización del sistema de salud en Chile 45

Conflictividad existente 47

Explicitación de casos particulares de vulneración del derecho a la salud 49

La Pandemia en Chile 50

Presentación del análisis cualitativo 53

Resultados y análisis 53

Derecho a la salud vulnerado basalmente desde antes de la pandemia 53

Critica al manejo de pandemia por parte de gobierno y autoridad sanitaria 55

Impactos de la pandemia en ejercicio del derecho a la salud 61

Mecanismos sociales de exigencia de los derechos 67

Expectativas o proyecciones del derecho a la salud 70

Conclusiones 72

Limitaciones del estudio 75

Comentarios, sugerencias y propuestas 76

Estudio de caso:
Chile

Marco contextual socio–sanitario

Conceptualización del derecho a la salud desde la Constitución chilena

Para hablar sobre el derecho a la salud desde la óptica del Estado chileno, primero es necesario remitirnos al contenido de la Constitución política de Chile –ratificada a través de un referéndum nacional, realizado en el marco de una Dictadura cívico militar en el año 1980–, en la cual se encuentran cimentadas las bases de lo que actualmente se conoce como el 'Estado subsidiario', que se desprende de la relevancia para la Comisión Ortúzar –encargada de redactar la Carta Fundamental del país– de consagrar el principio de la descentralización del Poder o de la 'subsidiariedad'.

Dentro de esta concepción de Estado, es que se concibe el derecho a la salud en su artículo 19, numeral 9 como: "el derecho a la protección de la salud". Los derechos de contenido social, cómo el derecho a la salud, educación o seguridad social figuran en el catálogo de derechos expuestos en el ya mencionado artículo, sin embargo, "tales derechos no son amparados en todas sus dimensiones a través del recurso de protección; y, si lo son, es sólo en el ámbito de la libertad, que corresponde a una perspectiva más individual del derecho" (Allard et al., 2016: 101), ¿Qué quiere decir esto? Que lo que se protege realmente es la libertad de escoger un subsistema de salud al que se quiera optar (subsistema público o privado de salud), y no así los contenidos asociados al derecho de salud en sí[23].

Desde la concepción tradicional del sistema procesal chileno, se entendía a los derechos de contenido social (como el derecho a la salud), como un "derecho de naturaleza programática, cuya concretización dependería de la formulación e implementación de políticas públicas por parte del Ejecutivo" (Barretto y Gallegos, 2011: 53). Es decir, que las personas en Chile –hasta principios de la década del 2010–, no podían judicializar recursos de protección en torno a derechos a la salud, puesto que este no era un derecho 'primario' garantizado a través del artículo 20 de la Constitución, sino más bien, que actuaba como una guía o meta a seguir para la confección de políticas públicas, materia que era de exclusiva responsabilidad de los Poderes Ejecutivos y Legislativos, más no, del Poder Judicial. A partir de la judicialización de casos de personas portadoras de enfermedades autoinmunes (cómo VIH/Sida) en contra de determinados establecimientos o servicios de Salud a principios de 2001, la Corte Suprema comenzó a oscilar con respecto a las concepciones originales del derecho a la salud.

En esta línea, Figueroa (2013) remite a que en todo derecho fundamental es posible distinguir un triple esquema de obligaciones: primarias, secundarias y terciarias. Las cuales consisten, a nivel primario en obligaciones negativas del Estado de **respetar** el derecho; a nivel secundario en obligaciones positivas

23 Art. 19 de la Constitución chilena: "el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo (…) Es deber del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud que desee acogerse, sea éste estatal o privado".

del Estado de **proteger** el derecho y a nivel terciario en obligaciones positivas del Estado de **cumplir o satisfacer** el derecho (Figueroa, 2013). El autor sostiene que, en el artículo 19 de la Constitución se explicita el "derecho a la protección de la salud", aludiendo a un nivel secundario de obligaciones, lo que permite entender de manera extensiva, que el Estado chileno para 'proteger' la salud, en una primera instancia debe 'respetarlo'. Sobre otros derechos contenidos en este mismo artículo, "el texto constitucional no dice <<respetar>> el derecho a la vida, tampoco <<protegerlo>>, pero es evidente que el Estado tiene esas obligaciones" (Figueroa, 2013: 289). El fallo del Tribunal Constitucional el año 2010, relativo al alza en los costos de los seguros de salud en base a la tabla de los factores que manejan las ISAPRES, también devela una interpretación sistemática de los derechos sociales a través de la formulación de una doctrina progresista del derecho a la salud, que permite extender la protección en materia de salud. Sobre esto, el organismo explicita:

> *"Que el contenido esencial de la seguridad social se revela en una interpretación sistemática del texto constitucional en el que se recogieron los principios de solidaridad, universalidad, igualdad y suficiencia y unidad o uniformidad, sobre todo si se ven conjuntamente el derecho a la salud [Art. 19, número 9] y el derecho a la seguridad social [Art. 19, número 18°]"* (Barreto y Gallegos, 2011: 65).

Conceptualizaciones del derecho internacional sobre el derecho a la salud

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), es un tratado internacional ratificado por Chile en el año 1972 y que se encuentra actualmente vigente dentro del país. En este tratado se conceptualiza el derecho a la salud como: "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental." (Artículo 12° – PIDESC, 1966 citado en Figueroa, 2013). Asociado al texto del PIDESC, se deben considerar las interpretaciones que realiza el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en lo sucesivo, Comité DESC) de la ONU sobre el artículo 12, referente al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el pacto previamente mencionado. Este Comité "interpreta el derecho a la salud como un derecho de contenido complejo que engloba no sólo el derecho a una asistencia sanitaria oportuna y adecuada, sino que también se extiende a los determinantes básicos de la salud" (Tribunal Constitucional, 6 de agosto de 2010 citado en Figueroa, 2013: 293), como lo es el acceso al agua potable, al saneamiento, la vivienda adecuado, el suministro de alimentos, condiciones adecuadas de trabajo, y otros factores que tradicionalmente exceden el paradigma de salud/enfermedad al que se ha asociado el derecho a la salud, conceptualizado ahora como un derecho integral.

En segundo lugar, se debe referir a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, tratado suscrito por Chile en 1969 y ratificado el año 1990. Este documento "no reconoce el derecho a la salud y se limita a incorporar un capítulo III sobre derechos económicos, sociales y culturales, señalando que los Estados deberán implementarlos de manera progresiva" (Figueroa, 2013: 295). El protocolo de San Salvador, instrumento jurídico que emana a partir de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, sí recoge al derecho a la salud en su artículo 10, en dónde refieren explícitamente a la definición de derecho de salud propuesta por el PIDESC, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Sin embargo, "Chile no ha suscrito el protocolo, de manera que no resulta vinculante para el Estado" (Figueroa, 2013: 295).

Finalmente, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, tratado internacional suscrito por Chile en el año 1971 y que se encuentra vigente a la fecha, contempla el derecho a la salud en su artículo 5, letra e) como "El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales", y se plasma como un documento vinculante para el Estado y por tanto parte del derecho interno del país.

Cómo entienden las personas el derecho a la salud

Hoy en día los discursos ciudadanos que se levantan en torno al derecho a la salud evidencian la tensión existente "entre la expectativa de derechos

universales y la percepción de imposibilidad de ejercerlos debido a la desigualdad social y la persistencia de una posición dominante del discurso del consumidor en sustitución de aquel de ciudadano" (Sgombich et al., 2018: 29), estableciendo una percepción generalizada de desprotección y vulnerabilidad, por parte del Estado chileno.

Si bien los datos recogidos por diversos instrumentos de opinión son bastante heterogéneos y no es posible concentrar en una sola línea de opinión los discursos de los participantes, "la salud como área de gestión gubernamental tiene una desaprobación durante los últimos tres años de aproximadamente un 75% de la población" (Adimark, 2017 citado en Sgombich et al., 2018: 31). Los principales problemas a los que remite la ciudadanía corresponden a la falta de recursos materiales y humanos, además de las largas filas de espera que existen dentro del subsistema de salud pública, operado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). A su vez, dentro del subsistema privado de salud, muchos señalan que se sienten discriminados por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), ya sea por su edad, condición de salud, sexo, edad fértil, etc., recalcando también los altos costos que tiene la atención privada de salud en Chile (Sgombich et al., 2018). Esto se deriva del hecho de que históricamente Chile ha tenido un sistema de salud público el cual fue limitado en favor de las transformaciones neoliberales durante la dictadura cívico militar, lo cual se trató de subsanar a través de las reformas al sistema de salud con la creación del plan AUGE/GES en el año 2004/2005. Sin embargo, por las disposiciones constitucionales existentes hoy en día el sistema de salud se encuentra fragmentado en relación a su financiamiento y a la entrega de servicios, ya que existen múltiples[24] servicios de salud no coordinados ni integrados. Esto produce variadas problemáticas asociadas a la exclusión social y a inequidades como las ya mencionadas (Parada et al., 2020).

Dentro de la discusión pública sobre las garantías y el acceso al derecho a la salud, este concepto ha sido desplazado del centro del debate, dada la urgencia práctica de realizar cambios sustanciales e inmediatos dentro del sistema de salud público y privado en Chile. "La comprensión del derecho a la salud, su alcance, ejercicio y exigibilidad pasa porque la ciudadanía sea capaz de problematizarlo" (Sgombich et al., 2018: 42), en el sentido de que hoy en día la ciudadanía sólo tiene una participación meramente consultiva en materia de formulación y promulgación de políticas, programas o proyectos asociados al ejercicio del derecho a la salud (Paley, 2001).

Protección y Seguridad Social en Salud en la historia de Chile

Desde sus inicios en 1924, con la creación de la Caja del Seguro Social Obrero Obligatorio (SSOO)[25], la Seguridad Social en Salud (SSS) en Chile ha experimentado un largo camino de debates y cambios orientados a aumentar su cobertura e inclusividad. Sin embargo, es posible afirmar que los diferentes sistemas ensayados siempre han excluido a parte de la población, generando fuertes tensiones por la fragmentación e inequidad que produce (Parada–Lezcano y Moraga–Cortes, 2019). En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), que centralizaba las distintas actividades de salud que se encontraban dispersadas en múltiples organismos y a la vez ampliaba la cobertura[26]. Paralelamente, entre 1958 y 1968 se instauró un sistema de salud ocupacional basado en un "seguro social obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales" financiado por empresas y administrado por empresas privadas sin fines de lucro conocidas como Mutuales de seguridad (Camus y Zuñiga, 2007). En este periodo también, como parte del SNS, se configuró una red de Atención Primaria de Salud (APS), pública y única, de cobertura nacional, con presencia en el área urbana y rural con equipos de salud multiprofesionales (Parada–Lezcano, 2021).

24 De tipo estatal bismarckiano, privado con fines de lucro, privados sin fines de lucro y estatales.

25 Primero de su tipo en América Latina, la Caja entregaba atención médica gratuita basándose en un esquema bismarckiano, es decir con aportes obligatorios de trabajadores, empleadores y el fisco asociados al empleo formal (Parada, 2019).

26 La inclusividad del SNS, sin embargo, no era total, dado que junto con su creación se mantenía el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), el cual había surgido en 1942 para cubrir específicamente al sector de empleados públicos y particulares. De esta forma la cobertura del sistema de salud chileno se mantenía fragmentada al plantear una distinción entre los empleados (cubiertos por SERMENA) y los otros sectores de la clase trabajadora (obreros, trabajadores independientes, indigentes y población en general) cubiertos por el SNS. Colegio Médico, El sistema de salud chileno. Contexto histórico y normativo del sistema de salud chileno, www.colegiomedico.cl

A partir del año 1973, la instauración de la dictadura cívico–militar representó un quiebre radical con respecto al camino de construcción de un sistema de salud inclusivo que Chile había conocido durante el siglo XX. En el fondo, las reformas de la dictadura apuntaron a abandonar la figura de un Estado como responsable de la salud pública, para implementar al contrario una "desestatización del sistema, es decir, su privatización" (Illanes, 1993:505). Más detalladamente, las medidas dictatoriales pueden resumirse en 4 aspectos: 1) la reducción del gasto público en salud; 2) la focalización de los subsidios para los sectores de menores recursos; 3) el aumento de la eficiencia del sistema; 4) la privatización de la oferta de atenciones de salud (Camus y Zúñiga, 2007).

Concretamente, la dictadura, junto con disminuir significativamente el gasto social y el financiamiento del sistema de salud, se dedicó primariamente a reformular su estructura, desmantelando el SNS y reemplazándolo en 1980 con el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)[27]. También creó un seguro de carácter público, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que concentraba las funciones financieras del nuevo sistema, y descentralizó la Atención Primaria, entregando a los municipios la responsabilidad de su gestión. Otra etapa de este proceso de reforma fue, como visto anteriormente, la instalación del rol subsidiario del Estado en la Constitución del año 1980. A coronación de este proceso, en 1981 se realizó la privatización de la seguridad social en salud mediante la creación las Instituciones de Salud Previsional en Salud (ISAPRE), empresas aseguradoras privadas con fines de lucro que representan la política más expresiva de la persistente exclusión de la seguridad social en salud, dado que su acceso está vinculado a la capacidad de pago de las personas (Goyenechea, 2019)[28]. El sistema de seguros privados, de hecho, se encuentra caracterizado por "serias restricciones de acceso al sistema (preexistencias), multiplicidad de planes de atención de variable, pero alto costo para quienes pueden optar por afiliarse a este sistema, incremento anual inconsulto del costo de programas de atención y desmesuradas ganancias corporativas" (Goic, 2015: 781).

En definitiva, desde la intervención autoritaria de la dictadura la seguridad social en materia de salud en Chile se encuentra fuertemente marcada por la presencia de lógicas que favorecen la mercantilización del acceso a la salud y condicionada por el rol subsidiario del Estado chileno, estipulado en la Constitución política de 1980. De esta manera el papel del Estado en materia de salud se limitaría a una función de coordinación del sistema y a la elaboración de políticas focalizadas[29], como es el caso de la cobertura financiera para los usuarios del FONASA que pertenecen al tramo de menores ingresos (indigentes o "carentes de recursos") para los cuales se contempla un subsidio y sin opción para acceder a libre elección (MLE).

En estos términos, la salud no se comportaría en arreglo a los principios de la seguridad social o dentro de un enfoque de derechos, más bien terminaría funcionando en la lógica de los bienes de consumo o mercancías (Goyenechea, 2019).

A partir de las reformas constitucionales de la década del 2000, estas políticas se han expandido en la dirección de un sistema más amplio de cobertura y prestaciones, a partir de un enfoque de derechos, pero sin abandonar la noción de 'Estado subsidiario' que la Constitución política ha cimentado (Robles, 2011). Por una parte, los programas como Chile Solidario o Chile Crece Contigo, ambos partes del Sistema de Protección Social, "buscaron promover explícitamente el acceso a los servicios de salud, con especial atención a los grupos más vulnerables de la población" (Robles, 2011: 41). Sin embargo, una de las reformas más significativas que hubo en el ámbito de la protección social en salud fue la promulgación del Plan de Acceso Universal a

27 Con el Decreto Ley 2.763 del año 1979 se reorganizó el Ministerio de salud, fusionando el SNS y el SERMENA y creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), de carácter descentralizado. El nuevo Sistema Nacional estaba compuesto por los 27 Servicios de salud en los cuales se radicó la función operativa.

28 "Así, las personas que no tienen capacidad de pago para optar a seguros privados o prestadores privados, por defecto no tienen esa libertad y están forzadas a asegurar su salud en el seguro público y en caso de requerir atención de salud, deben asistir a los centros de salud públicos" (Goyenechea, 2019: 7).

29 Cuando hablamos de políticas focalizadas, se debe entender este concepto por el opuesto de universal, es decir que las políticas públicas en Chile durante las décadas de 1970 y 1980 se encontraban destinadas únicamente a los sectores más pobres y de mayor vulnerabilidad social de la población, excluyendo de éstas a los grupos socioeconómicos categorizados como 'clases medias'.

Garantías Explícitas en Salud (AUGE), junto con la creación de las Garantías Explícitas de Salud (GES).

El propósito del plan AUGE/GES era "establecer garantías estatales en salud que resguardaran un conjunto de mínimos en la atención en salud" contemplando prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo para "un conjunto priorizado de problemas de salud cuya atención debe estar garantizada para toda la ciudadanía, es decir de forma universal y por los tanto disponibles para quienes se encuentran insertos en sistema privado y público" (Robles, 2011: 45). El plan AUGE/GES se encuentra inspirado en un modelo de atención integral centrado en el usuario, que permite establecer ciertas garantías estatales con respecto al derecho a la salud. Sin embargo, el plan AUGE/GES ha generado también muchas críticas asociadas a su carácter discriminatorio que atentaría al objetivo explícito de la ley (mejorar el acceso) y finalmente a la garantía del mismo derecho a la salud. Al tratarse de un mecanismo de priorización y focalización, de hecho, el plan "ha implicado la segmentación de la población de acuerdo a si tiene o no los requisitos para ser beneficiada por este plan", lo que vulneraría la integralidad y universalidad pretendida por el sistema (Parada–Lezcano y Moraga–Cortes, 2019).

Caracterización del sistema de salud en Chile

A partir de la entrada en vigencia de la Constitución chilena de 1980, es que se conforma el sistema de salud actual, fragmentado y segmentado en subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos "especializado" en diferentes estratos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, posición económica y clase social. Por un lado está el sistema privado, que cuenta con sus clínicas[30] y su sistema de acceso y aseguramiento no solidario garantizado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); por el otro el público, con su red hospitalaria gestionada por los Servicios de Salud y su red de atención primaria (APS) gestionada por los municipios, a las cuales se accede mediante el seguro público FONASA (Fondo Nacional de Salud) de carácter solidario[31]. Fuentes adicionales de fragmentación del sistema son el seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales, administrados por sus organismos administradores (Mutuales) y el sector de las fuerzas armadas y del orden (Frenz et al., 2018).

En términos cobertura, el Servicio Público de Salud opera a través de FONASA y el SNSS cubre alrededor de un 80% de la población nacional, a través de una red de 29 Servicios de Salud Regional y el Sistema Municipal de Atención Primaria. El FONASA ofrece dos modalidades de atención diferentes, dependientes de las características socioeconómicas de sus beneficiarios. Los beneficiarios indigentes y carentes de recursos (no aportantes de cotizaciones) integran el grupo A y se atienden en la Modalidad de Atención Institucional (MAI); en tanto, los beneficiarios aportantes de cotizaciones y sus familias integran los grupos B, C y D, y pueden atenderse tanto en la MAI como a través de la MLE (Debrott, 2019).

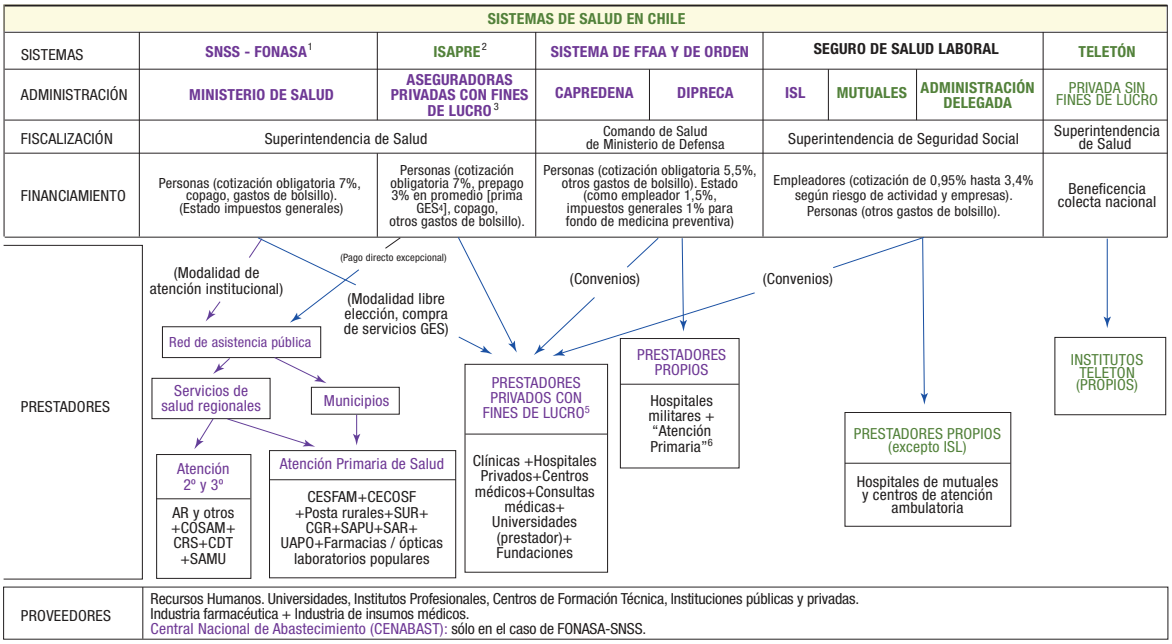
A su vez el sistema de Salud Privada constituido por las ISAPRES, alcanza una cobertura de aproximadamente el 17%, y provee sus servicios a través de instalaciones privadas con fines de lucro (clínicas). Adicionalmente un 3% de la población nacional se encuentra cubierta por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas, un 7% no cotiza en ningún subsistema de salud, pero utilizan los servicios del sector público y finalmente un grupo reducido de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo (Parada–Lezcano y Moraga–Cortes, 2019).

En la tabla a seguir se propone un esquema que resume la compleja fragmentación del sistema:

30 Las clínicas privadas son empresas privadas prestadoras con fines de lucro

31 Como ejemplo de las diferencias entre los dos sistemas se tenga en cuenta que FONASA tiene un porcentaje de adultos mayores 3 veces mayor que las ISAPRE; 56% de los afiliados FONASA completaron la educación escolar, versus 92% de los afiliados ISAPRE; FONASA tiene una preva–lencia 8% mayor de afiliados con 1 o más enfermedad crónica (Frenz et al., 2018).

Tabla 4 Sistema de salud en Chile



(Fuente: Parada–Lezcano M. et al., 2020)

Con respecto al financiamiento del servicio público y del sistema privado hay que considerar que, en Chile, todos los/as trabajadores/as se encuentran obligados/as, por ley, a hacer una contribución del orden del 7% de su salario a algún sistema de salud que ellos decidan afiliarse, pudiendo ser tanto FONASA, como alguna ISAPRE. De esta manera, el Servicio Público de Salud es financiado a través de impuestos generales, cotizaciones obligatorias (7% del sueldo) aportaciones municipales y copagos hechos por los afiliados a FONASA. A su vez, el Sector Privado de Salud recibe financiamiento a través de las cotizaciones obligatorias (prima base correspondiente al 7% del sueldo), prepago (cotización voluntaria equivalente a un 3% de los salarios en promedio) y copagos, de quienes se encuentren afiliados a diferentes ISAPRE (Becerril et al., 2011). A este propósito algunos autores notan cómo las ISAPRE constituyan un caso excepcional en la experiencia comparada al utilizar la cotización obligatoria como prima de entrada independiente del riesgo real de las personas y sobre aquello una prima adicional según riesgo de salud individual (Parada, 2019) lo que implica que las personas con más riesgo de enfermar paguen más creando así "un sistema para ricos, más sanos, y otro para pobres, más enfermos" (Frenz et al., 2018: 17).

Luego de haber abordado la fragmentación y segmentación que caracteriza el sistema es menester una mirada sobre financiamiento y dotación del sistema de salud. Los datos publicados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2019) indican que en 2018 el gasto en salud en relación al PIB fue de 8,9%, situándose casi en línea con el promedio de países OCDE. De ese total el 5,2% corresponde a gasto público y el 3,7% a gasto voluntario privado (out of pocket). Sin embargo, los datos más desagregados respecto del gasto total en salud informan que el gasto público se equivale al privado (50%) representando un porcentaje mucho más bajo comparado al promedio OCDE (71%). Además, analizando el tipo de financiamiento del gasto de salud, los datos indican que en Chile cobra fuerte relevancia el gasto de bolsillo (34%), lo que significa un porcentaje mucho más alto del promedio de países OCDE (21%) y un fuerte problema en términos de equidad al implicar que cada persona puede acceder a los servicios según su capacidad individual de pago, siendo fuertemente empobrecedor cuando supera determinado nivel del presupuesto familiar (Parada–Lezcano y Moraga–Cortes, 2019).

Respecto de fuerza laboral dedicada a la salud, los datos de OCDE (2019) dan cuenta de un cierto escenario de escasez comparada con el resto de países de la organización. OCDE informa, de hecho, que en 2017 Chile contaba con 2,5 médicos por cada 1000 habitantes, siendo inferior al promedio OCDE (3,5) y con 2,7 enfermeros por cada 1000 habitantes, también muy inferior al promedio OCDE (8,8).

Según datos del Minsal, la red de APS está compuesta por 2.514 establecimientos. Respecto de los niveles secundario y terciario, hasta diciembre de 2018 existían 112 establecimientos de nivel secundario de atención y 188 hospitales. En total, la Red asistencial pública contaba a diciembre 2019 con 202.289 funcionarios, el 65%de los cuales se desempeñaba en los Servicios de salud mientras que el 35% pertenecía a la APS (MINSAL, 2020). Respecto del sector privado, según datos de la Asociación de Clínicas de Chile, al año 2016 los prestadores privados de salud disponían de 83 clínicas (con más de 10 camas). Además, existían 877 laboratorios, 490 centros de imagenología y 745 centros médicos (González et al, 2019).

Finalmente, en términos de rectoría, es el Ministerio de Salud (MINSAL) el que ejerce la conducción del sistema de salud en su conjunto, definiendo políticas, planes, programas y normas de acuerdo con las directivas de gobierno, siguiendo lo establecido en el Código Sanitario (Becerril et al., 2011). Del MINSAL se desprenden cuatro instituciones principales dentro del Sector Público de Salud: SNSS; FONASA; el Instituto de Salud Pública (ISP), encargado de supervisar laboratorios públicos y todo aquello relacionado con la autorización, control e importación de medicamentos; y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), encargado de la compra y distribución de medicamentos e insumos médicos. El Ministerio de Salud, a su vez, está compuesto por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y los Servicios de Salud, quienes dependen de las Subsecretarías de Salud Pública, la cual está encargada de desarrollar políticas públicas a través de programas de promoción, prevención y fiscalización; y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, encargada de supervisar el funcionamiento de las redes de salud públicas y posicionar a la Atención Primaria de Salud (APS) en el sistema público.

En términos de regulación del Sector Privado de Salud, se encuentra la Superintendencia de Salud, la cual incluye dos intendencias: i) La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que se encarga de fiscalizar las actividades de ISAPRES, FONASA y el Régimen de Garantías de Salud, asociado a Plan AUGE/GES; y ii) La Intendencia de Prestadores de Salud, cuya responsabilidad es fiscalizar las actividades de todos los prestadores de atención a la salud, tanto públicos como privados.

Conflictividad existente

En los últimos años, y sobre todo a partir de los eventos acontecidos desde el 18 de octubre de 2019, la movilización social en Chile ha tomado un significativo protagonismo dentro de la agenda política nacional. Si bien, el origen de la crisis social, ampliamente denominada 'Estallido social', es de naturaleza multifactorial: la suma de movilizaciones estudiantiles por el fin al lucro en la educación, el movimiento 'no + AFP' por el término de un Sistema de Pensiones de capitalización individual a través de las AFP, diversos movimientos indígenas en búsqueda de autonomía y protección de recursos naturales, entre otras demandas levantadas por diferentes grupos de población; es posible sostener, a modo de conclusión general, que el principal motor que dio paso al estallido social en octubre de 2019, fue la "falta de respuesta de nuestro sistema político en relación a demandas principalmente sociales" (INDH, 2019).

La masiva movilización nacional, caracterizada por la heterogeneidad de sus exigencias para con el Estado de Chile, levantó consistentemente demandas generalizadas asociadas a un concepto de desprotección y abuso sistemático por parte de los organismo estatales y privados. Bajo las consignas como 'hasta que la dignidad se haga costumbre', 'basta de abusos' y 'Chile es la cuna y la tumba del neoliberalismo', la sociedad chilena en significativa extensión fue articulando de manera acéfala un listado de demandas, las cuales apuntaban directamente al modelo político–económico que opera dentro del Estado chileno (el modelo neoliberal). Con respecto

a las demandas sociales referidas a la salud, estas se encontraban principalmente dirigidas hacia los altos costos asociados al acceso a la salud en Chile, lo cual estaba relacionado a la saturación y falta de recursos en los Servicios Públicos de Salud, los altos valores asociados a la afiliación del sistema de ISAPRES y la compra de los medicamentos, además del oligopolio existente de la industria farmacéutica (Goic, 2015). Otras demandas sociales levantadas con respecto a los derechos a la salud son la discriminación con respecto a los derechos a la salud y salud reproductiva de minorías sexuales y grupos migrantes; la falta de protección y seguridad social percibida por la población a raíz del sistema de previsión por capitalización individual a través de las AFP, entre otras.

En términos de respeto por el derecho a la salud y la integridad humana en el marco de la movilización social y protesta, el INDH (2019), detalla que a la fecha 30 de noviembre de 2019, se reportaron un total de 347 víctimas de heridas oculares, de los cuales 16 corresponden a estallidos del globo ocular, 5 a pérdida de visión por trauma ocular irreversible y 296 por lesiones causadas por trauma ocular (INDH, 2019). Así mismo, durante este mismo periodo, según datos del INDH, se registraron un total 3,442 personas heridas a nivel nacional, catastradas en 67 centros de salud (hospitales, postas, clínicas, Servicios de Atención Primaria y Urgencia de Alta Resolutividad [SAR], entre otros). Con respecto a temas asociados al respeto transversal de los derechos humanos por parte de las fuerzas de orden (Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile), el INDH detalla que entre el 17 de octubre y el 30 de noviembre de 2019, se presentaron un total de 568 querellas relativas a tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes (INDH, 2019), de los cuales 160 corresponden a desnudamientos, tocaciones, amenazas de violación y violaciones denunciadas por víctimas representadas por el INDH en acciones judiciales (INDH, 2019).

Las presiones ejercidas por la ciudadanía finalmente decantaron en el denominado “Acuerdo por la Paz Social y la nueva Constitución”, firmado en horas de la madrugada del 15 de noviembre de 2019, por los parlamentarios tanto del oficialismo como de oposición, de todos los sectores políticos, para poder así iniciar un nuevo proceso constituyente que debe finalizar y consolidarse en una nueva Constitución política para Chile. Para ello se convocó a un referéndum nacional que tuvo lugar el día 25 de octubre del año 2020, en donde la opción ‘Apruebo’ para la pregunta ‘¿Quiere usted una nueva Constitución?’, resultó ganadora con un 78,8% de los votos escrutados. A su vez, el organismo constituyente elegido por la ciudadanía fue la ‘Convención constitucional’. En las sucesivas elecciones del 15 y 16 de mayo 2021 la Convención quedó conformada por 155 miembros representantes de todos los sectores políticos, contando con paridad de género y con escaños reservados para representantes de los diferentes pueblos indígenas. El domingo 4 de julio la Convención Constituyente entró en funciones y tendrá 9 meses para presentar un nuevo texto constitucional, pudiendo ser ampliado por 3 meses más, en una sola oportunidad. De esta manera, a mediados de 2022, el país vivirá un nuevo Plebiscito de salida para aprobar o rechazar la nueva Constitución.

Es en la formulación de esta nueva Carta Fundamental, es que diversas agrupaciones de civiles, académicos, académicas y profesionales han depositado sus esperanzas para la reformulación de las disposiciones políticas con respecto a diferentes derechos de índole social como el derecho a la salud, a la educación, a la seguridad social, etc. En este sentido, son numerosos los documentos e instrumentos elaborados por académicos y profesionales, que versan sobre las consideraciones a tomar en cuenta al momento de la redacción de la Carta Fundamental del país. Un ejemplo de ello, es el análisis sobre el derecho a la salud en Chile realizado por el O’Neill Institute for National and Global Health Law (2021) en cooperación con la Universidad Diego Portales (UDP), dónde se detalla cómo en Chile “no se ha consagrado un recurso efectivo contra actos violatorios del derecho a la salud, del cual el componente de libertad es sólo una parte y no necesariamente la que sustentó los reclamos sociales en materia de derecho a la salud” (O’Neill Institute for National and Global Health Law, 2021:15).

Explicitación de casos particulares de vulneración del derecho a la salud

En el país son variados los escenarios en donde el derecho a la salud se ve transgredido, y en donde las poblaciones más vulnerables, como migrantes, habitantes de zonas de sacrificio o personas portadoras de VIH/Sida se ven afectados. A continuación, se describirá uno de los casos más emblemáticos en Chile de vulneración al derecho a la salud.

El derecho a la salud en Chile durante la década de 1980 y 1990, fue considerado por constitucionalistas tradicionales como un derecho que únicamente servía de guía para la elaboración de políticas públicas, cuya responsabilidad recae en los poderes Ejecutivo y Legislativo, y no así en el Poder Judicial. El cual argumentaba que no debía inmiscuirse en materia de derecho a la salud, y sólo se limita a proteger la libertad para elegir a cuál subsistema de salud el ciudadano puede afiliarse: el público (FONASA) o el privado (ISAPRE), pero no garantiza el acceso a las prestaciones materiales que permitan hacer efectivo este derecho social.

Pese a las declaraciones del Poder Judicial con respecto a su jurisdicción en temas asociados al derecho a la salud, de igual forma en agosto 2001 un grupo de personas aquejadas por enfermedades autoinmunes (VIH/Sida) presentaron un recurso de protección ante la Corte de Apelaciones de Santiago que buscaba obligar a los servicios de salud y al Ministerio de salud a la entrega de tratamientos antirretrovirales para el tratamiento de sus enfermedades (Barretto y Gallegos, 2011). Sorpresivamente, la Corte de Apelaciones de Santiago consideró vulnerado el derecho a la vida –otro de los derechos contemplados en las garantías constitucionales señaladas en el artículo 20 de la Constitución–, resolviendo que este derecho tenía un carácter 'absoluto' y estaría 'al margen de toda posibilidad de negociación patrimonial', "rechazando el argumento de la Administración de falta o escasez de recursos financieros para eximirse de tal responsabilidad" (Barretto y Gallegos, 2011: 53).

Esta sentencia implicó un cambió en la interpretación del texto constituyente, ya que permitía establecer que el derecho a la salud podía ser garantizado a través de las garantías otorgadas para el derecho a la vida contemplado en el ya mencionado artículo 20. Sin embargo, el tema fue escalando en jerarquía y finalmente la Corte Suprema decidió revocar esta sentencia, rechazando la acción de protección deducida. La fundamentación entregada refería que este caso correspondía

> *"a un problema de Salud Pública, cuyas políticas deben ser definidas y aplicadas por las autoridades pertinentes del Ministerio indicado, que constituyen el personal idóneo para la fijación de las normas de acceso a las prestaciones (...) habida cuenta que en su otorgamiento han de tenerse en cuenta variados parámetros, entre otros, como resulta evidente, el relativo a los costos que ellos involucren y los fondos que se disponga para ello."* (Barretto y Gallegos, 2011: 53).

De igual forma, la Corte Suprema agregó que por el contrario, la Corte de Apelaciones no estaba impartiendo justicia, ya que esta sentencia podría conllevar potenciales discriminaciones arbitrarias, por cuanto los demandantes serían privilegiados "por la sola circunstancia de haber acudido a solicitar amparo constitucional por la presente vía" (Barretto y Gallegos, 2011:54), llegando a poner en tela de juicio la supuesta 'universalidad' de las garantías constitucionales de los derechos explicitados en el artículo 20 de la Constitución.

Relacionado a esto, resulta interesante tomar en consideración lo señalado por el Tribunal Constitucional el año 2010, en el ya mencionado fallo sobre la inconstitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley de ISAPRES, el que regulaba la estructuración de la tabla de riesgos y por ende la modificación unilateral de los costos y primas para los beneficiarios. Este fallo da cuenta que "uno de los grandes problemas del sistema de salud del país perece ser, justamente, la inequidad y la falta de solidaridad existente entre los dos subsistemas, público y privado" (Barretto y Gallegos, 2011: 65), interpretando a través de su sentencia una mayor protección del derecho a la salud, lo que a su vez permitió entender desde una doctrina progresista del derecho a la salud, cuáles eran las garantías estatales que emanaban de la Carta Fundamental

del país, y a través de ello poder establecer recursos de protección judicializables, como el presentado por los pacientes de enfermedades autoinmunes referidos anteriormente.

La Pandemia en Chile

En Chile, a partir del 8 de febrero de 2020 el Gobierno decretó alerta sanitaria ante la eventual llegada del virus SARS–CoV2 (COVID–19) al territorio nacional. Casi un mes después de iniciada esta alerta, se confirma el primer caso de COVID–19 en Chile, un 3 de marzo de 2020. Ante la eventual crisis sanitaria que se avecinaba, el Ministerio de Salud (MINSAL), estableció una estrategia de acción focalizada en tres ejes: el testeo masivo para confirmación diagnóstica, el refuerzo de la red asistencial con la habilitación de nuevas camas críticas y el aislamiento efectivo de los casos positivos en residencias sanitarias.

En opinión del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), la situación del sistema de salud chileno antes de la pandemia no era la óptima para enfrentar las consecuencias y efectos que esta podría generar, siendo caracterizado por una débil definición del derecho a la salud a nivel constitucional; una omisión de determinantes sociales de la salud en la política pública; además de desigualdades e inequidades en salud, relacionadas con la falta de calidad de atención y de capacidad resolutiva en los servicios públicos (INDH, 2020). En este marco, las decisiones inmediatas del gobierno respecto de las estrategias a adoptar para enfrentar la pandemia tuvieron un carácter hospitalocéntrico, es decir, se centraron en los hospitales, dejando de lado a "la atención integral como primera medida de abordaje, lo que se refleja desde la institucionalidad en los marcos de acción y operatividad indicados a los Servicios de Salud y centros de atención respectivamente dependientes de las APS" (Parada, 2021, p. 255).

Un ejemplo de lo anteriormente descrito fue que una de las estrategias presentadas por el MINSAL fue la detección y realización de trazabilidad de contagios, tarea que fue encargada a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) del MINSAL. Sin embargo, con fecha 29 de mayo de 2020, se daba cuenta a través de diversos medios de prensa que aproximadamente unos 11 mil contactos de personas contagiadas no lograban ser contactadas por la SEREMI Metropolitana, indicando que no sólo había un atraso en el seguimiento de casos, sino que muchos de estos nunca pudieron ser debidamente contactados. Ante esta situación los organismos asesores del MINSAL aconsejaron incluir a los Servicios de Atención Primaria en Salud (APS) en las tareas de trazabilidad del virus. Sin embargo, dicha propuesta no fue acogida por el MINSAL. La importancia que los expertos en salud le entregaban a la APS en las gestiones de trazabilidad de contagiados y contactos estrechos, recaía en el significativo manejo territorial que poseían estos servicios (INDH, 2020), dentro de las comunas en dónde operaban. Su exclusión de esta tarea significó que no se tenía acceso al universo total de contagios en las comunas, ni de sus contactos cercanos, puesto que esta información era manejada exclusivamente por las SEREMIS y no se comunicaba en ninguna instancia a la atención primaria.

Siguiendo a Parada (2021), la estrategia centrada en lo hospitalario y las medidas tomadas en un inicio fueron infructíferas y la estrategia de incorporación de los equipos de APS por parte del gobierno fue tardía, ya que recién en junio[32] el gobierno dispuso que la APS participara en el diagnostico e implementación de estrategias de aislamiento y vigilancia epidemiológica territorial y se decidió incluir formalmente a las APS dentro del sistema de trazabilidad, sin embargo, la entrega de recursos para la ejecución de dicha tarea no fue realizada sino hasta julio de 2020, lo que retrasó aún más la efectividad de esta medida[33] .

Un aspecto central en la gestión de la crisis sanitaria fue la implementación de medidas de salud pública no farmacológicas, como por ejemplo las

32 Durante los meses de junio y julio de 2020, la positividad en los resultados de exámenes de reacción de polimerasa en cadena (PCR por sus siglas en inglés) demostró un abrupto aumento, considerando que al 30 de abril de 2020 la positividad rondaba un aproximado del 12%, mientras que, para el 20 de junio de 2020, esta había ascendido a más del 30%, llegando a un peak del 40% en las regiones Metropolitana de Santiago y Antofagasta ese mismo mes (INDH, 2020).

33 Otro factor importante dentro del manejo de la pandemia en Chile, fueron los extensos retrasos de entrega de resultados PCR, los que llegaron a promediar un plazo de entrega de 9 días durante las primeras semanas de julio, según datos entregados por el informe de Espacio Público con fecha 10 de julio de 2020 (INDH, 2020).

cuarentenas, el confinamiento en los domicilios, el distanciamiento social o los aforos reducidos en espacios públicos y privados. Sin embargo, el cumplimiento y eficacia de estas medidas tiene intrínseca relación con las condiciones sociales, culturales y económicas de la población, lo que significa que estas estrategias conllevan barreras en su aplicación y adherencia (OPS, 2020). Un ejemplo de ello fue la implementación de cuarentenas dinámicas, primero en la Región Metropolitana de Santiago, y luego al resto de territorios del país. Sin embargo, como detallan profesionales como Christian García, docente del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile, "el diseño de cuarentenas dinámicas resulta difícil de gestionar en una ciudad con el grado de movilidad intercomunal que tiene la Región Metropolitana" (INDH, 2020: 95), además de resultar una estrategia compleja desde un punto de vista comunicacional, por la dificultad de entregar un mensaje simple y de fácil comprensión para la toda población, incluyendo a aquellos en situación de discapacidad.

Las cuarentenas dinámicas no contaban con precedentes exitosos o evidencia científica respecto a su efectividad, careciendo así de criterios claros en términos del número de casos para decretarlas o levantarlas, además de que estas, tampoco contemplaban determinantes sociales que permitieran efectuar una reducción de la movilidad de la población exitosa. La fluctuación en la movilidad de la Región Metropolitana varió drásticamente dependiendo de los factores socioeconómicos propios de cada comuna. "En las comunas de más altos ingresos económicos disminuyeron hasta un 45% la movilidad en el periodo de cuarentena dinámica (...) mientras que en las comunas de ingresos más bajos la movilidad se redujo en torno al 20%" (INDH, 2020: 96), debido a las precarias condiciones de trabajo de la población de más escasos recursos, quienes en su gran mayoría dependían del trabajo diario, muchas veces sin contar con contrato de trabajo. Un factor relacionado a lo anterior fue el nivel educacional alcanzado por diferentes grupos de población, el cual fue asociado tanto a la frecuencia de salidas de trabajo, como al uso del transporte público (MOVID–19, 2020 citado en INDH, 2020), durante las cuarentenas.

Es así como las condiciones estructurales de la población se vuelven factores relevantes para el cumplimiento de las medidas de salud pública y, por ejemplo, el estatus socioeconómico se vuelve un factor determinante que incide en la mortalidad de las personas,

> *"Los grupos etarios 60–80 y 40–60 exhiben una IFR [Tasa de Letalidad por Infección] que es entre 1.4 y 1.7 veces más alta en los estratos socioeconómicos bajos comparados con los estratos socioeconómicos altos. La diferencia es aún más pronunciada en los grupos etarios más jóvenes (0 a 40 años), los cuales muestran un valor del IFR que es 3.1 veces más alto en las municipalidades con el estrato socioeconómico más bajo*" (Mena et. al., 2021, p. 4, traducción propia).

Estos datos evidencian la presencia de deficiencias en el manejo de la pandemia reconducibles a distintos factores siendo el más destacable la falta de participación social e involucramiento de las comunidades. Esto se hizo evidente también en el caso del proceso de desconfinamiento, establecido a través del plan 'Paso a Paso' del Gobierno de Chile, el cual implicó una serie de conflictos entre el Consejo Asesor COVID–19, el Colegio Médico (COLMED) y el MINSAL, puesto que las directrices confeccionadas para la ejecución de este plan, no fueron consultadas de manera previa a estos organismos[34].

De esta forma, la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia ha puesto una gran presión sobre el sistema de salud chileno en general. Un alto número de personas contagiadas requirió atención, diagnóstico y tratamiento de diversas intensidades, de acuerdo con la gravedad de sus cuadros infecciosos. Cómo se mencionó anteriormente, el sistema sanitario de Chile debió enfrentar la pandemia con una serie de carencias y brechas preexistentes, fuertemente caracterizadas por las diferencias entre las comunas de mayores ingresos económicos y las comunas de menores ingresos, de igual modo esta diferencia se hizo palpable entre las regiones y la capital del país. Frente a la importante carencia de infraestructura adecuada para el saneamiento de la población, el 1 de abril de 2020 comenzó a funcionar un sistema integrado de salud por COVID–19 (INDH, 2020). Ello

34 A esto, evidentemente, se debe el rebrote que aconteció durante los meses de marzo, abril y mayo del presente año 2021.

significó que el MINSAL tomó el control de la gestión de toda la infraestructura pública y privada de salud, en lo referente a camas críticas como ventiladores mecánicos, los cuales son gestionados y controlados de manera centralizada a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC).[35]

Además de la falta de camas críticas y ventiladores mecánicos en los momentos más álgidos de la pandemia, el personal de salud (médicos, enfermeros/as, TENS, etc.) también debió enfrentar significativas presiones ocasionadas por la crisis sanitaria. Un estudio, que recolectó datos sobre trabajadores de atención primaria y secundaria de salud, determinó que del total de los encuestados un 65,6% presentó síntomas de depresión, un 74,4% presentó síntomas de ansiedad, un 64,8% presentó síntomas de insomnio y un 56,8% síntomas de distrés. Con respecto a estos datos, las mujeres a diferencia de los hombres presentaron una porción significativamente mayor de casos con síntomas severos de depresión, ansiedad, insomnio y distrés (Urzúa et. al., 2020). El impacto de la pandemia en la salud mental también se hizo evidente de manera muy significativa para el resto de la población. A la altura de abril 2021 un estudio de tipo longitudinal señalaba que a la fecha habían aumentado las prevalencias de síntomas asociados a problemas de salud mental respecto de noviembre de 2020 para todos los grupos de la población, independientemente de sus características demográficas. Especialmente los problemas más significativos señalados fueron la depresión y el insomnio, los cuales se encontraron con mayor énfasis en las mujeres (Bravo et al., 2021)

Un último factor importante en lo referido a los efectos de la pandemia sobre las garantías del derecho a la salud es la transparencia, claridad y oportunidad en el acceso a la información por parte de la ciudadanía. Importante recalcar que los obstáculos al acceso a la información pueden impedir el ejercicio de otros derechos civiles y políticos, así como los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (INDH, 2020). Con respecto a los datos concernientes a la emergencia sanitaria provocada por el virus SARS–CoV2, el MINSAL durante el año 2020 dispuso públicamente, pero de manera gradual, los datos sobre los casos, exámenes PCR, número de hospitalizados y fallecidos por esta enfermedad. Con respecto a los datos diarios a nivel individual con características básicas (sexo, edad, lugar de residencia, etc.), estos fueron removidos por el MINSAL de todas sus plataformas y no volvieron a estar disponibles para su libre acceso desde mediados de marzo de 2020 (INDH, 2020). Situación que se agravó, una vez que el Gobierno reconoció un error metodológico en el monitoreo de las cifras de contagiados y fallecidos a causa del COVID–19 en Chile (REDESCA, 2021). Según datos entregados por la Contraloría General de la República, existían discrepancias con respecto a las cifras de casos confirmados de un orden de 24,2% más de casos confirmados, contabilizando 34.542 casos confirmados de COVID–19 por la Contraloría General, versus los 31.412 casos confirmados por el MINSAL a la fecha 8 de junio de 2020. Con respecto a la cantidad de fallecidos, se estimó que existían un aproximado de 653 personas fallecidas a causa de Coronavirus, que no habían sido contabilizadas en las cifras oficiales publicadas por el MINSAL (REDESCA, 2021).

En los balances generales realizados por el INDH (2020), con respecto a las cifras y datos de la pandemia por COVID–19 en Chile, este organismo concluye finalmente que "el Estado de Chile privilegió una estrategia más bien centrada en el reforzamiento de la red hospitalaria por sobre una estrategia más bien centrada en la prevención" (INDH, 2020: 119), en contraposición de lo indicado por la OMS, quienes señalaban que si bien ambos ejes eran relevantes para detener el avance del virus en América Latina, "era esencial dar un fuerte énfasis a las prevención, pues ni la mejor red hospitalaria podría enfrentar un pandemia descontrolada" (INDH, 2020: 119), como había quedado evidenciado en los casos de países europeos como España e Italia.

Finalmente, sobre los índices de vacunación en la campaña contra el SARS–CoV2, según cifras entregadas a la fecha por el MINSAL, aproximadamente un total de 13.220.521 personas han completado su esquema de vacunación (de dos dosis o de dosis única según corresponda), alcanzando un 72,5% de

35 El peak de ocupación de ventiladores mecánicos y camas en las unidades de pacientes críticos (UPC) llegó el día 30 de junio de 2020, cuando el porcentaje de ventiladores ocupados a nivel nacional llegó al 90,6%, sólo para que dos días después el 2 de julio de 2020, este porcentaje ascendiera al 91,2% (INDH, 2020), las cifras más altas registradas durante el año 2020.

vacunados con respecto total de la población chilena, y un 90,58% con respecto del total de la población objetivo para alcanzar la 'inmunidad rebaño'. Con respecto a las cifras internacionales, Chile se ubica entre los primeros tres países con mayor porcentaje de población vacunada, ubicándose debajo de Israel y los Emiratos Árabes Unidos.

Al día de hoy, en términos de nuevos contagios e índices de positividad, a septiembre de 2021, Chile ha reportado la cifra más baja de nuevos contagiados desde marzo de 2020, ponderando un total de 273 contagiados, con un índice de positividad promedio que ronda el 1%.

Presentación del análisis cualitativo

Resultados y análisis

El análisis permitió identificar cinco categorías bajo las cuales ordenar la información levantada:

1. Derecho a la salud vulnerado basalmente[36] desde antes de la pandemia
2. Critica al manejo de pandemia por parte de gobierno y autoridad sanitaria
3. Impactos de la pandemia en el ejercicio del derecho a la salud
4. Mecanismos sociales de exigencia de los derechos
5. Expectativas o proyecciones del derecho a la salud

En conformidad con estos hallazgos, la descripción de los resultados de la investigación se presentará siguiendo esta división.

Derecho a la salud vulnerado basalmente[37] desde antes de la pandemia

Un primer aspecto que destaca de forma transversal en la mayoría de los discursos consiste en una crítica generalizada al sistema de salud, evidenciándose lo que hemos denominado como una **vulneración basal[38] al ejercicio del derecho a la salud** que constituye un antecedente considerable se desea analizar el impacto efectivo de la pandemia sobre este derecho.

Si bien en una primera instancia esta crítica puede parecer desarticulada debido a los diferentes puntos de entrada y ejemplos que establecen los participantes en sus relatos para abordarla, el análisis de la información da cuenta de la existencia de un factor que adquiere centralidad y aglutina los diferentes elementos que componen la crítica. Dicho factor corresponde a la **identificación de la fuerte mercantilización de la salud como el principal problema que adolece el derecho a la salud**, es decir, el hecho de que la salud se transe como una mercancía y que su calidad dependa primordialmente de la capacidad de pago que cada sujeto tenga. Esta lógica de mercado es señalada como el principal responsable frente al deterioro del derecho a la salud, diagnóstico que los participantes hacen extensible para la situación de otros derechos básicos:

> *[…] en Chile el grave problema que tenemos es que los derechos sociales están mercantilizados, para acceder a un derecho tenemos que tener capacidad económica.* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Chile)

> *Hay una ausencia del derecho porque tenemos esta constitución que es de la dictadura y que nos tiene amarrados con la libertad de optar, pero eso está asociado a tu capacidad de pago, tus ingresos, a tu remuneración, a tu tipo de trabajo.* (Entrevista, Organización social, Chile)

Resulta evidente que esta crítica se ve realzada y potenciada por la actual situación política que se vive en el contexto nacional, fuertemente marcado por el estallido social de 2019 y el establecimiento de un proceso constitucional como la principal vía política para canalizar el descontento expresado por la población en dicha coyuntura. Así, en este contexto, ciertas demandas asociadas al campo de la salud han adquirido notoriedad de forma paulatina, siendo una de las más profusas y visibles, el repudio a la excesiva **desigualdad en el acceso a la salud**,

36 El término 'vulneración basal" refleja, a criterio del equipo redactor, las palabras y vivencias de las personas entrevistadas, sin que su uso re–sponda a un criterio de carácter jurídico sino de constatación de las opiniones cosechadas. Esta nota valdrá para todos los restantes casos en que dicha expresión se emplea.

37 Respecto del uso de la expresión "vulneración" o "vulneración basal" tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

38 Respecto del uso de la expresión "vulneración" o "vulneración basal" tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

segmentando a la población entre quienes pueden contar con una atención oportunidad y de calidad, y quienes no pueden. Este segundo grupo posee una cobertura parcial o inoportuna en el acceso al tratamiento de ciertas patologías, recurriendo muchas veces al endeudamiento o a la realización de actividades de beneficencia para poder costear los valores de dichos tratamientos en el sector privado:

> *[…] no puede ser posible que si yo tengo plata puedo tener un mejor tratamiento médico a una persona que no lo tiene. Que estemos haciendo colectas entre amigos para poder pagar un tratamiento médico ya sea de cáncer, cualquier otro tipo de tratamiento, porque este país no tiene... no las cubre, no, o sea hay muchas enfermedades que sí están en el GES, pero las más importantes no lo están como es el cáncer.* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Chile).

> *[…] las únicas personas que tienen asegurado el ejercicio razonable del derecho a la salud, diría yo que son las personas que pagan buenos programas de las entidades privadas que conocemos como ISAPRES, que es como tú sabes una minoría y dentro de esa minoría diría los que tienen buenos programas y por lo tanto están en condiciones de pagar sumas importantes que les aseguren coberturas satisfactorias. Que es una minoría dentro de la minoría, esa es la situación.* (Entrevista, Organización Derechos Humanos, Chile).

Adicionalmente, las referencias presentadas anteriormente permiten vislumbrar dos elementos que no han sido mencionados hasta el momento. El primero corresponde a la marcada crítica por la incapacidad del sistema público de **lograr una cobertura completa y universal de las necesidades de morbilidad** que presenta la población, teniendo un carácter de focalización progresiva (como lo son las Garantías Explícitas en Salud, implementadas en 2005). Aunque cabe señalar que un aspecto recurrente de ciertas críticas planteadas en los relatos de los participantes es que muchas veces contienen **información parcial o desinformada** con respecto al funcionamiento de los diferentes niveles del sistema de salud, evidenciándose que es un tema árido y con excesivos tecnicismos, recayendo muchas veces en lugares comunes o replicando comentarios y experiencias de conocidos. En este sentido, el desconocimiento que gran parte de la población tiene en esta materia (que no es una responsabilidad exclusiva de las personas), conlleva a una barrera considerable en el ejercicio del derecho a la salud, puesto que no cuentan con las herramientas para adecuar sus necesidades de salud con las posibilidades que ofrece el sistema público, produciéndose un desajuste entre las expectativas y la atención recibida.

El segundo aspecto relevante que comienza a evidenciarse en el conjunto de opiniones y juicios radica en que la mercantilización de la salud, al caracterizarse por un fuerte énfasis en el aspecto curativo de la salud, tiene como consecuencia que, a nivel subjetivo, las personas poseen una **concepción limitada y poco integral de la salud y el derecho** de la misma. En este sentido, el discurso de los participantes suele reducirse al acceso a atención y tratamientos médicos, convirtiéndose en una suerte de consumidores de salud molestos con la calidad e inmediatez del producto ofrecido en el servicio público si se compara con la oferta del sector privado: Es interesante notar que se trata en su conjunto de juicios y opiniones que comparten una visión de salud limitada a la posibilidad de acceso de las personas a la atención de la enfermedad:

> *[…] la salud pública es pésima, o sea por ejemplo los consultorios que son como los hospitales como locales de familia, tenís que levantarte muy temprano a las 5–6 de la mañana para conseguir una hora, y diariamente dan una hora como tres años más adelante. De hecho, estaba hablando con un amigo que por ejemplo tenía que operarse la muela del juicio y hace tres años que está esperando en sector público, y claro podría ir al sector privado, pero es mucho más caro.* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Chile).

Cabe señalar que son pocos los participantes que en sus relatos plantean la ausencia estructural del derecho a la salud en un marco de entendimiento más amplio, haciendo referencia a la necesidad

de una comprensión más integral de los temas de salud, evitando el encierro de estas temáticas exclusivamente a la atención y/o tratamiento de las enfermedades. Aunque puntuales e identificables solo con unos pocos participantes, parece importante destacar estas evidencias por la oportunidad que brindan para abrir ulteriores caminos de análisis e investigación.

> *[…] se concibe como el derecho a asegurar el acceso a la salud, entonces ahí volvemos a hablar o a caer en el sistema de salud, donde uno tiene derecho a elegir en qué sistema se atiende, pero no necesariamente hay un resguardo a poder conservar la mejor sensación, percepción o estado de salud, independiente de donde vengas.* (Entrevista, Organización social derecho a la salud, Chile).

Se trata de una visión que contrasta las opiniones más consolidadas en el sentido común de la población y que en vez de asociar el derecho a la salud meramente con indicadores de acceso a la atención y tratamientos, refiere a argumentos y reflexiones que invitan a cuestionar y modificar los ambientes en los cuales los humanos viven y se reproducen, develando que existe la posibilidad de comprender la salud con una mayor integralidad:

> *"[…] recuperando un poco algunos paradigmas más antiguos de concebir la salud como un estado integral, un estado dinámico que depende de factores ambientales, factores socioeconómicos, [...] en un todo un tema de modelo de determinantes sociales [...] la que más conocemos es la concepción mapuche, donde se releva la idea de un medioambiente como eje central también para poder entender la salud, donde todo lo que me afecta, lo que afecta a una parte del ecosistema, afecta a la salud del resto también, negativa o positivamente"* (Entrevista, Organización social derecho a la salud, Chile).

Critica al manejo de pandemia por parte de gobierno y autoridad sanitaria

Ahora, si dirigimos la atención a la evidencia asociada al manejo de la pandemia por parte de las autoridades durante el último año y medio, es posible evidenciar que los relatos en dicho tópico siguen estando fuertemente condicionados por el efervescente contexto político ya comentado que ha marcado al país desde el estallido social de 2019:

> *[…] la pandemia fue bien interesante porque llegó en un momento donde se había agudizado mucho las contradicciones dado el estallido social.* (Entrevista, Organización social derecho salud, Chile)

Así, las percepciones respecto del desempeño de los gobernantes tienen de forma trasversal un fuerte tono de desaprobación y crítica. De hecho, tanto en entrevistas como en grupos focales se identifica importante cúmulo de problemas para el derecho a la salud asociados directamente con la responsabilidad que el Gobierno y las autoridades sanitarias a raíz del manejo de la pandemia y las medidas implementadas.

Antes de comenzar a señalar los diferentes aspectos recabados en torno a este tópico, resulta importante señalar que los participantes centraron sus comentarios y relatos en un momento específico de la pandemia, su comienzo y los primeros meses de su desarrollo. En este sentido, no se vislumbra en los discursos el establecimiento de hitos en el devenir de la pandemia como bien podría ser el cambio de ministro, el comienzo del proceso de vacunación o referencias a los momentos más álgidos de la pandemia, comúnmente mencionados como "olas".

En primer lugar, un conjunto de planteamientos hace referencia a **la comunicación de riesgos y manejo de la información** que gobierno y medios de comunicación dirigieron a la población para enfrentar la pandemia. Así, el grueso de los participantes coincide en que la estrategia de comunicación de riesgo fue el aspecto más deficitario, especialmente durante el comienzo de la pandemia. Por ejemplo, los trabajadores de la salud hacen énfasis en la falta de un "control centralizado" de la información o de un mensaje homogéneo, lo que devino en una variedad de voces transmitiendo mensajes no oficiales, desde la televisión a las redes sociales. Esta transmisión masiva de información poco acertada y con bajo contenido científico terminó provocando mayores niveles de confusión y miedo en la población:

> *[…] la televisión dice "la Sinovac hace mal, te sale un tercer ojo", ya, todos creen que es verdad. Entonces la desinformación que genera la televisión ha sido un gran problema para la población en sí, porque lleva a confusión, muchas informaciones, una sobre otra [...]*
>
> *[…] creo que faltó como unir organizaciones, trabajar como en equipo desde los distintos sectores para poder transmitir una información única, no tanta variedad en lo que se transmite.* (Grupo focal, trabajadores/as sector salud, Chile)

El mal manejo de la comunicación de riesgo conllevaría también otro orden de problemas asociados a la escasa capacidad de generar en la población un **sentido de responsabilidad y adherencia con las medidas necesarias para enfrentar la pandemia.** Por un lado, se evidencia una comunicación de riesgo que infantiliza la población, tratando a ciudadanos y ciudadanas como niños que deben limitarse a obedecer sin tener el derecho de conocer las causas reales y avances científico en el conocimiento y manejo de la pandemia, así como información sobre fisiopatología o infectología del virus:

> *Los adultos no entendemos que nos digan "haga un, dos, tres, cuatro, cinco", o sea necesitamos que nos digan y que nos expliquen el por qué tengo que ponerme la mascarilla, eso no se dijo, lo único que se dijo es que al principio no use mascarilla, después úsela y cuando la use [...] Sin entender cómo es el contagio era muy difícil que las personas pudieran cumplir con lo que se esperaba que cumplieran.* (Grupo focal, trabajadores/as formales, Chile)

Por otro lado, se critica el discurso exitista presente de forma recurrente en los anuncios de las autoridades en desmedro de una comprensión mayormente realista de la complejidad que la pandemia implicaba. Al triunfalismo, de hecho, correspondería una simplificación de la realidad que tendría efectos catastróficos al estimular el relajamiento de la población y su menor adherencia a las medidas preventivas tan importantes para evitar la difusión de los contagios:

> *[…] se escucha mucho discurso exitista, "hemos logrado mejorar tantas cosas", "somos los mejores del mundo en esto", "tenemos el mejor sistema de salud del mundo", y la gente lo cree y eso les dice "¿para qué hacer más esfuerzo?, si yo estoy escuchando a diario que la situación sanitaria es buena, por lo tanto, ya no tenemos riesgo de enfermarnos, estamos mejor por lo tanto ya tratemos de reiniciar nuestra vida lo más normal posible".* (Entrevista, Gremio/sindicato sector salud, Chile)

Más allá de la negativa comunicación de riesgos, las entrevistas y grupos focales permiten identificar un segundo orden de problemas relativos al manejo de la pandemia mostrado por las autoridades nacionales y que apunta a las **medidas concretas que han implementado para hacer frente a la pandemia**. Se trata de un tema que todos los participantes abordan con mucho énfasis, destacando especialmente su insuficiencia, baja aplicabilidad en determinados contextos sociales y consecuente incapacidad para garantizar de manera integral el derecho a la salud.

Esta debilidad de las medidas para controlar la pandemia por parte de las autoridades se expresa, por ejemplo, en el carácter "hospitalocéntrico" de las decisiones que desde un inicio privilegiaron el tratamiento de las personas contagiadas más que la prevención y trazabilidad de los contagios. Al principio, los esfuerzos materiales del gobierno se dirigieron al apoyo financiero de los hospitales y dejaron de lado la APS que se articula a lo largo de todo el país, desaprovechando así la oportunidad de enfrentar la emergencia con herramientas territoriales más eficaces como la trazabilidad, el seguimiento en terreno y el aislamiento precoz de los contactos estrechos. Por eso, fueron los gobiernos locales que, en la medida de los recursos disponibles, pusieron en marcha de forma autónoma otro tipo de estrategias:

> *[…] Y eso lo comenzaron a hacer [...] los municipios que tenían la capacidad para contratar kinesiólogos, nutricionistas, enfermeros que pudieran hacer la trazabilidad y entregar el apoyo a las familias que estaban contagiadas, como tratar la enfermedad [...]* (Entrevista, Gobierno local, Chile)

En esta misma línea, se valora negativamente la decisión del gobierno depositar el grueso de sus expectativas y confianza en el proceso de vacunación en desmedro de la complementariedad con otras estrategias que habrían permitido tornar más efectivos los esfuerzos por controlar la expansión de la pandemia, como sería la ya mencionada mayor centralidad y mejor uso de la APS:

> *[…] Apostamos mucho a que la vacunación por sí misma iba a ser lo que nos iba a mejorar completamente [...] si hubiésemos manejado integralmente la vacunación junto al testeo, a una buena trazabilidad y un aislamiento precoz [...] nos hubiese permitido manejar de mejor forma [...] la pandemia en muchas regiones de nuestro país.* (Entrevista, Gremio sector salud, Chile)

La crítica a la parcialidad de las medidas de las autoridades se agudiza considerablemente cuando los participantes consideran la incapacidad de las iniciativas gubernamentales para **hacerse cargo integralmente de las necesidades de la población más vulnerable**. En este ámbito, se registra una fuerte desconexión del gobierno nacional con las necesidades reales presentes en los territorios y de los grupos sociales que los habitan, ya que las medidas parecían ajustarse solamente a los contextos sociales más privilegiados.

> *[…] siento que las medidas y que las decisiones que se han tomado consideran la realidad de personas como nosotras, o sea las medidas están considerando que la gente tiene un trabajo, que se puede quedar en su casa, que siguen teniendo comida y no considera la realidad real que no es así. (Grupo focal, Trabajadores/as formales, Chile)*

Al contrario, los sectores sociales que no podían contar con ingresos estables y suficientes, o que no tenían la capacidad de encontrar trabajo y que, en consecuencia, tenían un menor acceso a la protección social, quedaron desprovistos de un sistema de ayudas, como lo fueron las cajas de mercadería o transferencias directas, cuyos bajos montos hacían muy difícil el respeto de las medidas de confinamiento y cuarentenas necesarias para evitar el contagio.

La voz de los alcaldes de los municipios pone el acento en la enorme lejanía que los gobiernos locales sintieron respecto del gobierno central, además de señalar la presión constante que debieron ejercer para poder contar con recursos financieros que permitieran abordar las necesidades más inmediatas de los territorios:

> *Se asignaron 12.000 millones de dólares para ayuda sanitaria, social a la población y de ahí se compran cajas de mercadería, nosotros [...] fuimos parte de esa presión [...] que el gobierno tenía que tener una actitud de mayor protección hacia las comunidades y para eso tenía que entregar recursos hacia los municipios.* (Entrevista, Gobierno local, Chile)

Los participantes destacan que el gobierno central dejó que esta situación se solucionara siguiendo el funcionamiento individualista del sistema de protección social chileno. La mayor parte de los recursos a los que la población tuvo acceso para enfrentar las dificultades económicas generadas por la pandemia provinieron, de hecho, de los retiros que cada uno pudo hacer de los fondos de ahorro de los seguros de cesantía o de las pensiones para la vejez. Por lo tanto, los costos de la pandemia fueron costeados en gran medida por parte de los ahorros obtenidos mediante la cotización individual de la población trabajadora, en lugar de entenderse como una responsabilidad colectiva y pública. En este sentido, los participantes señalan que la escasez de recursos públicos ha generado, para buena parte de la población, problemas a la hora de garantizar el derecho a la salud:

> *[…] la situación ha sido francamente deficitaria, en cuestiones que impactan finalmente el derecho a la salud, a qué me refiero, a que el sistema de ayudas a la sobrevivencia, subsidios, beneficios, bonos, créditos blandos, toda esta parafernalia de instrumentos que se lucían, considerando la condición material de vida de la mayoría de las personas, no fueron suficientes para permitirles a esas personas tomar medidas preventivas que aseguraran su derecho a la salud, no enfermarse.* (Entrevista, Gremio sector salud, Chile)

Con gran consenso, las entrevistas y grupos focales identifican que el origen de la parcialidad e insuficiencia de las medidas gubernamentales radica en la intención decidida de **proteger la actividad económica y las ganancias empresariales por sobre las necesidades de salud pública**. Un ejemplo concreto consiste en que varios relatos coinciden en rechazar los dichos del otrora presidente de la Cámara de Comercio de Santiago, Carlos Soublette, quien señaló a comienzo de la pandemia que *"no podemos matar la actividad económica por salvar vidas"*[39]:

> *[…] así como se nota la mano de economistas tomando las decisiones, no quiero hablar mal de economistas digo, sino que se considera mantener la economía del país como prioridad, en el fondo. O sea, hasta lo han dicho las autoridades, eso que dijo alguna persona que no recuerdo el año pasado, de la Cámara de Comercio, dijo "aquí va a morir gente, pero esto no puede parar", y eso yo creo que es la política que se adaptó, que se tomó, y es terrible.* (Grupo focal, Trabajadores/as formales, Chile)

Se trató de posiciones que descolocaron a los gobiernos locales, puestos que, al ser los representantes del poder a nivel territorial, teniendo un contacto y conocimiento estrechos con la realidad de la población durante la pandemia, identificando sus necesidades y problemas:

> *Eran las cosas que siempre encontramos contradictorias, por ejemplo, el que se abrieran los casinos, ¿cómo tu justificas que se abran los casinos?, hoy día mismo cómo tu justificas que se abran los casinos, eso no tiene ningún sentido, no tiene ninguna lógica, salvo el interés de proteger la inversión de grandes compañías porque quien invierte en un casino no es un pequeño empresario, es alguien que tiene espaldas económicas muy grandes* (Entrevista, Gobierno local, Chile).

Asimismo, este enfoque asumido por las autoridades generó un impacto negativo para aquellos trabajadores que, por distintos motivos, no pudieron quedarse en la casa para protegerse. Por ejemplo, destaca la situación de muchos trabajadores formales que siendo considerados esenciales tuvieron que seguir trabajando y desplazarse en el transporte público todos los días sin poder respetar el distanciamiento físico. A partir de los relatos recabados de trabajadores se evidencia un potente discurso que denuncia la utilización que sufrieron por parte de las autoridades durante la pandemia para continuar asegurando las ganancias y utilidades de los empresarios:

> *Entonces el tema de los grandes empresarios sí fue un tema para la gente que trabaja con ellos, o pequeños empresarios, o sea a ellos no les importaba que la comuna estuviera en cuarentena mientras su gente viera... les sirviera, ¿me entiendes? Entonces mientras la gente les sirva, ellos van a seguir explotando a esa persona sin importar cómo llegue al trabajo* (Grupo focal, Trabajadores/as sector salud, Chile)

Igualmente destaca en los relatos la precaria situación laboral de los trabajadores informales, cuyas condiciones marcadas por la ausencia de protección social los obligó a trabajar de todos modos, exponiéndose sostenidamente a contagiarse de COVID–19:

> *[…] nosotros tenemos que salir a trabajar todos los días para poder tener un pan en la mesa, literal, porque yo dejo de trabajar un día y a mí nadie me va a venir a pagar esa plata, yo no puedo optar al bono de clase media, no puedo optar a los préstamos, no puedo optar a nada porque no soy nadie, básicamente nosotros no somos nadie. (Grupo focal, Trabajadores/as informales, Chile)*

> *[…] la gente sale a trabajar sí o sí y está saliendo a trabajar en la feria, y está saliendo a vender lo que tenga para poder comer, y ahí si tu hablai con la gente, la gente te dice "bueno, de algo me voy a morir, me puedo morir de COVID o me puedo morir de hambre, si es mi opción prefiero morirme de COVID", así de brutal. (Grupo focal, Trabajadores/as informales, Chile)*

39 https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/camara–de–comercio–de–santiago–no–podemos–matar–la–actividad–economica/2020–04–16/164826.html

Por otro lado, la limitación e insuficiencia de las medidas gubernamentales se asocia también a la **falta de participación social** que ha caracterizado el actuar de las autoridades durante la pandemia. Los discursos recabados indican de manera consensuada que el manejo de la pandemia tuvo una aproximación innecesariamente autoritaria, que no reconocía a las personas en su calidad de sujetos de derechos sino solo como receptores pasivos de órdenes impartidas de forma centralizada.

> *[…] como si fuera un ejército el cual cumple órdenes, o sea "tenemos cuarentena, tenemos decretado el estado de emergencia y de aquí para adelante se hace esto".* (Grupo focal, Trabajadores/as formales, Chile)

Esta ausencia de participación impidió que las comunidades pudieran conocer y comprender de manera más profunda los argumentos y motivaciones que respaldaban las decisiones e iniciativas adoptadas por las autoridades, eclipsando la posibilidad de poder opinar o incidir sobre éstas, generando fuertes sospechas y desconfianzas:

> *Por ejemplo, se hicieron algunos foros sobre el tema de la reapertura de los hoteles, etc., pero eran foros que estaban organizados más que para poder modificar una política de salud o una política sanitaria, era para buscar argumentos que le permitieran implementar decisiones que ya estaban tomadas.* (Entrevista, Gremio sector salud, Chile)

En esta misma línea, un aspecto sumamente cuestionado del actuar de gobierno y autoridades sanitarias dice relación con la falta de participación de los trabajadores y sus organizaciones gremiales y/o sindicales en las decisiones que respectaban al **manejo del sistema de salud** durante la pandemia, lo que devino en un excesivo centralismo e incapacidad de adaptarse a las distintas realidades del país. Puntualmente, los trabajadores de la salud destacan recurrentemente en sus discursos la descoordinación y la ausencia de lineamientos que experimentaron inicialmente, complicándose de sobremanera su quehacer y debilitando la respuesta de los centros de salud tanto privados como públicos:

> *[...] no era que el gobierno indicó "este es el tratamiento que vamos a seguir en Chile", dieron pauta abierta para que cada servicio poco menos que experimentara.* (Grupo focal, Trabajadores/as sector salud, Chile)

> *[…] un montón de cosas pequeñitas, flujogramas de circulación dentro de la clínica, uso exclusivo de áreas para pacientes COVID con pacientes, donde circulaba el personal y donde los pacientes... Muchas cosas de ese tipo se fueron dando sobre la marcha porque no tenemos una salud pública fuerte en protocolos.* (Grupo focal, Trabajadores/as sector salud, Chile)

Así, frente al vacío de indicaciones y lineamientos claros, resulta sumamente relevante que parte importante de los entrevistados reconozcan que los aspectos positivos del sistema de salud descansan principalmente en el gran esfuerzo, despliegue e iniciativa de los mismos trabajadores y trabajadoras as del sector más que en la capacidad institucional o en el manejo por parte de las autoridades:

> *Nosotros tenemos más bien ese juicio, de que fue la creatividad, el esfuerzo, el compromiso en el caso a caso, el que permitió que esto no pasara a niveles más dramáticos.* (Entrevista, Organización Derechos Humanos, Chile)

Otra arista de este problema radica en la incapacidad de las autoridades a la hora de diseñar una política adecuada para el cuidado de la salud de los trabajadores de la salud, que garantizara condiciones seguras y saludables de trabajo, así como condiciones seguras de desplazamiento a los lugares de trabajo. El discurso de los trabajadores de la salud, de hecho, recalcan la existencia de varios factores que pusieron en peligro su salud como la obligación por respetar turnos extenuantes de 24 horas, la necesidad de usar el transporte público en horarios de punta sin poder practicar el distanciamiento social o la ausencia de un apoyo sustantivo para la salud mental, aspectos que serán abordados en el siguiente apartado con mayor profundidad.

> *[…] yo creo que hasta el día de hoy están en deuda, porque no se trata tan solamente de al personal darle una cantidad de plata como un bono, sino que se trata de protegerlos en las condiciones adecuadas para que la gente pueda trabajar y las condiciones seguras para que pueda trabajar, en eso el estado está al debe* (Grupo focal, Trabajadores/as sector salud, Chile).

Un último aspecto crítico que marca la acción del gobierno en el ámbito del manejo del sistema de salud, y que también afecta resguardo del derecho a la salud, dice relación con el papel jugado por el sector privado de salud y con la incapacidad de las autoridades de poder controlarlo y plegarlo a fines colectivos. Cabe señalar, que este punto no goza de la transversalidad en los discursos recabados que tienen los elementos señalados anteriormente, siendo identificado por un número limitado de actores. Así, algunos relatos dan cuento del papel contraproducente que jugaron las mutuales, principales organismos encargados de la salud ocupacional, dificultando el otorgamiento de licencias médicas a trabajadores por motivo de COVID–19 o la considerable demora en el reconocimiento del carácter laboral que tenían algunos contagios.

En este sentido, uno de los actores clave entrevistado, plantea que detrás de medidas que involucran al sector privado y que a simple vista podría parecer positivas, se esconde la promoción del interés privado impidiendo el aseguramiento del derecho a la salud por parte de la población. Un ejemplo sería el caso de la decisión de las autoridades de unificar, bajo el control de la subsecretaria de redes asistenciales, la coordinación de la red pública y privada durante la pandemia, permitiendo entre otras cosas, aumentar la capacidad de camas de cuidados intensivos para la atención de pacientes con COVID–19. Si bien dicha medida es positiva, financieramente se gestiona por medio de contratos que establecen el valor de uso de camas en función de los precios presentes en el mercado, favoreciendo la acumulación del sector privado en un contexto crítico y sensible como lo fue la pandemia.

> *[…] tanto pacientes del sector público como privado, si tenían que ser hospitalizados en una UTI y no había cama en su clínica que le correspondía o en el hospital que le correspondía, el sistema integrado de salud lo iba a trasladar a donde hubiese una cama disponible, ya sea en el sector público y privado* (Entrevista, Gremio sector salud, Chile).

De este modo, las distorsiones del sistema chileno habrían significado un desembolso excesivo por parte del Estado para reembolsar las prestaciones realizadas por los centros asistencial privadas, lo que significa una considerable vulneración[40] del derecho a la salud de la población.

> *Y se dieron instrucciones y se establecieron protocolos de disponibilidad de espacios y de atención, contra el pago y ese es el punto, contra el pago y aquí está lo que uno puede poner en duda como el carácter universalista o no, porque contra el pago de esas atenciones por parte del estado a esas clínicas privadas* (Entrevista, Organización Derechos Humanos, Chile).

Para concluir el presente apartado, cabe mencionar que en algunos discursos puntuales fue posible identificar **apreciaciones positivas** referentes al manejo de las autoridades de la pandemia y que contrastan con la tónica transversal de los relatos. Dichas apreciaciones apuntan hacia aspectos como el proceso de vacunación puesto en marcha a partir de enero 2021, que tuvo carácter universal y que ha permitido rápidamente cubrir a tramos prioritarios de la población. El segundo aspecto positivo que algunos evidencian consiste en la capacidad que existió a la hora de garantizar un funcionamiento constante del sistema de salud sin llegar a situaciones de colapso total (aunque en la práctica, la utilización de camas UCI alcanzaron una ocupación del 98% y las urgencias tenían esperas de hasta 12 horas):

> *A pesar de que nosotros registramos situaciones muy críticas [...] no tuvimos una situación como la que hubo en otros países, donde el sistema colapsó, estuvimos al borde de que ocurriera, pero no ocurrió.* (Entrevista, Gremio sector salud, Chile)

40 Respecto del uso de la expresión “vulneración” o “vulneración basal” tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

Impactos de la pandemia en ejercicio del derecho a la salud

En términos generales, si bien esta sección presenta un aspecto que podría parecer bastante intuitivo y delimitado, el hecho mismo (abordado en la primera sección) de que exista una noción acotada de derecho a la salud por parte de los participantes complejiza la identificación de cómo una situación que abarca tantas esferas de la vida de las personas, como lo está siendo la pandemia por COVID–19, genera un impacto específico en el derecho a la salud.

En este sentido, para poder abordar el cúmulo de vivencias y relatos de los participantes, se ha adoptado la decisión de distinguir entre aquellos impactos directos que ha tenido la crisis sanitaria sobre el ejercicio del derecho a la salud de aquellos indirectos, es decir, que al afectar una arista diferente de la vida de las personas provoque, en consecuencia, un impacto en el derecho a la salud, siendo el trabajo la dimensión más identificada por los participantes.

Antes de proceder con el detalle de los resultados del análisis de la presente sección, es metodológicamente necesario señalar que los sujetos que protagonizan los relatos levantados corresponden más bien a individuos que dan cuenta del impacto de la pandemia desde diferentes perspectivas, pero ninguna aborda la realidad de una persona contagiada de COVID–19 o un paciente de la enfermedad, perdiéndose de vista los impactos experimentados por aquellos sujetos que vivieron de forma directa los efectos de la enfermedad.

Sin lugar a dudas, un primer aspecto que de forma recurrente se destaca como un **impacto directo** de la pandemia sobre el derecho de la salud de las personas es la evidente **desatención de la carga de morbilidad de la población** No COVID debido a la concentración excesiva de esfuerzos dirigidos hacia la contención de la pandemia, así como por ciertas modificaciones en la organización del trabajo en los centros asistenciales:

> *Y además de eso lo que es atención abierta se vio mermado, o sea no sé, nosotros teníamos atención de 80 horas médicas diarias y con el tema de que no hubiese tanto cúmulo de gente bajamos a 20 horas. Por lo tanto, no tan solo el tema del COVID que estaba saturando todo, sino que todas las otras patologías, quedaron todas de lado.* (Grupo Focal, Trabajadores de la Salud, Chile)

Esta situación se evidencia en los relatos de los mismos trabajadores de la salud, aunque en parte se plantea como una focalización necesaria dada la magnitud de la pandemia y los desafíos que imponía su manejo:

> *[…] hemos priorizado absolutamente el manejo de la pandemia, los hospitales públicos casi están reconvertidos 100% en algún momento al manejo de la pandemia, y eso significa que se han postergado una cantidad enorme, cientos de miles de cirugías, de diagnósticos, de tratamientos, de otras patologías que prácticamente hoy no están siendo abordadas por el sistema público y también en muchos aspectos por el sector privado. Por ejemplo, tengo entendido que una cifra de 300.000 papanicolaou que se han dejado de realizar, muchas mamografías, mucho exámenes de diagnóstico precoz del cáncer, que normalmente estamos realizando en nuestro país, se han tenido que postergar justamente por priorizar el acceso de todos nosotros a los diagnósticos y tratamientos del coronavirus en nuestro país, pero el derecho de las otras patologías claramente ha quedado pospuesto porque justamente la capacidad de reacción de nuestro sistema de salud es finito, al igual que en todo el resto del mundo.* (Entrevista, Gremio/sindicato sector salud, Chile)

Un segundo impacto directo de la pandemia sobre el ejercicio del derecho a la salud, y que se vincula con el mencionado anteriormente, radica en un aumento o descontrol durante la crisis sanitaria de problemas generales de salud, especialmente el **empeoramiento de ciertos patrones alimentarios y reducción de la cantidad de ejercicio realizado**, deviniendo en la percepción de que existiría un aumento de la obesidad en todos los segmentos etarios la población:

> *[…] por la presencia de comorbilidades, de patologías crónicas descompensadas, entre ellos obesidad, problemas de mal nutrición, etc. Pero claro, esa es una realidad, que la pandemia también ha hecho efectos en términos de los resultados sanitarios, demostró que hay una inequidad en nuestro país en ese sentido.* (Entrevista, Gremio/ sindicato sector salud, Chile)

> *[…] que más encima mi hijo todo el acceso a tecnología, celular, play, Nintendo, ha sido tener que controlarla a través de sacarle cosas, ¿cachay?, y estar en esa preocupación constante de la adicción a estos temas de los videojuegos. Pero si no tienes tiempo para hacer eso, ¿cómo lo controlas?* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

Pero sin lugar a dudas, el aspecto mencionado de forma más transversal en los relatos, aunque de forma muchas veces difusa, consiste en el **fuerte impacto en la salud mental** en la población derivado del desgaste que implica experimentar de forma sostenida tanto el contexto mismo de crisis sanitaria como las medidas implementadas para su manejo, especialmente aquellas que implicaban ciertas restricciones a la movilidad o los cierres de espacios claves como lo fueron los establecimientos educacionales:

> *La verdad ha sido horrible, yo vivo con una amiga que es como mi hermana y el año pasado la cuidé todo el año porque había estado con crisis de pánico a raíz de la pandemia, estaba con crisis de pánico tres a cuatro veces a la semana, y sobre todo en la madrugada, decía quiero dormir mucho tiempo, tenía que empastillarme para poder dormir porque siempre estaba muy pendiente de ella, y bueno menos mal ha podido salir adelante eso, pero ha sido súper difícil. (Grupo Focal, Trabajadores/as Informales, Chile)*

El impacto en la salud mental se distribuye de forma desigual la población, viéndose especialmente agudizado en las mujeres, que además de sus trabajos, cargan culturalmente con la responsabilidad de las **tareas de cuidado de personas y del hogar**, labores que se vieron intensificadas por el cierre de los colegios y el encierro en las viviendas, produciéndose la necesidad de afrontar nuevas dinámicas familiares y colectivas:

> *[…] la mujer si ha sido bastante víctima, o sea se ha aumentado la violencia de género, sobre todo como la mujer esposa casada. Además, han perdido su derecho a trabajar, entonces ha habido un retroceso importante, que ahí han salido muchos estudios, mucho retroceso en términos de soberanía económica, de libertad o de autonomía económica con las mujeres, han tenido que retroceder hacia el trabajo de cuidados, pero un trabajo de cuidados muy privado, muy individual, muy sobrecargado […]* (Entrevista, Organización social derecho a la salud, Chile)

> *O sea, imagínate, yo les puedo contar mi rutina de día, yo tomo un trabajo de ocho y media, salgo a las dos, entrego ese turno, me pongo a cocinar, almorzamos, a veces me toca reunión o estar cocinando y estar con los audífonos puestos y eso significa que en la mesa nadie puede hablar porque si yo tengo que hacer alguna intervención en la reunión se espera que no haya ruido atrás.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

Igualmente ha tenido un **impacto particular en los niños**, niñas y adolescentes que no teniendo todas las herramientas para afrontar tantos cambios en sus dinámicas cotidianas han debido aclimatarse a escenarios completamente diferentes a los que acostumbraban:

> *Que empezaron las clases, que eran híbridas, que después eran solo online y ahora van a ser hibridas de nuevo, y los niños no alcanzan a agarrarse de una costumbre cuando ya los estás metiendo a otra. Entonces los niños en este caso han sido los grandes perjudicados, los grandes no sé, tal vez tenemos la capacidad, pero los niños no se amoldan tan rápidamente, y ellos en sus cabecitas no logran entender lo que sucede, ellos saben que hay un bicho, que se pueden enfermar y hay que cuidarse, pero una conciencia real no la tienen, ellos solo saben que quieren salir a jugar y no pueden.* (Grupo Focal, Trabajadores/as de la Salud, Chile)

> *[…] yo tengo dos hijos, uno de seis y otros de doce, los cuales los dos han estado con un estrés permanente. El más grande ha estado, mira, diagnosticado no, pero yo he considerado que ha estado con depresión, el más chico ha estado con un estrés súper grande, se come las uñas, ya no le quedan uñitas de sus dedos.* (Grupo Focal, Trabajadores/as de la Salud, Chile)

En este sentido, surgen dos reflexiones interesantes de los participantes. En primer lugar, existe la sensación de que no ha existido orientación por parte de las autoridades sanitarias para abordar los problemas de salud mental que acarrea la pandemia y han tenido que recurrir a un arsenal propio e improvisado para sortear la difícil situación:

> *Sabes qué yo a veces me pregunto cómo hemos hecho para resistir individualmente como familia sin tener las herramientas o el apoyo quizás que en situaciones como esta una debiera tener, cuando digo apoyo no sé quizás psicológico, alguien que te sostenga. Porque en ocasiones el temor... yo creo que fue súper difícil de manejarlo más nosotros en el área de la salud, yo digo personalmente el tratar de controlarlo para no transmitir a mis hijas que ya lo tenían.* (Grupo Focal, Trabajadores/as de la Salud, Chile)

La segunda reflexión conlleva la identificación de que el estado basal de salud mental de la población chilena ya se encontraba deteriorado antes del advenimiento de la pandemia y, por lo mismo, significó un punto de partida bastante frágil para afrontar la pandemia en este aspecto puntual:

> *[…] lo peor que hemos vivido tiene que vivir con la salud mental, pero esa salud mental que está derivada de estas condiciones de vida completa… no es que seamos previamente todos depresivos en este país, no, aquí llegamos con un trastorno y con problemas de salud mental gigantes, entonces el aumento del consumo de alcohol, el aumento de drogas, el aumento de pastillas, las intoxicaciones, yo creo que eso ha sido un costo enorme.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

Una vez señalados los principales impactos directos identificados en los discursos de los participantes, es el turno de examinar aquellos **impactos indirectos** de la pandemia sobre el ejercicio del derecho a la salud por parte de la población. Como ya fue señalado al comienzo del presente apartado, se hace un especial énfasis al impacto que la pandemia ha tenido sobre el derecho a la salud al afectar fuertemente al trabajo, el mercado laboral y sus dinámicas.

En este sentido, el análisis permite apreciar que en los diferentes grupos de trabajadores/as (de la salud, formales e informales) **se evidencian considerables diferencias en el impacto que la pandemia provocó directamente en el trabajo e indirectamente en el derecho a la salud**. Más aún, existen **importantes diferencias internas dentro de los grupos de trabajadores/as contemplados en el diseño del estudio**, por ejemplo, los trabajadores/as informales que se desempeñan mediante plataformas digitales (apps) vieron como el volumen de trabajo aumentó a raíz de las medidas que restringían la movilidad de la población, mientras que los trabajadores/as a honorarios de organismos del Estado vieron precarizados sus trabajos debido a las medidas que en dichos espacios se implementaron para afrontar la pandemia.

> *[…] no he tenido esa cosa de trabajo tóxico que todo el mundo lo dice, afortunadamente porque trabajo de manera independiente entre comillas porque si uno dice "bien, yo soy repartidora o trabajo en una app", igual ellos te dan incentivos de cierta cantidad de plata y tu sabís que tenís que cumplir eso para tener esa plata al final de la semana […]* (Grupo Focal, Trabajadores/as Informales, Chile)

Un aspecto relevado por los participantes ha sido el **nivel de exposición frente al contagio** de COVID–19 que los diferentes trabajos implican por la naturaleza de sus funciones, identificándose que en este aspecto el sector informal sería el más perjudicado, puesto que no solo se exponía a contagiarse, sino que también a ser multado:

> *[…] en el caso como trabajadores y trabajadoras informales que trabajan en las calles, por ejemplo, es súper complicado*

> *porque claro si no trabajan, no comen; pero si trabajan se exponen, entonces es súper difícil. Además, con el tema de la cuarentena, por ejemplo, como se exponían a multas o a detenciones, pero si no se exponían a eso, no comían.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Informales, Chile)

Así, algunos participantes vislumbran que ciertos trabajos, no exclusivamente aquellos asociados a la informalidad o los definidos como esenciales, conllevan un riesgo insoslayable de contagio durante la pandemia, lo que condiciona la percepción y aceptabilidad del riesgo que manejan dichos colectivos de trabajadores/as:

> *Entonces una cosa son las fiestas clandestinas, las misas, las cuestiones que han hecho todo este tiempo y que en el fondo transgreden y son una burla para la gente que se cuida. Pero hay gente que está obligada a ponerse en riesgo, y ese es el problema, porque por mucho que te cuides […] te puedes contagiar, es potencialmente probable, aunque uses mascarilla y todos los implementos porque tienes que exponerte a eso. Entonces yo siento que, desde el punto de vista, viéndolo desde lo laboral, el tema del contagio en algunos casos es inevitable, el problema es cómo uno protege a la persona que tienen que exponerse porque debe hacerlo y porque es parte de sus funciones.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Informales, Chile)

La situación opuesta a esta exposición ineludible al contagio durante la pandemia corresponde a aquellos trabajos que pudieron generar ciertas adaptaciones en cuanto a su organización, siendo la más recurrente el tránsito masivo hacia la modalidad parcial o completa de teletrabajo, muchas veces sin el establecimiento de las medidas o ajustes necesarios. Así, el grueso de los participantes que experimentaron la incorporación del teletrabajo consideraba que dicha modalidad implicaba una mayor intensificación del trabajo y cambios abruptos en la organización del trabajo (horarios, jornadas, tareas, remuneración, etc.) a los que costaba sobreponerse y adaptarse:

> *[…] uno cumple en el trabajo porque es lo que tienes que hacer, está bien, pero el separar el espacio familiar con el laboral, o sea en mi caso por lo menos ha sido imposible, imposible y no hay tiempo para más.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

> *[…] soy coordinadora de un proyecto donde tengo 30 personas a cargo, entonces comunicarme y aprender a comunicarme de manera remota con 30 personas que están demandando constantemente asistencia técnica, aparte de lo operativo, que faltan cosas, que los insumos, que se les cae el internet, que un montón de cuestiones; es súper complejo.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Informales, Chile)

Este proceso de intensificación a causa de la implementación del teletrabajo y su adaptación forzosa devino en muchos casos en la proliferación de **problemas de salud mental**, tal como señalan los participantes:

> *En general en el ámbito laboral ha sido como bien estresante, como mucha carga de trabajo porque aparte entré a un equipo nuevo, entonces yo entré a este equipo y al otro día empezamos con el teletrabajo […] y como que había poco personal porque empezó la pandemia y restringieron todo, nos quitaron todos los beneficios que podíamos tener, no sé cómo claramente no pagaron más horas extras, no iban a contratar personal, si es que mantener el personal que había, como que eso fue lo único que nos garantizaran así como "ya, no los vamos a echar". Pero nosotros éramos muy pocas, mucho trabajo muy demandante, entonces generalmente con mucha carga de trabajo todo el año pasado, este año yo creo que ya voy en las mismas desde esta época hasta fin de año, de nuevo mucha carga de trabajo.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

En algunos casos, las modificaciones en los procesos de trabajo provocaron que ciertos trabajadores/as perdieran interés hacia sus trabajos, produciéndose cierta despersonalización de sus labores y en algunos

casos cuadros de depresión más importantes, afectando y desatendiendo otras esferas de sus vidas como lo es el cuidado de la salud.

A pesar de lo señalado anteriormente, existe una valoración positiva del teletrabajo en cuanto permite cierto resguardo frente al contagio durante la pandemia, siendo una adaptación que en algunos casos permitió contener la ansiedad y otros trastornos de la salud mental de los trabajadores/as.

> *[…] me siento súper privilegiada, o sea no me considero un caso estándar chileno porque claro mantuve mi trabajo, pasamos a teletrabajo, después las veces creo que al principio del año pasado cuando estábamos en fase tres se pudo volver a trabajar y nos armaron un sistema de turnos, de ir una semana presencial y dos semanas desde la casa y eso por supuesto que al principio en la primera vez presencial que salí fue la primera vez que salí en meses y estaba muerta de susto por subirme al metro y por todo el traslado.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

Sin embargo, el transcurso del tiempo genera en este grupo evidentes contradicciones e inseguridades sobre el retorno a la presencialidad o modalidades mixtas, llegando algunos participantes a plantear que su salud mental se ha visto afectada a raíz de esta incertidumbre:

> *[…] yo como que quiero volver a lo normal de antes y a la vez no quiero, y también quiero estar trabajando en mi casa y a la vez estoy vuelta loca trabajando en mi casa, entonces es como que va a ser súper complejo después esa transición a volver a lo que era antes, a compatibilizar los tiempos. Ahora yo siento que me levanto, me levanto más tarde que cuando tengo que ir a la oficina, pero siento que me levanto así apurada, trabajo, me siento a las nueve, a las seis salgo de esa silla, me paré solamente a ir al baño y a comer, y son las seis y está de noche porque es invierno; y mi hija y la comida y no sé qué, y hacer las cosas, y ya se terminó el día. Entonces digo "cómo voy a volver a.… cómo lo hacía antes que había que levantarse más temprano, ir al colegio, ir al trabajo, después el trayecto de vuelta, llegar a la casa, hablar un poco". No sé qué pasó que el tiempo como que cambió su materialidad, su dimensión y me angustia el qué va a pasar después, cómo compatibilizar todo esto y rediseñar, reaprender.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

Adicionalmente, un impacto directo en la salud que tiene la implementación del teletrabajo consiste en el **descuido de la salud ocupacional**, específicamente la falta de ergonomía en los nuevos espacios de trabajo, derivando en problemas lumbares o de extremidades por el uso de implementos inadecuados o la sobreexposición a la luz de las pantallas, entre otros:

> *Y qué hablar de la ergonomía laboral, cero ergonomía laboral, que me tengo que cambiar del comedor al sillón y la cama, siendo kinesióloga y sabiendo que significa trabajar horas muchas veces en posiciones más acostadas para la hemodinamia y salud a largo plazo, es todo un tema y yo creo que eso no se toca mucho.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

> *[…] entonces no salen de las casas, se quedan todo el día estudiando, pegados a la pantalla, entonces seguramente les hace daño la vista, además produce dolor de cabeza, me produce dolor de cabeza estar mucho rato viendo la pantalla.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Informales, Chile)

La información recabada da cuenta de que **la situación experimentada por los trabajadores/as de la salud** requiere una atención especial dada la forma específica y protagonismo que adoptó durante el contexto de pandemia. Puntualmente, la reorganización del trabajo en este sector implicó una intensificación laboral asociada a dos factores, la extensión de los turnos de trabajo y la reconversión de los centros asistenciales y las funciones de los funcionarios hacia las directrices definidas por la autoridad sanitaria:

> *[…] para evitar las posibilidades de contagio empezaron a hacerse turnos de 24 horas, incluso en algunos momentos hasta 36 horas*

> *de forma continua. Muchos funcionarios de la salud dejaron sus casas, se fueron a vivir de forma aislada justamente para prevenir el contagio de sus hijos, de sus seres queridos, de sus padres, de sus abuelos.* (Entrevista, Gremio/sindicato sector salud, Chile)

> *[…] muchos funcionarios de la salud tuvieron que empezar a cumplir roles que habitualmente no le eran propios a su quehacer. Por ejemplo, pediatras, que normalmente manejan niños de unidades de pacientes críticos, empezaron a manejar pacientes adultos en unidades de pacientes críticos; anestesistas que empezaron a manejar pacientes críticos. Y entre otras cosas, ese grupo de profesionales y entre ellos los técnicos paramédicos, enfermeras de esas unidades, no estaban acostumbrados tampoco a convivir tan estrechamente con la muerte.* (Entrevista, Gremio/sindicato sector salud, Chile)

Estas modificaciones laborales intensas y la presión por ser los principales responsables del manejo de la pandemia comenzaron generar un desgaste sostenido sobre los trabajadores/as de la salud, manifestándose en un profuso diagnóstico y emisión de licencias de salud mental:

> *Entonces todas esas cosas se traducían en muchas inseguridades y estrés. Yo estuve varias semanas con vértigo, que era una situación súper desagradable y resulta que el agotamiento físico era tal que tu llegabas a la casa y te sacabas todas las cosas, hacías tu propio protocolo en casa, tratando de no llevar ningún bicho a la casa y comías algo y te quedabas con tanta adrenalina que seguías despierto y acordándote de todas las situaciones, del caballero tanto, de la señora tanto, y era difícil hasta desconectarse.* (Grupo Focal, Trabajadores/as de la Salud, Chile)

Un factor particular de este agotamiento radica en el estrecho contacto con la muerte que parte de estos trabajadores/as no acostumbraba a tener por sus funciones e incluso aquellos que sí la tenían, no contaban para abordar estas situaciones en condiciones de cuarentena que evitaban el contacto directo de las familias:

> *Es muy excepcional, por ejemplo, que a un pediatra se le muera un paciente, en cambio acá a diario en la unidad de cuidados intensivos, ellos estaban en contacto con la muerte y la tenían que evidenciar de una forma distinta, puesto que estaban totalmente los pacientes alejados de su entorno familiar, eran pacientes que morían solos en sus salas de hospitalización, sin haber visto a sus nietos, a sus hijos, a sus parejas durante semanas y a veces meses. Y eso tuvo un impacto tremendamente duro en la salud mental de los funcionarios, que veían cómo los pacientes fallecían sin tener ningún contacto estrecho con sus familias y a su vez después los depositaban en una bolsa, y después lo entregaban en una bolsa sellada a sus familiares, y, aun así, también tenían la experiencia de que en los funerales tampoco ni en ese momento la familia en su totalidad podía acercarse justamente a las personas fallecidas* (Entrevista, Gremio/sindicato sector salud, Chile)

Vislumbrando el estado anímico de los trabajadores/as de salud, algunos participantes señalan que existe un punto de quiebre nítido en el desgaste del personal, el cual se encuentra asociado al respaldo social y respeto de las medidas sanitarias de la población general:

> *[…] al comienzo, cuando la comunidad era muy respetuosa de las medidas, el trabajo de los funcionarios de la salud se sentía mucho más valorado en su quehacer, pero hoy cuando ven que ellos están haciendo largas jornadas laborales, están haciendo un tremendo despliegue físico, como les digo teniendo la sensación de exponer su salud y la de sus familias, mientras un porcentaje importante de la comunidad no lo respeta, está yendo a los malls, está haciendo actividades grupales, fiestas clandestinas, etc. […] Desde ese punto de vista, en el último tiempo ha sido mucho más agotador y probablemente eso se traduce también en la fatiga pandémica que*

> *vemos en el personal, que entre otras cosas se traduce en el alto porcentaje de personal de la salud que está hoy con licencias médicas como consecuencia de enfermedades físicas o problemas de salud mental* (Entrevista, Gremio/sindicato sector salud, Chile)

En síntesis, la percepción del impacto directo de la pandemia sobre el mundo del trabajo y su efecto indirecto sobre el derecho a la salud de los participantes contempla la conjugación de diversos elementos, generándose fuertes diferencias al interior de grupos de trabajadores/as que podrían considerarse homogéneos durante el contexto de crisis sanitaria. Así, los principales elementos considerados fueron: a) las funciones y tareas propias de cada rubro, b) las condiciones de empleo basales, c) el nivel de exposición al contagio (percepción y aceptabilidad del riesgo), d) el grado de estabilidad económica de cada sector durante la pandemia, y e) la capacidad de adaptación de la organización del trabajo a los diferentes escenarios de la pandemia.

En última instancia, trascendiendo a las especificidades que se dieron en los diferentes rubros y lugares de trabajo para abordar la pandemia, de forma sorprendentemente acotada, algunos participantes (especialmente en las entrevistas a actores clave) señalan que **existe un impacto desigual de la pandemia según nivel socioeconómico** y las condiciones materiales de vida de la población:

> *[…] cuando el COVID llegara a las comunas pobres iba a golpear también mucho más fuerte, ¿y quién ha puesto y dónde están los muertos?, ¿dónde está el mayor número de enfermos contagiados?, en las comunas pobres y eso es producto de qué, ¿de que el virus no pasa hacia Las Condes?, no, sí pasa, lo que sucede es que acá se nos enferma una persona y en la casa viven 10, viven 15 en un departamento, se contagian todos; o para comer tienen que salir todos a trabajar, no es quedarse en la casa y hacer cuarentena, voy a hacer teletrabajo, porque muchos en la construcción tu no haces teletrabajo, muchos de nuestra gente de estos sectores trabaja en la construcción, trabaja en fábricas, en manufactura, tienen que salir.* (Entrevista, Gobierno local, Chile).

Resulta llamativa la marginalidad que tiene el nivel socioeconómico en los discursos de los participantes a la hora de dar cuenta del impacto que tuvo la pandemia sobre el ejercicio del derecho a la salud, siendo más bien el trabajo el factor que modela mayormente la percepción de los sujetos. Antes de continuar, es importante hacer la salvedad de que entre ambos factores existe una importante vinculación, pudiendo asegurarse que el trabajo puede constituir un proxy al componente socioeconómico. Lo anterior puede evidenciarse en marcadores discursivos como lo son la identificación de ciertos trabajadores/as de una mejor condición o privilegio que otros frente a los efectos de la pandemia.

Es posible hipotetizar que esta ausencia se debe a dos razones relacionadas principalmente con el diseño metodológico del estudio. En primer lugar, el hecho de que los grupos focales y sus pautas se hayan estructurado en función de la situación laboral de los participantes (trabajadores formales, informales y de la salud), naturalmente devino en que la centralidad del debate ahondara en cómo el trabajo condicionó el impacto de la pandemia en sus vidas y específicamente en el ejercicio del derecho a la salud. Esto explicaría que el componente socioeconómico se encuentre ausente en los grupos focales y emane exclusivamente en las entrevistas a ciertos actores clave. En segundo lugar, cabe señalar que existe un sesgo en el reclute de participantes, puesto que el grueso no corresponde a la población más vulnerable y empobrecida del país. En este sentido, se estaría recogiendo una experiencia parcial de la sociedad chilena frente a la pandemia y, por lo mismo, una desatención o ausencia del factor socioeconómico como elemento explicativo del impacto desigual durante

Mecanismos sociales de exigencia de los derechos

Frente a este panorama crítico del estado del derecho a la salud durante la pandemia, las entrevistas y grupos focales discuten también posibles caminos para reivindicar el derecho

a la salud y exigir su garantía más sustantiva. Se identifican en este ámbito experiencias de distinto tipo, algunas con carácter colectivo otras individuales, que, sin embargo, se insertan en un clima común de **desconfianza hacia las instituciones tradicionales de representación y deliberación**. Se trata de una situación que, de nuevo, se conecta directamente con el escenario de intensa conflictividad social que marca Chile a partir del 18 de octubre y que significó una sustantiva toma de palabra por parte de la ciudadanía en contra de todas las llamadas "castas" que detenían el monopolio de la representación social y política, sean ellas la clase política, las tradicionales instituciones del movimiento obrero, etc. Los representantes políticos, especialmente, son el blanco de críticas que destacan su nulo compromiso y desconexión con las exigencias ciudadanas

[…] no aterrizan nada, los políticos, diputados, no voy a entrar en particular, pero en general [...] algunos ni siquiera van a trabajar, como que es una vergüenza, y ellos están tomando las decisiones por nosotros y no tienen idea de nosotros. (Grupo focal, Trabajadores/as formales, Chile)

Se registra de manera transversal, además, un repudio hacia las tradicionales divisiones ideológicas que caracterizan la arena política y que no aportarían a la solución de los problemas, en materia de salud y no solo

Efectivamente el politizar todo ha ido en desmedro de todo en realidad, no tan solo salud, la sociedad en sí misma. Yo soy blanco, tú eres negro, tú eres izquierda, tú eres derecha, ha generalizado en el país que siempre las cosas se hagan a medias. (Grupo focal, trabajadores/as sector salud, Chile)

En otras palabras, los relatos identificados nos dicen que Chile se encontraría viviendo de manera explícita el despliegue de una crisis de representatividad que conlleva la búsqueda de soluciones más directas y sin intermediarios a los temas ligados a los derechos fundamentales de las personas, incluyendo el derecho a la salud:

[…] hoy día en materia de derechos y obviamente el derecho a la salud es uno de los primeros, hay un sentido común distinto de que hay la posibilidad de representar esto por otros medios y también directamente. Es decir, la demanda ciudadana convertida en formas de movilización concreta en torno a derechos exenta [...] de la dimensión política del asunto, ya es una realidad en Chile. (Entrevista, Organización derechos humanos, Chile)

En este marco se registra la presencia de **iniciativas de carácter colectivo y comunitario** que representan una respuesta para enfrentar los desafíos sociales y sanitarios instalados por la pandemia en los distintos territorios. Se trata de expresiones aisladas y no masivas que sin embargo contribuyen a generar una red de cuidados que se instala frente a la ausencia de una respuesta institucional, y que abarca distintos ámbitos como el derecho a la educación, el derecho a la alimentación y a la vida

Por ejemplo el derecho a la educación en salud, en temas de educación de salud, de poder comprender más bien los procesos de la enfermedad que también se han dado en algunos lugares; el derecho a la alimentación o la soberanía alimentaria [...] que en algunos aspectos solamente son también de mínimos de dignidad, como derecho a una alimentación mínima a través de las ollas comunes en algunas poblaciones, en algunas comunidades [...] y actividades de apoyo mutuo, donde se vienen a cubrir necesidades básicas y también necesidades en términos de derecho al goce [...] por ejemplo, en asambleas territoriales se apoyan necesidades de compra, de alimentación, de dinero. (Entrevista, Organización social derecho salud, Chile)

Son iniciativas marcadas por un carácter espontaneo y contingente, dada la falta de recursos económicos que sufren y los escasos niveles de organización colectiva que caracterizan a Chile, lo que no permite visualizarlas como soluciones capaces de responder

y garantizar en el corto plazo el derecho a la salud. Sin embargo, según algunos participantes, estas tienen el valor de establecer una hoja de ruta para un camino a venir en el futuro

> *La parte comunitaria tampoco va a responder ni garantizar ese derecho a la salud, pero al menos avanza sobre el mismo paradigma, entonces la idea es que alguna vez cuando una vez que existan los recursos, por un lado, y la capacidad de ejercer, de decidir, de organizarse, por otro lado, por ahí recién vamos a tener más cercanía a esa garantía.* (Entrevista, Organización social derecho salud, Chile).

Las respuestas colectivas además arraigan en el ámbito de la organización colectiva de los trabajadores/as. En varios relatos se identifican los beneficios que las organizaciones sindicales han aportado para proteger a los socios y a aquellos compañeros que se encontraban desprotegidos y en dificultad. En una clínica privada del sector salud, por ejemplo, gracias a las organizaciones sindicales se obtuvieron descansos que permitieron una mayor protección de los contagios y una contención respecto de las duras condiciones laborales

> *En la experiencia de nosotros en Clínica Alemana a través del sindicato, un grupo de trabajadores fuimos a solicitar estas descargas virales para poder estar en la casa y volver con energía* (Grupo focal, Trabajadores/as informales, Chile).

En algunos casos se trata de iniciativas solidarias más limitadas y dirigidas a compañeros que perdieron el trabajo, en otros casos de acciones y negociaciones más complejas que implicaron directamente el cuestionamiento de decisiones del gobierno. Es el caso relatado por el presidente de la Asociación Nacional de Empleados Fiscales (ANEF) para oponerse a una obligación de trabajo presencial que exponía innecesariamente a los trabajadores/as del Estado al contagio:

> *[…] dijo "por favor, vuelvan a trabajar [...]* Y ahí tuvimos que accionar, entramos con todo ahí, cuando tuvimos ahí una pugna con las autoridades de gobierno y hasta que nos llevó a ir con la comisión de derechos humanos de nuestro país, una querella criminal contra el presidente de la república, el ex ministro de salud y varias autoridades porque estaban exponiendo a que volviéramos. (Entrevista, Organización social, Chile)

No obstante, todas estas iniciativas de carácter colectivo quedan bastante aisladas del grueso de los relatos identificados durante las entrevistas y grupos focales. En general, al contrario, parece dominar un **clima de desconfianza, duda o derechamente desesperación respecto de la posibilidad de hacer algo y cambiar las cosas**. Se registra una fuerte sensación de debilidad de las personas, abandonadas frente a la total lejanía y desinterés de las instituciones estatales garantes de los derechos fundamentales

> *[…] cómo hacemos para mejorar esto porque somos como hormiguitas sueltas en contra de... no sé si en contra, pero frente a una máquina gigante que no mira, que no escucha, que no considera nada.* (Grupo focal, trabajadores/as formales, Chile)

> *[…] o sea, el estado o el poder digamos, se salta sus propias normas todo el rato, entonces es como súper desesperanzador, cómo exigir que se garanticen estos derechos cuando hay toda una maquinaria para que eso no suceda.* (Grupo focal, trabajadores/as formales, Chile)

En este contexto es la **acción individual** la que permite enfrentar las dificultades y que se presenta como solución más efectiva a las necesidades inmediatas de la población. Los reclamos individuales en la Oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS) de las distintas instituciones públicas o sus fonos ayuda aparecen, así como mecanismos privilegiados para hacer sentir la voz de la población frente a problemas de atención en salud. Al respecto se destaca como desde las mismas instituciones se haya desincentivado el uso de este camino

> *Pero ningún ministro ha dicho "oigan, sabe qué, si usted tiene tal problema se tiene que dirigir a tal servicio o hablar con tal persona", esa es información básica que la gente no tiene. La gente dice "ah, claro los reclamos*

> *se los paso por el poto y no sé qué", no es cierto, un reclamo hecho formal tiene cinco días hábiles para ser respondido, y eso la gente no lo tiene claro y no lo sabe, la gente es muy ignorante en el tema.* (Grupo focal, Trabajadores/as sector salud, Chile)

Paralelamente se valoran enormemente las prácticas individuales de autocuidado que reducen la calidad de vida y el bienestar a un compromiso y a una responsabilidad personal a solventar mediante el deporte, el ocio o la buena alimentación.

> *[…] qué estoy haciendo yo, alimentándome, consumiendo ajo, cebolla, naranja, estoy como en esa [...] la gente se olvida de estas experiencias, se olvida de que estuviste solo, de que tuviste que vértelas tu solo, que tuviste que recrear tu día para no morirte de ansiedad, yo aquí he hecho mosaicos, plantado plantas, me lo he cocinado todo, he hecho millones de cosas. (Grupo focal, Trabajadores/as informales, Chile)*

Expectativas o proyecciones del derecho a la salud

Las expectativas más apremiantes que emergen de la investigación asocian el fortalecimiento del derecho a la salud con un **cambio sustantivo en el sistema de salud**. La pandemia constituiría en este punto un importante aprendizaje ya que, como fue visto anteriormente, para abordarla el gobierno nacional implementó un primer paso en ese sentido al centralizar bajo el alero del Ministerio de Salud la gestión de las camas necesarias para la atención de pacientes COVID.

Los discursos de los participantes, de hecho, convergen sobre la necesidad de construir un sistema de salud cuyo carácter de fondo sea la **universalidad**, entendida como una condición en la cual todas las personas tengan acceso a la misma atención, sin discriminaciones y de buena calidad, señalándose como principal elemento un avance en términos de igualdad:

> *Lograr que si voy a la clínica me van a tomar la temperatura de la misma manera que si voy al consultorio de la posta rural de Quellón, que existan esos protocolos que nos den el derecho y la igualdad para todos, porque es tan necesario sentirnos iguales en el tema de salud. No porque voy a ir al hospital público a urgencias y voy a estar diez horas esperando una atención sentirme menos, que ir a una clínica y estar no sé veinte minutos y que más encima te atienda un especialista* (Grupo focal, Trabajadores/as sector salud, Chile).

Como testimonio de un sentir que es difundido entre la población, el mismo Colegio Médico de Chile ha planteado esta misma propuesta en el debate nacional, para recoger aprendizajes y poder abordar de manera más justa y efectiva los graves problemas de salud que caracterizan a la situación chilena como el diagnóstico y tratamiento de cáncer y de otras patologías que tienen un alto impacto en la calidad de vida de las personas. En la visión del gremio el problema más urgente a solucionar es la grande diferencia de oportunidades de atención que existe entre los y las afiliadas a los seguros privados (ISAPRE) y al seguro público (FONASA) que implica un acceso más oportuno para las primeras a la atención de patologías que en consecuencia de la pandemia han quedado postergadas. En este sentido proponen la creación de un seguro único de carácter público y solidario que garantice para todos y todas atenciones de calidad

> *[…] un seguro único que sea solidario, que pasemos de un sistema de salud que es bastante individualista a uno que tenga un sentir más colectivo. Y ese sentir colectivo no solamente implique que nosotros estamos preocupados no solo de la salud de cada uno de nosotros sino que nuestra salud es solidaria con la salud de los demás, por ejemplo, si tenemos un sistema de salud que esté muy agobiado por patologías crónicas y si yo tengo recursos y tengo que operarme de algo que es absolutamente electivo, lo pueda postergar mientras una paciente que tenga que operarse de algo más grave que le altera su calidad de vida, no tenga solucionado su problema de salud.* (Entrevista, Gremio sector salud, Chile)

En la línea de reformar, mejorar y fortalecer el sistema de atención de salud algunos discursos

hacen hincapié en la necesidad de **otorgar mayor importancia y valoración a la red de atención primaria (APS)** que, como vimos anteriormente, no fue considerada en un inicio por las medidas del gobierno nacional y que sin embargo jugó de facto un papel central en la labor de atención a la pandemia:

> *[…] nuestros funcionarios han sido los primeros que han recibido a los enfermos de COVID, han tenido que ellos derivar a los enfermos a los hospitales, son ellos los que han ido a las casas de los enfermos a chequear, a ver en qué situación están* (Entrevista, Gobierno local, Chile).

El fortalecimiento de la APS debiera hacerse efectivo entregándole mayores recursos y dándole prioridad a la hora de abordar el actual panorama epidemiológico, dado que tendría inconmensurables ventajas en términos de salud pública y de resultados económicos:

> *[…] tiene mucho más rédito del punto de vista sanitario invertir en atención primaria, sobre todo para hacer ejercicio de prevención de prevención y educación a la comunidad, que esperar a los pacientes en los hospitales cuando ya llegan con patologías complejiza– das y que el manejo de una complicación va a significar un costo mucho más alto para el mismo involucrado, para su familia y también para el seguro de salud que le corresponde.* (Entrevista, Gremio sector salud, Chile)

En último las intervenciones propuestas debieran también implicar una nueva centralidad para el abordaje de los problemas de **salud mental** que, como visto, ha constituido uno de los impactos más significativos de la pandemia y que no ha sido enfrentada de una manera satisfactoria.

Resumiendo, hasta el momento las expectativas identificadas sobre derecho a salud se han centrado en su dimensión de atención, de mejoramiento de la capacidad y calidad de la atención a los problemas de salud. Se trata de posiciones que representan de alguna manera un cambio cultural en acto en la manera de pensar de la población que desde una lógica puramente mercantil se dispone a mirar el tema de la salud desde una lógica de derecho que el estado debe garantizar a todos y todas de manera indiscriminada

> *[…] un cambio cultural con consecuencias políticas, en el sentido de que la cultura de los 80 y los 90 es una cuestión que probablemente permea a muchas personas en el sentido de considerar que su labor era tener los recursos necesarios para asegurarse a ella misma el derecho a la salud. A una cultura donde [...] en realidad el derecho a la salud no es solo mi problema, sino que hay un sujeto que se llama estado, que se ha comprometido a asegurar mi derecho a la salud, por tanto, esto ya no depende solo o principalmente de mis recursos económicos, sino que de las políticas y medidas que tome el estado para cumplir con ese compromiso.* (Entrevista, Organización derechos humanos, Chile)

Paralelamente, es posible también identificar proyecciones que dicen relación con otros aspectos del mismo derecho, y que, aunque minoritarias, parecen muy significativas para el presente estudio.

Algunas de ellas ponen énfasis en la necesidad de **refundar la misma concepción de salud** abriéndola a las reflexiones y prácticas de los movimientos feministas e indígenas. Se trata de la propuesta de un cambio de paradigma que plantee una salud más integral, que contemple la importancia del cuidado colectivo y la sensibilidad hacia los componentes del ecosistema. En las palabras de una de las personas entrevistadas este nuevo paradigma sería parte de un cuestionamiento general a la manera en que las sociedades patriarcales existentes han organizado la vida de sus componentes

> *[…] la idea de una salud feminista que se haga cargo de todas las esferas de la vida, y esas esferas de la vida es la forma de recuperar la vida de una vida soberana, contra la precarización de la vida es una de las consignas que hay hoy día. Primero, salir de esa precarización de la vida implica también romper las estructuras del patriarcado [...] la concepción mapuche, donde se releva la idea de un medioambiente como eje central también para poder entender la salud, donde todo lo que me afecta, lo que afecta a una*

> *parte del ecosistema, afecta a la salud del resto también, negativa o positivamente.* (Entrevista, Organización social derecho a salud, Chile)

Con otras palabras, otro actor clave hace referencia a la necesidad de proyectar el derecho a la salud en ámbito más colectivo y complejo que tenga en consideración una serie de aspectos como la calidad del transporte público y la vivienda

> *[…] medios de transporte que sean mucho más digno y mucho más seguros, y de aquí en adelante ir mejorando también muchos estándares por ejemplo en la calidad de las construcciones en donde existan espacios mínimos, espacios que tengan la ventilación adecuada pensando en que esta no va a ser ni la primera ni la última pandemia que afecte a nuestro país. Por lo tanto, yo creo que como país debemos sentarnos a conversar con una mirada no individualista, una mirada colectiva.* (Entrevista, Gremio sector salud, Chile)

Es importante considerar, para cerrar este punto, que el estudio se ha llevado a cabo en un momento sociopolítico bastante particular, puesto que se encuentra marcado por la instalación de una **Convención Constitucional** que tiene la tarea a corto plazo de redactar una nueva Constitución política del país. A este esfuerzo refundacional, de hecho, miran con esperanza todas las proyecciones y expectativas recogidas durante las intervenciones cualitativas. De esta manera la nueva constitución representaría la oportunidad de instaurar un estado social y democrático que garantice de manera efectiva el derecho a la salud y los demás derechos fundan:

> *[…] toda la esperanza en que en el fondo el derecho a la salud, así como también el agua es un derecho humano que el estado lo tiene que garantizar y a fin de cuentas no es así, yo tengo todas las esperanzas que con la nueva constitución que se redacte los derechos que estén ahí se hagan efectivos y se garanticen.* (Grupo focal, Trabajadores/as formales, Chile)

Conclusiones

En conclusión, se tratará de asociar los hallazgos del terreno con las preguntas de fondo que mueven y constituyen los objetivos del presente estudio:

1. ¿Cuál es la concepción de salud presente entre los participantes del estudio?
2. ¿Cómo es entendido el derecho a la salud por parte de los participantes y como es ejercido dicho derecho?
3. ¿Cuáles son las expectativas que tienen sobre el estado como garante de la salud?
4. ¿Cómo se ha vivenciado el derecho a la salud en el marco de la pandemia?

Respecto del primer punto, es posible concluir que los discursos de los participantes expresan en su gran mayoría una **concepción limitada de salud** que, en vez de expandirse hacia un completo bienestar físico, mental y social como fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se restringiría de manera más exclusiva a la ausencia de enfermedad. Esta aseveración se basa al constatar que la principal preocupación que emerge de grupos focales y entrevistas respecto de la salud es la posibilidad de contar con estructuras de atención a la enfermedad, sean ellas los hospitales, los centros de la atención primaria o las clínicas privadas. Cuando se hace mención de la atención primaria (APS), además, es interesante notar que son pocos los discursos identificados que hacen referencia a la potencialidad de la APS en poder desarrollar estrategias más complejas de prevención de la enfermedad y promoción de salud en el territorio, las que darían el paso para cuestionar e intervenir factores asociados a los determinantes sociales de la salud y por ende abrirían las puertas para una conceptualización más amplia de la salud.

Como resultante de dicha conceptualización, es posible plantear que los participantes manifiestan una comprensión, también limitada del **derecho a la salud, ya que se expresó fundamentalmente como la posibilidad de acceso universal de las personas a la atención de la enfermedad**. En otras palabras, la manera en que se entiende y se ejerce el derecho a la salud está bastante lejos de la visión estipulada en la Declaración universal

de los derechos humanos, la cual destaca por ser amplia y vinculada con distintos elementos que no se agotan en la atención medica como el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la protección social. El marco teórico de la Determinación Social de la Salud está prácticamente ausente de los discursos analizados.

Coherentemente, la vulneración[41] del derecho a la salud se entiende como producto de los problemas en el acceso a la atención que caracterizan el caso chileno. En esta línea, es posible visualizar que la crítica a la mercantilización de la salud, que emerge de manera muy consensuada entre todos los participantes como el factor que afecta el derecho a la salud con anterioridad a la pandemia, reivindica como solución la posibilidad de acceder a hospitales y atenciones de manera universal. En la visión de la gran mayoría de los participantes, en resumen, la lógica mercantil afectaría esencialmente el acceso más que otras problemáticas como las condiciones y la calidad de vida de las personas, los factores ambientales y socioeconómicos que determinan su salud. "C*omo existen los árboles también debería existir la salud que vas a un hospital, te atienden y no hay problema porque ya está cubierto":* las palabras de un participante del grupo focal de trabajadores/as informales expresan de manera evidente la idea de un vínculo natural, necesario y justo entre el tener salud y la atención de enfermedades garantizada por un acceso sin discriminaciones ni en donde la capacidad de pago sea un factor diferenciador en el ejercicio del derecho a la salud.

Para entender la importancia del acceso como rasgo de fondo del derecho a la salud parece razonable plantear que este derecho se inscribe en Chile al interior de una lógica de compra y venta de un servicio que se ha instalado profundamente en la población chilena durante las más de cuatro décadas de vigencia del modelo neoliberal impuesto por la dictadura y que informa de manera clave el ejercicio del mismo. En esta lógica, al garantizar la "libertad de elección" del sistema de salud que uno quiere ocupar, se entraría en una relación cliente/prestador en la cual el primero tiene el derecho de reclamar y pretender que el servicio adquirido se cumpla con oportunidad y calidad. En este sentido, por ejemplo, el sistema público de atención es criticado casi de manera prejuiciosa por no garantizar esa atención oportuna, y la demora constituiría aun una barrera importante y un punto a ser evitado a través del dinero que permite acceder a la prestación privada (Modalidad de Libre Elección, MLE). Hasta en los ejemplos más exitosos y claros de intervención universalista, como el proceso de vacunación contra del COVID 19, se encuentran motivos para criticar y destacar por ejemplo la mala organización, la falta de coordinación al interior del sistema público y sumar así antecedentes a la vulneración[42] del derecho a la salud. Por el otro lado, el sistema privado es objeto de críticas feroces dado que sus altos costos limitarían de manera drástica la posibilidad de acceso de las personas a esas estructuras.

Así, se puede apreciar en los relatos recabados que el derecho a la salud se entiende en términos generales como un servicio que se ejerce y exige de forma individual o a lo sumo a nivel familiar, homologando a los sujetos a usuarios o derechamente clientes. Lo que representa una visión muy alejada de las conceptualizaciones más colectivas y solidarias de este mismo derecho, que, si bien se expresan en los discursos recogidos, tienen una presencia marginal en el corpus, además de corresponder a sujetos que tienen un involucramiento mayor con las temáticas vinculadas a la salud, ya sea porque se organizan políticamente en torno a demandas de dicho tipo o se desempeñan laboralmente en centros asistenciales o sanitarios.

A la luz de esta evidencia, resulta entendible y esperable la ausencia y/o valoración de soluciones o demandas colectivas para afrontar los problemas que presenta nuestro país en materia del ejercicio del derecho a la salud, ya sean estos planteamientos superficiales o estructurales. Básicamente, no existe un relato articulado o un camino común para revertir ciertas adversidades en el campo de la salud, posiblemente debido a que no han existido, en las últimas décadas, movimientos sociales que planteen contenidos o directrices que dinamicen el debate en torno a la salud de la población. Así, frente a este vacío discursivo y organizativo, las soluciones que abundan en lo que respecta a los problemas de salud de la gente se remiten a soluciones individuales como

41 Respecto del uso de la expresión "vulneración" o "vulneración basal" tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.
42 Respecto del uso de la expresión "vulneración" o "vulneración basal" tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

lo son la presentación de reclamos a los prestadores de salud, colectas para reunir fondos y cubrir un gasto importante en salud o el endeudamiento.

Esta carencia de ideas o elementos programáticos en torno al derecho a la salud en el debate público tiene el interesante efecto de provocar que los participantes plantearan una opinión bastante más pesimista o cauta frente a la posibilidad de que el actual proceso constituyente pueda generar cambios profundos en el funcionamiento del sistema de salud nacional, expectativas que sí se aprecian en otras materias como lo son las jubilaciones y el sistema de pensiones o los derechos de los pueblos indígenas y minorías. Si este panorama lo conjugamos con el hecho, reiteradamente mencionado por los participantes, de la persistencia de una fuerte desconfianza y legitimidad de que los actores institucionales y autoridades puedan establecer avances en materia del derecho a la salud, se nos presenta un escenario en que los participantes no visualizan posibles avances en esta materia ni tampoco una fuerza motriz que provenga del campo institucional o de los movimientos sociales que logre catalizar dichos avances.

En este panorama, del estudio no emergen de manera clara expectativas de los/as participantes respecto del **Estado como garante del derecho a la salud**. Algunos ejemplos nos permiten identificar la necesidad de que el Estado asuma una responsabilidad distinta respecto de su desempeño actual en materia de salud, como es el caso de la reivindicación que el representante del Colegio Médico hace de una profunda reforma al sistema de salud para instalar un seguro único de carácter público, universal y solidario como garantía de prestaciones iguales para todos y que termine con el dualismo discriminatorio impuesto por la presencia de las ISAPRES. También la renovada responsabilidad del Estado en materia de derecho a la salud se expresaría en la necesidad urgente, expresada de manera transversal durante los grupos focales, de una política distinta sobre salud mental que sepa abordar de manera integral un problema que ha afectado profundamente a la población durante la pandemia. Como corolario a este punto se destaca el imperativo para que el Estado se haga cargo de manera más sustantiva de la protección de sus trabajadores/as, con especial énfasis para la elaboración de políticas más integrales de cuidado de los y las trabajadoras del sector salud que les garanticen mejores condiciones laborales y de salud. En último, la reivindicación de una presencia más contundente del Estado se hace evidente en la necesidad de una descentralización del poder político que permita un mayor protagonismo y mayores márgenes de acción a los municipios que, en tanto expresión del poder a nivel local, pueden ser impulsores y garantes de acciones más efectivas y coherentes con las necesidades de los territorios en materia de derecho a la salud.

Sin embargo, esta renovada responsabilidad no implicaría la reivindicación de un Estado interventor que, inspirado en los modelos del Estado de bienestar de origen europeo, pueda asumir un rol protagónico en “desmercantilizar” los derechos sociales y específicamente apunte a eliminar la injerencia del mercado en los temas de salud. De hecho, la molestia que se recoge de manera transversal hacia la mercantilización de la salud se liga a la excesiva desigualdad en el acceso a la salud, más que a la existencia misma de un acceso vinculado a la capacidad de pago. De esta manera, la imagen deseada de Estado que nos restituyen los discursos de los/as participantes nos parece más limitada y estaría más asociada a la de un Estado capaz de regular de manera más contundente los abusos mercantiles que actualmente se producen.

Finalmente, el presente estudio ha permitido explorar las vivencias experimentadas por los participantes respecto del **derecho a salud durante la pandemia**, permitiendo visualizar distintas experiencias. Una primera dice relación con el fuerte cuestionamiento de la estrategia que el gobierno desplegó para el manejo de la pandemia y que los participantes en su totalidad califican como parcial, insuficiente y con fuertes rasgos de autoritarismo. Los discursos critican, por un lado, la tendencia de gobierno y autoridades a responsabilizar a la población por el avance de la pandemia, apuntando a los comportamientos inseguros manifestados por algunos y a su incapacidad de respetar las instrucciones del gobierno. Se manifestaría aquí una visión que infantiliza a ciudadanos y ciudadanas cuya única obligación sería la de obedecer pasivamente

a las indicaciones que llegan desde arriba sin posibilidad de conocer con mayor profundidad la envergadura de los problemas y sin poder participar en las decisiones para su solución. Algunos actores (trabajadores/as de la salud y Organización social para el derecho a la salud), además cuestionan la excesiva centralización que ha caracterizado la gestión del sistema de salud, lo que ha impedido distribuir y articular la toma de decisiones involucrando a los distintos centros de salud presentes en el territorio. La falta de participación social, a su vez, motivaría la escasa coherencia de las intervenciones del gobierno con los problemas reales y específicos vividos por los distintos grupos sociales y territorios a raíz de la pandemia. Con amplio consenso, los discursos de los participantes restituyen la sensación de que estas hayan respondido a las necesidades e intereses de los contextos sociales más privilegiados y minoritarios de la población. Es opinión transversal, de hecho, que las medidas implementadas durante la pandemia apuntaron a defender los intereses y ganancias empresariales o se ajustaron a aquellos sectores que, contando con empleo y estabilidad económica, pudieron respetar más fácilmente el confinamiento y cuarentenas.

De esta manera, se visualiza una opinión transversal según la cual el grueso de la población fue abandonada a su destino quedando al descubierto la falta de una política de cuidado integral que garantizara recursos y protecciones necesarias para enfrentar la pandemia. En este sentido, a lo largo del estudio ha sido posible identificar una amplia gama de impactos que la crisis sanitaria ha tenido sobre el derecho a la salud, y que se han clasificado de tipo directo e indirecto dependiendo del tipo de vinculación con el derecho. Entre los directos destacan los **problemas para la salud mental** de la población derivados del desgaste que ha implicado experimentar de forma sostenida tanto el contexto mismo de crisis sanitaria como las medidas implementadas para su manejo. El problema parece especialmente relevante y agudo para las mujeres que, en nuestras sociedades patriarcales, experimentan la doble carga del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado de personas y del hogar, este último ámbito se vio muy intensificado por el cierre de los colegios y el encierro en las viviendas. Es importante mencionar que los problemas de salud mental se asocian también al mundo de la infancia y de la niñez que ha debido acostumbrarse a condiciones muy excepcionales respecto de los tradicionales patrones escolares, así como de juego y esparcimiento. Por otro lado, los participantes también evidencian como la pandemia provocó importantes **cambios y tensiones en las dinámicas laborales** que de manera indirecta han afectado el derecho a la salud de trabajadores y trabajadoras y que hacen referencia a distintos elementos como a) las funciones y tareas propias de cada rubro, b) las condiciones de empleo basales, c) el nivel de exposición al contagio (percepción y aceptabilidad del riesgo), d) el grado de estabilidad económica de cada sector durante la pandemia, y e) la capacidad de adaptación de la organización del trabajo a los diferentes escenarios de la pandemia. Una situación particularmente delicada es la que emerge de los relatos de los/as trabajadoras del sector salud que, dada la forma específica y el protagonismo que adoptaron durante la pandemia, fueron sometidos a condiciones laborales (extensión de turnos de trabajo, reconversión de funciones, contacto con la muerte, entre otras) que provocaron un desgaste psicofísico muy elevado.

Limitaciones del estudio

Entre las principales limitaciones de esta investigación identificamos que los grupos focales no pudieron abordar la totalidad de los perfiles que se habían planteado en la planificación del estudio, limitando así el espectro de opiniones y vivencias sociales a incluir en el estudio. Específicamente, problemas de tipo logístico ligados al acceso a tecnologías en tiempos de cuarentenas y confinamientos, urgencias y deberes laborales de invitados/as, así como la dificultad del equipo investigador para acceder a contactos que contaran con disponibilidad y voluntad de participar, provocaron que la selección de participantes del grupo focal de trabajadores/as informales no tuviera la amplitud y heterogeneidad esperada. En ese grupo fue posible cumplir solo parcialmente con los criterios de inclusión establecidos previamente (asalariadas y no asalariadas sin acuerdo oficial de trabajo con o sin calificación) logrando incorporar a situaciones de informalidad que no son plenamente representativas del universo de la informalidad. Es el caso de los trabajadores/as a honorarios del Estado que a pesar de no tener un contrato laboral y sufrir

discriminaciones respecto de los colegas que sí tienen relación laboral, cuentan con niveles educativos y competencias profesionales muy altas. Si a esto se suma que a la vez estos participantes eran también dirigentes y socios de una organización sindical nos damos cuenta de que se trata de condiciones que no son asimilables con las condiciones de otros sectores del mundo informal. En este sentido, ese grupo focal no pudo dar cuenta de las experiencias y vivencias de los sectores más vulnerables de la sociedad respecto del derecho a la salud y sus limitantes y tensiones vividas durante la pandemia.

Otra limitación dice relación con que entre los participantes del estudio no fue posible contar con personas que hayan estado contagiadas por COVID 19, lo que podría haber limitado la compresión de la vulneración[43] del derecho de salud en pandemia a las condiciones que se dieron para reducir ostensiblemente el riesgo de contagiarse sin poder considerar otro tipo de posibles vulneraciones derivadas del haber vivido la pandemia en condición de paciente.

Comentarios, sugerencias y propuestas

Por su carácter exploratorio, durante el presente estudio es posible identificar algunas ideas más recurrentes y compartidas entre los participantes respecto de propuestas o sugerencias dirigidas a asegurar la garantía del derecho a la salud en Chile.

Estas abordan primariamente el cambio y fortalecimiento del sistema de salud. Por un lado, se registra un importante consenso respecto de la necesidad de un cambio que asegure un acceso universal a la atención a la enfermedad y termine con las discriminaciones socioeconómicas que han caracterizado el sistema de salud chileno hasta la fecha. En esta línea se inserta la propuesta del representante del Colegio Médico de Chile de crear un seguro único de salud, que transforme los seguros privados en piezas complementarias de un esquema garantizado por el Estado[44]. Solidaridad y universalidad serían así los lineamientos bajo los cuales ordenar el nuevo sistema de salud. Por otro lado, se registra un fuerte llamado a priorizar la atención primaria, valorándola en el lado financiero gracias a la inyección de más recursos y desde una óptica cultural reconociendo su papel clave en el despliegue de una acción en salud más cercana a las exigencias de los territorios.

En otro plano encontramos una reflexión que aborda el acceso a la información y su papel en incentivar una cultura de derechos. Como visto, uno de los problemas experimentados con mayor dificultad por los participantes durante la pandemia fue el manejo de la información por parte del gobierno que tuvo un carácter unidireccional y poco abierto a la retroalimentación por parte de las comunidades afectadas. En este sentido se critica el estado de pasividad en que se ha obligado la población, considerándola esencialmente como receptora de instrucciones provenientes de expertos y gobernantes. En este marco muchos discursos ponen énfasis en la necesidad de implementar estrategias más efectivas para difundir en la población información respecto de los problemas contingentes, el contagio por SARS COV 2 en este caso, y empoderarla con el objetivo de hacerla participe de las decisiones para su abordaje. No se trataría solamente de diseñar campañas o estrategias de carácter contingente, sino que también habría que dar forma a procesos de más largo plazo que permitan a las personas un uso consciente de la información disponible y por ende una práctica más sustantiva de su ciudadanía. Algunos participantes hacen referencia a un ejemplo concreto que es la recuperación y valoración de la educación cívica a partir de la edad escolar. De esta manera, el vínculo entre información, empoderamiento, reivindicación y defensa de los derechos sería decisivo a la hora de construir una democracia más robusta que cuente con niveles de participación ciudadana más vinculante y menos limitada respecto al escenario actual.

En último, debido a las limitaciones que caracterizan el presente estudio, cabe sugerir algunos desafíos futuros para la investigación en materia de derecho a la salud y pandemia en Chile. Un primero está asociado con la necesidad de explorar la mirada de

43 Respecto del uso de la expresión “vulneración” o “vulneración basal” tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

44 Cabe mencionar que al interior del Colegio Médico alberga también una segunda propuesta de reforma del sistema de salud que apunta a la creación de un nuevo “Sistema único de servicios de salud”, universal e independiente del ingreso de las personas, recuperando y actualizando la tradición del Servicio Nacional de Salud que rigió en Chile entre 1952 y 1973 (Colegio Médico Valparaíso, 2021).

los grupos más vulnerables, que en este estudio ha sido recogida solo de manera parcial y no directa. La indagación acerca de la experiencia de aquel grupo de población "[...] con condiciones sociales de exclusión e inequidad previa a la pandemia y agravadas por ella" (Eijkemans et al., 2020: 11) aportaría datos y antecedentes necesarios para una comprensión más profunda de las tensiones provocadas en el país por la pandemia respecto del derecho a la salud, aclarando los obstáculos y efectos no deseados que experimenta la población a la hora de adoptar y cumplir las medidas de salud pública así como aquellos efectos no deseados de las mismas medidas en la salud y calidad de vida de esos grupos. Un segundo desafío dice relación con la necesidad de profundizar el impacto en salud mental que se produjo en el país a raíz de la pandemia, ya que durante el presente estudio emergió de manera prepotente y transversal. Un estudio más específicamente dirigido haría posible identificar características, causas e implicancias que en este caso fue posible recoger solo de manera exploratoria.

Estudio de caso:
Colombia

Equipo investigador:

Mauricio Torres–Tovar Pablo Cristancho Casallas
Jairo Ernesto Luna–García Juan Pablo Luna Borda

Contenido

INTRODUCCIÓN..... 79

MARCO CONTEXTUAL SOCIOSANITARIO DEL PAÍS..... 79

El Derecho a la Salud en Colombia:..... 80

Protección y Seguridad Social en Salud; Sistema de Salud – Atención:..... 81

Conflictividad existente..... 83

Efectos de la Pandemia:..... 85

Resultados – EL DERECHO A LA SALUD: UNA PERSPECTIVA DESDE LOS ACTORES SOCIALES..... 90

Acceso a la asistencia sanitaria..... 90

Críticas a las acciones estatales en el marco de la pandemia..... 93

Críticas a las acciones del sector privado..... 95

Afectación a los procesos laborales..... 96

Mecanismos para la exigencia de los derechos..... 98

Respuesta frente a la COVID–19..... 100

CONCLUSIONES FINALES..... 101

LIMITACIONES DEL ESTUDIO..... 104

COMENTARIOS, SUGERENCIAS, PROPUESTAS..... 104

Estudio de caso:
Colombia

INTRODUCCIÓN

En este documento se presenta el Informe Final del Caso de Colombia y se estructura en dos partes.

Una primera, relacionada al contexto nacional sociosanitario en el que se hace referencia al reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental en el orden constitucional, la estructura del sistema de seguridad social en salud y el modo de atención en salud, la conflictividad presente en el país alrededor del derecho a la salud y la dinámica de la pandemia por Covid–19 que afecto este derecho.

La segunda, presenta el ejercicio de análisis cualitativo de la información recolectada, en donde al comienzo, cada categoría se presenta como un párrafo dentro del escrito, que posteriormente es agrupado y condensado en tanto se articula de forma cercana con los datos de otras categorías relacionadas. Asimismo, se ubican fragmentos y citas textuales asociados a cada categoría de análisis, teniendo claridad del rol del actor que hizo cada comentario.

El documento finaliza, con un conjunto de conclusiones tratando de responder las preguntas de investigación. Así mismo, se mencionan al final algunas limitaciones del estudio y comentarios, sugerencias y propuestas a partir de esta experiencia investigativa.

La investigación permitió cuestionar, fundamentalmente, cómo se ha desarrollado el ejercicio del derecho a la salud en el contexto de la pandemia y hasta qué punto se ha vulnerado o no la garantía de este derecho para la población colombiana. Se identificaron en las discusiones procesos que enmarca el concepto de salud, tanto en los imaginarios como en las prácticas de las entidades públicas, privadas y de la comunidad en general. Asimismo, abarcó consideraciones especiales con respecto a la articulación entre el derecho a la salud y el derecho al trabajo, dando una mirada a las percepciones y vivencias de los trabajadores/as de diferentes sectores mediante una visión amplia de procesos interconectados desde los que afianzan su idea de bienestar.

Por último, queremos agradecer la participación en este estudio a cada una de las personas que generosamente participaron en él y de su mano, a las organizaciones a las cuales pertenecen: Unión de Trabajadoras Afrodescendientes del Trabajo Doméstico, USO, Sintraelecol, Fecode, Sindicato de Rappi, Fensuagro, Consejo Regional Indígena de Caldas (CRIDEC), Gremio de Fotógrafos, Organización de Recicladores, Organización de Trabajadores/as Informales, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Federación Médica, Pacto Nacional por la Salud y la Vida y Coalición de Organizaciones y Movimientos Sociales de Colombia.

MARCO CONTEXTUAL SOCIOSANITARIO DEL PAÍS.

En este apartado se hace referencia al reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental en el orden constitucional colombiano; el tipo y estructura del sistema de seguridad social en salud y el modo

de atención en salud que define y su relación con la garantía del derecho a la salud; la conflictividad social que ha estado presente en el país alrededor del derecho a la salud y la dinámica e impactos de la pandemia por Covid–19 sobre este derecho.

El Derecho a la Salud en Colombia:

La Constitución Política de Colombia (CPC) instituida en 1991, producto de una Asamblea Nacional Constituyente, establece la nación como un Estado social de derecho, lo que la funda en el respeto de la dignidad humana, base de los derechos humanos, y en la prevalencia del interés general, base de la democracia (CPC, artículo 1°).

El título II de la CPC se centra en los derechos, garantías y deberes y su capítulo 1 en los derechos fundamentales, en los cuales en primer orden está la vida, pero en los cuales no se consagra la salud.

En el capítulo 2, del título II, aborda los derechos sociales, económicos y culturales. En su artículo 44 establece la salud y la seguridad social como derechos fundamentales de los niños y las niñas; el artículo 47 define el derecho a la atención especializada para las personas en condición de disminución física, sensorial y psíquico; en el artículo 48 establece la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que puede ser prestada por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado; el artículo 49 establece la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado; y el artículo 50 establece la atención gratuita para los menores de un año que no tengan cobertura de Seguridad Social.

En este sentido, la CPC estableció en su texto a la salud como un derecho prestacional, bajo la concepción de servicio público, pero no le otorgó el estatus de derecho humano fundamental, y de otro lado, al establecer que la seguridad social puede ser prestada por entidades públicas y privadas, permitió que se estableciera un sistema de seguridad social con una presencia muy importante del sector privado del aseguramiento, que con el paso de los años se tornó dominante, subordinando al sector pública de la seguridad social en el país.

La acción de tutela en salud

En el artículo 86 de la CPC, se establece que toda persona tiene derecho a una acción de tutela para reclamar ante los jueces, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.

Este recurso de exigibilidad de los derechos fundamentales, ha sido una pieza clave en la justiciabilidad del derecho a la salud en Colombia, a pesar de no haber sido reconocido como fundamental en la carta magna, pero que por vía jurisprudencial de la Corte Constitucional se ha amparado por dos condiciones: una, por la conexidad de la salud con el derecho fundamental a la vida; y dos, por el concepto de bloque de constitucionalidad, que refiere que la constitución política está integrada también por el conjunto de pactos, tratados y convenios internacionales suscritos por el Estado, y en tanto el Estado colombiano es suscriptor del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece la salud como derecho fundamental, la CPC también lo hace.

El uso de la acción de tutela en Colombia, desde su establecimiento en el texto constitucional, ha sido muy extenso en el tema del derecho a la salud, llevando a que la Corte Constitucional profiriera jurisprudencia en esta materia a través de la Sentencia T–760 de 2008, en la cual reconoce la salud como derecho fundamental y le da un carácter autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, indicando que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (Echeverry–López, 2013).

El derecho a la salud en el Sistema General de Seguridad Social de Salud

La Ley 100 de 1993, en su libro II, creó el Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS), a partir de la orientación hecha en la CPC, en su artículo 49, que estableció la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio prestado por entidades públicas o privadas; razón por la cual los objetivos establecidos del SGSSS

fueron regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención (Ley 100, artículo 152).

De esta manera, la Ley 100 ratificó el enfoque de la CPC de entender la salud como un derecho prestacional, fundamentalmente ligado a la atención a la enfermedad, prestada por instituciones públicas y privadas, y entendiendo que su garantía se conseguiría por la vía de la afiliación de los habitantes a una institución aseguradora, equiparando cobertura de afiliación con acceso real a los servicios de salud, asunto que en la práctica se ha evidenciado no es así, vía el uso extenso de la acción de tutela en salud que revela las grandes barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia.

La salud como derecho fundamental en la Ley Estatutaria

Es solo hasta el año 2015 que, en Colombia, a través de la Ley 1751 se consagra en el orden jurídico interno, la salud como derecho fundamental, producto de la presión por las miles de acciones de tutela, la movilización amplia de diversos sectores de la sociedad demandando la garantía del derecho a la salud y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

La Ley 1751, es una Ley Estatutaria en Salud (LES), que tiene como objeto central regular y garantizar el derecho a la salud y establecer sus mecanismos de protección. En su artículo 2 establece "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas".

En su artículo 6°, ubica como elementos esenciales e interrelacionados del derecho fundamental a la salud la disponibilidad de servicios y tecnologías e instituciones de salud, como programas de salud y personal médico y profesional competente; la aceptabilidad que respeta la ética médica así como las particularidades socioculturales y de cosmovisión de la salud de minorías étnicas, pueblos y comunidades; la accesibilidad a los servicios y tecnologías de salud para todos y todas en condiciones de igualdad, sin discriminación de ninguna índole y acceso a la información; y calidad e idoneidad profesional.

En este sentido, la LES establece constitucionalmente la salud como derecho humano fundamental en Colombia, pero no varía la estructura del SGSSS lo cual en la práctica ha conservado las amplias barreras de acceso a los servicios de salud de la población (Torres–Tovar, 2015).

En el contexto de la situación agravada por la pandemia de COVID–19, el Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador (GTPSS) ha enfatizado la necesidad de que Colombia utilice y promueva enfoques integrales para la garantía de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (incluido en ellos el derecho a la salud) en todas las políticas que se diseñen para prevenir, contener y mitigar los efectos de la pandemia. Igualmente ha llamado a supervisar el cumplimiento de los principios de derechos humanos que buscan asegurar que los derechos se cumplan en un entorno de igualdad sustantiva y no discriminación, participación efectiva de la población, rendición de cuentas y acceso a la información, así como garantizando la condición indispensable de contar con mecanismos accesibles para la exigibilidad y justiciabilidad de todos los derechos (GTPSS, 2010).

Protección y Seguridad Social en Salud; Sistema de Salud – Atención:

El Sistema de Seguridad Social en Salud optó por un modelo de aseguramiento individual como vía para alcanzar la universalización de los servicios de salud y por la creación de un mercado de servicios de atención, bajo la lógica de regulación de mercado vía oferta y demanda.

A la Ley 100 de 1993 subyace una comprensión de la salud como un bien de consumo privado, responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, en donde el Estado, a través de una política de focalización de subsidios, incorpora a los miembros de la comunidad que no tienen capacidad económica.

Esta política que ha orientado la salud en el país durante las últimas 3 décadas ha consolidado la concepción de salud como una mercancía, alejado las políticas públicas de la comprensión de la salud como un derecho humano (Torres–Tovar y Paredes, 2005).

El SGSSS se organizó en la lógica de un seguro de salud, que implica una vinculación a él vía aseguramiento individual a través de una cuantía que se paga (cotización), bien porque se tiene capacidad de pago o bien porque se recibe un subsidio para el pago.

El SGSSS generó una organización de la oferta de los servicios del aseguramiento y de la prestación de los servicios de atención con criterios de mercado y separó las funciones de afiliación, administración, prestación y regulación. Esto implicó el surgimiento de un conjunto de actores o agentes de mercado responsables de estas funciones (Grupo Economía de la Salud, 2003):

- las aseguradoras denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes están encargadas de realizar la afiliación de los asegurados, administrar los recursos del aseguramiento y contratar la prestación de los servicios de atención. En este sentido las EPS hacen una función de articulación entre los usuarios que se aseguran, con las instituciones que les prestan los servicios;
- las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), quienes prestan los servicios de salud definidos en un paquete denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), según grados de complejidad de la atención (desde el primer nivel el menos complejo hasta el cuarto el más complejo);
- las Empresas Sociales del Estado (ESE), que eran los hospitales de carácter públicos, que debieron convertirse en empresas autosostenibles financiera y administrativamente, para lo cual, como cualquier IPS venden servicios y compiten en el mercado por los contratos;
- Al Estado se le asignó la función de coordinación y modulación del sistema, de promover la incorporación de las personas que no pueden pagar su seguro y de realizar acciones de impacto colectivo que poseen externalidades (es decir aspectos que no controla el propio sector salud), inmersas en las acciones de salud pública denominadas Plan de intervenciones Colectivas (PIC).

La incorporación al SGSSS se hace vía afiliación al aseguramiento según la condición socio–económica de la persona a través de varias vías:

- por el Régimen Contributivo, si se tiene capacidad de pago, bien como trabajador formal, servidor público, pensionado o trabajador independiente, afiliándose a las EPS, recibiéndose un paquete de servicios del régimen contributivo a través de las IPS;
- por el Régimen Subsidiado, también a una EPS, mediante el subsidio del Estado (subsidio a la demanda) que se recibe por la condición socio–económica de pobre, que es atribuido por un sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN), subsidio que puede ser completo si está clasificado en el nivel 1 o 2 del SISBEN o un subsidio parcial si está clasificado en el nivel 3 de SISBEN. Reciben un paquete de servicios de régimen subsidiado;
- hay un grupo de personas que pertenecen a regímenes de excepción, es decir que cuentan con su propio sistema de seguridad social. Estos sectores son fundamental el de las fuerzas militares y el sector público de la educación.

Las EPS reciben un pago por la garantía del POS al asegurado que se denomina unidad de pago por capitación (UPC), que es un pago anual por persona, que depende del ciclo vital de ella, siendo mayor por ejemplo cuando hay mayor riesgo de enfermar como en el caso de la población infantil o de la población adulta mayor, o de la gestación en mujeres en edad fértil.

Hay otro conjunto de acciones que las EPS deben garantizar relacionadas con promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP, como se conoce), que son acciones no relacionadas directamente con la atención de la enfermedad y que buscan precisamente mantener la salud de las personas. Estas acciones han entrado en la lógica de mercado, por lo cual se ha venido reconociendo que lo desarrollado en PyP es muy débil y lo pago por ello

se convierte más bien en un rubro de ganancias para las EPS.

Para garantizar la prestación del POS las EPS contratan con las IPS o ESE a través de mecanismos de mercado. Se establecen entonces relaciones contractuales entre ellas. En ese sentido las EPS han incorporado variantes para la contención de costos como la contratación por capitación (se contrata la atención de un número determinado de personas por un monto fijo de dinero, mecanismo a través del cual le traslada el riego a las instituciones prestadoras de servicio); glosan los servicios, es decir no aceptan las condiciones en que las prestadoras han brindado un servicio y por lo tanto no le reconocen el pago; lentifican el flujo de pago (pueden pasar más de seis meses para que se les pague los servicios prestados a las IPS y ESE). Esto lleva a su vez a que las IPS y ESE generen barreras de acceso para contener costos y evitar asumir el riesgo.

Al respecto de la dinámica de funcionamiento del SGSSS en Colombia, el IV Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), identifica como uno de los principales problemas los actos de corrupción o captura del Estado, dado que estos actos, cotidianos y de práctica sistémica, son uno de los males que afecta gravemente la disponibilidad de los recursos para un efectivo acceso al derecho a la salud, razón por la cual hace un llamado para atender denuncias e investigar hechos relacionados con actos de corrupción (REDESCA, 2021).

Igualmente, en el IV Informe Anual de REDESCA preocupa que en país la afectación a los servicios médicos se genere no sólo por los desafíos que genera la pandemia, sino también ante la deuda de más de 40 billones de pesos a empresas prestadoras de servicios de salud, así como a la baja ejecución del dinero destinado a la ampliación de la oferta de servicios y al fortalecimiento de la salud pública; asunto que ha implicado limitaciones y desafíos para garantizar el acceso a servicios de salud a nivel nacional, con mayor gravedad en las áreas rurales y remotas del país (REDESCA, 2021).

Por otro lado, el GTPSS ha recomendado al Estado colombiano intensificar las acciones para procurar un acceso universal a la seguridad social (tanto en salud, como en pensiones y prestaciones) y combatir la informalidad; identificar los grupos con menor acceso y tomar medidas necesarias para su incorporación. Igualmente, recomienda al Estado de Colombia redoblar esfuerzos para incrementar el gasto público en salud a fin de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, así como a una atención de calidad (GTPSS, 2021).

El GTPSS también reitera la recomendación al Estado colombiano para que intensifique las políticas y acciones para asegurar el acceso a una atención de la salud universal, con calidad y sin discriminación (GTPSS, 2021).

Conflictividad existente

El proceso de reforma llevado a cabo para la instauración del SGSSS en Colombia y luego el proceso para su establecimiento, se ha caracterizado por una permanente conflictividad entre sectores proclives a las orientaciones de la reforma de mercado en la seguridad social y aquellos que se han opuesto (Borrero–Ramírez, Torres–Tovar y Echeverry–López, 2021).

Las causas de esta conflictividad, se puede caracterizar en tres grandes grupos: 1) la oposición a la reforma de mercado del sistema de salud y la búsqueda por establecer un nuevo sistema de salud; 2) la conflictividad ciudadana producto de las barreras de acceso a los servicios de salud, que se expresa claramente en el uso extenso de la acción judicial de tutela; 3) las demandas de múltiples sectores de la sociedad por aspectos específicos en salud, resaltando de manera importante la de las y los trabajadores/as del sector salud demandando condiciones estables y decentes de trabajo (Torres–Tovar, 2013). A esto se suma, la conflictividad desencadenada producto de las condiciones impuestas por la pandemia por Covid–19.

Conflictividad por el tipo de sistema de salud

Una conflictividad permanente que se da hasta la actualidad está centrada entre sectores que critican y sectores que defienden el SGSSS. De un lado, diversos sectores sociales, gremiales y académicos realizan profundas críticas al SGSSS por su orientación de mercado, que lleva a no garantizar el derecho a la salud para el conjunto de la población y a lucrar a actores privados del sistema, principalmente las aseguradoras de salud (EPS), a expensas de la salud y la vida de la gente. Esta visión se confronta con los sectores que defienden y respaldan al SGSSS, considerándolo eficiente y equitativo, en donde están principalmente actores gubernamentales, parlamentarios y empresariales del aseguramiento en salud.

Con el paso del tiempo el SGSSS ha perdido toda legitimidad social, más aún en el periodo de pandemia por su falta de atención adecuada a la Covid–19 en los territorios y en la asistencia hospitalaria que colapsó, proceso que ha estado acompañado de la movilización social demandando la garantía del derecho a la salud, que ha empujado dos reformas del SGSSS (una en 2007 y otra en 2011) las cuales no han modificado la estructura de aseguramiento e intermediación financiera, por lo cual no se han resuelto los problemas de fondo que tiene para garantizar el derecho a la salud.

Conflictividad por la falta de garantía del derecho a la salud

El enorme malestar que vive la ciudadanía por el amplio conjunto de barreras de acceso que existen en el SGSSS, de tipo económico, administrativo, geográfico, cultural, entre otros, se expresa en un uso masivo durante todos estos años de la acción de tutela, constituyéndose este mecanismo en el más utilizado por las y los ciudadanos para proteger sus derechos fundamentales, en especial el de la salud.

En Colombia anualmente se interponen un promedio de 110.000 tutelas en salud (entre 1999 y 2019 se interpusieron 2.251.239), que revelan la violación constante que hace el SGSSS del derecho a la salud, en donde la gente tutela lo que deben entregarle las aseguradoras de salud en el paquete que está financiado, pero que éstas no dan, producto de las barreras de atención interpuestas (Defensoría del Pueblo, 2020). Durante la pandemia, a pesar del confinamiento se hizo uso de ella y las cifras refieren a que se interpusieron 70.000 y que, para abril de 2021, en solo 4 meses ya iban en 78.000 (El País, 2021).

Conflictividad por aspectos específicos del derecho a la salud

También se da una conflictividad por las demandas específicas que hacen sectores sociales, como el caso de los sectores indígenas exigiendo el reconocimiento y realización de un sistema de salud intercultural propio; los sectores campesinos exigiendo una sistema de salud rural que atienda sus problemas de salud; el movimiento de mujeres exigiendo la realización de los derechos sexuales y reproductivos; los gremios de la salud demandando autonomía médica; y las y los trabajadores del sector salud denunciando las condiciones laborales precarias y exigiendo se dignifiquen, entre muchos otros.

En particular, la mayor conflictividad ha estado con el sector de los trabajadores/as de salud, dado sus niveles organizativos a través de los sindicatos, que les ha permitido seguir siendo un actor relevante a la hora de la movilización social por el derecho a la salud. Esta conflictividad se da de forma no contenciosa en espacios institucionales buscando influir en las decisiones de las políticas laborales para el sector y en la orientación de las políticas públicas de salud, y se expresa de forma contenciosa con mítines, marchas, tomas, paros y huelgas (Torres–Tovar, 2013).

Conflictividad en tiempos de pandemia

En el marco de la pandemia, la conflictividad continuó y como hecho llamativo, en tanto con el confinamiento obligatorio se esperaba que la protesta y movilización social quedara restringida, lo que evidencia su dinámica en el país es que se ha sostenido, a pesar también de que la represión estatal y la violencia socio–política continuó.

El espectro de actores sociales involucrados en este periodo en las luchas sociales ha sido amplio, involucrando a pobladores barriales, trabajadores/as formales e independientes, campesinos, indígenas, afros, estudiantes, gremios, mujeres, reclusos, migrantes, jóvenes, víctimas y población LGBTI (Restrepo y García, 2020). Y en cuanto a las

demandas de estas movilizaciones sociales han sido también amplias, incluyendo las que venían antes de la pandemia y sumando otras de tipo de carácter socio–económicos, laboral, de seguridad y salud en el trabajo y sanitario.

También es de resaltar, que producto de un acumulado de situaciones sociales, económicas, sanitarias, que venían de antes de la pandemia, pero que se intensificaron con ella y ante medidas gubernamentales que en vez de resolverlas, empeoraban, se produjo lo que se ha denominado un estallido y levantamiento social, que logró tumbar varias iniciativas gubernamentales, entre ellas un nuevo intento de reforma al SGSSS al considerar que iría a hondar su privatización a través del impulso de un oligopolio del aseguramiento en salud, sin resolver los problemas de fondo (Torres–Tovar, 2021).

Producto de la situación de alto conflicto social en el marco del denominado Paro Nacional iniciado el 28 de abril de 2021, que llevó a un estallido social, la CIDH realizó una visita oficial a Colombia en el mes de junio. En esa visita la CIDH observó que estas manifestaciones se vincularon con reivindicaciones estructurales e históricas de la sociedad colombiana, consignadas en la Constitución Política de 1991 y los Acuerdos de Paz de 2016, reconociendo como causas de esta protesta social la profunda inequidad en la distribución de la riqueza, la pobreza, la pobreza extrema, y el acceso a derechos económicos, sociales y culturales, en particular, educación, trabajo y salud, así como los altos niveles de violencia e impunidad, la discriminación étnico–racial y de género (CIDH, 2021).

La CIDH reconoció en su informe de la visita, que estos desafíos se vieron exacerbados con las medidas de contención y atención de la pandemia de la COVID–19, las cuales, han causado un gran impacto económico y social; así como han repercutido en la falta de acceso a la salud, a oportunidades laborales y educativas, especialmente entre mujeres y jóvenes (CIDH, 2021).

En el informe se plantea que las movilizaciones sociales facilitaron la inserción en el debate público de algunos de los reclamos sociales provenientes de la juventud, como el acceso universal a la salud y educación.

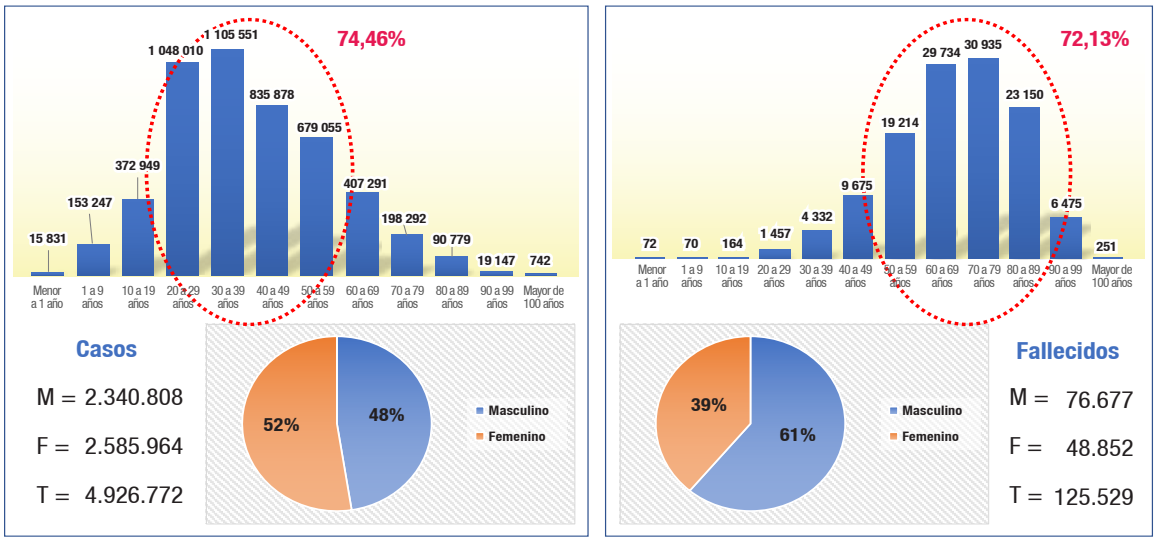
Como parte de las recomendaciones hechas en su informe de la visita, la CIDH planteó la necesidad que en Colombia se fortalezca la garantía y protección de los DESCA, particularmente los derechos a la salud, a la alimentación, a la educación, al trabajo y a la seguridad social, con un enfoque de igualdad y no discriminación, participación ciudadana y rendición de cuentas que favorezca la inclusión social y la creación de oportunidades (CIDH, 2021).

Efectos de la Pandemia:

Luego de 18 meses de pandemia en Colombia, desde el 6 de marzo de 2020 en que se reportó el primer caso, al 10 de septiembre de 2021 se han confirmado 4.926.772 casos y 125.529 fallecimientos por causa del Sars–CoV–2 (Gráfico 6), lo que coloca al país como uno de los que ha tenido una mayor incidencia y severidad de la enfermedad por el Coronavirus (COVID–19) en el marco internacional, aun sin contemplar los problemas de subregistro (Azuero Zúñiga, 2021). En este lapso se han identificado tres olas, cada una con mayor intensidad que la anterior, teniendo en este momento una circunstancia de disminución sustancial con un reporte de 1.772 casos nuevos a la fecha.

Gráfico 6

Distribución por edad y sexo de los casos y fallecidos por la enfermedad por coronavirus COVID–19 (Colombia–10/09/2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Instituto Nacional de Salud[45].

Los mayores desafíos para la garantía del derecho a la salud en medio de la pandemia han sido para las poblaciones en condición de especial situación de vulnerabilidad, situación que ha sido documentada por REDESCA: Los sectores de los estratos 1 a 3 (condiciones socioeconómicas medias y bajas), representan la mayoría de las hospitalizaciones, fallecimientos e ingresos a cuidados intensivos; una persona de estrato 1 (nivel socioeconómico bajo) tendría 10 veces más de posibilidades de ser hospitalizada o fallecer por COVID–19 y seis veces más posibilidad de ingresar a cuidados intensivos que una persona de estrato 6 (el nivel socioeconómico más alto). Dichas estimaciones serían consistentes con las del DANE, que reporta que 2 de cada 3 muertes en el país han sido de personas de estrato bajo y que el 69% de personas fallecidas pertenece al estrato 1 o 2 (REDESCA, 2021).

Las medidas gubernamentales iniciaron de manera tímida a finales de enero de 2020, orientadas en primera instancia a fortalecer las medidas de bioseguridad en las instituciones prestadoras de servicios[46] y la atención de las infecciones respiratorias agudas ante la alerta internacional de la nueva enfermedad[47]. Para febrero de 2020 se plantean algunas medidas para la detección temprana, en que se advierte ya que "El nuevo virus tiene un comportamiento similar a los coronavirus del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS), en los cuales se ha identificado que los mecanismos de transmisión son: 1) gotas respiratorias al toser y estornudar, 2) contacto indirecto por superficies inanimadas y 3) aerosoles por microgotas"[48] y a finales de este mismo mes se plantean "Orientaciones para el tamizaje de viajeros procedentes de zonas con circulación de Coronavirus"[49].

Con la presencia de los primeros casos en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social declara la emergencia sanitaria[50] y el Gobierno nacional

45 https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus–casos.aspx consultada el 11 de septiembre de 2021.

46 Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 30 de enero). Manual de bioseguridad para prestadores de servicios de salud que brinden atención en salud ante la eventual introducción del nuevo Coronavirus (nCoV–2019) a Colombia. Recuperado de http://www.regiones.gov.co/Inicio/assets/files/6%20GIPM01.pdf

47 Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 31 de enero). Memorando del Ministerio de Salud a Secretarios de Salud. Recuperado de https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/docs/decretos/minsalud/acciones_coronavirus.pdf

48 Ministerio de Salud y Protección Social – Instituto Nacional de Salud (2020, 11 de febrero). Circular Externa 0000005 de 2020.

49 Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 28 de febrero). Orientación para el tamizaje de viajeros procedentes de zonas con circulación de Coronavirus. Recuperado de https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/docs/decretos/minsalud/Orientacion_para_el_tamizaje_de_viajeros.pdf

50 Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 12 de marzo). Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020 por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID–19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus.

el estado de emergencia económica, social y ecológica[51] (Gráfico 7), acompañado de una gran cantidad de decretos, resoluciones y circulares orientados al conjunto de actividades del país.

En el plano sanitario son de resaltar el Plan de acción para la prestación de servicios de salud[52], las Medidas de bioseguridad para el manejo de la pandemia[53], la Estrategia de respuesta sanitaria para enfrentar la pandemia[54] y el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS[55]. Si bien este conjunto de medidas contribuyó a que la pandemia no se desbordara como ocurrió inicialmente en Nueva York o Ecuador, y permitió un fortalecimiento de la capacidad hospitalaria (Cajamarca, 2020), también se ha señalado que faltó coherencia y que se vio limitado por la orientación de mercado y la fragmentación de los servicios (Fernández–Niño et al, 2021).

En relación con las medidas generales, en un primer periodo de la pandemia se puede identificar un predominio del aislamiento preventivo obligatorio, el cual se inició el 25 de marzo de 2020 y se prolongó por más de cuatro meses, luego de lo cual se flexibilizó[56]. El día anterior a este inicio se había producido una

Gráfico 7. Medidas gubernamentales frente a la pandemia

Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica: 17 de marzo y 6 de mayo (30 días cada uno).

Aislamiento preventivo obligatorio: 25 de marzo hasta el 11 de mayo, 1 de junio hasta 15 de julio.

Fuente: Elaboración propia.

51 Decreto 417 de 2020 (17 de marzo), Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional, por un mes. Posteriormente, mediante el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020, se declaró nuevamente por otro mes. Esta norma contemplaba la declaración de emergencia hasta el 30 de mayo de 2020 y fue prorrogada hasta el 31 de agosto mediante la Resolución 844 del 26 de mayo de 2020.

52 Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 31 de marzo). Resolución número 536 de 2020, Por la cual se adopta el "Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS–CoV–2 (COVID–19)".

53 Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 13 de abril). Decreto Legislativo Número 539 de 2020 (13 de abril), Por el cual se adoptan medidas de bioseguridad para mitigar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID–19, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

54 Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 13 de mayo). Resolución 747 de 2020 (mayo 13), Por la cual se adopta la estrategia de respuesta sanitaria para enfrentar el Coronavirus COVID–19 en Colombia y se crea el comité de recomendación y evaluación de las acciones adoptadas en la estrategia. Fue rápidamente ajustada mediante la Resolución 779 del 19 de mayo de 2020.

55 Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 10 de agosto). Decreto 1109 de 2020, por el cual se crea, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus – COVID–19 y se dictan otras disposiciones.

56 Decreto No. 457 del 22 de marzo de 2020. Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID–19 y el mantenimiento del orden público. Ordenó el aislamiento preventivo obligatorio a partir del 25 de marzo hasta el 13 de abril; una primera prórroga se hizo hasta el 27 de abril mediante el Decreto 531 del 8 de abril de 2020, extendida al 11 de mayo por el Decreto 593 de 24 de abril de 2020, y al 25 de mayo por el Decreto 636 del 6 de mayo de 2020. Luego se volvió a adoptar esta medida entre el 1° de junio al 1° de julio mediante el Decreto 749 de 2020, prolongado hasta el 15 de julio mediante el Decreto 878 del 25 de junio de 2020.

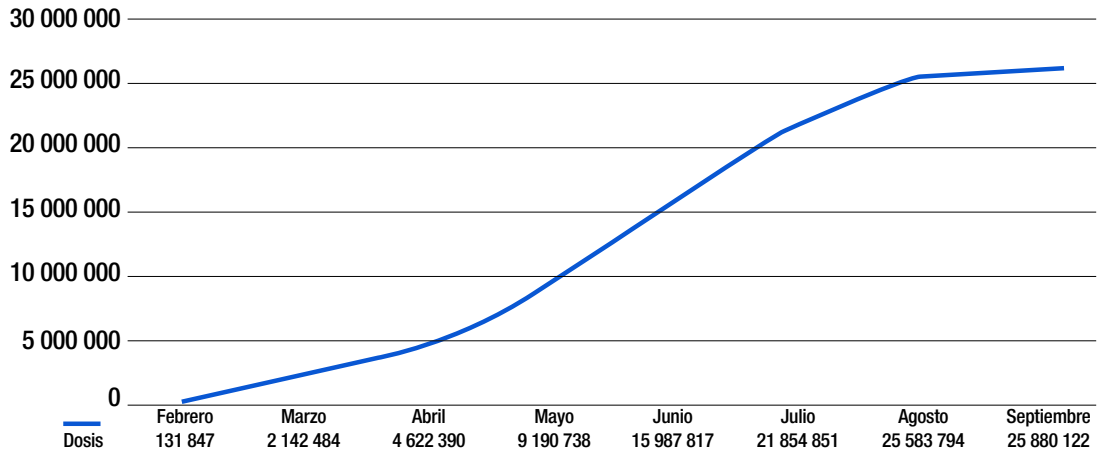
concentración de cientos de personas en la Plaza de Bolívar, para exigir ayudas económicas y mercados bajo la consigna de una "cuarentena sin hambre", y en los meses siguientes se presentaron otras protestas e incluso algunos saqueos a almacenes y camiones con ayuda humanitaria (Guerrero, 2020). Es claro que el Gobierno nacional lanzó un paquete amplio de medidas en respuesta a la emergencia sanitaria, la atención de la población en condiciones de vulnerabilidad y medidas para preservar el empleo y la actividad económica con un valor de 29,7 billones de pesos, la gran mayoría de los cuales se destinaron como garantías a créditos al sector financiero, sin que haya suficiente transparencia acerca de la ejecución de este importante recurso (Oviedo, 2021). Entre las medidas económicas se encuentran: (i) la capitalización del Fondo Nacional de Garantías para ofrecer garantías hasta por el 90% de los créditos Mipymes; (ii) la aceleración de la devolución de saldos a favor de impuestos; y (iii) la suspensión de los aportes a pensión de los empleadores y trabajadores de los meses de abril–mayo (ANIF, 16 de abril de 2020), y en el campo social: (i) giro adicional para los beneficiarios de los programas Familias en Acción, Adulto Mayor y Jóvenes en Acción; (ii) aceleración de la devolución del IVA a un millón de hogares; y (iii) implementación de un giro solidario para los hogares que no fueron beneficiarios en las dos primeras estrategias (ANIF, 21 de abril de 2020).

Para el 2021, buena parte de la acción gubernamental se orientó en la vacunación, el Plan Nacional de Vacunación[57] se adoptó a finales de enero y se inició su implementación el 18 de febrero. A pesar del inicio lento, los altibajos y de presentarse un grado de resistencia en un sector de la población, la vacunación completa ha alcanzado a un 29,9% y 48,4% con al menos una dosis (Gráfico 8).

Se ha señalado que el Plan de Vacunación tuvo importantes errores, entre los que destacan en primer lugar la falta de un cronograma divulgado de manera oportuna, en segundo lugar, la incorporación de las Empresas Promotoras de Salud como actor central que trajo como consecuencia mayores trámites y barreras de acceso, y en tercero inequidades relacionadas con la distribución en territorios y la inclusión de población no prioritaria antes de haber cubierto a la más vulnerable (Corcho, 2021).

Gráfico 8

Número acumulado de dosis de vacuna para prevención de la COVID-19 (Colombia, hasta 10 de septiembre del 2021)



Fuente: Elaboración propia, con base en PAI-WEB, Ministerio de Salud y Protección Social [58].

57 Ministerio de Salud y Protección Social (2021, 29 de enero). Decreto 109 de 2021, por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID – 19 Y se dictan otras disposiciones. Modificado por los decretos 0404 de 16 de abril y 1466 del 8 de mayo de 2021.

58 Consultado en https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNThmZTJmZWYtOWFhMy00OGE1LWFiNDAtMTJmYjM0NDA5NGY2IiwidCI6ImJmYjdlMT–NhLTdmYjctNDAxNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9 el 11 de septiembre de 2021.

Dentro de las barreras a las medidas no farmacológicas y farmacológicas adoptadas (Eijkemans, Solar y Lanzagorta, 2020), se puso en evidencia los problemas estructurales de pobreza y desigualdad en la sociedad colombiana y también las consecuencias del modelo de salud y protección social adoptado. De manera puntual, se presentaron las siguientes situaciones:

- Las condiciones materiales de habitabilidad, incluida la infraestructura de los barrios, es deficiente para el grueso de la población de los sectores populares que vive en condiciones de hacinamiento, lo cual quedó documentado en un estudio en el que se evidenció que más de la mitad de las personas mayores en Colombia están sobre expuestas a COVID–19 en casa (Módenes, Marcos y García, 2020).
- En materia de ingresos y empleo, la situación de elevado nivel de informalidad sitúa a una proporción importante de la población colombiana en vulnerabilidad y con limitaciones para responder al confinamiento prolongado de la primera etapa de la pandemia. Por ejemplo, se informó que se destruyeron 5.4 millones de empleos y la tasa de desempleo llegó al 19.8% en abril de 2020, lo cual representó una pérdida de ingresos de los hogares de $5.8 billones entre marzo y abril de ese año. “La producción industrial en abril disminuyó casi 36% respecto al mismo mes de 2019 y las ventas del comercio minorista cayeron 43%” (Anif, 2020).
- El modelo de protección social existente en el país es muy limitado para enfrentar la caída de ingresos que ocasiona la pandemia, los subsidios no alcanzaron a detener los desalojos en inquilinatos, la presencia de cacerolazos contra el hambre y la exposición de trapos rojos, lo que llevó a la propuesta de un “ingreso básico de emergencia o una renta básica universal” (Uribe, 2020).
- La situación de la educación y el aprendizaje también presenta un panorama de profundización de inequidades en el que, a pesar del inmenso esfuerzo del magisterio para adaptarse a las condiciones de trabajo a distancia, las condiciones de acceso a Internet y materiales conllevaron altos niveles de inasistencia educativa especialmente entre los sectores pobres (Cajiao, 2020).
- La pertinencia cultural y la comunicación son elementos complejos en las medidas frente a la pandemia, en donde a juicio de algunos analistas se han empleado “mensajes coercitivos y generalistas”, incluso en ocasiones contradictorios con respecto al objetivo de la política pública (Bautista y Londoño, 2021).
- Una dimensión central de las medidas es su impacto psicosocial, vinculada de manera estrecha con el grado de garantía de contar con un entorno saludable. Por ejemplo, luego del periodo prolongado de cuarentena un estudio reportó que “Un porcentaje considerable muestra cambios negativos en su estado de ánimo (50%), aumento en los niveles de agresividad (33%) y síntomas de malestar emocional y de ansiedad (60%)” (Pérez, 2020).
- Esta situación es aún más crítica, vista desde la óptica de la afectación de las medidas en la equidad de género y la carga del cuidado, aumento de la carga de trabajo no remunerado, disminución de ingresos y mayor impacto de la violencia de género (Veeduría Distrital, 2021).
- El problema más grave en la provisión de servicios y suministros básicos en el periodo de pandemia ha sido la inseguridad alimentaria, frente a lo cual se documentó que una de cada tres personas en las principales capitales del país no pudo obtener la alimentación (IEU, 2021).
- En cuanto al acceso y continuidad de la atención en salud, la prioridad en fortalecer la disponibilidad de camas en unidades de cuidados intensivos, junto con el miedo y los cierres, llevaron a una disminución sustancial de la atención a otras necesidades sanitarias, reflejado en la caída en los servicios de consulta externa (23%), urgencias (36%), atención hospitalaria de partos (10%), egresos hospitalarios (17%) y cirugías (31%) (Jaramillo, 2021).
- La protección de la vida y la seguridad durante la pandemia también ha sido una dimensión crítica en el ámbito de los derechos humanos, tanto desde la perspectiva de la agresiva respuesta de las autoridades a la protesta social (Vega, 2021), como el incremento de la delincuencia (Acero, 2021) y de la violencia derivada de las condiciones de persistencia de la violencia armada (CICR, 2021).

- La participación social y el trabajo intersectori–al se enuncia en la mayor parte de las medidas, pero en algunos estudios se ha podido constatar que ha sido "marginal o sólo visible en grandes ciudades y únicamente con los gremios de mayor interés (World Bank Group, 2020: 43).

En este marco, el balance frente a la garantía del derecho a la salud derivado de las medidas gubernamentales resulta desfavorable.

Resultados

EL DERECHO A LA SALUD: UNA PERSPECTIVA DESDE LOS ACTORES SOCIALES

El presente apartado pretende ordenar, a través de seis ejes temáticos, la información recopilada para dar cuenta de los aspectos fundamentales en los discursos de los actores estratégicos. Así pues, se presentan organizadas en las siguientes categorías: nociones frente al sistema de salud, la percepción frente a las acciones públicas y privadas durante la pandemia, los mecanismos para la exigencia de los derechos, la afectación de los procesos laborales, y la respuesta en diversos niveles frente a la COVID–19. Cada categoría engloba subcategorías para desarrollar análisis a niveles más específicos, con el interés de exponer detalladamente los conocimientos expresados por los participantes. Este texto ofrece una propuesta analítica que compendia tales conocimientos para proveer una lectura sencilla de los mismos.

Acceso a la asistencia sanitaria

Sistema inoperante develado por la pandemia

"...si bien es cierto que la situación era una situación novedosa, como decía yo antes, es una situación que simplemente aceleró la expresión de todas las precariedades que teníamos en el marco de nuestro sistema de salud, y pues a todo nivel, no solamente en el sistema de salud; todo el sistema económico, el sistema social ha sido afectado por esta pandemia y ha demostrado, ha desnudado sus graves problemas, su miseria." Médico. Grupo Focal. Trabajadores/as de la Salud. Colombia.

Una de las principales barreras para la garantía del derecho a la salud se establece ante la presencia de un sistema que está orientado a la generación de capital por encima de todas las cosas. La salud es percibida como un negocio que beneficia principalmente a las EPS, pero que no se encarga de atender las necesidades de la población. La lectura de buena parte de los participantes ubica en la Ley 100 de 1993 el estatuto que convirtió la salud en un sistema de utilidades en el que el ciudadano ve limitada la garantía del derecho; así, la percepción es que está irremediablemente coartado por el modelo de aseguramiento. Si bien la salud sigue reconociéndose como un derecho fundamental, en la práctica se establece como un privilegio de clase.

Por otra parte, se percibe que el modelo de salud funciona de tal forma en tanto se enmarca en los intereses de una clase dominante que responde a favores de aliados estratégicos en el escenario político. Las medidas que se adoptan o se rechazan en el Congreso están supeditadas a la decisión de una red clientelista que perpetúa el sistema actual y poco atiende las necesidades de la mayor parte de la población en el país. En principio, esta situación deriva en que las disposiciones estatales benefician a los grandes agentes privados sin que esto genere cambios positivos para las personas.

"lo han vuelto un tema mucho más político, tristemente ante una situación que muestra una debilidad del ser humano, que desnudó la situación que no solo en nuestro país tenemos. Se empezó a aprovechar, como cosa rara, y a volver un tema político. Y mostró una cosa que es muy triste: que nuestros cargos de jerarquía para dirigir los diferentes sectores de nuestro país no son cargos tan representativos de personas que sean técnicas y administradores en esas áreas, sino son más políticos." Médico. Grupo Focal. Trabajadores/as de la Salud. Colombia.

La mercantilización y la politización del sistema de salud deriva en que las EPS, encargadas de ofrecer los servicios en salud, resultan obteniendo ganancias amplias bien del pago de los contribuyentes o bien de los presupuestos públicos, sin ejecutar los recursos que manejan. El dinero que reciben las EPS no se refleja ni en el pago a las IPS, ni en la prestación propia de servicios de salud. Esto deriva en una situación en la que son las IPS las que tienen que

hacerse cargo de los costos de la prestación de los servicios, a la vez que los usuarios dejan de recibir atención básica para sus necesidades en salud, y carecen de programas de promoción y prevención.

Aunque los vacíos del sistema de salud colombiano han sido ampliamente visibilizados por diversos sectores y, en la práctica, la población los ha vivenciado desde hace casi treinta años, durante la pandemia, la inoperancia de un modelo que nunca ha tenido interés por la salud de la ciudadanía se hizo completamente evidente. La infraestructura hospitalaria, el talento humano y las políticas en salud no daban cuenta de un sistema sólido, preparado para dar respuesta adecuada a las exigencias de la pandemia por COVID–19. La falta de camas UCI que eran requeridas para atender a la población grave; el colapso de los servicios de urgencia; la escasez de personal médico para atender la alta demanda; la ausencia de programas eficientes de prevención, aún en presencia de una enfermedad infecciosa como la COVID–19; y la completa carencia de medidas para fortalecer la atención primaria en salud fueron algunos aspectos identificados como aquellos que demuestran que la pandemia no hizo más que revelar la fragilidad de un sistema de salud decadente.

Sin embargo, a pesar de todas las fisuras evidenciadas durante el tiempo en el que ha estado instaurada la pandemia en Colombia, el modelo no ha presentado cambios que reviertan su estructura mercantil; por el contrario, ha mantenido y potenciado el esquema de generación de capital y rédito económico a costa de la salud de la población. En ese sentido, se han precisado prácticas que han permitido a las EPS desvincularse de sus obligaciones de prestación del servicio, sin dejar de percibir recursos similares o mayores a los que manejaban de manera previa a la COVID–19. Así, llevar a teleconsulta la mayor parte de las citas médicas, acordar visitas domiciliarias que nunca recibieron cumplimiento y dejar de lado procesos médicos de enfermedades diferentes a la COVID–19, fueron parte de las formas como las EPS lograron reducir gastos en sus planes de atención integral, limitando toda la oferta a la atención para la COVID–19. Aun así, tampoco fueron implementados procesos estratégicos de prevención y promoción sólidos que permitieran mitigar los contagios.

"seguimos en lo mismo: el fortalecimiento de las EPS, dado que una de las grandes ganadoras en la pandemia fueron las EPS, dado que hubo cierres de servicios de consulta externa por los temas de las cuarentenas, disminución de flujo de pacientes a los servicios de hospitalización, entonces esos recursos no fluyeron por la lógica financiera del sistema a los hospitales y clínicas y muchos de estos siguieron en quiebra sin poderle pagar a los trabajadores de la salud mientras que las EPS acumularon ganancias importantes que se reflejan en el boletín de la Superintendencia de Salud donde de repente aparecen con muy buena plata." Médica. Entrevista. Colombia.

Acceso diferencial e inequitativo a la salud

"...lo que sucede en la salud en lo rural, yo siempre tengo mucho contacto con mis paisanos, con mi gente que está en el territorio en el cual nací y es muy triste: el acceso a la salud es un asunto que no sucede, la gente se tiene que aliviar del Covid–19 y el que está de malas no se alivia y se muere. Ya no hay reportes serios, la gente va a urgencias y no se les puede atender porque es festivo, porque es sábado, porque es domingo, porque el médico no está, entonces es también pensarnos esas limitaciones que, si bien son difíciles para los que estamos en las grandes ciudades, imagínense lo que pasa en la ruralidad." Trabajadora doméstica. Grupo Focal. Trabajadores/as Formales. Colombia.

Otra de las características que presenta el modelo actual en salud es que es altamente excluyente, desde diversos niveles. En primera instancia, y como elemento de exclusión central, hay una clara diferenciación entre el acceso a la salud para las personas que pueden pagar en el sistema de aportes y que pertenecen al régimen contributivo o prepagado, frente a quienes están en el régimen subsidiado o quienes simplemente no tienen aseguramiento en salud. En el sistema actual no hay universalidad. Por el contrario, los mejores servicios están reservados para las personas con mayor capacidad de pago, mientras que quienes no disponen de los medios económicos se encuentran limitados para acceder a los servicios de salud. La vacunación contra el COVID–19 devela claramente esta situación. Las primeras personas en recibir las vacunas fueron aquellas con capacidad de ir a otros

países a aplicársela, seguidos de quienes recibieron el llamado de su EPS. Muchos, sin embargo, debieron esperar a las jornadas públicas de vacunación para recibir su aplicación, asumiendo el riesgo de contagio por más tiempo.

Por otra parte, desde el ámbito territorial, también se presenta una marcada exclusión para el acceso a la salud. Entendiendo que las zonas rurales periféricas en el país son las que presentan el mayor abandono estatal, no es extraño que se identifique que la infraestructura y el talento humano en salud son deficientes en contraste con las zonas urbanas. Allí no sólo no se ha desarrollado un plan de vacunación efectivo, sino que ni siquiera ha habido respuesta para las personas contagiadas por COVID–19, más que aliviarse o morirse en su casa. La atención en salud es una problemática en los lugares más apartados de Colombia: centros de salud de difícil acceso por las largas distancias, ausencia de infraestructura física y tecnológica para la atención, carencia de un personal de salud permanente y capacitado, etc., son aspectos que vulneran el derecho a la salud de grupos poblacionales que además han sido históricamente segregados y oprimidos, como en el caso de las comunidades étnicas o campesinas.

"Entonces la gente lo que ha sentido es una desprotección así, una desolación muy fuerte, y que realmente si eso se siente en las ciudades, en los campos es mucho más precaria y difícil la situación, porque si aquí se carece ya con el cierre de atención en ciertos servicios por falta de personal de salud, por no tener laboratorios ni medicamentos a tiempo, entonces, dime tú, en la parte de la ruralidad, de salir de una vereda lejana, para llegar a un centro digamos, municipal, y desplazarse de pronto porque le obliga la situación y le dicen "tiene que trasladarse a otra ciudad", dígame la precarización y la situación a la que se ve enfrentada la persona enferma pero también la familia que quiere acompañar a su familiar, ¿cierto?" Mujer, pertenece a una plataforma de organizaciones sociales. Entrevista. Colombia.

Atropellos contra el personal de salud

"Un sistema de salud no necesita la plata en los intermediarios, necesita plata es en los bolsillos de los trabajadores, en sus honorarios que prestan los servicios. El recurso más importante de un sistema de salud es su talento humano, la inteligencia humana, el trabajo humano y este no se vio recompensado allí. Un sistema de salud puede funcionar sin intermediarios, pero no sin clínicas y hospitales, y estos siguen en franca quiebra." Médica Psiquiatra. Entrevistas. Colombia.

La infraestructura física y tecnológica, así como el talento humano disponible en las clínicas y hospitales del país no estaba adecuado para atender los requerimientos de la pandemia. Esto marcó una sobresaturación de los servicios de salud en los diferentes niveles. La alta ocupación de camas UCI colmó otros espacios hospitalarios generando tasas de sobreocupación de casi 500%. La ausencia en la atención a los síntomas y patologías de manera adecuada de forma domiciliaria o por telemedicina, llevaron a los ciudadanos a acudir a los servicios de urgencias por casos no urgentes, generando un colapso en la red de urgencias en los centros de atención médica de las ciudades.

"Muchos de los pacientes murieron antes de ser, por ejemplo, entubados, de ser asistidos en unidades. El problema no es tan fácil porque no se trata simplemente de tener un equipo, sino se trata más de un recurso humano no preparado para hacer cuidados intensivos, que fue una de las limitaciones, y se trata también de otros insumos necesarios para la atención de pacientes de unidades de cuidados intensivos que también fallaron, incluido el oxígeno en un determinado momento, sobre todo en el tercer pico de esta pandemia, es la realidad". Médico. Entrevistas. Colombia.

Esto generó una sobrecarga laboral para los equipos de salud que tuvieron que enfrentarse a un sistema hospitalario colapsado, partiendo desde la realidad de no contar con el suficiente personal para dar respuesta a la alta demanda que trajo la pandemia. Esta ausencia se vio marcada, en buena medida, por la falta de profesionales capacitados técnicamente en el manejo de procesos especializados como los de las unidades de cuidados intensivos, como también por la carencia de profesionales de la salud no médicos, a saber, enfermeros, auxiliares, vacunadores certificados, entre otros.

La falta de talento humano se sumó a una falta de garantías para el personal de salud que se mantuvo en las líneas de atención a pacientes. Desde las percepciones de los participantes del proyecto, este es uno de los puntos que mayor genera concordancia, indicando con claridad que la precarización laboral del personal de salud es uno de los problemas fundamentales que presenta el modelo de salud actual. De esta situación se desprenden varios aspectos. Fundamentalmente, es evidente un atropello en términos de los pagos. La tercerización laboral ha conducido a una incertidumbre contractual en la que no se evidencia el reconocimiento a la labor del personal de salud, exponiendo casos en los que no se les paga a los trabajadores/as su salario, a pesar del altísimo desgaste físico y mental derivado de las horas extra y la alta demanda.

Por otra parte, se dio una falta de garantías en cuanto a condiciones dignas de trabajo, partiendo de los insumos requeridos por el personal de salud para ejercer su labor, dado que no se entregaron siempre de manera oportuna elementos de protección personal para la prevención de contagios. Más aún, se le exigió al talento humano en salud una serie de productos de orden administrativo para hacer seguimiento a su labor y a sus metas, desconociendo el contexto de agotamiento y saturación del personal. Las directrices hacia los trabajadores/as se mantuvieron ajenas a la situación que estaban pasando, evidenciando la desarticulación entre las prácticas laborales en salud y los lineamientos establecidos por las secretarías locales y el Ministerio de Salud. Este panorama, adicionalmente, no ha tenido una transformación positiva a pesar del transcurso de la pandemia.

"Sin embargo, lo que yo siempre analizo frente al ente territorial, es como si nosotros no estuviéramos en ningún momento crítico: siguen pidiendo sus informes y sus temas allí administrativos, y son como ajenos. Cómo pretenden, ejemplo, les digo a ustedes compañeros, no sé si están viviendo lo mismo en su sitio, cuatro visitas a la semana. Está uno atendiendo al paciente, y le toca a uno parar "ay qué pena, tengo que ir a atender la visita porque es que yo no tengo más personal". Sí, hay que interrumpir. Entonces queda uno, bueno, atiende a uno acá o hacemos lo otro." Enfermera. Grupo Focal Trabajadores/as de la Salud. Colombia.

Críticas a las acciones estatales en el marco de la pandemia

Manejo pobre o inadecuado de la pandemia por parte del gobierno

"Realmente por parte del Estado nada, ningún tipo de manifestación hacia protegernos a nosotros. Ya lo había dicho antes, para mi criterio y para mi gremio, consideramos que el Estado no nos garantiza absolutamente nada, estamos desprotegidos." Repartidora. Grupo Focal Trabajadores/as Informales. Colombia.

Las acciones efectuadas por el Gobierno Nacional, en una lectura amplia del rol del Estado como garante de derechos, apuntan a un manejo inadecuado frente a la contingencia causada por la COVID–19. Un aspecto recalcado es la improvisación efectuada a lo largo de la pandemia. Si bien en un comienzo no había información del todo clara frente a cómo proceder en diversos aspectos, la improvisación se mantuvo a lo largo de todo el periodo de pandemia en el país. Una percepción constante es que, por ejemplo, nunca se realizó una inversión en infraestructura hospitalaria seria, y se tuvieron que adaptar espacios como camas UCI, sin el personal de salud correspondiente. Aunque muchas medidas se tomaron por el afán de dar respuesta rápida a los crecientes contagios, nunca fueron reevaluadas ni ajustadas en otros momentos.

Por otra parte, aprovechando la contingencia sanitaria, se crearon decretos de emergencia que le otorgaron al Gobierno facultades extraordinarias que en lugar de ser utilizadas en beneficio de los trabajadores/as o de la red hospitalaria, favorecieron otros sectores y desconocieron a la mayor parte de la población. Desde el Congreso, por ejemplo, se legalizaron proyectos para la tercerización laboral. En ese orden de ideas, el Gobierno Nacional actuó de forma autoritaria escudándose en la emergencia por la COVID–19. Así, la pandemia sirvió de excusa para aumentar la represión y frenar las movilizaciones sociales, cometiendo violaciones a los derechos humanos. También se emitieron normas para ejercer control sobre gobiernos municipales y departamentales, limitando su capacidad de decisión y sometiendo las políticas locales a los intereses del Gobierno Nacional.

"Entonces no es que las autoridades vengan aprendiendo, es todo lo contrario, han hecho medidas históricas en el país y utilizan la pandemia para violar los derechos humanos de una manera más fuerte. Un ejemplo, pero no es el único, es el manejo de las protestas en el último tiempo, pero en los informes de la plataforma hemos documentado otro tipo de cosas como la concentración del poder en el ejecutivo, todo es parte de eso que desde una mirada integral no podemos dejar de decir cuando hablamos del derecho a la salud, es decir, la pandemia se usa para violar otros derechos." Economista y defensora de derechos. Entrevistas. Colombia.

Por último, otro aspecto identificado entre los participantes fue el mal manejo de la información oficial por parte del Gobierno, presentando cifras y datos estadísticos poco concluyentes o fiables. Por ejemplo, la información frente a la disponibilidad de UCI se presentó siempre en términos de cuántas camas se adaptaron y había disponibles, pero no se tuvo en cuenta cuántas de estas no podían funcionar dado que no había personal al servicio, como tampoco se mostró la cifra de cuántas personas había en espera por UCI para brindar un panorama más completo frente a la crisis hospitalaria. En el plan de vacunación, por su parte, también se presentaron cifras haciendo énfasis en la cantidad de vacunas aplicadas, pero sin un seguimiento y control del proceso de vacunación de forma integral, quedando interrogantes importantes sin resolver.

Gobierno apartado de los intereses y la realidad del pueblo

"Hay un gran responsable en esa parte y es el Gobierno Central, que es el gran responsable porque no puede ser posible que, en medio de una situación de salubridad como la que está viviendo el mundo, vaya de manera soterrada y de manera como lo hacen los ladrones, a imponernos unas reformas a la salud tan regresivas y tan perversas". Trabajador sector azucarero. Grupo Focal Trabajadores/as Formales. Colombia.

El Gobierno Nacional fue ampliamente criticado por impulsar una reforma tributaria y una reforma a la salud mientras se presenciaba un momento de recrudecimiento de la pandemia a través de las cifras de morbilidad y mortalidad. La lucha en contra de estos dos aspectos se convertiría en pilar fundamental sobre el que se basaría la protesta y movilización social posterior. Pero también hubo otras medidas que generaron un fuerte impacto en la población, y se dan como parte de la desarticulación de las políticas y prácticas de Gobierno, con respecto a los intereses y necesidades de la población.

Un elemento por resaltar aquí es el de las medidas de cierre y cuarentena obligatorias, pues en un principio tardó mucho en tomar la decisión de aislar a la ciudadanía, mientras que luego generó otras polémicas al momento de apertura, como en los días sin Impuesto de Valor Agregado, o frente al tiempo que se tomó antes de reabrir los comercios, habiendo ya generado la quiebra de cientos de miles de pequeñas y medianas empresas. En ese sentido, se mantiene una idea de que el Gobierno Nacional actúa siempre para favorecer al sector financiero y al gran empresariado, sin prestarle importancia a otros sectores laborales. Otro ejemplo de ello fue, también, el giro de recursos en su mayoría con dineros públicos a Avianca, una gran empresa de capital extranjero, al tiempo que otros pequeños negocios se veían en la obligación de cerrar.

"Pero además de eso, si uno dice qué otra cosa debe hacer el Estado, debe proteger a las personas de terceros, pero aquí primó el interés económico del empresariado colombiano en términos, por ejemplo, de las medidas prematuras adoptadas de inicio de actividades económicas, eso no fue una conjunción de intereses de actores del gobierno y del empresariado colombiano que empujaron a que estas medidas de reinicio de actividades prematuras económicas se dieran en el país." Médico. Entrevistas. Colombia.

Pero aun cuando se intentaron implementar medidas a manera de ayudas a la población, se evidenció que, en varias ocasiones, la ciudadanía nunca logró acceder a ellas, y terminaron siendo aprovechadas, nuevamente, por los grandes empresarios del sector privado. Parte de los problemas con los auxilios otorgados por el Gobierno es que su entrega se organizó por medio de los bancos. Esto llevó a que las personas se encontraran con trabas administrativas y burocráticas, y aunque desde diversos medios se

intentó acceder a ellas, en muchas ocasiones fue sencillamente imposible.

Críticas a las acciones del sector privado

Aprovechamiento empresarial de la pandemia

"Porque lo que uno descubre con los datos que se entregan de la Superintendencia Nacional de Salud es que las EPS ganaron muchos billones de pesos en el año 2020 en el marco de esta pandemia, nadie lo esperaba, pero ganaron una cantidad, comenzando por la Nueva EPS y por otras que tuvieron enormes ganancias. O sea, si uno pone en la balanza el peso de las ganancias de los empresarios de estas empresas, aún en el marco de una crisis económica generada por la misma pandemia y el peso de las muertes y los infectados, esa balanza se cae en contra de los pobres de este país." Ex funcionario de Gobierno. Entrevista. Colombia.

Las grandes empresas privadas lograron en el 2020 y 2021 establecer medidas que, a pesar de las dificultades económicas generalizadas por la crisis sanitaria, les generaron réditos ampliamente favorables. Este hecho contrasta con que las acciones ejecutadas en torno a la COVID–19 y la protección de sus trabajadores/as, parecieron estar implicadas con semejante crecimiento económico, a razón de que fueron los trabajadores/as quienes asumieron los costos de su enfermedad en buena parte de los casos. Figuras como las vacaciones adelantadas, la suspensión no remunerada de las actividades y el mismo teletrabajo, significaron para los conglomerados empresariales figuras que permitieron dar respuesta a los requerimientos de bioseguridad dictados por el Gobierno Nacional, sin que eso les generara costo alguno.

Adicionalmente, varias empresas recibieron ayudas del Estado durante la pandemia, principalmente provenientes del subsidio o auxilio de nómina, que entregaba un apoyo económico por cada trabajador contratado. Sin embargo, allí empezaron a verse prácticas deshonestas y corruptas como la suspensión de contratos o el despido de los trabajadores/as, para no pagar los sueldos sin dejar de recibir el dinero por el subsidio de nómina, aumentando las cifras de desempleo en el país, pero manteniendo ingresos suficientes para asegurar tasas de crecimiento económico anual.

"las medidas que se tomaron fueron ineficientes, pero hubo un tema de corrupción concreto y es que muchos de los empresarios cobraron el subsidio que da el gobierno al auxiliar la nómina, y despidieron trabajadores o simplemente les suspendieron el contrato y ellos se quedaban con este dinero. Y no estamos hablando de empleadores Pymes, si no estamos hablando de cadenas hoteleras grandísimas que se quedaron con este dinero." Abogada. Grupo Focal Trabajadores/as Informales. Colombia.

En ese sentido, las Administradoras de Riesgos Laborales fueron también unas de las empresas que lograron mantener números en verde dentro de sus reportes financieros, ejecutando sus recursos mesuradamente sin atender, por ejemplo, los requerimientos de salud laboral de los trabajadores/as durante la pandemia. Una forma de hacerlo fue responsabilizar a las EPS de la atención y el cuidado de las personas contagiadas por COVID–19, en tanto este se estableció como enfermedad laboral directa solamente para los trabajadores/as de la salud, mientras que para el resto de los trabajadores/as difícilmente se reconocieron los contagios como enfermedad laboral así se hubiesen presentado en los entornos de trabajo.

Responsabilidad de las empresas frente al cuidado de sus trabajadores

"Adicional a eso podemos agregar, con los famosos decretos que empezaron a salir desde que empezó la pandemia, que no van acordes a … que las empresas nos garanticen el derecho a la salud, que nos garanticen que vamos a estar sanos y no nos vamos a contagiar." Trabajador sector azucarero. Grupo Focal Trabajadores Formales. Colombia.

Los mecanismos utilizados por las empresas para evitar sanciones con respecto al mal manejo de los protocolos de bioseguridad derivaron en la responsabilización de los trabajadores/as frente al reporte y manejo de posibles contagios por COVID–19. Desde el sector privado se garantizaron, en algunos casos, elementos de protección personal, esencialmente para no incumplir con las condiciones que el Gobierno Nacional determinó como las causantes de los contagios en los entornos laborales.

Por otra parte, frente al tratamiento de posibles contagios, las estrategias empresariales generaron también perjuicios para los trabajadores/as. En algunos casos, los dictámenes de salud fueron hechos por médicos de la misma empresa que no hicieron una valoración adecuada de los síntomas, o que, si bien los reconocieron y los entendieron, remitieron a tratamientos cortos y paliativos para que el trabajador pudiera estar nuevamente en servicio lo más pronto posible. Otras empresas, por su parte, a pesar de que han asegurado que, por ejemplo, comprarán vacunas para sus trabajadores/as, no lo han hecho realmente y son los trabajadores/as quienes tienen que responsabilizarse enteramente de su cuidado y tratamiento, así se encuentren ejerciendo labores de alto riesgo de contagio fuera del campo de la salud.

Afectación a los procesos laborales

Labores y procesos ampliamente afectados por la pandemia

"Por otro lado nos llama la atención el tema del estrés que tienen los trabajadores en casa versus el trabajo normal. Hay una puja entre la necesidad y la salud. Los trabajadores que vienen trabajando el turno, reclaman su turno, de pronto no miran la exposición porque son trabajadores que ya se habían acomodado al sistema salarial de turno y han tenido un bajón salarial, eso trae bastante estrés emocional y laboral con respecto a que quedarse en casa no genera horas extra, no genera recargo nocturno, y ya los trabajadores se acostumbraron a ese tipo de economía, si se puede llamar así." Trabajador de la industria petrolera. Grupo Focal Trabajadores/as Formales. Colombia.

La orden de cuarentena estricta emitida por el Gobierno Nacional que se sostuvo en buena parte del calendario del 2020 y del 2021 a raíz de los picos de contagios, generó dinámicas particulares en los procesos laborales de la población colombiana. Una parte de trabajadores/as formales pasaron a un modelo de trabajo remoto, que determinaron un entorpecimiento de las actividades que se venían realizando de manera presencial. Un ejemplo de ello es lo ocurrido en escenarios como el de la Fiscalía General de la Nación, que cerró sus puertas y pasó a ejercer los procesos por internet, con las dificultades que esto supone.

Parte de la población que tuvo que hacer la transición al trabajo en casa, con el tiempo, empezó a presentar problemas de salud física y mental, en tanto se enfrentaron a una nueva modalidad de trabajo sin regulación, que trajo consigo jornadas extensas y extenuantes, que sumadas al confinamiento, generaron nuevos casos de enfermedades que debieran ser consideradas como enfermedades laborales. Este hecho contrasta con que, para hacer seguimiento a las actividades, se crearon sistemas de información que ejercieran un control sobre la labor de los empleados, demostrando un afán para regular el teletrabajo en términos de la entrega de resultados, pero no para mantener información consolidada del bienestar laboral en las empresas y entidades.

"...tuvimos un alto número de solicitudes, sobre todo el año pasado, de entrega de bienes inmuebles, solicitudes de pago de cánones de arrendamiento, terminaciones de contrato de arrendamiento de locales, creo que fue lo que más tuvimos en los primeros 6 meses, tendría que ver el número de solicitudes que tuvimos el año pasado para los locales comerciales porque la gente no podía sostenerlos, no podían abrirlos y cuando pudieron abrirlos ocurrió otro fenómeno y es que tenían que hacer las adecuaciones para estos locales, lo que también generaba hacer una inversión, y si venían de no poder abrir el local ahora mucho menos podían sostener una adecuación necesaria para la atención al público concreta." (Abogada. Grupo Focal Trabajadores/as Informales. Colombia)

Por otra parte, los negocios comerciales se encontraron frente a la situación de tener que cerrar los establecimientos para atender las medidas sanitarias impuestas. Esto derivó en la quiebra de cientos de miles de pequeñas y medianas empresas, y en los primeros seis meses de la pandemia, los dueños tuvieron que cerrar sus locales comerciales pues no tenían forma de pagar los arriendos ni de sostener los costos ante la total ausencia de clientes. Si bien el Gobierno Nacional emitió algunas ayudas, como el subsidio de nómina comentado previamente, el alto número de negocios que tuvo que cerrar definitivamente demuestra la poca efectividad y la inaccesibilidad de los pequeños empresarios a estas ayudas.

Finalmente, uno de los sectores que genera más preocupación es el de los trabajadores/as informales, que suponen la gran mayoría de trabajadores/as en el país. Dadas las características de las labores informales en Colombia, el confinamiento a los hogares supuso un golpe fortísimo a los sectores populares, en tanto, en las ciudades, estos desarrollan el trabajo en las calles, dependiendo del movimiento de personas en el espacio público. Labores de comercio informal, o de agricultura en las zonas rurales del país, se vieron completamente afectadas, y generaron serias problemáticas en una población que nunca ha contado con garantías laborales, y que se vio obligada a encerrarse de un momento a otro sin encontrar una alternativa de subsistencia.

"...no era posible sostener, en un país donde se tiene un 60 o 65% de informalidad, unas medidas de cuarentena sin medidas de renta básica. Por eso fue que nos abocamos en un segundo momento a adelantar una propuesta, que tampoco ha acogido el Gobierno, de renta básica extraordinaria para la pandemia y renta básica permanente como medida de salud pública, porque usted no le puede decir a una población que está en el rebusque que vaya y se aísle o que vaya y haga una cuarentena." Médica Psiquiatra. Entrevistas. Colombia.

Necesidad de salir a trabajar

"La gente, la mayoría, vive del rebusque en las grandes ciudades o de la economía que llamamos economía informal y con el aislamiento, ¿cuáles fueron las condiciones? Usted se tiene que aislar sí o sí. ¿Y la gente qué empezó a decirse? O me aíslo y me muero de hambre, o prefiero aventurarme, salir, buscarme la vida, porque no puedo dejar a mi familia aguantando hambre y padecer el COVID." Mujer, pertenece a una plataforma de organizaciones sociales. Entrevistas. Colombia.

Las medidas para la prevención del contagio basadas en el confinamiento obligaron a que la población se aislara en sus hogares sin ninguna garantía de salud, económica o laboral. Aunque el Gobierno Nacional orientó entregar unos recursos para que, a través de los gobiernos locales, se otorgaran subsidios a la población, estas medidas no fueron suficientemente efectivas, pues no terminaron cubriendo las necesidades de todo un sector que dejó de recibir los ingresos que ganaba, fundamentalmente, en el día a día.

Por esta razón, la población que no encuentra otra forma de asegurar su subsistencia y la de sus familias, se ve en la encrucijada de, por un lado, acatar las medidas de bioseguridad impuestas y resguardarse del COVID–19, pero no conseguir recursos económicos para sostenerse, o, por otro, salir a las calles a buscar, como sea, los medios económicos para mantenerse, si bien lo hace a costa del riesgo de contagiarse de la enfermedad, o de ser multado o detenido por desacatar las órdenes del Gobierno.

Desde algunos sectores se solicitó la garantía de una renta básica extraordinaria para la pandemia, y de una renta básica permanente como medida de salud pública para mitigar los contagios por COVID–19. Sin embargo, estas propuestas nunca se acogieron desde el Gobierno, y frente a ello, es clara la percepción de la gran mayoría de participantes en este proyecto, en cuanto a cómo el panorama de la informalidad, que en ciertas regiones del país supera el 80%, fue absolutamente desolador. Los trabajadores/as se vieron en la penosa necesidad de salir a poner en riesgo sus vidas y la de sus familias, exponiéndose a los contagios y a las sanciones morales y penales, para rebuscar algunos ingresos y no morirse de hambre.

"la informalidad tiene una inequidad inmensa entre quienes sí podían guardarse y quiénes no. Acá hay una compañera que representa a las empleadas de servicio doméstico quienes tuvieron que abandonar sus hogares y a sus propias familias, para ir a seguir cuidando porque siempre tuvieron permiso de movilidad, a familias que tenían que teletrabajar y toda esta condición que es una variedad muy grande, frente a quienes sí podían tener condiciones de mayor o menor cuidado. Uno lo mira en todas las empresas, entonces los obreros de construcción, por ejemplo, tenían que mantenerse en una cantidad de roles dentro del sector formal, que no pudieron tampoco tener la misma condición de protección y cuidado." Trabajadora de ARL. Grupo Focal. Trabajadores/as Formales. Colombia.

Este drama se suma, como se comentó previamente, al hecho de que el sector informal en Colombia, ha

sido una población que históricamente ha encontrado barreras para la garantía de sus derechos, y por ejemplo, se presentaron casos de trabajadores/as con enfermedades crónicas que nunca recibieron un tratamiento adecuado para su enfermedad, pero que aun así tuvieron que arriesgarse a salir de sus casas y romper el confinamiento para poder laborar en la informalidad, a pesar de estar en grupos de alto riesgo por sus comorbilidades.

Mecanismos para la exigencia de los derechos

Protesta derivada del descontento

"Yo creo que las protestas en la calle están es pidiendo los determinantes de la salud y eso es lo que se ve en las peticiones regionales, que se está tratando de llegar a algún acuerdo y que, así el gobierno central los desconozca, pero se está tratando de hacer algo ahí y tiene que ver con los determinantes de la salud." Médico. Grupo Focal Trabajadores/as de la Salud. Colombia.

Otro punto que también fue ampliamente visibilizado por los participantes en las entrevistas y grupos focales, se estableció en la ubicación de una serie de medidas por parte del Gobierno Nacional, que llevaron a que la población se manifestara en las calles contra estas acciones que se consideraban ya un atropello contra la ciudadanía, y se sumaron a un descontento que se venía expresando en actos de protesta desde el 2019.

La movilización social se hizo en el marco del aumento de casos hacia el tercer pico de COVID–19 en el país, y puso de relieve cómo las propuestas del Gobierno Nacional eran tan nefastas, arbitrarias y dañinas para la población en general, que, por encima del riesgo de contagios, se posicionó la necesidad de salir a ejercer el derecho a la protesta y manifestar el inconformismo contra las políticas del Estado.

"Entonces me parece que realmente no ha habido unas condiciones, sino una precarización de la vida, de la vida total, total. Entonces uno dice, bueno, fue caldo de cultivo para que sucediera el estallido social en el que estamos y además hubo las dos gotas que rebosaron el vaso de agua, que ya lo hablamos, que fue la reforma tributaria, más impuestos y la reforma a la salud." Mujer, pertenece a una plataforma de organizaciones sociales. Entrevista. Colombia.

La lectura general que se hace frente a los hechos que originan la protesta en el 2021, establece la propuesta de reforma tributaria del Ministerio de Hacienda como la gota que rebosó el vaso y generó este denominado estallido social en las calles. Las movilizaciones fueron convocadas en un principio por el Comité Nacional de Paro, y recibieron el apoyo de diversos sectores, que se sumaron cada uno desde sus intereses particulares, pero estableciendo en la reforma tributaria, un norte de lucha contra el cual manifestarse.

"Porque la historia de cada quien hay que tenerla en cuenta y si aquí hablamos de pandemia y los miles que están sin salud, que no pueden ni siquiera acercarse a un hospital o a un centro de salud porque es una política de Sisbén totalmente amañada, esos miles tienen que ver, como lo dijo el compañero que me antecedió, ¿cómo comen? Es que uno no puede dejarse morir de hambre, y la gente ve la posibilidad de salir en una movilización para que se les escuche y si este pueblo no se hubiera movilizado nos habrían metido con toda la reforma tributaria y había pasado la reforma de salud." Profesora. Grupo Focal Trabajadores/as Formales. Colombia.

Cuando el Gobierno Nacional se echa para atrás con la reforma, el siguiente punto que adquiere mucha fuerza en las voces de la protesta social es el proyecto 010 de 2020 para la reforma a la salud. En este punto se hace visible que la manifestación ha abarcado amplios sectores, y que, a diferencia de otros momentos, no está sólo representada por los grupos estudiantiles, sino que recoge también a una población etaria mayor y de grupos diversos a los de las centrales obreras. La percepción aquí es que esta gran acogida de movilización lleva a que el proyecto de reforma a la salud no reciba apoyos en el Congreso y termine también cayéndose.

Necesidad de mecanismos para la exigibilidad de los derechos

"...siempre queda la sensación de que se quedan en recomendaciones, pero más allá de un cumplimiento como que uno siente el vacío,

como si faltara alguna herramienta que obligue a los Estados a cumplir las demandas que dan todas estas plataformas de derechos humanos. Uno tendría que pensarse cómo prenderlas, aparte de conocerlas y entenderlas muy bien, ¿cómo utilizarlas como herramienta de exigibilidad?" Mujer, pertenece a una plataforma de organizaciones sociales. Entrevista. Colombia.

La protesta social también puso de relieve la respuesta coercitiva ejercida por el Gobierno Nacional. Las cifras de heridos, muertos y desaparecidos a causa de las fuerzas policiales y militares se mantuvieron constantemente en aumento, lo que alertó a la comunidad internacional frente a la violación de los derechos humanos. Ante ello, la ONU y la CIDH realizaron visitas para verificar el uso de la fuerza, el nivel de represión y las acciones desmedidas contra la población civil. Sin embargo, se hace la lectura de que estas acciones no pasaron de recomendaciones que el Gobierno Nacional no decidió acatar.

"Entonces yo creo que ha habido una domesticación del sistema mismo capitalista, en donde la gente se adormezca y la gente no reclame. Algunos dicen 'es que ni siquiera sabíamos qué es qué o tengo, o soy sujeto de derecho", … que yo soy sujeta de derechos a la salud y no sé ni cómo reclamar '. Entonces la gente misma inclusive siente que cómo hace para reclamar una atención." Mujer, pertenece a una plataforma de organizaciones sociales. Entrevista. Colombia.

Es por ello por lo que también hay un cuestionamiento frente a cuáles son aquellos mecanismos para la exigibilidad de los derechos, que además puedan ser utilizados como herramienta por la población y lleven a un efectivo cumplimiento y garantía de los derechos humanos. No obstante, es ostensible que, desde algunos espacios, ni siquiera hay un conocimiento claro frente a los derechos humanos ni cómo reclamarlos. El desconocimiento de la normatividad y la legislación en diversos gremios dificulta la organización y la generación de propuestas para la exigibilidad.

Sin embargo, desde las diferentes posiciones que se recogen en las entrevistas y grupos focales, también hay una serie de mecanismos que se considera pueden ser efectivos para hacer valer los derechos de la ciudadanía. De manera general, el más referenciado es la tutela, si bien se conoce que en los juzgados gran cantidad de acciones de tutela se consideran improcedentes, dada su efectividad en diversos procesos, se percibe como el principal instrumento para garantizar los derechos.

"los pacientes hicieron uso de otro derecho relacionado con la atención de salud que es el derecho a la tutela, la gente recurrió a la tutela para obligarnos también a actuar oportunamente cuando se pudo frente al uso de las unidades de cuidados intensivos, ese es otro mecanismo regulador que nosotros llamamos de exigibilidad de derecho." Médico. Entrevistas. Colombia.

No obstante, también aparecen otras coloridas alternativas que se proponen como opciones para llevar las necesidades sociales a un plano ejecutivo. Así, algunos de los participantes proponen: el voto como el mecanismo fundamental para lograr una representación que lleve al cambio; la generación de espacios de diálogo que puedan derivar en la exigencia de los derechos; la realización de procesos de gestión enmarcados en los entornos y prácticas laborales; la estructuración de un nuevo modelo sindical que se plante de cara a los atropellos contra los trabajadores/as; o la reestructuración del sistema penal para que se castigue ejemplarmente a quienes violan los derechos. Estas propuestas, si bien diversas, dan una noción interesante de las formas como se conciben los procesos de cambio en los imaginarios de los diferentes sectores, y valen la pena ser tenidas en cuenta como insumos para la gestión de espacios y mecanismos para la exigibilidad de los derechos.

"Creo que hay una herramienta que es vital para transformar, no solamente el problema de la salud, sino todos los problemas que nos aquejan actualmente en este país y es el tema del voto, el poder del voto que todos nosotros tenemos como ciudadanos. Yo creo que el día en el que el pueblo colombiano entienda que en sus manos está poder cambiar todo lo que está mal, erradicar la corrupción, erradicar todo como lo tienen ahorita con el voto, ese día lo podremos hacer." Empleado de banco. Grupo Focal Trabajadores/as Formales. Colombia.

Respuesta frente a la COVID–19

Respuestas comunitarias frente a la pandemia

"...pero esto en pandemia en términos de la alimentación ha sido muy fuerte, los muchachos se han movido bastante con eso, las mamás se han movido mucho para cuidar los niños entre unos y otros porque al tener los niños y las niñas en casa, y no tener la posibilidad de trabajar al tiempo con el teletrabajo, es no tener quién los cuide. Entonces se ha visto mucho el aumento de lo que fue el origen de las madres comunitarias y eso del: 'Yo le dejo a mis niños mientras me voy a trabajar o mientras en la misma casa hago otras cosas', eso ha sido muy potente." Economista y defensora de derechos. Entrevista. Colombia.

Frente a la ausencia de una respuesta por parte del Gobierno Nacional de manera amplia y efectiva para todos los sectores de la población colombiana, han surgido propuestas interesantes a través de esquemas de solidaridad o de la expresión de saberes ancestrales, tanto en términos de atención a las necesidades en salud, como frente a otras dinámicas surgidas en el marco de la pandemia y en el ejercicio de la cuarentena.

Uno de los mecanismos de respuesta que se hicieron visibles fue la valoración de las medicinas ancestrales en los entornos rurales, que de una u otra forma están ligadas a concepciones frente al territorio, y derivaron en pugnas no sólo por la atención en salud, sino también frente a la soberanía territorial de comunidades étnicas y campesinas. Los médicos tradicionales se establecieron como los actores fundamentales a cargo de las prácticas en salud para la población que no recibió la atención del Gobierno, y terminaron efectuando procesos desde saberes espirituales y botánicos, tanto preventivos como curativos.

"Y de hecho, la mayoría de las poblaciones y pues claro, en medio del caos a veces hay cosas que son muy interesantes, y es que la misma población empieza a valorar, sobre todo la gente de la ruralidad, a valorar la medicina y las prácticas ancestrales. Y de protección de los territorios. Sobre todo las comunidades indígenas que sus prácticas son muy fuertes de protección de territorio, entonces ellos sí tomaron medidas en sus territorios, en la mayoría de los territorios, de las medidas para proteger el territorio y empezar, digamos, a cultivar en la población, cómo es necesario utilizar todas esas prácticas ancestrales de protección de la vida." Mujer, pertenece a una plataforma de organizaciones sociales. Entrevista. Colombia.

Asimismo, se hicieron visibles prácticas solidarias para la atención y el cuidado en diferentes entornos comunitarios. Desde espacios como los de las primeras líneas, en los frentes de movilización social, se gestionaron actividades para brindar atención en salud a las personas que lo requerían, no solo para el caso de heridos durante las protestas en las luchas contra la fuerza policial, sino también frente a otras dolencias y patologías de personas que no habían recibido atención en salud. De igual forma, se gestaron lazos cooperativos entre madres en los barrios populares, gestionando una distribución de las tareas domésticas y laborales, de manera que se pudiera dar respuesta a todas las solicitudes que exigió la pandemia en la cotidianidad de las personas.

Respuesta desde los gobiernos

"Fue una tensión muy grande porque el gobierno nacional procura cuidar los intereses de la empresa, de los sectores económicos y entonces duda en cómo comenzar a tomar las medidas de aislamiento y de cierres de circulación de personas y circulación de vehículos, toques de queda y otras medidas que iban dirigidas a aislar y a controlar la movilidad social" Ex funcionario de gobierno. Entrevista. Colombia.

Desde las perspectivas recogidas por sectores cercanos a los gobiernos departamentales, se muestra que hubo una desarticulación importante entre el Gobierno Nacional y los gobiernos departamentales y locales, especialmente cuando se hacía presente una tensión en términos políticos frente a Gobiernos alternativos. De manera general, la COVID–19 se estableció por obligación en todos los planes de Gobierno, sin embargo, la respuesta a las necesidades de la población se dio de manera particular y mediante procesos diferenciados. En algunas propuestas, se hizo visible una preocupación por el bienestar de la población, sobre todo de la

población informal, mientras que en otros escenarios fue más clara la apuesta por responder a los intereses de los sectores económicos dominantes.

En cualquier caso, las medidas que llevaron al aislamiento preventivo de la población, luego se sustentaron en enfoques sanitarios basados en la idea del autocuidado. Fundamentalmente desde el Gobierno Nacional, se entregó la responsabilidad a la ciudadanía de asegurar el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad para mitigar los contagios. Las prácticas estatales se enmarcaron en castigar a quienes no mantenían las medidas de autocuidado, antes que en gestionar un plan de atención sólido frente a los casos crecientes. Las políticas de prevención y promoción se centraron en hacer visibles que las personas no eran capaces de cuidarse, y que el aumento de contagios correspondía al desorden y la irresponsabilidad social de la población.

"...a mí me parece que el énfasis del gobierno fue el autocuidado, y lo que esperaba de la respuesta comunitaria, individual, familiar, comunitaria, era autocuidado, más que otro tipo de medida, yo no sé cómo." Médico. Entrevistas. Colombia.

Todavía, para el día de hoy, no se ha apropiado un plan organizado frente a cómo atender la pandemia, y en el marco de un plan de vacunación en ejecución, desde ya se hacen evidentes las fallas en el proceso, no sólo por la falta de biológicos y por la planeación desorganizada, sino por hechos como que la mayor parte de la población que murió en el tercer pico era población mayor de 50 y 60 años que ya debía tener su esquema de vacunación completo. Es inquietante la falta de seguimiento y de respuestas ante situaciones como esta, y no se proyecta una política de acción clara.

"Las consecuencias las estamos viviendo hoy en términos de que adquirimos un ritmo de vacunación diario importante que llegó inclusive a las más de 400.000 vacunaciones al día y nuevamente vienen en desplome porque se hizo la vacunación sin agendamiento y la gente no llega. Además, se perdió mucho tiempo en el plan de vacunación en Colombia porque se forzó la idea de que había que intermediar la vacunación y pasar la plata por las EPS." Médica psiquiatra. Entrevista. Colombia.

Finalmente, con el plan de vacunación andando ya para casi el total de la población en el país, no son claras tampoco las medidas que se van a proponer para dar atención a los requerimientos post COVID. Es preocupante ver que, tras casi dos años, la improvisación por parte del Estado se mantiene, y que no se está prestando atención a todas las patologías derivadas del COVID–19 y de la cuarentena en términos de salud física y mental. Más aún, preocupa la falta de planes concretos frente a los procesos laborales, que sin duda se articulan con los aspectos de la atención en salud, y que tampoco están recibiendo la atención adecuada en tanto no responden a las necesidades de la mayor parte de la población, sino a unos intereses de grupos pequeños dominantes.

CONCLUSIONES FINALES

El proceso de categorización en los seis bloques de análisis da cuenta de los aspectos fundamentales y de mayor relevancia que fueron ubicados por los actores a través de las entrevistas y de los grupos focales. A partir de este proceso de ordenamiento de la información, pueden establecerse algunas conclusiones generales que orienten el análisis hacia la respuesta de las preguntas centrales de la presente investigación.

Gráfico 9
Frecuencia de palabras en Grupos Focales

Palabras más frecuentes en Grupos Focales

Palabra	Cantidad	Palabra	Cantidad
salud	774	derechos	162
pandemia	346	país	153
gente	178	sistema	153
situación	174	medidas	141
gobierno	163	colombia	125

Frecuencia de palabras en Entrevistas

Palabras más frecuentes en Entrevistas

Palabra	Cantidad	Palabra	Cantidad
salud	399	derechos	108
pandemia	210	sistema	101
gente	117	país	94
gobierno	116	atención	79
medidas	110	población	76

Fuente: Elaboración propia

Desde el primer eje de análisis se abarcan consideraciones importantes con respecto a la idea de salud. De manera general, la salud y el derecho a la salud no tienen una diferenciación marcada en los discursos de los participantes. Fueron pocas las respuestas centradas en brindar una definición de la salud como concepto, sin que estuviera inexorablemente articulada con todo el aparato social y jurídico que enmarca la idea del derecho. Esto ubica la noción de salud en un escenario de disputa, normalmente entendida desde la idea del acceso a los servicios de salud, como una forma de entender el cumplimiento y la garantía del derecho. En todo caso, el concepto de salud se encuentra presente como un aspecto en tensión y en la lucha por su garantía, y se articula, en una primera mirada, con los procesos de atención: la salud es lo que el sistema debería ofrecer cuando yo voy a los servicios. Ciertamente hay algunas propuestas, especialmente en las entrevistas, que hablan de la salud desde una perspectiva más amplia y que, en el marco del sistema, abarca también procesos como la promoción y la prevención. Pero no deja de ser llamativo que la atención tenga tanta relevancia, y probablemente se debe a que es este el vacío fundamental en donde se percibe la inoperancia del sistema, al menos en la práctica y las vivencias de la mayoría de los participantes. Esto también se puede relacionar con una visión medicalizada del derecho a la salud, en donde para la mayor parte de la población se asocia con el derecho a la asistencia sanitaria.

Por otra parte, es claro que la salud, en tanto derecho fundamental, debe gozarse en plena garantía por parte de la ciudadanía, y que el garante debe ser el Estado. A pesar de que todos los participantes entienden que las dinámicas del modelo actual ubican a las EPS como los entes privados que administran los recursos de salud, no deja de señalarse que es una función del Estado asegurar la salud para sus ciudadanos. En ese sentido, hay una articulación importante allí con el derecho al trabajo, en tanto terminan siendo dos procesos notoriamente articulados a ser garantizados por los gobiernos: la salud en los entornos laborales hace parte de las exigencias actuales de la ciudadanía y abarca relaciones de bienestar físico y mental para las personas. La mercantilización de la salud genera

una ruptura entre estos dos elementos cuando se establecen como dos procesos ajenos, y más aún, cuando establece que uno pretende dar respuesta al otro a través del pago de los servicios. Es por eso que la expectativa esencial es que el Estado sea capaz de dar respuesta a estas dos necesidades de la población, liberando a la ciudadanía de la responsabilidad individual de tener que asegurar su acceso a los servicios de salud, a la vez que mantiene la plena garantía del derecho al trabajo.

Ahora bien, en el escenario actual y durante la pandemia por la COVID–19, se hicieron evidentes los fallos que el sistema de salud presenta desde hace años. Fue clara la ineficacia que tiene el modelo para atender una alta demanda de necesidades en salud, a la vez que siguió interponiendo barreras para el acceso de las poblaciones periféricas, de escasos recursos e históricamente oprimidas. El afán por mantener el negocio derivó en un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad a causa de la COVID–19, a costa de saturar los sistemas hospitalarios y sobrecargar al personal de salud sin asegurarle las garantías mínimas para el desarrollo de sus funciones. En últimas, la pandemia fue un escenario que mostró con toda crudeza cada uno de los vicios y las grietas que tiene el modelo de salud actual, y develó la inoperancia de un sistema que se mueve por intereses políticos y económicos por encima de cualquier cosa.

De manera general, este análisis recoge que, en la experiencia y consideración de los participantes en las entrevistas y grupos focales, frente a un antes y un después, la pandemia mostró un recrudecimiento de las barreras históricamente establecidas para el acceso a los derechos. Por un lado, la salud se mantuvo como un privilegio al que pudieron acceder las personas de mayor solvencia económica, que tuvieron la opción de pagar por los servicios, y que han sido además quienes han habitado normalmente los espacios urbanos. Las personas pobres y de las zonas periféricas urbanas y rurales se mantuvieron marginadas de la posibilidad de recibir atención frente a las patologías asociadas a la COVID–19. Adicionalmente, es claro que las prácticas de promoción y prevención son ajenas a estos sectores, y desde las campañas por el autocuidado hasta la implementación del plan de vacunación, las acciones realizadas por el Estado y las EPS fueron siempre insuficientes y tardías para esta población que nunca ha gozado del derecho efectivo a la salud.

Asimismo, la incertidumbre laboral que derivó de las restricciones a la movilidad y la cuarentena obligatoria trajo un fuerte impacto a los trabajadores/as del sector informal. Las actividades por las que la mayor parte de la población nacional obtiene sus ingresos se vieron prohibidas de un momento a otro, marcando un profundo conflicto entre la necesidad de salir de casa a buscar el sustento para la sobrevivencia, a pesar del riesgo de contagio y de la posibilidad de recibir sanciones por no acatar las medidas. Es claro que el sector informal en el país ha sido toda la vida un grupo desatendido por el Estado, sin garantías laborales y siempre sometido a labores riesgosas de una u otra forma, sin embargo, es evidente también que la pandemia generó todavía más dificultades para conseguir el sustento con el que sobreviven diariamente la mayor parte de los trabajadores/as colombianos, y supuso vulneraciones más amplias a la garantía del derecho al trabajo.

Todos estos hechos llevaron a que durante la pandemia se viviera una interesante dinámica de movilizaciones sociales que, a través de la unión y las acciones conjuntas de varios sectores, lograron echar para atrás fundamentalmente dos medidas de gobierno que iban a ser implementadas, como lo establecieron los participantes, de manera descarada. Tales medidas surgieron en un momento de muchas dificultades para la población y con acciones que profundizarían las brechas de inequidad y desigualdad tanto a nivel económico como en términos de la garantía del derecho a la salud. El enorme descontento de la población finalmente la llevó a las calles, y dio indicios de cómo la protesta y, hasta cierto punto, las vías de hecho son herramientas que tiene a su disposición la ciudadanía para exigir sus derechos.

Sin embargo, aunque este estallido social tuvo un gran impacto en la contención de las acciones a implementar por el Estado, fue evidente también una violación sistemática de los derechos humanos en el escenario de la protesta con la utilización de los medios de coerción estatales de forma desmedida,

que mostró a su vez la falta de mecanismos de veeduría y control a las acciones del Gobierno Nacional por parte de entes internacionales. También se relata cómo, más allá del conocimiento de algunos instrumentos como las acciones de tutela, parecen ser pocas las herramientas que la población conoce y considera efectivas para la exigibilidad de sus derechos. Es desalentadora la enorme necesidad de unos instrumentos que tengan la verdadera potestad de someter las decisiones del Estado a los intereses de la población, pues por el momento, en la mirada de los participantes, no es clara la existencia de una figura de ese calibre.

Como conclusión final, se anima a los lectores a dar una revisión crítica a la presentación hecha de los relatos de los participantes a esta investigación. Este documento permite explorar aspectos relacionados directamente con las nociones de la población frente a las acciones tomadas desde los sectores públicos y privados, a la vez que pone de relieve elementos bastante interesantes como la transformación de las prácticas laborales a lo largo de la pandemia, o las respuestas comunitarias que surgieron ante la inoperancia de las acciones estatales. Este texto brinda una mirada que puede dar para análisis diversos frente a la visión del derecho a la salud y del derecho al trabajo en estos momentos, a la vez que enseña un panorama enriquecedor frente a las percepciones en materia de la garantía de los derechos y el acceso a ellos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es necesario reconocer que la emergencia sanitaria resultante de la pandemia por la COVID–19 es un evento de unas dimensiones catastróficas que aún no termina, frente al cual existen múltiples aristas que resulta difícil aún captar. Si bien este ejercicio buscó acudir a múltiples voces, aún resulta limitado para captar las múltiples facetas de la realidad colombiana en la cual hay diferencias entre regiones, grupos poblacionales y territorios urbanos y rurales, entre otras.

Un segundo elemento a destacar es que, junto al tiempo limitado para llevar adelante esta investigación, la situación en Colombia de estallido social y la existencia de una tercera ola en el periodo de trabajo, fueron factores que incidieron en el desarrollo de las entrevistas y grupos focales, las cuales sin embargo finalmente pudieron ser llevadas a cabo.

Un tercer aspecto que se puede situar como limitante del alcance de este estudio es que las voces de los actores gubernamentales estuvieron representadas en una menor medida, lo cual da como resultado una contrastación más con la mirada de otros actores sociales.

COMENTARIOS, SUGERENCIAS, PROPUESTAS

La profunda implicación que ha tenido la pandemia en la vida económica social y política en el ámbito global y nacional ha colocado en el centro de la agenda pública los temas de salud con múltiples abordajes desde distintas perspectivas disciplinares, sectoriales y desde los actores sociales. Las múltiples miradas han tensionado la capacidad de respuesta del conjunto de la sociedad a los retos que se derivan de esta situación.

Es necesario reconocer que en un primer momento tanto para los gobiernos como para las poblaciones las dimensiones de la crisis resultaban lejanas y limitadas, tal vez dada la distancia y escaso impacto de problemas similares contemporáneos, tales como las epidemias de SARS, MERS y Ébola, pero el rápido avance de la COVID–19 desde China hacia los países europeos se acompañó de la generalización del miedo incentivado por la invasión de la problemática en las noticias.

Si bien se buscó un énfasis en mensajes con sustento científico, dadas las certezas limitadas que se tenían ante la emergencia del nuevo virus, los mensajes no resultaron siempre ser suficientemente claros y coherentes, con lo que la confluencia de esfuerzos sociales para enfrentar la situación se vio fragmentada. En un segundo momento, los argumentos fundamentados en el conocimiento dieron paso a los intereses frente a garantizar la gobernabilidad, con lo cual, la construcción de estrategias de enfrentamiento de la pandemia, no resultaron con la suficiente coherencia.

La conjugación de estrategias de contención, mitigación y supresión aparecen en el tiempo de manera desordenada, con un limitado desarrollo

de las acciones de contención, adopción temprana de acciones de supresión y predominio de acciones de mitigación, con lo cual aparece una imagen contradictoria de medidas radicales de cierre con posturas de apertura sin mucho control.

En este escenario el derecho a la salud por momentos queda atrapado en el dilema que no debiera ser real, entre economía o salud, cuando sin salud no hay economía y sin economía no hay salud. El problema es cuál economía y cuál salud.

En este marco, la visión de la garantía de los derechos humanos requiere alimentar el análisis y la acción del mejor conocimiento disponible al servicio de los distintos actores sociales, para contribuir al desarrollo de políticas públicas que permitan responder a emergencias como la que se derivada de la pandemia por la COVID–19 colocando en el centro la participación social en una búsqueda de una mayor democratización de la sociedad, tanto en dimensiones económicas como sociales, y por supuesto en un ámbito político.

Por esto recomendamos profundizar en el estudio comparativo que permita identificar los aprendizajes en torno a la manera en que se ha desarrollado la pandemia en los países de la región, qué tanto este comportamiento se relaciona con las condiciones estructurales previas en materia de condiciones de vida y modelos sanitarios, así como de la coherencia de la respuesta adoptada por los gobiernos y el papel otorgado a la partición social en esas respuestas.

A partir del ejercicio desarrollado en este estudio aparece la relevancia de impulsar y fortalecer mecanismos de exigibilidad de los derechos humanos y en particular del derecho a la salud, desde una óptica que logre captar tanto el papel del Estado como garante de derechos, pero también la necesidad de fortalecer procesos de organización social y comunitaria encaminados a vigorizar la autonomía y el desarrollo de capacidades para el control de la vida social, económica y política.

Por último, no podemos dejar de lado una reflexión frente a la importancia de considerar esta pandemia como un profundo llamado de atención a la forma en que las sociedades contemporáneas asumen la relación sociedad naturaleza, y la necesidad de asumir un necesario cambio de orientación desde la óptica de una sola salud: tanto la humana, pero también del conjunto de seres vivos e incluso del mundo no vivo.

Estudio de caso:
Costa Rica

Equipo investigador:

Cristian Otey Águila, investigador
Alcira Castillo Martínez, investigadora
Ingrid Gómez Duarte, investigadora adjunta

Contenido

Introducción **107**
Explicitaciones–conceptualizaciones oficiales del Derecho a la Salud del país. 107
Protección y Seguridad Social en Salud; Sistema de Salud; conflictividad existente. 108
La conflictividad del Sistema de Salud 112
Explicitación de casos particulares: comportamiento de las poblaciones 113
Efectos de la Pandemia – Medidas de enfrentamiento implementadas
Barreras a las medidas no farmacológicas y farmacológicas 115
PRESENTACIÓN ANÁLISIS CUALITATIVO: RESULTADOS **116**
Modelo de Salud Integral versus enfoque biologísta y. asistencial **117**
Abandono de la atención en salud mental 118
Dejaron de atender a personas con enfermedades crónicas, continuidad y calidad 119
Acceso a los servicios de salud pacientes COVID 19 120
Derecho a la Salud ligado a la mejora institucional **120**
Gran oportunidad para el fortalecer en el sistema de salud 121
Gestión de la información y comunicación 122
Ejercicio del control social ciudadano **123**
El control social no está ejercido por la ciudadanía 124
Falta de reconocimiento de actores sociales en la gestión de salud 126
Gestión de la autoridad en la emergencia sanitaria 127
Desigualdad social **128**
Representación histórica de la desigualdad 128
Impacto diferenciado por género 129
Impacto en la dinámica familiar 129
Aprendizaje sociocultural diferenciado 130
Empleabilidad en la emergencia sanitaria **130**
Precariedad del empleo en la emergencia sanitaria 131
El rol ambiguo/proactivo del sector privado 132
CONCLUSIONES **133**
LIMITACIONES DEL ESTUDIO **136**
COMENTARIOS PROSPECTIVOS **136**
Siglas y Acrónimos **139**

Estudio de caso:
Costa Rica

Introducción

En este documento se presenta el Informe Final del Caso de Costa Rica y se estructura en dos partes. Una primera parte referida al contexto socio–sanitario del país, la concepción oficial del derecho a la salud, las bases de la seguridad social y el sistema de salud de Costa Rica, y una segunda parte con los resultados y análisis cualitativo del estudio–país, conclusiones y algunas consideraciones generales.

Explicitaciones–conceptualizaciones oficiales del Derecho a la Salud del país.

El Derecho a la Salud en Costa Rica se entiende de manera oficial como una derivación del derecho a la vida constitucionalmente protegido, así consta en el numeral 21 de la Constitución Política de la República. Asimismo, el Derecho a la Salud se le considera en estrecha relación con los derechos sociales de las personas, así consignados en la Constitución de 1949 de Costa Rica.

La Sala Constitucional del país ha hecho las interpretaciones sobre el Derecho a la Salud y en voto 5130–94 del 7 de septiembre de 1994, esta Sala Constitucional que "la vida humana es inviolable y a partir de ahí se deriva el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, y el acceso a la salud se considera integrado como parte de ese Bien Jurídico Vida, siendo en definitiva al Estado a quien le corresponde velar por la salud pública impidiendo que se atente contra ella." (Solano Castillo, 2003). Asimismo, se ha expresado que la Sala Constitucional no solo reconoce el derecho a la salud, sino también lo equipara con el derecho de atención a la salud y al Estado como garante de la prevención y tratamiento de las enfermedades (Solano Castillo, 2003; Vargas López, 2010).

Tabla 5
Marco Contextual
Socio–Sanitario de Costa Rica

POBLACIÓN (2020)	5.128.000
	50.4% Hombres; 49.6% Mu–jeres
TERRITORIO (*INEC. 2020*	**51.100 Km^2**
	7 provincias, 81 cantones y 488 distritos (2020)
No Ejército	**73 años de abolición del ejército Nacional (1948)**
Seguridad social	**80 años de seguridad social**
ÍNDICE DESARROLLO HUMANO (IDH)	**0,81 Puesto 68 a nivel mun–dial (2019–PNUD).**
DESEMPLEO (INEC.2020)	**23.2% (INEC.2020)**
ESPERANZA DE VIDA (INEC.2020)	**80.6 años; (78.1 Hombres y 83.2 Mujeres) pérdida de 2 años por COVID 19)**
Cobertura de seguro salud	:91,8 (INEC 2020)
Cobertura de vacunación al nacer	99% (INEC 2020)
Cobertura agua apta con–sumo humano	98% (INEC 2020)
Electricidad	99,5% (INEC 2020)
Tasa Mortalidad infantil	8.89/1000 (INEC 2020)

También la Sala constitucional en un análisis constitucional y jurisprudencial según el voto 2522 de

1997 ha definido la Salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades"; es decir, se asume el concepto de salud que define la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948).

El derecho a la salud asumido en el país tiene base en el sistema interamericano de Derechos Humanos que establece las normas regionales que definen la salud como derecho humano. En el denominado Protocolo de San Salvador suscrito en la ciudad de San Salvador el 17 de noviembre del 1998 y en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General se regula el Derecho a la Salud en su artículo 10, y fue ratificado por Costa Rica el 16 de noviembre de 1999, que dice:

> "*toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud como un bien público y particularmente adoptar medidas para garantizar ese derecho*" (Artículo 10).

Adicionalmente el "Protocolo de San Salvador" expresa en el artículo 2 que los Estados parte deben garantizar el ejercicio de estos derechos, incluido el derecho a la salud, mediante mecanismos "legislativos o de otro carácter, para hacer efectivos tales derechos." (Organización de los Estados Americanos, s.f.). (Solano Castillo, 2003).

En el articulado de la Ley General de Salud # 5395 de 1973 y posteriores reformas, incluidas las que dan origen al Sistema Nacional de Salud, el Derecho a la Salud como tal no se establece específicamente; no obstante, a la Salud se le entiende según lo refieren sus siguientes artículos, así:

> *"Artículo 1º.– La* ***salud de la pobla****ción es un* ***bien de interés público tutelado por el Estado****. Artículo 2º.– Es* ***función esencial del Estado velar por la salud de la población****. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias. Artículo 3º.–* ***Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad.****"* (Sistema Costarricense de Información Jurídica. Procuraduría General de la República, Costa Rica, 1973).

La Ley General de Salud en sus definiciones ~~de~~ y características de la salud en Costa Rica implica la Salud como derecho humano y como derecho a la Salud. La declara como bien público, tutelado por el Estado, teniendo éste la función esencial de velar por la salud de la población y que todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud; atributos que se acercan fuertemente al concepto de Derecho a la Salud y con los cuales se ha regido la atención de la salud en el país.

Protección y Seguridad Social en Salud; Sistema de Salud; conflictividad existente.

Costa Rica tiene 80 años de contar con seguridad social. El sistema de Seguridad Social en Costa Rica es una Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se crea mediante Ley N.17 (Art. 2 y 3) de la Constitución Política en el año 1943. El artículo 73 establece que" los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine".

Esta Ley se crea para "aplicar los seguros sociales obligatorios" en el artículo 2, "*el Seguro Social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudez y orfandad y el suministro de una cuota para entierro (...*), siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un

riesgo profesional" y el artículo 3 : " *las coberturas del Seguro Social y el ingreso al mismo serán obligatorios para todos los trabajadores manuales e intelectuales que ganen sueldo o salario, y el monto de las cuotas que deben pagar se calculará sobre el total de las remuneraciones respectivas*".

Este Sistema de seguridad social le garantiza a la población la satisfacción de sus necesidades básicas. De esta forma, constituye uno de los más importantes pilares para la redistribución del ingreso nacional, y así se contribuye a la equidad y justicia social.

a) El Seguro social obligatorio

Es el seguro universal de salud que protege a la comunidad frente los riesgos que puede correr la salud, sin distinciones entre las diferentes categorías y actividades de los trabajadores/as¸ abarca la universalización del campo de aplicación, cambios en las estrategias de cobertura de los riesgos y también amplían la estrategia de cobertura a los cuidados de la salud, con programas de prevención de enfermedad y promoción de la salud.

b) Tipos de aseguramiento

Se entiende por aseguramiento la función de garantizar o asegurar el acceso a las atenciones de salud desde el punto de vista económico. Una persona asegurada, hombre o mujer es aquella que, en virtud del cumplimiento de ciertos requisitos sobre cotizaciones, parentesco o dependencia económica del afiliado, o condición socioeconómica familiar, posee el derecho a recibir, total o parcialmente, las prestaciones del Seguro de Salud.

Existen diferentes tipos de seguros y mecanismos de aseguramiento para que las personas posean el seguro de salud y el empadronamiento de la población cubierta, la identificación y requisitos para tener acceso a los beneficios y prestaciones:

Asegurado directo activo asalariado, asegurado familiar, asegurado por cuenta propia, asegurados por el Estado, asegurados por convenios y grupos.

c) El financiamiento

El financiamiento de la Seguridad Social (CCSS), se establece con la contribución solidaria tripartita entre patronos, trabajadores/as y el Estado. Así se financia la seguridad social en el país.

Pensiones patronos	5,25% de la planilla
Salud patronos	9,25%
Total patronos	14,50%
Pensiones trabajadoras	**4% de la planilla**
Salud trabajadores	5,5 %
Total trabajadores	9,50%
Total Seguro Social	**24% de la planilla**

d) Regímenes de la Seguridad Social.

Se administran los siguientes regímenes:

- El seguro de enfermedad y maternidad.
- Seguro de invalidez, Vejez y muerte, y
- Régimen no contributivo

El Seguro de enfermedad y maternidad es el régimen que sustenta la atención de la salud y su desarrollo ha pasado por distintas etapas de cobertura poblacional.

Desde 1951 A 1961, Se crea el Seguro Familiar, al modificarse el reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), para introducir la cobertura familiar; además, de los hijos, la esposa o compañera, los hijos menores de 12 años y los padres, si fueran dependientes del asegurado directo, con un conjunto de prestaciones de salud.

e) La universalización de la atención en salud

A partir de 1970 y hasta 1978 el país decide e implementa la universalización del seguro de salud para dar atención a toda la población. Esta es una de las decisiones políticas más relevantes y estratégicas que el país asume en función de mejorar la equidad y la calidad de atención de salud.

Se dan cambios importantes, el Ministerio de Salubridad se transforma en el Ministerio de Salud. Se dicta su Ley General y Reglamento respectivo,

con funciones eminentemente preventivas, complementarias a las asistenciales de la CCSS.

Se realiza, además, el rompimiento de los topes de cotización y una reestructuración de la dirección superior de la Caja con la creación de las subgerencias, la primera de ellas, la División Médica. Paralelamente, se produce el traspaso de todos los Hospitales de la Dirección de Asistencia Médica Social a la Caja Costarricense del Seguro Social, mediante la ley 5349. Se aprueba la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, que crea el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), que permite financiar las acciones preventivas del Ministerio de Salud, a través de los Programas de Salud Rural y Comunitaria, construcción de acueductos rurales y el fortalecimiento de los programas de nutrición para preescolares y escolares. Se impulsa la política de salud de Atención Primaria (APS) a cargo de los Centros y de los Puestos de Salud, política que definió grandes cambios en la salud del país.

f) Creación Sistema Nacional de Salud.

De 1983 a 1989. Se crea el Sector Salud con instituciones del Estado que tienen responsabilidad con la salud y luego se avanza a la creación del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la definición delos niveles de atención en salud, las funciones del SNS, las instancias de coordinación interinstitucional en los diferentes niveles, así como las estructuras de participación comunitaria.

El 9 de noviembre de 1989, por Decreto Ejecutivo No. 19276–S, se creó el Sistema Nacional de Salud *(MS)* y se estableció el *Reglamento General del Sistema mediante* el cual se responsabiliza al Ministerio de Salud de la Rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población.

El objetivo general del SNS, se orienta a la atención integral de la salud de la población, a la producción social de la salud y a la utilización racional de los recursos, a fin de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

g) Reforma del Sector Salud y Modernización del Sistema de Salud

A continuación, se describen las reformas del sector de salud y modernización del sistema de Salud en Costa Rica.

- A partir de 1993 y en el contexto de la Reforma de Estado Costarricense se aprueba en la Asamblea Legislativa la Ley No. 7441, que se implementa con el nombre de Modernización del Sistema de Salud, producen cambios estructurales, tanto en el Ministerio de Salud como en la Caja Costarricense de Seguro Social; se replantean estrategias y acciones en los modelos de administración y de prestación de servicios de salud:
- Rectoría: mejoramiento de la conducción y evaluación del sistema.
- Readecuación del Modelo de Atención.
- Fortalecimiento de la asignación de recursos financieros, de acuerdo con las necesidades de salud.
- Fortalecimiento institucional con énfasis en adecuaciones a la organización del nivel central y regional y en la descentralización administrativa.

Respecto de estos componentes conviene señalar el principal objetivo del componente de conducción y evaluación: la función rectora del Ministerio de Salud, que pone énfasis en la definición de políticas y la planificación, así como a las funciones de vigilancia de la salud, de investigación y desarrollo tecnológico. Se mantiene la función ejecutora en las áreas de saneamiento ambiental, nutrición y promoción de la salud.

h) Estructura del Sistema Nacional de Salud

Le antecede en 1983 la creación del Sector Salud con las mismas instituciones. El Sistema Nacional de Salud está integrado por instituciones estatales del Sector Salud y otras del sector privado y la comunidad. Le antecede desde1983 la creación del Sector Salud con las mismas instituciones

1) **Ministerio de Salud (M.S.)**, Institución Rectora de la Salud, cuyo **objetivo** es: *ejercer la rectoría sobre los actores que intervienen en la producción social de la salud, mediante el estímulo a su participación activa y la*

orientación a sus acciones hacia el desarrollo y el mejoramiento constante de los niveles de salud de la población. Por rectoría se entiende la capacidad política, técnica, administrativa y legal para dirigir, conducir, regular y controlar el proceso de la producción social de la salud.

2) **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)**, Financiadora, compradora y prestadora de servicios de salud, cuyo objetivo es: prestar servicios de salud a toda la población con apego a los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, unidad, obligatoriedad, igualdad y equidad y otorgar protección económica y social, tanto a la población asegurada como a la de escasos recursos, de conformidad con la normativa vigente en materia de invalidez, vejez y muerte.

3) Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.).

4) Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A).

5) Universidades e institutos, públicos y privados encargados de formar y capacitar a los profesionales y técnicos de salud.

6) Servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de la salud de las personas.

7) Municipalidades

8) Comunidades.

i) Prestaciones del Seguro de Salud

A cargo del **Instituto Nacional de Seguros, INS**: Accidentes laborales, Enfermedades ocupacionales y Accidentes de tránsito.

A cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (Seguro de Enfermedad y Maternidad)

Asistencia médica general, especial y quirúrgica, Asistencia hospitalaria, Servicio de farmacia, Servicio de odontología, Subsidio en dinero para los asegurados (as) directos, Cuota de sepelio y Prestaciones sociales

j) Modelo de atención y organización

El desarrollo del modelo de atención de Costa Rica ha sido el resultado de transformaciones sucesivas que partieron con el Modelo de Medicina Asistencial Básica (1850–1900). Le sigue el Modelo de Salud Pública y Beneficencia (1900–1940), posteriormente la institucionalización de la medicina preventiva (1940–1970), hasta llegar al Modelo de Medicina Integral de Salud que se inicia en 1985, y alcanza su punto máximo con la readecuación del nuevo modelo en 1996 como resultado de la Reforma de Sector Salud.

El modelo de atención se basa en los principios de: equidad, solidaridad, universalidad, atención integral; entendiendo por integralidad que los problemas y necesidades de salud de los sujetos de la atención, no serán abordados de manera fragmentada o como hechos o eventos aislados, sino como parte de un todo. Incluye la continuidad de la atención y el abordaje interdisciplinario.

La oferta básica de servicios que ofrece el modelo de atención se caracteriza por las respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud a las personas: infantil, adolescente, adulta; lo cual incluye acciones de prevención de riesgos, daños y enfermedad, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, rehabilitación y reinserción social y promoción de salud. A nivel de la comunidad; vigilancia epidemiológica, participación social, recuperación y mejoramiento del ambiente humano.

Por niveles de atención y complejidad:

Primer nivel de atención

Primer nivel de atención Comprende los servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones están a cargo de los integrantes de los Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.) y que cumplen con la consulta externa, medicina general de las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo.

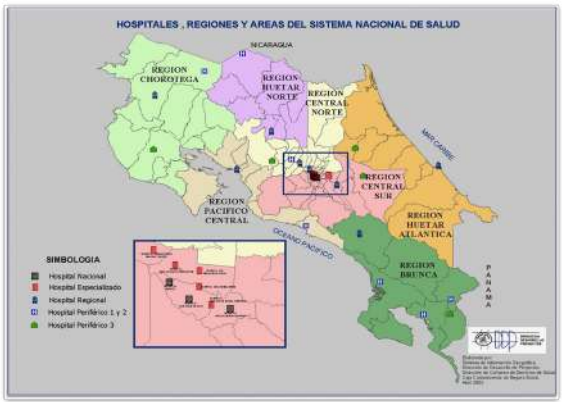
Segundo nivel de atención

Brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención cuentan con quirófanos dotados de personal y equipo para realizar cirugía mayor poco compleja. Los establecimientos típicos de este nivel son las clínicas tipo IV y los hospitales periféricos tipo 1, 2 y 3.

Tercer nivel de atención

Provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades. Adicionalmente, en este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados (CENDEISSS, 2004).

Ilustración 1. Hospitales, regiones y áreas del sistema Nacional de Salud de Costa Rica.



Fuente: Sistema de Información Geográfico,
Dirección de Desarrollo de Proyectos. CCSS, 2003.

La conflictividad del Sistema de Salud

Desde diversos contextos y actores sociales se han documentado los conflictos que vive el sistema de salud y la seguridad social en Costa Rica; existen antecedentes que dan cuenta de problemáticas que se han hecho crónicas, entre ellos: el Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social: Situación Reciente y Proyecciones desde la OPS (2011), el Informe del equipo de especialistas nacionales que analizó la situación del seguro de salud de la CCSS (2011), el Informe Especial Caja Costarricense de Seguro Social desde la Defensoría de los Habitantes (2012) y el Informe sobre la Reconstitución del Pacto Social Costarricense con la Seguridad Social desde la Comisión Especial de la Asamblea Legislativa, los cuales han señalado serios problemas en la institución (Solano, S M, 2019):

De tipo financiero: falta de liquidez debido a la disminución de los ingresos de la institución entre el 2006 y el 2010, lo que aumento en el último decenio y mayor aún y agudizado con el desempleo y crisis económica provocada por la pandemia (2020); lo que afecta la capacidad de la institución para afrontar las deudas a corto plazo, explicado por varias razones:

El aumento en el número de plazas, principalmente administrativas con la consiguiente alza en las remuneraciones; El aumento de las cuentas por cobrar, siendo el Estado uno de sus principales deudores, a pesar de la existencia de deudas contraídas por empresarios morosos; Las dificultades de fiscalización de las cuentas por cobrar con el fin de evitar que se convirtieran en cuentas no cobrables; Se discute por diferentes sectores empresariales, de trabajadores, sindicales y ciudadanos el financiamiento del Régimen de Enfermedad y Maternidad y el Régimen del IVM (aumento de las cuotas de la seguridad social, y los topes de las pensiones y edad de jubilación)

De gestión de la institución: se debe mejorar el sistema de cobros, atendiendo la evasión y la morosidad del Estado y del sector privado; contener las remuneraciones, reorganizar los tiempos extraordinarios y maximizar los tiempos ordinarios de trabajo, creando los indicadores para medir su productividad; Organizar y fiscalizar el sistema de compras de bienes, servicios y almacenamiento, así como, la contención de otros gastos, como la compra de licencias tecnológicas: Avanzar con mayor eficacia en la universalización e implementación el expediente digital como una prioridad institucional; Transparentar y agilizar las listas de espera de citas programadas de pacientes para cirugía y otras especialidades, ya que cada vez se acentúa más el tiempo de espera y afecta la salud de las personas

y calidad de atención; Fortalecer las acciones correspondientes a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. El modelo de atención se quedó centrado en lo curativo y asistencial. Y principalmente, las luchas de los sectores sociales por la no privatización de los servicios de salud y la mercantilización de los servicios de salud.

Finalmente, el sistema de salud presenta cierta tendencia a la segmentación por el crecimiento de servicios de salud privados que están en amplio desarrollo en el país, así como los seguros privados de salud para atención de servicios generales y especializados.; además de promover el turismo médico, odontológico y atención de tipo estético. Esta situación se incrementa en épocas de crisis o pandemia como ahora; vigilar y frenar la segmentación es la base del logro de la equidad en los resultados de salud y dar sostenibilidad a la solidaridad del sistema nacional de salud de Costa Rica.

Por otro lado, la frágil rectoría del Ministerio de Salud que adolece de una mirada intersectorial única y coordinada para favorecer la atención integral de la salud con enfoque de determinantes sociales de salud y de salud en todas las políticas. Cabe mencionar que el rol de rectoría del M de S cobró visibilidad a raíz del protagonismo asumido con las medidas sanitarias en el contexto de la pandemia provocada por la COVID 19.

Explicitación de casos particulares: comportamiento de las poblaciones

A nivel sociodemográfico, la situación poblacional en Costa Rica integra una percepción de vulnerabilidad centrada en adultos mayores (57,8%), seguido por el segmento de hombres en edad productiva (52,1%), mujeres trabajadoras (38,1%) y jefas en calidad de jefas de hogar (37%). (SINAE, septiembre 2021).

En Costa Rica la pandemia afectó al 94% de las empresas, alterando el crecimiento económico que cerró 2019 con un crecimiento económico cercano al 2%, una cifra muy por debajo del promedio observado en años anteriores que fue de 3,7% en promedio entre 2010–2018 (Banco Mundial, 2020).

Otras consecuencias de relevancia indicadas fueron la reducción de las ventas (90%), disminución de la jornada laboral (64 %), disminución de planilla (32%), cierre temporal (28%), el aumento de gastos de operación (23%) y la implementación del teletrabajo (15 %) (INEC, 2021).

Se prevé que el impacto económico como consecuencia de la pandemia del COVID–19 en el corto plazo, se sienta con más fuerza en el sector terciario, con particular efecto en el transporte, el turismo, la hostelería y el comercio al por menor. En conjunto, el comercio al por mayor y menor (9,8%), transporte y almacenamiento (5%) y las actividades de alojamiento y servicios de comida (3,7%) representaron casi una quinta parte (18,4%) del total del valor agregado en la economía costarricense (OIT, 2020).

Ilustración 2. Situación de trabajadores en Costa Rica, Tercer Trimestre 2019.

Sector de la Economía	Repercusión actual de la crisis sobre la producción económica	Niveles de empleo	Participación en el empleo total	Niveles de empleo femenino	Participación femenina en el empleo sectorial
Administración pública	Baja	94 787	4,4%	37 037	39,1%
Enseñanza y salud	Baja	246 799	11,4%	151 511	61,4%
Agricultura, ganadería y pesca	Media-Baja	261 669	12,0%	34 180	13,1%
Construcción	Media	135 002	6,2%	2 522	1,9%
Otros 1/	Media	30 573	1,4%	5 631	18,4%
Intermediación financiera y de seguros	Media	41 096	1,9%	21 671	52,7%
Actividades profecionales y administrativas de apoyo	Media	182 586	8,4%	60 833	33,3%
Transporte y almacenamiento	Media-Alta	115 177	5,3%	13 888	12,0%
Comunicación y otros 2/	Media-Alta	195 916	9,0%	75 298	38,4%
Hogares como empleadores	Alta	158 907	7,3%	141 738	89,2%
Industria manufactera	Alta	226 921	10,4%	63 692	28,1%
Comercio y reparación	Alta	343 299	15,8%	136 950	39,9%
Hoteles y restaurantes	Alta	140 604	6,5%	88 953	63,3%

Fuente: OIT, 2020, COVID–19 y el Mundo del Trabajo: Punto de partida, respuesta y desafíos en Costa Rica, cita a INEC–Costa Rica. Encuesta Continua de Empleo (ECE), 2019. (p.7).

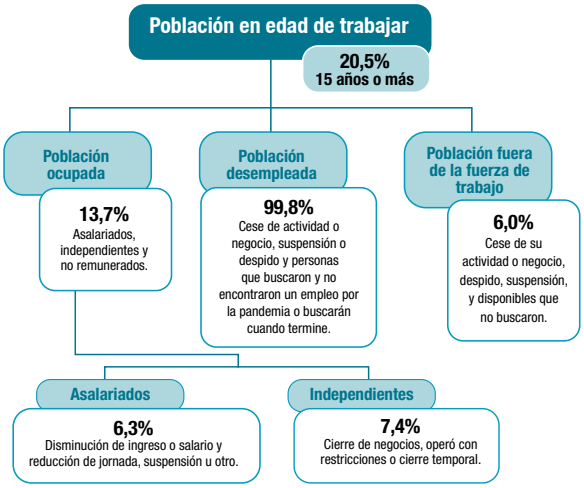
Los datos anteriores reflejan una afectación directa alcanzó la suma de un 38%, donde el sector más impactado fue el del comercio, donde se integra el sector turismo que aporta en 6 puntos porcentuales del PIB.

> El Banco Central de Costa Rica (BCCR) con la colaboración del Instituto Costarricense de Turismo (ICT), presentó los resultados de la Cuenta Satélite de Turismo, donde se destaca que el aporte de esa industria al Producto Interno Bruto (PIB) del país se incrementó de 4,4% en el 2012 a 6,3% en el 2016 (ICT, 2021 p.1).

La OIT, describe que hubo un crecimiento estable en el período 2013–2018, sin embargo, la tasa de desempleo en Costa Rica aumentó bruscamente desde un 8,7% en el segundo trimestre de 2018, hasta un nivel sin precedentes históricos del 12,4% en el cuarto trimestre de 2019. La incidencia heterogénea del desempleo entre distintos grupos poblacionales es una característica importante a tener en cuenta, pues el impacto en este indicador, como lo demostró la crisis económica mundial del 2008–09, tenderá a ser diferenciado e impactará con aquellas personas en condición más vulnerable. En 2019, la tasa de desempleo de las mujeres (15,3%) sobrepasó en 6pp la tasa de desempleo de los hombres (9,3%), brecha que en los últimos años ha crecido de manera importante. Los jóvenes (15 a 24 años) por su parte, registraron una tasa de desempleo del 32% frente a una tasa de 8.3% para los de 25 años y más; al igual que en el caso de hombres y mujeres, la brecha en el desempleo entre jóvenes y adultos se ha venido ampliando de manera consistente (OIT, 2020).

A continuación, se describen datos de la actividad laboral e incidencia por el COVID–19 en el primer semestre del 2021.

Ilustración 3. Costa Rica.
Condición de actividad e incidencia laboral por COVID–19, Primer Trimestre 2021



Fuente: Fuente: INEC–Costa Rica. Encuesta Continua de Empleo (ECE), 2021 (p.25)

Para el primer trimestre del año 2021, la situación señala que el 29,8% de las personas en la fuerza de trabajo (ocupados y los desocupados) tuvieron alguna afectación laboral por el efecto del COVID–19; de estas personas el 51,4% son hombres y el 49,6% mujeres. El 13,7% del total de ocupados a nivel nacional tuvieron reducción de salario o ingresos asociado a suspensión o reducción de jornada o bien tuvieron que suspender la actividad propia o negocio durante la pandemia. De estos ocupados el 64,5 % son hombres y 35,5 % son mujeres.

El informe describe que el 99,8 % de los desempleados presentan alguna afectación laboral por la pandemia: el 94,3% indicó que no consigue actualmente trabajo por el COVID–19 o seguirá buscando conforme termine la pandemia y el 5,7% manifestó que lo despidieron, o estaba suspendido sin garantía de reintegrarse a su trabajo anterior, o bien cerró su negocio o actividad y por eso ahora está desempleado. La proporción por sexo fue de 43,5 % en los hombres y 56,5 % en las mujeres (INEC; ECE, 2021).

Resumiendo, las afectaciones poblacionales, los más vulnerables se describen de la siguiente manera:

1. Personas jóvenes frente a un elevado índice de desempleo y subempleo.
2. Trabajadores/as de edad productiva son más vulnerables en el plano económico.
3. Personas adultas mayores 60 años y más presentan alta vulnerabilidad laboral e informalidad en el empleo.
4. Mujeres por su trabajo mayoritario en el sector terciario, tienen menor acceso a servicios de protección social y soportan una carga laboral desproporcionada en la economía asistencial, en particular en el caso de cierre de escuelas o de centros de atención.
5. Trabajadores/as sin protección social, en particular los trabajadores/as por cuenta propia, los ocasionales y los que llevan a cabo una labor esporádica en plataformas digitales.
6. Personas trabajadoras migrantes son vulnerables por su condición de desplazamiento.
7. Personas que se desempeñan en el trabajo doméstico (mayoritariamente mujeres)
8. Personas que trabajan en la construcción (mayoritariamente hombres).
9. Personas trabajadoras migrantes que realizan trabajos informales, y los que se encuentran en situación migratoria irregular en el país.
10. Población de alta vulnerabilidad de los hogares en pobreza y sin protección social.
11. Población en edad escolar que vieron suspendidas sus lecciones, y donde la brecha tecnológica es una realidad actual y post pandemia.

Efectos de la Pandemia – Medidas de enfrentamiento implementadas – Barreras a las medidas no farmacológicas y farmacológicas.

El enfrentamiento de la pandemia ha incluido medidas que reducen la propagación de la enfermedad para mitigar los efectos adversos al mercado laboral y la economía.

El gobierno de Costa Rica ha desarrollado diferentes directrices, sin restringir la movilidad de personas de maneja obligatoria, y otras medidas han permanecido durante 18 meses como la restricción vehicular en diferentes modalidades, según el criterio de aumento de casos (Ministerio de Salud, 2020).

Durante el segundo semestre del año 2020, se generó la directriz de cierre de fronteras (terrestres, marítimas y aéreas), permitiendo solamente el ingreso de nacionales y residentes desde el exterior. Así mismo, la autoridad sanitaria aplicó medidas de aislamiento preventivo obligatorio de 14 días en el domicilio, a personas que arribaron del extranjero (OIT, 2020).

El Ministerio de Salud ordenó otras medidas restrictivas de tipo social que suspendieron los eventos masivos, así como la asistencia de discotecas, casinos y se decretó el cierre de bares. Otras medidas complementarias de tipo restrictivas se centraron en la reducción los horarios y de aforos en restaurantes, cines, iglesias, centros de eventos entre otros sitios de alta concurrencia. El gobierno decretó la suspensión de las lecciones en los centros educativos de educación pública y privados, incluyendo la formación técnica y profesional. El Gobierno informó nuevas medidas de la reapertura gradual de las actividades económicas, bajo un cronograma establecido y medidas de control específicas (OIT, 2020).

La OIT señala tres pilares de acción de política en las medidas implementadas en la pandemia que afectaron a los trabajadores/as en Costa Rica (OIT, 2020):

a) **La protección de los trabajadores/as en el lugar de trabajo**: destaca que la protección de los trabajadores/as en el lugar de trabajo, la

respuesta se ha concentrado en la activación del protocolo de teletrabajo, fortaleciendo medidas de Salud y Seguridad Ocupacional, prevención de la discriminación, ampliación del acceso a la salud para colectivos de difícil cobertura, entre otras acciones que impactos el ámbito público y privado.

b) **El fomento de la actividad económica y de la demanda de mano de obra:** el gobierno desarrolló medidas dirigidas a estimular la economía y la demanda laboral para enfrentar el impacto de la crisis, tanto de política fiscal como de política monetaria. En materia de gasto, el gobierno decidió congelar los aumentos salariales (por costo de vida) del sector público. Esta medida alcanza a unos 125 mil empleados públicos del régimen del servicio civil y significa 14 mil millones de colones (alrededor de 25 millones de dólares) que se destinarían al Plan PROTEGER. En materia tributaria se aprobó la Ley de Alivio Fiscal, que plantea una moratoria en el pago de impuestos a personas y empresas por 3 meses. Los impuestos incluidos en esta moratoria son: IVA, Impuesto a las Utilidades y Nacionalización de Mercancías. En cuanto a la política monetaria, el Banco Central de Costa Rica ha implementado medidas orientadas a reducir la cuota de las operaciones crediticias actuales y potenciales y con ello, atenuar el impacto del coronavirus sobre el flujo de caja de los hogares y las empresas. A estas medidas se le suman las de carácter financiero (implementadas por CONASSIF y SUGEF), que buscan abaratar el crédito para generar condiciones favorables al financiamiento en el actual contexto de crisis.

c) **El apoyo al empleo y al mantenimiento de los ingresos**: entre las acciones más importantes para responder a la crisis están el Plan PROTEGER con un presupuesto de 296 mil millones (3% del PIB), una ayuda económica temporal de tres meses que busca alivio económico a la población laboral, trabajadores/as despedidos, con reducción de jornada laboral o con contrato suspendido, trabajadores/as independientes, informales y temporales afectados por COVID–19; la aprobación de la Ley de Autorización de Reducción de Jornadas de Trabajo ante la Declaratoria de Emergencia Nacional. Asimismo, se reglamentó el procedimiento para la suspensión temporal del contrato de trabajo. Otro grupo importante de medidas son las referidas al alivio financiero, fiscal y de cargas sociales.

En estas medidas destacan las implementadas por la CCSS referidas a la flexibilización de arreglos de pagos de las contribuciones a la Seguridad Social y la reducción de tasas de interés para estos acuerdos de pago, tanto para empresas como para trabajadores/as independientes, también se ha reducido temporalmente la contribución mínima voluntaria.

PRESENTACIÓN ANÁLISIS CUALITATIVO: RESULTADOS

En este apartado presentamos los resultados de este estudio de tipo cualitativo cuyo objetivo fue conocer la visión de la población de costarricense sobre el ejercicio del Derecho a la salud en el marco de la pandemia del COVID 19 y su relación con otros derechos afectados por las diversas medidas sanitarias y no farmacológicas implementadas en el país".

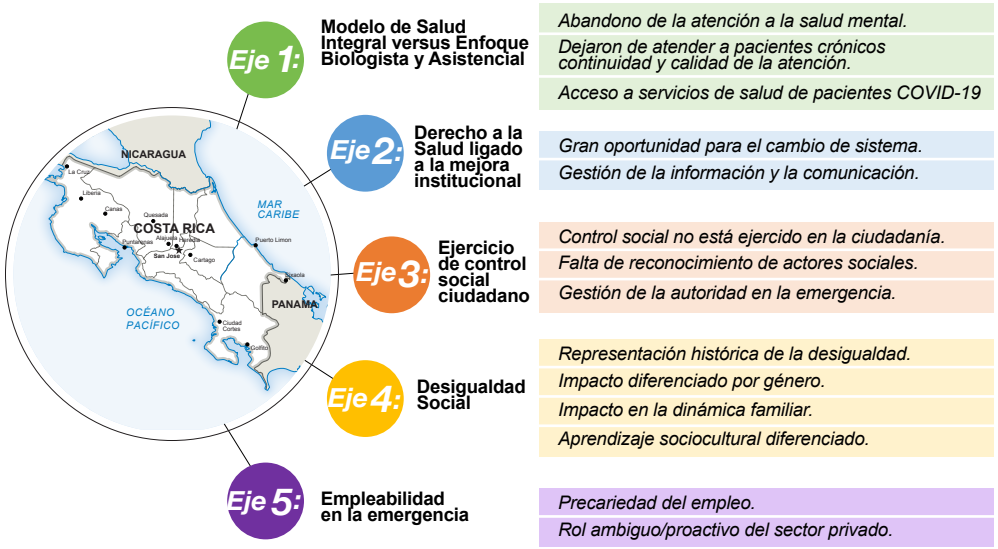
Se pretende así comprender las percepciones amplias y particulares de las concepciones y experiencias vividas en el contexto de la pandemia COVID 19 y el ejercicio del Derecho a la Salud en el curso de la vida de personas durante algunos meses del año 2021.

Los resultados tal y como fue expuesto en el apartado de metodología, la información cualitativa obtenida paso por un tratamiento de los datos, aplicándose la técnica de análisis de contenido y cuya información se organiza sistemáticamente en cinco las grandes Ejes temáticos y sus respectivos conjuntos de categorías emergentes. Los resultados del análisis se estructuran y organizan de acuerdo con esos Ejes temáticos y categorías emergentes (Ver Ilustración 4).

Los resultados describen los Ejes temas identificados en el sentido y contenido de la producción discursiva en el proceso de investigación:

- ✓ Modelo de Salud Integral versus enfoque biologista y asistencial.
- ✓ Derecho a la Salud ligado a la mejora institucional
- ✓ Ejercicio del control social ciudadano.
- ✓ Desigualdad social.
- ✓ Empleabilidad en emergencia sanitaria.

Ilustración 4. Ejes temáticos y categorías emergentes del análisis



A continuación, se describen cada uno de los ejes temáticos y sus respectivas categorías emergentes del análisis realizado.

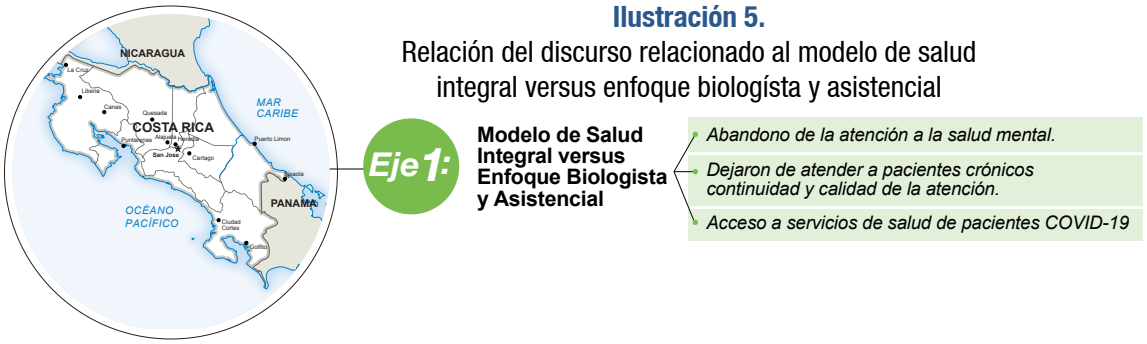


Ilustración 5.
Relación del discurso relacionado al modelo de salud integral versus enfoque biologísta y asistencial

Modelo de Salud Integral versus enfoque biologísta y asistencial

La crisis sanitaria provocada por la pandemia COVID19 acentúa la visión de un Derecho a la Salud centrado en el acceso a la atención hospitalaria, a un modelo asistencial, y médico–centrista; alejándose de un enfoque integral hacia las personas, familias y comunidades y enfoque de determinantes sociales que contemple las consideraciones del entorno social que afecta directamente la salud individual y colectiva. En este acápite, se describen ideas, opiniones, percepciones y prácticas sociales relacionadas con diferentes aspectos críticos relacionados con la atención, por un lado, dada la priorización de los pacientes covid–19; y, por otro lado, la continuidad de la atención, ante el desplazamiento de la atención de personas con otras patologías crónicas.

Las narrativas apelan a la calidad e integralidad de la atención al percibir la necesidad de implementar la dimensión de la salud mental; desde esa óptica de la integralidad se reclama la falta o poca atención a la salud mental de las personas enfermas, sus

familias, incluido el personal de salud de primera línea que le tocó afrontar estas nuevas situaciones de emergencia sanitaria. Las narrativas declaran, ponen de relieve las debilidades del modelo de la salud integral definido en los servicios de salud de la Caja y asumen que desde antes de la pandemia venía sin implementarse y por tanto se agudizó el problema. En este contexto se observa que el modelo prioriza la atención médica curativa.

Se señala que el seguimiento de pacientes tuvo el énfasis en la vigilancia epidemiológica, obviando el seguimiento de las condiciones de vida en el hogar; lo hiciera las instituciones de salud o por coordinación con otras instituciones sociales para la correspondiente previsión de la satisfacción de las necesidades básicas de subsistencia; en especial para las personas con el COVID 19, enviadas a sus casas con orden sanitaria de cuarentena. Hubo soledad y poco acompañamiento para asegurar la atención integral de la salud.

Sin embargo, las percepciones también señalan que la urgencia de atención a personas COVID 19 y la pandemia influyó en las experiencias de atención vividas. Asimismo, se reconoce la alta valorización de la vida de las personas luchada por los servicios de salud y que la atención fue muy buena y priorizada para las personas contagiadas con ágil y pronto traslado desde distintas partes del país, en aquellos casos que debían ser atendidos en los hospitales nacionales o regionales.

Abandono de la atención en salud mental

Todos los grupos participantes expresan en sus discursos que la salud mental ha sido una alarma que se ha encendido durante el proceso de pandemia, que es una necesidad sentida y transversal a todos los segmentos de población, incluso, se evidencia en el personal de salud que estuvo y sigue estando en la primera línea de atención.

> *"La salud mental, la necesidad de la salud mental ha tomado importancia, digamos de todas las áreas de la salud, probablemente ésta es a la que menos atención se le presta…". (*Grupo focal, trabajadores/as de la salud, Costa Rica.)

Se percibe la salud mental como un componente de desarrollo local, de responsabilidad municipal, aspecto que abre una brecha en materia de responsabilidad administrativa y comunitaria a nivel local.

> *"la salud mental me parece que está abandonada, y debe estar dentro de una intervención a nivel municipal, me parece que está abandonada".* (Grupo focal, trabajadores/as de la salud, Costa Rica.)

> *"…me da pánico contagiarme y creo que además la situación social y económica determina la diferencia en la atención y el impacto en el tema de salud"* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

Las narrativas respaldan que la ausencia de la salud mental en la atención de la salud está relacionada con los centros formadores de recursos humanos que no le dan importancia a este aspecto de la salud

> *"la situación de la salud mental de los trabajadores de salud es algo que necesitamos, definitivamente, para tomar las mejores decisiones. Pero más allá de eso, yo creo que tiene que ser también un abordaje, no sólo de nosotros, sino desde las universidades que forman a los trabajadores de salud"* (Grupo focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica.)

Otros discursos de esa necesidad y como se organizaron algunas iniciativas de dimensiones comunitarias de salud mental con estrategia se contención ante el suicidio e intervenciones preventivas en torno a la depresión, ansiedades, trastornos del sueño.

Además, se percibe la salud mental como una necesidad urgente en todos los sectores de la población expresándose, con los miedos, la preocupación por la pérdida del trabajo.

> *"gente con ideas suicidas, incluso gente que ha consumado el suicidio, gente con depresión, gente con ansiedad, gente con insomnio, etcétera, etcétera. Entonces se han enfocado a trabajar en pro de esas poblaciones, no sólo del niño, sino de las adolescentes, madres,*

adultos mayores". (Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica.)

Dejaron de atender a personas con enfermedades crónicas, continuidad y calidad

El derecho a la salud los participantes del estudio lo perciben lesionado en tanto se desordena la atención de salud continuada y programada y se sustituye por las llamadas de teléfono.

"y vemos todos esos crónicos que llamamos nosotros, ¿verdad? Control de diabetes, control hipertensión, control de todas otras enfermedades que reciben una llamada por teléfono. A veces ni siquiera habitual y la gente ni siquiera entiende si tiene laboratorios y no tienen laboratorios". (Grupo focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica).

Muchas fueron las expresiones que describieron como la atención de la enfermedad COVID 19 influyó en él, evidencias del desplazamiento de la atención en los servicios de salud de personas con otras patologías que requerían continuar con sus tratamientos.

"…. Se vieron postergadas las patologías por el Covid–19, se desplazaron los servicios de salud pública" (Entrevista, Organización Social Derecho a la Salud).

Aunque hubo bastantes discursos punteando respecto a que la gestión del sistema de salud al reorientar sus servicios de atención en la modalidad a distancia, a través de procesos de telemedicina y de llamadas telefónicas la percepción es que el seguimiento y continuidad al tratamiento se vio alterada, generando confusión de parte de las y los pacientes.

"En el tema de la atención de las enfermedades el año pasado me detectaron que soy diabético, y desde que me detectaron que soy diabético, no me pueden atender; y la doctora me atiende, cada 6 meses, con una consulta por teléfono". (Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica.)

"cuando se trata ante consultas de médicos especialistas, hasta hace un tiempo, todavía se estaba dando las citas vía telefónica ¿verdad? Como un Call Center para atender a los pacientes, y prácticamente era una consulta para darle seguimiento al tratamiento, porque para efectos de ver al paciente de manera holística, para verlo de manera integral, para ver cuál ha sido su evolución, lógicamente no es lo mismo una llamada telefónica en el mejor de los casos, una consulta virtual a tener el paciente y hacerle toda la auscultación necesaria, ese tiempo para escuchar al paciente ¿verdad? Y eso definitivamente esta situación, indiscutiblemente, le está lesionando el derecho a la salud al asegurador costarricense. (Entrevista, Líder Sindical, Costa Rica.)

Al mantenerse en el tiempo esta modalidad de atención a distancia se percibe como de gran afectación al derecho a la salud de las personas por la pérdida de oportunidad, calidad de la atención de pacientes cara a cara como elemento de la calidad; se reclama de cierre los centros de salud de primer nivel y las consultas hospitalarias de especialidades médicas y los servicios de cirugía electiva. Se incursiona en una modalidad de atención telefónica, percibida como de trámite que no posee la misma capacidad diagnóstica ni terapéutica de la atención presencial

*"tenemos un Call Center que… creció en la atención oportuna por parte de un profesional médico, que es el único que tiene la capacidad de diagnosticar a nivel terapéutico, quirúrgico, ya sea de manera quirúrgica o por medio de medicamentos…pero es diferente mirar al paciente, ahora solo lo escuchan por teléfono". (*Entrevista, Líder Sindical, Costa Rica.)

Se comenta que la emergencia sanitaria generó un impacto considerable que responde a procesos estructurales de la atención de cirugías programadas, este escenario era latente antes de la pandemia. (*los pacientes aguardaban por una cirugía, en promedio 538 días; es decir, 197 días más que en diciembre del 2019, debido al impacto de la pandemia sobre los servicios de salud, según publicó el Semanario Universidad, Julio 2021*).

> *"el atraso en horizontes de cirugía electiva va a ser un impacto grandísimo que nos va a costar como para ir recuperando el retraso en la atención oportuna"*. (Grupo focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica.)

Esta dimensión se ve agravada por la demanda de los pacientes con la Covid–19, desplazando toda atención programada de las personas con otras necesidades físicas y mentales.

> *"gradualmente, los otros enfermos vieron cómo se les reducía sus posibilidades de atención, al punto que paró toda la atención que no era de emergencia. La más grave de todas las emergencias, porque un accidente de tránsito, sangrado digestivo, un derrame cerebral, una cosa muy dramática". (*Entrevista, Organización Defensa del Derecho a la Salud. Costa Rica.)

La postergación de la atención en casi todas las especialidades médicas es un discurso presente en el colectivo de las y los participantes del estudio, exponiendo sus preocupaciones por la calidad y la urgencia de dar atención a pacientes citas perdidas y sin reprogramación y postergación de las cirugías programadas en detrimento de la universalidad del derecho a la salud de las personas.

Acceso a los servicios de salud pacientes COVID 19

Se expresan opiniones positivas del acceso a la salud en pacientes Covid–19, la autoridad sanitaria organizó y reestructuró, en los primeros meses de la pandemia, un centro exclusivo para pacientes Covid–19, un Centro Especializado de Atención de Pacientes con COVID–19 (CEACO) (Casa Presidencial, 31 marzo 2020). Esta iniciativa permitió apoyar la emergencia con una unidad de cuidados especializados con el objetivo de favorecer procesos de acceso a la salud.

> *"no entiendo a esos con opiniones..., pues otra gente ven más el punto negro ante el punto blanco de las cosas tan buenas que se han hecho, de los esfuerzos, pues tan buenos que se han hecho comparado con otros países vecinos y de Latinoamérica, donde esto ha sido un caos, donde la gente desde el principio de la pandemia no tuvo acceso a la salud. (*Grupo focal, trabajadores/as de la salud, Costa Rica.)

Aspecto de procesos de planificación en crisis también se evidencia en el desarrollo de la emergencia sanitaria, donde los centros de salud tuvieron que aprender a funcionar con la marcha de la enfermedad. Situaciones que dificultaban el ejercicio del derecho a la salud.

> *"los servicios de emergencias que están funcionando para enfermedades no pudieron ir de repente, entonces empiezan a tener unos conflictos tremendos porque todos los enfermos COVID19 generaban una situación que obligó a poner a la gente fuera, en carpas y tiendas, pero eso sobre la marcha sin un plan". (*Entrevista, Organización social derecho a la salud. Costa Rica.)

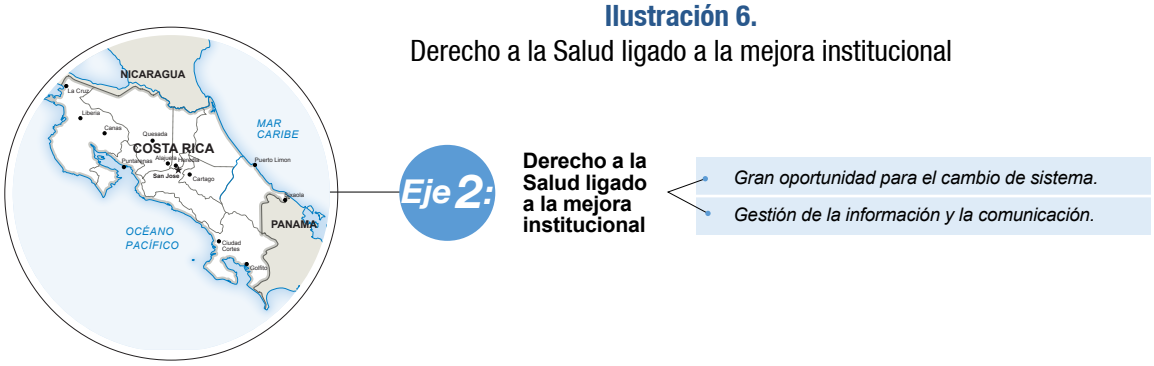
Los servicios de salud se universalizaron con la atención a la emergencia sanitaria de la Covid–19, brindando una atención privilegiada, técnica y de calidad. Este escenario de atención creo oportunidades de aprendizaje para todos los sectores, destacando al sector de salud por sobre otros.

> *"en marzo, abril del año pasado, una vez diagnosticado el paciente en unidades establecidas para esos efectos hasta ir cambiando el Protocolo a llegar a un contagio comunitario, eso incidió y ha incidido en el manejo, no solamente los pacientes sintomáticos respiratorios por Covid, una mayor especialización, la experiencia de cómo abordarlos en los tres niveles de atención". (*Entrevista. Líder Sindical. Costa Rica.)

Derecho a la Salud ligado a la mejora institucional

El análisis de contenido de la investigación dio cuenta de que el Derecho a la Salud está ejercido por la institucionalidad de Estado. Aunque sí hubo críticas a la gestión ante las restricciones y la reactivación económica, también se destaca la oportunidad de cambio, y transformación que tiene el sistema de salud, y junto con ello, la mejora en la información que proporciona a la población. A continuación, se describen las categorías que emergen del discurso en el estudio.

Ilustración 6.
Derecho a la Salud ligado a la mejora institucional



Gran oportunidad para el fortalecer en el sistema de salud

Los discursos desarrollan una concepción de la crisis sanitaria dando cuenta de una oportunidad única de mejora en el sistema nacional de salud, que, aun reconociendo falencias, aparece la idea de reforzar el sistema, de hacer cambios positivos

> *"La institucionalidad, en este caso de la Caja (CCSS), es muy importante, me parece que es una sombrilla que es muy importante tenerla en consideración, porque aún con las falencias en sí, una compara este modelo con algunas otras cosas que uno ha visto, aún con todo lo que ha pasado es absolutamente increíble lo que se puede hacer con un enfoque de un modelo de salud como el nuestro".* (Grupo focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica.)

La gestión de la atención en los servicios de salud amplía la percepción del derecho a la salud; narrativas apuntan a la mejora en la atención en los momentos de crisis de la enfermedad COVID 19 con el seguimiento a pacientes y familiares en forma.

> "…*Médicos de familia que se queden, no trabajando directamente con las personas, sino estableciendo el seguimiento de los pacientes que están apareciendo enfermos y rápidamente organiza un número telefónico para que la gente llame……, fue un éxito rotundo de 2 semanas creció, el enfermo, tenía con quien hablar, me duele la cabeza, me duele el cuerpo, tengo diarrea, esta gente desorientada buscaba hablar con alguien*". (Entrevista. Organización Defensa Derecho a la Salud. Costa Rica).

Igualmente, narrativas que expresan valores en torno a la función pública del sistema de salud y no orientar el sistema de salud hacia la privatización.

> *"Me decían…. vean, la Caja (CCSS) hay que defenderla. La Caja (CCSS) bajo ninguna circunstancia podemos privatizarla, lo mejor que nos ha pasado de estar aquí internados en el CEACO. Es que un día de internamiento cuesta un millón y medio de colones, un día de cuidados intensivos, vale tres millones de colones; definitivamente la Seguridad Social y nuestra democracia descansa en la Caja Costarricense de Seguro Social…".* (Entrevista, Líder Sindical, Costa Rica.)

Surge en los discursos el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, es una constante el estudio, reconociendo la importancia de fortalecer el ejercicio del derecho a la salud en el nivel local.

> *"Es importante fortalecer lo que es la atención primaria, ¿verdad? Los EBAIS (Salud comunitaria) es importante esa parte, igual coincido con lo que han dicho, pero si es importante fortalecer lo que es la atención primaria o sea los EBAIS, empoderar a la gente en lo que es este y sus derechos de salud.* (Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica.)

También, los diferentes discursos contenidos en el estudio dan cuenta que el derecho a la salud es una responsabilidad institucional, que tiene una oportunidad única en la historia de la nación, para realizar cambios estructurales en beneficio del desarrollo humano y de la armonización con otros sectores.

"*En otros países de Latinoamérica el recurso económico del Estado fortalece al ejército, aquí (en Costa Rica) se fortaleció la salud y se fortaleció la educación. Lo planteo de la siguiente forma, nuestro país, a diferencia de otras latitudes de los países de Latinoamérica, desde el año 1943 dejó inserto las garantías sociales en la Constitución Política…. Ellos son muy importantes por la visión que estuvieron nuestros abuelos, los constitucionalistas, los padres de la patria. Porque pensaron en garantizarle al costarricense los servicios públicos de calidad, servicios públicos que le permitan tener acceso al desarrollo humano, y hablo de educación, hablo de la creación de la Universidad de Costa Rica, hablo de salud con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social en dos aristas ¿verdad? Una de seguro de salud y la otra más adelante el tema del seguro de pensiones".* (Entrevista, Líder Sindical. Costa Rica).

De igual manera narrativas orientadas a denunciar corrupción en perjuicio de la institucionalidad y del derecho a la salud del personal de salud de primera línea, por defender sus derechos, enfrentó con evidencias la gestión institucional.

"Tuve problemas con un jerarca de la Institución…como tal es buena la institución– la CCSS– a nosotros nos garantiza la salud, es el pilar fundamental de nuestra democracia, el problema son los jerarcas de algunas estructuras de mandos medios que estaban haciendo negocios precisamente con los equipos de protección para el personal con productos de mala calidad, licitaciones hechas como "traje a la medida, o anillo al dedo". (Entrevista, Líder Sindical, Costa Rica.)

Surgen enunciados del personal de salud y de los otros grupos denotando encargo y compromiso por fortalecer y defender el derecho a la salud y el sistema de salud, exigiendo sus mejoras en la gestión y en lo estructural.

"hay que redoblar esfuerzos precisamente en todas las áreas, todos los equipos interdisciplinarios para lograr tener diagnósticos tempranos y sobre todo la atención temprana; porque es mejor prevenir la enfermedad que curarla. Es mejor para el paciente y más barato para la institución, entonces este planteamiento hay que hacerlo". (Entrevista, Líder Sindical, Costa Rica.)

Gestión de la información y comunicación

La crisis sanitaria permitió un despliegue de la información en los servicios de salud, su alcance y las formas que existen de comunicar el mensaje, es una oportunidad de mejora, comprendiendo que los canales de comunicación con la población están cambiando, producto de la crisis sanitaria y sobretodo, de los recursos tecnológicos y virtuales.

"…. que exista una comunicación continua, no solamente cuando estamos ante un evento como este, verdad, ante una situación como ésta, sino que la comunicación esté en los servicios de salud, que en los diferentes servicios que sea continua…". (Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica).

Respecto a las comunicaciones en torno a la pandemia los discursos expresan un efecto positivo al percibir que la población se ha involucrado en estudiar la evidencia pública de la información que brinda la autoridad sanitaria a través de los medios de comunicación.

"… Un efecto de la información, el chico (hijo) se ha obligado a informarse. Ya no nos quedamos solamente con la parte que tiene que ver con que dan los medios de comunicación, sino que hemos tenido que investigar…". (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

Así mismo son fuertes las percepciones referidas a la gestión de la comunicación y la información y que se refleja en las redes sociales, se perciben como una nueva forma de socialización, información y aprendizajes.

"…Entonces se hizo un embudo y llegó un momento en donde ni avanzábamos (en la vacunación) ¿verdad? Era terrible, ahí sí, la gente estuvo muy enojada, aquí en el pueblo todo es por WhatsApp…". (Entrevista, organización social, Costa Rica).

También se refieren a la comunicación expresada a nivel de jerarquía que se instaló a través de medios de comunicación y canales oficiales, pero desconociendo la territorialidad y los elementos socioculturales de los diferentes sectores de la realidad

> *"un problema de comunicación terrible, se manejó pésimo para mi gusto, pésimo sobre todo para el área rural. Digamos aquí que funciona el perifoneo, pues eso es lo que funciona en Guanacaste, aquí no es Canal 7, aquí no es la noticia, aquí nadie ve las noticias, no les importa las noticias, aquí manda Facebook y el Perifoneo, entonces si no se perifonea la gente no sabe si están vacunando"*. (Entrevista, organización social, Costa Rica)

Otro segmento que destaca en la construcción del discurso de la información del derecho a la salud, son las directrices orientadas a la población migrante. Las directrices emanadas por la jerarquía describen muy buenas intenciones, sin embargo, muchas veces no es aplicada en los funcionarios y funcionarias del sistema de atención.

> *"algunas veces parece información, algunas veces porque no puede institucionalizarse (la atención), excluye a población sencillamente por su nacionalidad, o porque el carné de refugiado no lo comprenden, o porque no tiene una regularización adecuada, etcétera, aunque el derecho a la salud, por ejemplo, es universal en el acceso de salud a mujeres embarazadas, o el acceso a la escuela, o al colegio a todo mundo, entonces hay una barrera de ventanilla (de atención)".* (Entrevista, Organización de Derechos Humanos, Costa Rica.)

Las narrativas destacan que la gestión de la información en salud abarca en gran medida temas de aprendizaje en el manejo de la emergencia sanitaria. El personal de salud tuvo que estar más informado, capacitado en la medida que avanzaba la pandemia.

> *"el asegurado o aquella persona que le requiere los servicios médicos, entonces vamos a ver, no se ha vivido igual el tema de la pandemia a lo largo y ancho del país en diferentes centros de salud, tomando en cuenta que esto ha sido un proceso muy dinámico, muy cambiante, que pasamos de una primera etapa de protocolos en la prevención y el manejo de pacientes Covid. (*Entrevista. Líder. Sindical. Costa Rica.*)*

Se observa que la gestión de la información es muy diferente entre la gestión institucional gubernamental, la gestión de gobiernos locales y la gestión comunitaria, así como el sector al que pertenece. La información que emana de la autoridad sanitaria es técnica y muy bien valorada, mientras que la información que surge de la administración de gobierno es criticada por los sectores participantes del estudio. Por otra parte, las redes sociales se volvieron de suma importancia para la información y sensibilización de los temas, las comunidades se relacionan en torno a los medios virtuales presentes en terminales móviles.

Ejercicio del control social ciudadano

El control social ciudadano al derecho a salud es un escenario democratizado y de diálogo dirigido por liderazgos institucionales y liderazgos ciudadanos, amparados en proceso de sana discusión y comprensión de las necesidades multisectoriales.

Ilustración 7.

Ejercicio del control social ciudadano en el derecho a la salud

El control social ciudadano aparece presente desde un discurso institucionalizado, con una fuerte tendencia de reclamo y queja a la gestión sanitaria de acceso a la atención y al proceso de vacunación; así como la falta de reconocimiento de organizaciones sociales, culturales y religiosas que actuaron en forma espontánea para brindar apoyo y ayuda en la ejecución de la información, el apoyo en alimentación y la sensibilización a la población en el tema del abastecimiento y uso de equipos de protección personal y en el proceso de vacunación.

El control social no está ejercido por la ciudadanía

Según las narrativas el significado de participación activa es débil y con poco desarrollo de la capacidad de la ciudadanía de ejercer control social sobre las políticas públicas y las instituciones; se describe actitud rayando en pasiva y sumisa ante el poder formal; poco empoderamiento y participación de las organizaciones comunitarias y sociales en las comunidades para ser parte de las decisiones y soluciones a sus problemas y necesidades y entre más alejadas menos participación social.

> *"creo que como costarricenses, muchas veces nos quedamos callados, entonces es este reaccionar y hacer valer nuestro derecho de la salud, porque no es solamente en los centros médicos"*. (Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica.)

Por otro lado, también la población valora la institucionalidad de las cuales se acatan las normas está impregnado en el ser costarricense la seguridad y protección que le brindan las instituciones de salud, sociales y educativas, donde el sistema de salud es un gran estandarte de reconocimiento colectivo.

La población valora la institucionalidad como un respaldo al derecho a la salud ganado e impregnado en el ser costarricense, donde el sistema de salud es un gran estandarte de reconocimiento colectivo.

> *"nuestro país a diferencia de otras latitudes desde 1943 dejó inserta en las Garantías Sociales en la Constitución Política… y eso es importante por la visión que tuvieron nuestros abuelos de garantizar a la población servicios públicos de calidad". (*Entrevista, Líder Sindical, Costa Rica.)

Los discursos imprimen gran valoración al accionar institucional en forma positiva, permitiendo que el control social radique en el diálogo ciudadano organizado. (*como fue la mesa de diálogo impulsado con el Ejecutivo –Semanario Universidad, noviembre 2020– y el diálogo multisectorial impulsado por la ciudadanía (CrHoy, diciembre 2020. Ambos realizados en el segundo semestre del año 2020, donde el principal tema de agenda fue la reactivación económica desde diferentes escenarios).*

Las discusiones no se orientaron en gran medida a temas de mejoras en el acceso o atención a la salud, sino más bien, hacia el enfrentamiento de los determinantes sociales que influyen la salud de la población, como fue la empleabilidad, fortalecimiento de empresas y Pymes, mejoras tributarias, entre otras ideas que fortalecen las capacidades de organización, negociación e interlocución de la ciudadanía con el sector público.

> *"a mí me parece que como país hemos salido adelante en la atención, este gran trabajo que ha hecho la institucionalidad de Costa Rica". (Grupo* focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica.)

La crisis social, el desempleo, sub empelo, reducción de jornadas laborales prolongado a lo largo de la pandemia desató e incrementó las situaciones de pobreza y pobreza extrema en todo el país, con mayor repercusión en las zonas rurales y costeras del país (Guanacaste, zona atlántica y sur del país) caracterizadas por ser, además, las más deprimidas según lo muestra el Índice de Desarrollo Social (IDS) del país.

> "*el país no vivió igual la pandemia… fuera del Área Metropolitana como en Guanacaste y Zona Sur hubo situaciones más complejas*". (Entrevista Líder Sindical. Costa Rica.)

Se denota poco control social para parte de las comunidades de niveles locales que no encuentran como canalizar su voz colectiva y la participación activa para exigir derechos. Ante el fenómeno del hambre que aparece como una constante en muchas

familias y comunidades, la organización social se concentró en actuar con solidaridad para remediar situaciones, pues el accionar de ciertos gobiernos locales fue el clientelismo político.

> *"terrible, por primera vez en la historia en Costa Rica y en Guanacaste se tiene hambre…nunca lo vimos antes de la pandemia… cuando el Gobierno central tomó la decisión de mandar víveres la distribución fue poco equitativa, fue terriblemente clientelista de partidos políticos del gobierno local (Municipalidad)… que por sí solo no hizo nada". (*Entrevista, Organización Social. Costa Rica.)

No puede generalizarse, pero sucedió con mucha frecuencia y sin capacidad de denuncia por parte de las comunidades, en especial en las áreas rurales, que agobiadas por el sufrimiento no encontraron voz para defenderse. De esta manera la pandemia suscita situaciones incontrolables.

> *"eso pasa porque no hay claridad sobre el derecho a la salud…se entiende solo como acceso al EBAIS y servicios médicos…muchas personas que no cotizan al seguro porque se quedaron sin eso…no se sienten merecedoras de esos servicios, no saben de ese derecho irrestricto y que en pandemia todos tienen derechos…y menos manifestarse con actos de exigibilidad del derecho"* (Entrevista, Organización Social. Costa Rica.)

> *"es cierto que hubo alguna resistencia de un segmento de la población, en nuestro caso, aquí en Alajuelita. ¿Verdad? que creían que eso no era posible (el virus), entonces generaron algunas actividades fuera de lo establecido, como algunas fiestas, que aquí en Alajuelita, fue un elemento que nos dispararon los casos, porque todavía en enero, febrero estábamos bien, muy controlados, pero una fiesta que se dio generó que se disparara en una forma exponencial nuestros casos (de Covid–19). (*Entrevista Gobierno Local, Cosa Rica.)

Otra idea que emerge en el discurso de la exigencia del derecho a la salud es la relación con el cumplimiento de las obligaciones de cotización al Seguro Social.

> *"muchas personas que no cotizan el seguro (CCSS) porque no tenían dinero, porque fueron despedidos y saben que sin el seguro no se sienten merecedores de ese servicio, no saben que tienen ese derecho que es irrestricto y que en una pandemia tenemos el derecho a todas las personas. Entonces ni siquiera se acercaban menos. ¿Van a hacer una algún acto de exigibilidad sobre un derecho que no creen tener y no creen merecer? Porque está muy ligado a la cotización que es cuando tienes un trabajo, un trabajo formal. (*Entrevista Organización Social Comunitaria, Cosa Rica.)

Las expresiones dan cuenta de un reflejo de apropiación institucionalizada de que el Derecho a la Salud se ejerce en la medida que cumple con deberes sociales/estructurales, este Derecho se centra en el acceso a los servicios y beneficios de la atención en salud y en el proceso de vacunación.

> *"hubo un reclamo, nada más ahora con el tema de las vacunas, porque fue y es todavía muy lento el proceso. No hay sistemas de información, lo cual se vuelve una locura, ¿verdad? Una locura, porque la gente, la que se quería vacunar, fue y no estaban registrados".* (Entrevista Organización Local, Cosa Rica.)

Un tema de reclamos de la ciudadanía se ha visto expuesta a nivel público y en la gestión de los gobiernos locales, en el servicio público de buses, el cual demandan a la autoridad local un mayor compromiso con la higiene y puntualidad del servicio.

> *"otro tema que sí están presionando, que lo he visto y lo he sentido, es con los servicios públicos, con servicio de buses, básicamente donde ellos (la ciudadanía) han manifestado que no se ha hecho de la mejor forma con el cumplimiento de los aforos, con algún cumplimiento de la higiene como tal de los asientos y los buses donde ellos tienen que utilizar también hay cierta en disgusto con los tiempos de transporte básicamente". (*Entrevista, Gobierno Local, Cosa Rica.)

Las expresiones dan cuenta de un rol de reclamo y queja de tipo administrativo en todos los niveles de gestión (Local y nacional, legislativo, ministerial,

entre otros), donde el ejercicio del derecho se ejecuta por la institucionalidad. La ciudadanía aparece con un rol de denuncia en un modelo de gobernanza centralizado en la autoridad nacional y local.

Falta de reconocimiento de actores sociales en la gestión de salud

Un elemento que destaca en los discursos es la valoración de las redes sociales de los entornos locales, quienes, por iniciativa propia, articularon esfuerzos solidarios y filantrópicos para atender la precariedad alimentaria, así como el apoyo en la entrega de equipo de protección personal en la pandemia.

> *"una serie de actividades que tienen que ver con donar mascarillas, por ejemplo, concretamente, y educar en el uso de las mascarillas y las medidas preventivas contra el Covid. Entonces, por ejemplo, identificamos las zonas más afectadas alrededor de San José dónde están los asentamientos con mayor nivel de pobreza. (*Entrevista, Organización social Derecho a la Salud, Costa Rica.)

Las organizaciones sociales asumieron un rol de solidaridad y de articulación de la ayuda en la distribución de alimentos y equipos de protección personal, destacando un trabajo sin fines de lucro y generando una oportunidad de gestión de liderazgo vecinal.

> *"más de 20 mensajes diarios, por ejemplo, en mi teléfono diciéndome, no tengo nada que comer en mi casa, tengo mis chiquitos con hambre, eso a mí me impactó muchísimo y todavía, todavía el día de hoy, tenemos esas llamadas, esas necesidades que no han sido satisfechas porque, por más que se reparta comida, por más que se dé un Bono Proteger".* (Entrevista, Organización Social, Costa Rica.)

Muchos fueron los esfuerzos que emprendieron las organizaciones sociales que se vincularon (y se siguen articulando) en la lucha contra la pandemia, tanto en la prevención, en la ayuda de alimentos, así como en el proceso de vacunación.

> "*si no están vacunando, tuvimos que hacer nosotros como organización, pagar perifoneo, porque no tenían recursos tampoco para pagar perifoneo (Servicios de Salud Local/ EBAIS). Para este hacer una campaña de vacunación grande hubo, que, entre las organizaciones sociales, recoger fondos para pagar el perifoneo, para llevarles almuerzo a la gente que iba a venir a hacer las vacunaciones, buscar un toldo, buscar sillas, se hizo una movilización enorme y llegaron 16 personas a vacunar, 16 personas, sólo el toldo costó 50,000 colones. O sea, no tiene no hay información, este grado de apatía generó esa falta de comunicación que el ministro decía una cosa y en lo local se hacía otra*". *(*Entrevista, Organización Social, Costa Rica.)

Muchas organizaciones sociales actúan con estrategias poco visibles para los medios de prensa y para la institucionalidad, sin embargo, poseen amplio reconocimiento en su accionar en el apoyo a las poblaciones específicas para reconocer el Derecho a la Salud.

> "*algunas organizaciones de bienestar, inmigraciones que estamos: Cenderos, estamos Servicio Jesuita, estamos con Cefémina, hicimos una solicitud del Gobierno de cuáles son los criterios de ¿Por qué alguien indocumentado entraría sin vacunación y alguien con documentación sí? Así, hay ejemplos en el mundo, está en México, en Colombia en estos momentos se vacunan universalmente*". (Entrevista, Organización Derechos Humanos. Costa Rica.)

La organización de la ayuda social no radica tan solo en la institucionalidad, sino también en la espontaneidad de la organización vecinal, despertando a las necesidades de seguridad sanitaria y de la necesidad de alimentación de la población más vulnerable del entorno local.

> *"gente que ya era pobre, requeté pobre, gente que está viviendo asistencialmente de la Iglesia, que está al lado, está dando comida. Las iglesias protestantes, todas repartiendo comida, para la gente que duerme en la calle,*

*que vive en la calle. Nosotros fuimos a darles comida de la calle. Y entonces, va creciendo la necesidad de la mascarilla, la iniciativa ciudadana rápidamente se queda muy corta porque las necesidades son muchas, sale comida a la gente y cocinan en los patios de las casas". (*Entrevista, Organización Derechos a la Salud. Costa Rica.)

Son múltiples las organizaciones que brindaron apoyo a la población más necesitada, población vulnerable, migrante, sexualmente diversa, donde el apoyo surgió de la iniciativa de las personas con el interés de sacar adelante la lucha contra la Covid–19.

Gestión de la autoridad en la emergencia sanitaria

Un aspecto que destacan los discursos fue la iniciativa del Bono Proteger, el cual favoreció a familias vulnerables, a personas desempleadas como consecuencia directa de la pandemia de la Covid–19. El Programa Proteger (Decreto No. 42305–MTSS–MDHIS), tuvo por objetivo brindar alivio económico temporal a las personas trabajadoras que han visto afectados sus ingresos por el COVID–19.

"desde otras perspectivas, el apoyo económico, el Bono Proteger me parece que fuera algo positivo, que le ayudó, un acierto a las poblaciones más necesitadas". (Grupo focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica.)

La iniciativa del gobierno no estuvo exenta de crítica, que a pesar de que proyectó fue una política de emergencia con un beneficio directo a la población más vulnerable, el beneficiario final se vio afectado por los cálculos políticos de tipo clientelista a nivel local.

"el Gobierno Central manda víveres, por ejemplo, ¿verdad? A través de las municipalidades, la distribución fue totalmente poco equitativa. Fue, De hecho, terriblemente, fue muy clientelista de partidos políticos que estaban en la municipalidad. Ese fenómeno a mí me sorprendió muchísimo y me dejó bastante impactada ¿verdad? de que, en un momento, en una situación de tanto drama humano existieran ese tipo de actitudes por parte del Gobierno local que no hizo absolutamente nada tampoco ¿verdad? Un desamparo absoluto. Que si no hubiera sido el gobierno central quien envió víveres muchas de las personas no hubieran tenido nada que comer". (Entrevista, Organización Social, Costa Rica.)

Al referirse al gobierno local, existen visiones con gran crítica en el compromiso y comprensión de la administración en la atención de la emergencia sanitaria.

"*una vergüenza, los gobiernos locales no sienten que el tema derecho a la salud tenga que ver con ellos. Ahí comienza el problema, ellos perciben que para lo que sirve el gobierno local es para arreglar algunas calles, recoger basura, que también la basura tiene que ver con el derecho a la salud, pero no lo perciben así, lo presiden simplemente como un servicio mínimo que tienen que dar"*. (Entrevista, Organización Social, Costa Rica.)

Por otra parte, se describen los aportes y disposición de la autoridad local para colaborar con la emergencia sanitaria, se da cuenta de una armonización intersectorial desde los gobiernos locales.

"mejor coordinación, cuando hemos tenido que inclusive habilitar otros espacios para vacunatorio, porque bueno, nos vinieron más vacunas e inmediatamente el director del Ministerio de Salud y el de la Caja Costarricense (CCSS) se me han acercado y hemos hecho todas las gestiones necesarias para que eso sea una realidad, que tenemos mucha coordinación con los operativos para efectos de velar por el cumplimiento de las disposiciones sanitarias con apoyo de Fuerza Pública y con apoyo de funcionarios del Ministerio de Salud para efectos de detener ese tipo de control". (Entrevista, Gobierno Local, Costa Rica.)

La atención de la pandemia es un evento histórico sin precedentes para la nación, y como tal, se reconocen

las gestiones realizadas por el sistema de salud para dar atención a los casos de Covid y al proceso de vacunación.

> *"bueno, yo como como costarricense, me siento orgulloso del trabajo que se ha hecho. Creo que las autoridades que han tenido que ver con todo este proceso, estoy seguro que se ha hecho lo mejor que hemos podido, que al día de hoy estamos vacunando muchachos jóvenes que estén en el rango de los 12 años, creo que es un logro extraordinario del Ministerio de Salud como la Caja (CCSS)".* (Entrevista, Gobierno Local, Costa Rica.)

La gestión desarrollada por la autoridad sanitaria ha sido bien evaluada por las y los participantes del estudio, en donde se valora la practicidad de tipo técnico distanciada de la demagogia política centrada en la administración de gobierno.

Desigualdad social

Las narrativas sobre la crisis sanitaria sustentan las múltiples desigualdades sociales que surgieron y se agudizaron. Desigualdades por la pobreza, el desempleo, y otros determinantes sociales estructurales. Esta situación dio cuenta que el género es un determinante estructural creador de desigualdad social, se vivió de manera muy inequitativa ser hombre o mujer durante la pandemia. Las mujeres fueron mayormente desempleadas, agravándose esta situación aún más en las zonas rurales. La mujer debió enfrentar mayores retos y obligaciones laborales en combinación con los propios del hogar y cuido y educación de los hijos e hijas. Además, del rol de cuidadora en caso de atender la enfermedad de los miembros de la casa. Los roles se reflejan en forma disímil entre géneros.

Ilustración 8.
La desigualdad social presente en el derecho a la salud

La desigualdad social no fue una variable que apareció con la emergencia sanitaria, sino más bien, develó y dio cuenta de la brecha existente en materia de desigualdades sociales entre sectores, género, educación y otras dimensiones de desigualdad estructural que impactaron la vida familiar y el aprendizaje de las nuevas formas de convivencia sociocultural.

Representación histórica de la desigualdad

La pandemia está dando cuenta de los aspectos históricos de desigualdad estructural que se ven reflejados en temas económicos, empleabilidad, género, pobreza, otros aspectos institucionales y socioculturales.

> *"ha habido brechas históricas a poblaciones diversas ¿no? Población migrante, eso se refleja en este momento en diversos aspectos. Uno que, por ejemplo, la población en condición de indocumentación no está siendo atendida, al inicio de la pandemia no estaba incluida*". (Entrevista, Organización Derechos Humanos. Costa Rica.)

Los aspectos del derecho a la salud desde una mirada interseccional se ven reflejados en un escenario histórico, como parte de una barrera de acceso a la salud, donde inciden muchos aspectos, se vio reflejada en la pandemia, pero es un aspecto histórico que se devela en las dimensiones de desigualdad.

> *"incide tu color de piel, incide acento y género incide verdad, hay un mito xenófobo, histórico. Las mujeres vienen a parir sus hijos a Costa*

Rica, eso incide en el imaginario social, en el imaginario cultural y da barreras de acceso a diversos aspectos. Este tipo de género, como dice este tipo de nacionalidad, sin estereotipos racistas, la visión de pobreza que tenga la persona, lo vemos a diario". (Entrevista, Organización Derechos Humanos. Costa Rica.)

Las desigualdades históricas en el derecho a la salud, se vieron reflejadas en la cosmovisión del acceso a la salud hospitalaria.

"esa gente que no pudo ser atendida, que ya tenía miles de gentes esperando una cirugía, un reemplazo de cadera, una cirugía de una catarata, un examen de diagnóstico muchas, un hemograma, un TAC, las listas de espera, la lista de espera que son históricas en Costa Rica". (Entrevista, Organización Derechos a la Salud. Costa Rica.)

Las desigualdades históricas emergen con una mirada retrospectiva presente en el imaginario colectivo del discurso, expresando ideas concatenadas entre los diferentes actores que participaron del estudio y que reflejan una herencia de la desigualdad en un Derecho a la Salud vinculado a los servicios y atención biomédica y hospitalaria.

Impacto diferenciado por género

La situación no radica en un solo problema, sino en el reconocimiento de la interseccionalidad (AWID 2004) del problema presente, donde es imposible dar un diagnóstico unilateral o parcializado de la situación de afectación, sino más bien que las mujeres se vieron mayormente afectadas por la conjugación de su rol de madre, asistencia en educación, cuidado y crianza de sus hijos entre otras dimensiones que se identifican como la situación de pobreza, migración, personas sexualmente diversas, entre otras segmentaciones que dan cuenta de un factor diferenciador del impacto de la pandemia.

"nos preocupa uno y todos los días vive preocupada, porque el día y la falta de ingresos en una familia en el hogar este, eso afecta mucho" (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

El rol de la mujer se destaca en discurso de compromiso con los roles de trabajo, la crianza, la educación de sus hijos, señalando que asume las responsabilidades los múltiples roles.

"es tanto por las jornadas de trabajo verdad tan largas y llegar a la casa y tener que atender las otras obligaciones que una tiene aquí, pero, así como es, el que casi prácticamente, en realidad nosotras no nos salimos". (Grupo focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica.)

El impacto de género se ve diferenciado en la alteración de la dinámica familiar, donde la mujer aparece como una figura más comprometida en la crianza y en la educación de los hijos e hijas, mientras que en el hombre su preocupación oscila en el aspecto laboral.

Impacto en la dinámica familiar

La dinámica familiar sufrió múltiples impactos, sobre todo al incluir la categoría de género, en donde la mujer enfrentó una realidad muy distinta al hombre. El factor diferenciador destaca en la figura asignada a la crianza, al acompañamiento en la educación, el cual es configurado con el aprendizaje de las nuevas responsabilidades que generó la emergencia sanitaria.

"nos ayudó a que o sí o sí teníamos que este hacerlo, verdad, teníamos que incursionar en ese ámbito y el ámbito a nivel personal, en los trámites bancarios, estos tipos de trámites que muchas veces delegaba y ya tenía entonces que realizarlos, entonces ahí sí veo esa parte un poco positiva". (Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica.)

El impacto de la dinámica familiar se presentó en diferentes escenarios, involucrando a la familia en un proceso más activo entre el centro educativo y el seguimiento a las y los estudiantes.

"su hijo no se conectó a las clases y yo, ¡hay no, otra vez!, ¿verdad? Y una pensaría que ya después de año y medio de estar en esto, ya eso sí hubiera superado y hoy me volvió a pasar". (Grupo focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica.)

En el estudio aparece un factor diferenciador en el discurso de la mujer diferenciado con el del hombre, ya que son diferentes mujeres, tanto trabajadoras formales como informales, que expresan el rol de crianza y acompañamiento educativo, como un rol responsable unilateral.

> *"eso me bajonea, sobre todo si una es como un poquito eléctrica en el cuido de mi hija, se me ha recargado completamente, y además he tenido que asumir un rol muy activo en la educación de ella, aunque ella nunca ha perdido clases, pero las hace de manera virtual como esta chiquitita, y yo tengo que asistirla en todo lo que esté a mi alcance". (*Grupo focal, trabajadores/as Informales, Costa Rica)

El discurso de los hombres trabajadores en el estudio se concentra en la preocupación del país, los aspectos laborales, destacan la oportunidad de compartir el espacio de crianza y en ocasiones el apoyo educativo, ausentándose la idea de responsabilidad e involucramiento que es el discurso de las mujeres participantes del estudio.

> *"las he tenido ahí todo el tiempo, eso ha sido para mí favorable, teniendo más cerca, están todo el día, he estado más involucrado en la escuela y hasta con tiempo disponible porque no tengo trabajo, para para aprovechar y participar y disfrutarlas un poco más". (*Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

La dinámica familiar se vio afectada por la crisis sanitaria, sobre todo al cambiar procesos de socialización, a el escenario de la virtualización en la educación, en lo laboral y en las relaciones familiares, las que se vieron conjugadas con las medidas de restricción sanitaria y la nueva forma de enfrentar la realidad.

Aprendizaje sociocultural diferenciado

El impacto sociocultural destaca un discurso de aprendizaje individual, grupal, familiar, colectivo, el cual ha permitido retomar las formas de relacionarse "Volver a la normalidad", pero destacando los procesos de aprendizaje en el autocuidado, la protección y el un mayor conocimiento de la enfermedad.

> *"Lo que tiene que ver con información, la concientización, hemos tenido que concientizarnos muchísimo acerca de la enfermedad, hablar de eso, la concientización individual y también concientización grupal. Básicamente saber de que nosotros tenemos que tomar las medidas necesarias para cuidar". (*Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

Este nuevo escenario permite incurrir en un proceso de socialización para la toma de decisiones ante lo educativo (si manda o no a los hijos al centro educativo), una valoración por el teletrabajo, el control de la familia (cuido de adultos mayores), la opción de tomar transporte público o buscar alternativas en el desplazamiento.

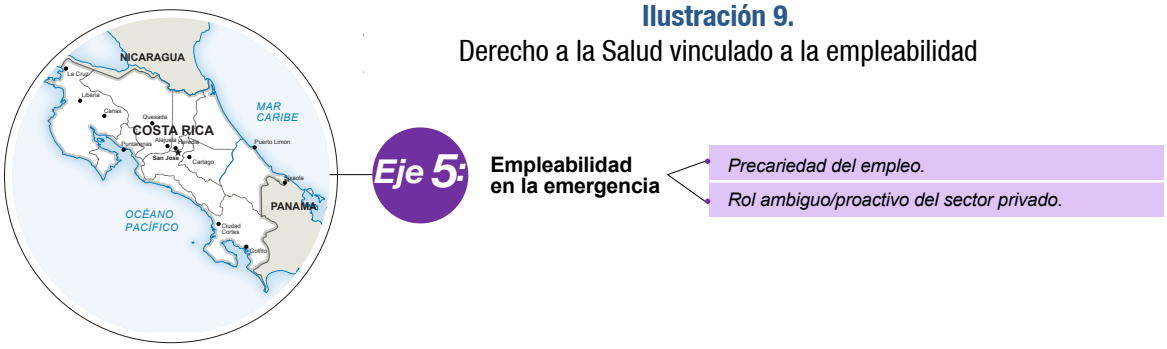
> *"creo súper importante es educación de salud, desde educación de primer nivel, desde las escuelas, que los chicos sepan que los niños sepan cuáles son los cuidados y las cosas más importantes a las que tienen que orientar la atención para el cuidado de su salud desde el primer nivel".* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

La seguridad sanitaria es una variable que debe ser educada en todos los niveles, sebe ser incorporada en todos los procesos educativos, ajustando curriculum de enseñanza y aprendizaje como un objetivo transversal, un rasgo de evaluación actitudinal y procedimental como herramienta para la vida y un estilo de vida saludable y segura.

Empleabilidad en la emergencia sanitaria

En el estudio se opina y comenta que en parte la desigualdad social se produce por el impacto directo que sufrió el empleo que afectó a ciertos sectores de la población con despidos, reducción de la jornada laboral, reducción de salarios y que trae consecuencias de insuficiencia de ingresos en las familias para subsistir. Emerge y se intensifica el fenómeno del trabajo informal en condiciones aún más precarias.

Ilustración 9.
Derecho a la Salud vinculado a la empleabilidad



El estudio determinó que la desigualdad social se expresa en un impacto directo en el empleo, el cual afectó a la población con despidos, reducción de la jornada laboral, reducción de salarios y emergiendo un sin número de trabajos informales en condiciones precarias.

Precariedad del empleo en la emergencia sanitaria

La situación de desempleo, la rebaja de salarios y jornadas de trabajo, así como el despido y el fuerte indicador de informalidad, evidenció una sociedad desigual, inequitativa en diferentes dimensiones estructurales, siendo en junio de 23,2% y en diciembre del 2020 fue de un 19,1% (INEC, 2020).

> *"salud viene de ser simplemente una evidencia más de que repito, vivimos en una sociedad desigual, inequitativa, donde simplemente no se contemplan diferentes aspectos como el que es educación, economía, trabajo y demás".* (Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica.)

Existe una relación directa entre el desempleo que genera informalidad laboral y el acercamiento a los servicios de salud que tienen impacto en los pacientes y en su entorno familiar.

> "*generando desempleo, el desempleo genera informalidad, se acaba el subsidio o la prestación de servicios de la Caja (CCSS), un seguro extendido ¿verdad? Para aquellos trabajadores que se quedaron sin trabajo eso es una afectación directa al trabajador y a su núcleo familiar. Eso es muy preocupante de cara a enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, problemas de tiroides, problemas cardiacos, entre otras patologías. Que si la persona no cuenta con el tratamiento en algún momento se va a descompensar y va a requerir los servicios hospitalarios".* (Entrevista, Líder Sindical. Costa Rica.)

Los indicadores de crisis económica macrosocial de desempleo, se evidencian a nivel familiar, constituyendo una precariedad en temas básicos de vida.

> *"en mi caso ha sido muy muy duro porque nos ha afectado bastante, a mi hija la despidieron del trabajo desde octubre del año pasado. Por motivo de la pandemia".* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

Por su parte, el empleo informal se precarizó en un modo de sobrevivencia, con el objetivo de generar ingresos, sobretodo en la población de trabajadores/as informales independientes.

> "*yo vivo en un residencial donde hay 100 casas, entonces tenemos un chat, decimos ahí, yo al principio el propósito de la venta de aguacate, naranja, de lo que fuera, de lo que encontraste.* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

Las restricciones sanitarias evidenciaron una crisis en la administración económica del hogar, se generó una incertidumbre en la población respecto a la generación de ingresos y en la seguridad laboral.

> *"intentar tener ingresos y no quedarse ahí, imagínese, usted tiene una casa, a sabiendas que no, que no, no hay trabajo, lo que fuere todavía no puede salir, entonces este es un poco difícil".* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

La generación de ingresos se refleja en temas domésticos como la priorización para la alimentación, el pago de cuentas o la administración del dinero para el transporte público e ir a solicitar trabajo.

> *"Se ha hecho todavía más grave la situación económica con la pandemia entonces, y de verdad, estos casos existen personas que no pueden pagar sus pasajes (de transporte público)"* (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica.)

Por su parte, aparecen expresiones positivas en torno al empleo y el trabajo, como es el caso de actualizar la brecha tecnológica y aprender recursos virtuales que les obligó a realizar teletrabajo, pagar cuentas por plataformas digitales.

> *"digamos a nivel de docentes, este fue que no se agilizó mucho a los que tal vez no eran tan diestros, ¿verdad? ¿Y los que éramos sí, pero nos ayuda a ponernos todavía más diestros en lo que es la parte tecnológica, ¿verdad? Eso fue una afectación positiva". (*Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica.)

Las expresiones pueden dar cuenta de un discurso diferenciado entre trabajadores/as formales e informales, estos últimos expresas incertidumbre, inseguridad por el presente y futuro, el cual tiene su origen en el proceso de seguridad sanitaria caracterizado y señalado en el proceso de restricciones.

El rol ambiguo/proactivo del sector privado

El sector privado no se hizo presente en el desarrollo de la pandemia, mantuvo un rol ausente al inicio y durante un buen tiempo de la pandemia, sin mayores reacciones proactivas. El involucramiento se centró en la individualidad y la capacidad de cada empresa para apoyar a sus empleados y en la recuperación económica

El sector privado le costó reaccionar ante la crisis sanitaria, desapareció de la articulación intersectorial con el ejecutivo y entre sus agrupaciones nacionales y locales.

> *"lamentablemente, el sector privado desapareció. Para el sector privado realmente muy triste, te puedo decir casos particulares de empresarios, pero como sector a mí me quedo debiendo ¿Verdad? Hay una cámara de turismo de Guanacaste, que fue absolutamente invisible, invisible en el momento más crítico de la pandemia, sabiendo que los hoteles no estaban generando, hay un desempleo absoluto y, por ende, hambre, pobreza, desánimo angustia, violencia estructural, todo. Entonces, ahí digamos que no se articuló con ese sector".* (Entrevista, Organización Social. Costa Rica.)

Al sector privado fue invitado a coordinar sus acciones en diferentes instancias para mejorar los temas de seguridad sanitaria, así como para apoyar el accionar.

> *"se les invitó para que participaran en una de las sesiones del Consejo y ellos planteaban un poquito la negativa, o la resistencia, o la inconformidad a las horas de cierre y apertura de los negocios, o lo más sentido y que se pone con la Cámara de Comercio de aquí, del Cantón de Alajuelita. Pero bueno, ahí se aprovechó la darles toda la explicación del caso, y eso dio pie para ser más operativos, para efecto de tener más control sobre el cumplimiento siempre había uno o 2 o 3 negocios con alguna resistencia". (*Entrevista, Gobierno Local. Costa Rica.)

Por otra parte, el sector privado ejerció un rol distante en una primera etapa de la pandemia, anunciando aspectos de reactivación económica producto de las directrices de restricción sanitarias impuestas debido a aforos, equipos de protección personal, distanciamiento social, lavado de manos, entre otros.

> *"una empresa en Costa Rica que cuenta con 4.500 empleados y yo soy el Presidente de la asociación Solidarista de Abbott y se dieron situaciones, pues interesantísimas, que en conjunto con la empresa llegáramos a pensar cómo le podríamos dar ayuda, pero hay operarios que lamentablemente pues viven en hacinamiento, con condiciones extremas y les*

> *ayudamos como empresa, la empresa se hizo cargo que, antes de cualquier duda indicio de que la persona estuviera con contagio la empresa, sí se hizo cargo de administrarle la prueba a cada uno de los empleados que lo necesitara, obviamente pues sin cobro alguno, atención de la clínica se extendió 24/7, se hizo una línea especial COVID para que la gente, ante el temor de la duda de saber si podría venir o no a trabajar, si tenía algún síntoma con médicos adicionales, la empresa ante las incapacidades se les pagó el 100% del salario a todos los empleados que quedaron en cuarentena, fueran enfermos o por un nexo y se hizo un fondo especial en la compañía para la ayuda económica a los empleados".* (Grupo focal, Trabajadores/as formales. Costa Rica.)

Hubo voluntad de mantener la economía activa durante el periodo de pandemia, aportando con ideas propias que fortalecen al sector, dan continuidad a la línea de producción y se ajustan a las directrices que surgen de la autoridad.

CONCLUSIONES

Estas conclusiones son parte de un estudio con enfoque cualitativo y de tipo exploratorio el cual tiene la oportunidad de abrir múltiples posibilidades de estudios descriptivos, permite una aproximación a una realidad del Derecho a la salud que ha sido muy dinámica y de gran impacto estructural.

¿Cuál es la concepción de salud presente entre los participantes del estudio?

La tendencia de la producción discursiva de la mayoría de los participantes del estudio hacia la salud como constructo sigue teniendo una perspectiva limitada. La enfermedad del COVID 19 por sus implicaciones de enfermedad infecto–contagiosa, padecimientos en la salud física, mental y por la significación de mayor probabilidad de muerte, abona a concepciones de salud enfocadas en la atención asistencial y médico–hospitalaria. Las consecuencias sociales personales, familiares y a nivel comunitario provocadas por el del COVID 19 y la pandemia, amplía esa concepción reduccionista a una mayor comprensión de la salud. Integral.

La ganancia que se observa es el reconocimiento de la salud como dimensión social y colectiva y de la salud pública como componente crucial de la atención preventiva de la enfermedad. Las medidas no farmacológicas, restricción a la movilidad, el aislamiento, la exigencia de la higiene personal (lavado de manos), entre otras, facilitaron la comprensión de que las condiciones preventivas favorecen la ausencia de enfermedad se ligan con los comportamientos, conductas individuales y los llamados "estilos de vida".

Es importe reconocer que el grupo del personal de salud de primera línea en la atención del COVID 19, sustenta una mirada un poco más crítica, abstracta y puntos de vista asociados a la comprensión de la salud como producción y reproducción social; pero el énfasis hacia a la instancia de la "atención" aflora y tiene cierto predominio en sus concepciones. La idea de la conceptualización de la salud como producto de la determinación social está bastante ausente, aunque se señalan aspectos del contexto y de las condiciones materiales de vida como aspectos sociales influyentes en la salud desde lo individual y no desde el sistema social.

El sistema de salud y las instituciones recobran gran importancia, relevancia y prioridad ante la población costarricense. Se valora altamente la acción eficiente de los servicios de salud de la "Caja" y se entiende mejor el rol del Ministerio de Salud como rector del sistema de salud en el país. Esto, a pesar de las molestias y críticas manifestadas por las medidas restrictivas para la prevención del COVID 19.

La emergencia sanitaria que lideró la opinión pública fue de tipo técnica/sanitaria/política colocando a la salud en el primer plano de discusión y primer plano nacional. La salud, el cuidado de la salud individual y colectiva se incorporan al lenguaje cotidiano, podríamos decir casi en todos los estratos sociales.

¿Cómo es entendido el derecho a la salud por parte de los participantes y cómo es ejercido dicho derecho?

La tendencia de la producción discursiva de los participantes del estudio sobre el derecho a la salud como constructo social es algo abstracto, ambiguo e impreciso. Se entiende más como la protección de

la salud en tanto posibilidades y prioridad acceso, utilización y atención en los servicios de salud; actualmente ampliada a la necesidad de recibir información y orientación respecto a las estrategias para cuidar la salud física y mental. Se conceptúa menos desde la idea de tener otros derechos protegidos y garantizados como los principales determinantes sociales de la salud para vivir una vida digna.

CÓMO ES EJERCIDO DEL DERECHO

Desde esta perspectiva y según los grupos del estudio muestra que el ejercicio del derecho a la salud se evidencia en la certidumbre de que el Estado mediante las instituciones de salud, en especial la "Caja" proveen los servicios de atención de salud y la previsión social. Vale decir que esta percepción del ejercicio del derecho, es más clara y definida en las personas asalariadas con trabajo formal, que, en las personas con trabajo informal e independiente, aunque estas últimas tengan otras modalidades del Seguro de Salud. Aunque se sabe que con la pandemia y sus repercusiones en el mundo del trabajo aumentó el desempleo ya existente y esta condición dejó a personas y familias sin seguro de salud, situación que no afectó la atención de urgencia y por COVID 19, en caso de ser necesitada.

El reconocimiento de la ciudadanía de que el Estado tiene obligación y es garante de la salud de la población es afirmativo, sabe que las instituciones deben dar respuesta a las cuestiones de salud referidas a la atención en los servicios de salud; no en toda la extensión de lo que derecho a la salud implica de mejores condiciones de vida en sus factores determinantes. Esto, parece menos evidente y de menos claridad en la concepción tenida del derecho a la salud, en cuanto a la titularidad del derecho a la salud y su exigibilidad de ese derecho humano por gozar de un alto nivel de bienestar social y vida digna.

Los distintos momentos sufridos con la pandemia y la crisis sanitaria produce ampliaciones a la concepción del derecho a la salud. El proceso de vacunación contra COVID–19 juega un rol relevante al generar sensación de protección y amplía y fortalece la concepción y ejercicio del derecho a la salud libre, exigible y con gratuidad. El poner en práctica el derecho a la salud, mediante el proceso de vacunación, se vigoriza con la idea de "volver a la normalidad" y la reactivación económica.

El ejercicio del derecho a la salud ha creado en la población una nueva forma de convivencia, con bioseguridad, autocuidado por burbuja familiar y social, valorando el uso de los equipos de protección personal, distanciamiento social y acatamiento de medidas restrictivas no farmacológicas y medidas preventivas de salud pública.

El personal de salud comprende que el ejercicio del derecho a la salud exigió para este personal asumir más compromiso y ejercitar la ética de sus profesiones. Incorporando rápidos aprendizajes y de manera expedita una mayor especialización en el manejo de la enfermedad COVID–19, que permitió innovar en la atención y en la gestión de la salud individual y colectiva. Hubo transformaciones, el modelo de atención incorpora estrategias innovadoras para el tratamiento, acompañamiento y seguimiento de usuarios de los servicios de salud.

¿Cuáles son las expectativas que tienen sobre el Estado como garante de la salud?

La población costarricense tiene puesta su esperanza, interés y seguridad de que la salud es una responsabilidad de Estado, asumida por sistema de salud y el modelo de salud de la seguridad social, la "Caja" (CCSS). En el contexto de la pandemia COVID 19 es reconocido ampliamente el rol Rector del Ministerio de salud con la salud pública del país. Así queda arraigada la idea de que la seguridad social y el sistema de salud deben defenderse y cuidarse.

Las críticas previas a la pandemia hacia los servicios de salud tuvieron un giro de pasar del malestar cotidiano por problemas de eficiencia en la gestión de los servicios de salud a la exigencia de un fortalecimiento institucional del sistema de salud, mayor cobertura y universalidad real del seguro salud, así como mejorar la equidad y la eficacia en la atención y los resultados de salud. Una oportunidad de cambio.

El sistema de salud debe mejorar y hacer eficiente y equitativo el primer nivel de atención, fortaleciendo con la atención primaria de la salud, la promoción

de la salud, la participación social de la comunidad y la acción intersectorial desde el nivel local, desarrollando un liderazgo con las instituciones, gobierno local, sociedad civil y organizaciones.

El Estado debe garantizar la salud desde la atención y enfrentamiento de los determinantes sociales de la salud que afectan la salud, revisando la posición centralista del ente rector y de los servicios de salud de la CCSS, ~~y~~ dado el poder de la autoridad técnica que detentan estos actores institucionales. Que se consideren los niveles territoriales con sus propias características socioculturales para una mejor gestión de la atención de la salud y en respecto a la idiosincrasia de cada una de las comunidades. Estas falencias se ven reflejado en la efectividad y oportunidad el proceso de vacunación.

¿Cómo se ha vivenciado el derecho a la salud en el marco de la pandemia?

La dinámica del ejercicio del derecho a la salud se puede caracterizar en 3 momentos, hay un primer momento que se inicia con la declaración de la pandemia, lo que fue confuso y alarmante para la población y sometió a grandes desafíos al sistema social y al sistema de salud en los niveles de atención local, regional y nacional.

Este primer momento de la pandemia las personas no se tiene claridad sobre el ejercicio del derecho a la salud los procesos de comunicación social ejecutada por el Ejecutivo y por las instituciones del sector de Salud garantizan el derecho a la atención los servicios de salud y trasladando la responsabilidad de cuido y preventivo a los individuos. Los mensajes fueron percibidos de diferentes formas por la población, para un sector fue un mensaje claro, no obstante, para otro sector el mensaje era confuso, infundía temor e incertidumbre.

Este primer momento incluye el gran aporte en el aprendizaje de la seguridad sanitaria. Fueron grandes aprendizajes para las instituciones con la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (normativa obligatoria de salud pública, diseño de protocolos, articulación intersectorial, entre otros), y a nivel del personal de salud (el aprendizaje del manejo de la pandemia, el uso adecuado de los equipos de protección personal, entre otros).

Un segundo momento, ya instalada la crisis sanitaria emerge y afecta el ejercicio del derecho a la salud con la crisis social que se produce: el velo de la desigualdad social que ya existía antes de la pandemia, ante las situaciones de desigualdad estructural en el país. Esto se manifiesta con todas sus problemáticas asociadas a velocidad en el aumento de la pobreza y el desempleo, en especial en el sector del turismo, es una época donde se valora la carga laboral, se reducen las jornadas de trabajo y por ende los ingresos, es un periodo de grandes carencias para un sector muy grandes de la población urbana y rural, relacionada con la satisfacción de las necesidades básicas que el Ejecutivo intenta resolver con el Bono Proteger. Se definen medidas en la dinámica laboral de cambio hacia el teletrabajo.

En las comunidades aparece la necesidad de organizarse en iniciativas de ayuda vecinal a casos comunitarios de falta de alimentación, las iglesias, organizaciones sociales. En esta etapa aparecen los cierres de instituciones, cierres de comercio, el sector privado expresa su descontento y existen las reacciones de la población de la población desarticuladas, además el cierre de las escuelas públicas y privadas que generaron un proceso de educación virtual que evidenció la brecha tecnológica. Ante la problemática compleja, se empieza a evidenciar una movilización ciudadana para aportar en forma articulada en la reactivación económica, con el sector cooperativista, solidarista, sindicatos y sector empresarial convocaron a un diálogo multisectorial, en forma paralela a un esfuerzo del Ejecutivo quien acoge las propuestas para su valoración e incorporación en la agenda legislativa.

El tercer gran momento aun manteniéndose la pandemia se implementa el proceso vacunación que inicia en diciembre del 2020, iniciada con los grupos de riesgos que luego y actualmente se amplía a toda la población mayor de 12 años. Con esta acción se fortalece la percepción de protección del derecho a la salud, pero al mismo tiempo comienzan los reclamos por mayor eficiencia y equidad en el proceso seguido por las instituciones de salud y se inician momentos de mayores exigencias y de control social. Se producen algunos cambios en

los procedimientos, ante los reclamos, y la CCSS integra a diferentes grupos para posibilitar y agilizar el proceso de vacunación. Se incluye a otros actores sociales que tienen poder de influencia para integran una mesa de trabajo a diferentes sectores sociales, privados y sociedad civil y se promueve y exige mayor velocidad en el esquema completo de vacunación a la población.

Después de casi 18 meses de crisis sanitaria y pandemia la vivencia del derecho a la salud se expresa en la exigencia de la población por tener una vida mejor y digna, aparecen acciones para la reactivación económica y un reclamo para volver a la normalidad de posibilidades de trabajo, de ingresos y de convivencia social.

La comunicación social oficial continuó con el mismo esquema de información unidireccional del Ejecutivo, el cual presentó un desgaste y la población empieza a informarse más por las redes sociales, creando muchas confusiones, conspiraciones y mitos en torno a la vacunación y a la pandemia, cuestionando las medidas restrictivas sanitarias y reclamo generalizado y social por la apertura y la reactivación económica, momento actual en el que se realiza el presente estudio.

Igualmente, a nivel de la atención de los servicios de salud, se evidencia el agotamiento del personal de salud y surgen los reclamos gremiales de colegios profesionales, sindicatos de salud, de administración pública y asociaciones de profesionales de la salud por protección de bioseguridad, apoyo a la salud mental entre otros aspectos. Es una etapa en se contraponen los criterios técnicos de una política sanitaria y una política de reactivación económica, creando malestar, desconfianza e incertidumbre.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Respecto a la conceptualización de salud

La idea de salud vinculada a lo biomédico, hospitalario y acceso a la salud es un elemento presente en los discursos de las personas participantes del estudio, hubo que aclarar en varias ocasiones para que el concepto fuera más amplio y poder dar riqueza al proceso de investigación.

COMENTARIOS PROSPECTIVOS

Las propuestas prospectivas son ideas que surgen del proceso de análisis, de la presencia del discurso sentido y saturado y por ideas que emergieron como una variación del discurso en el colectivo del estudio.

Salud mental

La salud mental debe ser integrada como una dimensión transversal a la estructura del sistema sociosanitario; se manifiesta de diferentes formas desde las experiencias de afrontamiento ante la situación de pandemia por COVID–19, por tal razón es un elemento que se debe considerar en el análisis del Derecho a la Salud, el cual no es tan solo de responsabilidad sanitaria, sino que forma parte de los determinantes sociales de la salud y por ello requiere la participación e involucramiento de otros actores sociales como parte del desarrollo institucional, desarrollo local, estilo de vida saludable y es una dimensión intergeneracional. La salud mental, es un aspecto que aparece como transversal a los diferentes discursos expresados en el estudio, por tal motivo, se considera como una categoría emergente que debe ser abordada, no tan solo a nivel clínico, sino también, a nivel de liderazgos comunitarios, es un enfoque de promoción de la salud y de participación local en los territorios.

Concepto de salud

El Derecho a la salud se debe reconceptualizar a la luz de los elementos que ha presentado la pandemia, superando su visión focalizada, predominantemente en la dimensión del acceso y atención a los servicios de salud, centrada en aspectos clínicos, biomédicos y farmacológicos, sin embargo, con la crisis sanitaria aparece un Derecho a Salud vinculado con elementos de salud mental, del entorno sociocultural, la sana administración de las finanzas, la empleabilidad, la alimentación, la educación e incluso con características espirituales, en la que se destaca los determinantes sociales de la salud desde un concepto multidimensional, con una visión sistémica y compleja.

Políticas de restricción sanitaria

Se debe contemplar en el Derecho a la Salud los efectos en el ámbito laboral, en temas como el empleo, la informalidad, la precariedad de las iniciativas del trabajo y el elemento de la brecha tecnológica que han experimentado diversos sectores y grupos poblacionales con acceso desigual a computadoras, conexión a internet de calidad, manejo de plataformas para el trabajo y estudio en entornos virtuales, así como los elementos de una nueva socialización virtual; estos asoman como elementos que deben considerarse en las medidas de salud pública surgidos como lecciones aprendidas, pero también como retos en la era pospandemia.

Dinámica familiar diferenciada por género

El rol de la mujer en pandemia develó la afectación en las relaciones sociales, en la operación de las estructuras del poder que tiene como base una identidad patriarcal denotando una fuerte responsabilidad en la mujer por la educación y la crianza de sus hijos. En el estudio aparece un factor diferenciador en el discurso de la mujer en contraste con el del hombre, ya que , tanto trabajadoras formales como informales, expresan el rol de crianza y acompañamiento educativo como un rol responsable unilateral a su cargo, mientras que el discurso de los hombres se concentra en la preocupación del país, los aspectos laborales, y en ocasiones la oportunidad de compartir el espacio de crianza y el apoyo educativo, ausentándose de la responsabilidad e involucramiento integral en todos los aspectos de crianza, educación y socialización.

Derecho a la continuidad en la prestación de servicios de salud

Se debe garantizar el Derecho de acceso a los servicios de salud en todos los niveles, esto fue un esfuerzo que permitió atender a “pacientes Covid”, sin embargo, otras patologías se vieron afectadas en su seguimiento clínico, de laboratorio, gabinete y farmacológico, en los controles de enfermedades crónicas y el cáncer, así como la atención en las especialidades médicas. Este escenario permitió explorar temas de telemedicina, tele–odonto–pediatría, tele–consulta, tele–rehabilitación, que en muchos casos se concretó, en una llamada telefónica de un médico a un paciente. Este escenario postergó operaciones, atención de especialistas y el impacto en las ya amplias listas de espera para cirugías, consultas y tratamientos especializados. Otro aspecto que se destaca en el Derecho a la salud es la continuidad en la facilitación de los medicamentos a pacientes con tratamientos para patologías crónicas, diseñando estrategias de mensajería a la población adulta mayor y a “pacientes Covid”.

Fortalecer el primer nivel de atención en salud

Es una gran oportunidad para fortalecer la salud más próxima a las personas; la pandemia dio cuenta de la importancia de fortalecer el primer nivel de atención en salud, donde el sistema de salud local debe involucrarse a nivel comunitario, participativo, con estrategias de integración de su cosmovisión en la formulación de acciones , apoyando la toma de decisiones para no desplazar, ni discriminar ningún grupo poblacional, sino más bien, la pandemia, ha generado una oportunidad de cambio para que las personas puedan participar en los procesos de diseño, implementación y evaluación de medidas para el afrontamiento de situaciones de crisis como en esta pandemia .

Derecho a la participación en las políticas públicas sobre salud

La participación en política pública sobre salud se vio atomizada por el modelo de gestión desarrollado durante la pandemia, el cual se concentró en decisiones de tipo sanitario verticalizadas, con acciones basadas en la evidencia epidemiológica. Este acápite permite sugerir la idea de valorar la experiencia de primer nivel de atención en salud y de otros sectores vinculados a la salud pública, desarrollando canales de retroalimentación y armonización de los diferentes procesos de sistematización local, regional, por sector, entre otras dimensiones, que podrían generar evidencia científica para la toma de decisiones.

Universalidad de la atención

Este último punto expone una brecha en la atención con población sexualmente diversa, población migrante, la que debe ser abordada con procesos de sensibilización por los órganos competentes en

conjunto con las autoridades de salud local, de esa manera se crea una oportunidad para la armonización intersectorial y comunitaria para concientizar en el Derecho a la Salud como atención universal a la población.

Reconocimiento de la sociedad civil

Se recomienda establecer una sistematización de los esfuerzos realizados en la emergencia sanitaria por la sociedad civil, las asociaciones de desarrollo, la iglesia local, entre otros actores sociales en territorios, acerca de las diferentes temáticas que se hicieron presente en el apoyo de la contención de la pandemia por medio de la entrega de equipos de protección personal, articulación en la ayuda alimentaria y en el apoyo en la atención de la salud mental. Estas acciones se mantuvieron en un anonimato solidario que emergen en el discurso del presente estudio.

El abordaje de pacientes postCovid–19

Resulta muy innovador y de acción prospectiva considerar un abordaje a los pacientes Covid, quienes requieren de un seguimiento, de un tratamiento de rehabilitación motora, respiratoria y funcional; es una nueva realidad de pacientes que requieren ser estudiados en sus implicaciones laborales, educativas, familiares, sociales, entre otros aspectos de la promoción de la salud y la salud pública

Siglas y Acrónimos

BCCR	Banco Central de Costa Rica
BM	Banco Mundial
Caja	Caja Costarricense de Seguro Social, usado como concepto de referencia a CCSS
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEACO	Centro Especializado de Atención de Paciente Covid–19
CENDEISSS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
Covid–19	Enfermedad causada por el coronavirus conocido como SARS–CoV–2
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
ECE	Encuesta Continua de Empleo
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusam–menarbeit
ICT	Instituto Costarricense de Turismo
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDS	Índice de Desarrollo Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística
INS	Instituto Nacional de Seguros
IVM	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Seguridad Pública
MTSS	Ministerio del Trabajo y Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Productos Interno Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
REDESCA	Relatora Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales
SEM	Seguro de Salud o Seguro de Enfermedad y Mater–nidad
SINAE	Sindicato Nacional de Enfermería y Afines
SNS	Sistema Nacional de Salud.

Estudio de caso:
México

Equipo investigador:

Oswaldo Sinoe Medina Gómez Ismael Medina Vizcarra

Contenido

Marco contextual socio–sanitario 141
El derecho a la salud en México 141
El sistema de salud en México 142
Sistemas de seguridad social 144
Cobertura de los servicios de salud 145
Inversión e Infraestructura sanitaria 145
La pandemia por COVID 19, el escenario en México 146
Presentación del análisis cualitativo 148
Resultados 148
Concepción de la salud 149
Afectación en las relaciones sociales 151
El ejercicio del derecho a la salud durante la pandemia 155
Respuesta del Estado 158
Acciones para la exigibilidad del derecho a la salud 160
Acciones para mejorar la garantía y exigencia del derecho a la salud 161
Conclusiones 164
Comentarios 166
Limitaciones del estudio 167

Estudio de caso:
México

Marco contextual socio–sanitario

El derecho a la salud en México

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece:

> "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución." (DOF, 1983)

En el año 2020 se reformó el párrafo cuarto quedando de la siguiente manera:

> "Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social." (DOF, 2020)

y se adicionaron los párrafos: décimo cuarto, décimo quinto y décimo sexto, del mismo artículo:

> "El Estado garantizará la entrega de un apoyo económico a las personas que tengan discapacidad permanente en los términos que fije la Ley. Para recibir esta prestación tendrán prioridad las y los menores de dieciocho años, las y los indígenas y las y los afromexicanos hasta la edad de sesenta y cuatro años y las personas que se encuentren en condición de pobreza.
>
> Las personas mayores de sesenta y ocho años tienen derecho a recibir por parte del Estado una pensión no contributiva en los términos que fije la Ley. En el caso de las y los indígenas y las y los afromexicanos esta prestación se otorgará a partir de los sesenta y cinco años de edad.
>
> El Estado establecerá un sistema de becas para las y los estudiantes de todos los niveles escolares del sistema de educación pública, con prioridad a las y los pertenecientes a las familias que se encuentren en condición de pobreza, para garantizar con equidad el derecho a la educación." (DOF, 2020)

Las modificaciones realizadas al artículo cuarto constitucional se relacionan con las recientes transformaciones que se han implementado al sistema de salud mexicano.

A decir de López–Arellano, López–Moreno y Moreno Altamirano, el hecho que en la Carta Magna se

señale el derecho a la protección de la salud en vez del derecho a la salud, es privilegiar su carácter positivista, a lo que:

> "…los múltiples componentes que conforman este derecho en realidad se circunscriben a la obligación del Estado a prestar servicios de salud y, específicamente, a garantizar su acceso. Por esta razón, cuando en México se habla de derecho a la salud en realidad se hace referencia al acceso a los servicios de salud, y en particular al acceso a los servicios médicos".

Aunque, si bien el texto constitucional se refiere a la protección a la salud, a partir de la reforma sobre derechos humanos realizada en 2011, es válido hablar del Derecho a la salud y del Estado mexicano como sujeto obligado a promover, proteger, respetar y garantizar este derecho en su acepción más amplia. La reforma modificó el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconociendo a los tratados internacionales en el mismo nivel de jerarquía que la Constitución e incorporando el principio pro homine (DOF, 2011).

Cabe señalar que México ha firmado diversos tratados internacionales que han sido examinados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas.

De manera específica, la Observación General 14 del CDESC señala que los servicios de salud deben cumplir criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Además, en el marco de la pandemia por COVID–19, toman relevancia las siguientes obligaciones:

a) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;

b) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;

c) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;

d) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos. (CDESC, 2000)

Además, los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud.

- Las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros (CDESC, 2000: 19)
- Incorporar la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre (CDESC, 2000: 20)
- La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud.

El sistema de salud en México

Se ha reconocido que el sistema de salud en México es heterogéneo y fragmentado (Medina–Gómez y López–Arellano, 2019). Actualmente se encuentra constituido por el sector público y el privado. Las instituciones de salud públicas las conforman aquellas que corresponden a la seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), PEMEX, Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), las cuales se fundamentan en un régimen contributivo mientras que las instituciones prestan atención a la población sin seguridad social como el Programa IMSS–Oportunidades (IMSS–O) y previo a la reforma constitucional del artículo 4 del año 2020, se contaba con el Seguro Popular de Salud (SPS).

El sector privado se encuentra conformado por una alta gama de prestadores de servicios que van desde consultorios, clínicas y hospitales privados además de la compra de servicios a compañías aseguradoras (Gómez– Dantes, Sesma, Knaull, Arreola y Frenk, 2011).

La Secretaría de Salud (SS) es la encarga de proveer y regular los servicios de Salud nacionales y estatales, mediante la Ley General de Salud, así como las estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud, a partir de 1982 como consecuencia de los acuerdos de sectorización y la Reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud asume funciones de coordinación de todos los sistemas de salud incluyendo a los que otorgan seguridad social.

La principal característica del sistema de salud mexicano es la determinación del acceso y afiliación a los servicios de salud acorde a la condición laboral de las personas, quienes pertenecen al sistema formal de trabajo cuentan con los servicios proporcionados por las instituciones de seguridad social mientras que los trabajadores/as del sector informal, desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo acceden a los servicios proporcionados por la SS, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el IMSS–Bienestar, previo a la conformación del INSABI, accedían al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través del Seguro Popular de Salud. La población que accede a los servicios privados de salud lo realiza a través de la contratación de planes privados de seguro o pagos directos.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) surgió como un mecanismo para el acceso a un aseguramiento médico público dirigido a la población no asalariada y sin acceso a los servicios públicos de seguridad social (autoempleados, desempleados, trabajadores/as del sector informal de la economía y personas que están fuera del mercado laboral formal) bajo el objetivo de evitar el gasto catastrófico por el gasto de bolsillo. Desde su origen, el SPSS se definió como "el tercer pilar de la seguridad social" (Frenk, Knaul y Gómez–Dantes, 2004) (Poder Ejecutivo Federal, 2006) a pesar de limitarse a la atención médica y a diferencia de los sistemas de seguridad social, no contaba con el resto de la cartera de seguros incluyendo los de corte social y económico.

Previo a su desaparición, el SPSS era competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud (SESA) que contarán con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y otras dependencias o entidades competentes. Los REPSS eran estructuras administrativas dependientes de los Servicios Estatales de Salud que se encargaban de garantizar las acciones de protección social en salud para las personas afiliadas al Seguro Popular, mediante el financiamiento y coordinación de los servicios de salud.

El financiamiento era obtenido bajo un esquema tripartita con aportaciones del gobierno federal derivados de recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, las entidades federativas y las contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica.

La aportación anual que el Gobierno Federal realizaba al SPSS estaba integrada por una cuota social por persona beneficiaria inscrita al SPSS, con un monto equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario en el Distrito Federal del 2009 con una actualiza anual con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor, una Aportación Solidaria Federal (ASF) por persona afiliada que equivale en promedio a 1.5 veces el monto de la Cuota Social y las aportaciones estatales correspondían a 1.5 veces la cuota social otorgada por el Gobierno Federal.

Los recursos obtenidos se destinaban a financiar las prestación de los servicios de salud ofrecidos a la población afiliada contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que abarcaba los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención a los que tienen derecho los afiliados; las carteras de servicios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG); exámenes de laboratorio y gabinete, y medicamentos para cada uno de los tratamientos considerados en el CAUSES.

A diferencia de los servicios públicos de seguridad social, donde la atención y recursos son acorde a la necesidad de atención, en el SPSS, el tratamiento de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que representaban un riesgo financiero o gasto catastrófico solo podía accederse a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos como es el caso del tratamiento del cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, tratamientos antirretrovirales para pacientes con VIH/SIDA, tumor maligno de próstata; infarto agudo al miocardio en personas menores de 60 años; cuidados neonatales intensivos, entre otros.

Sistemas de seguridad social

a) Instituto Mexicano del Seguro Social.

En México los programas de Seguridad Social quedaron plasmados en el constituyente de 1917 pero fue hasta 1973 que se concretizó con la creación del IMSS en 1943 y su propósito es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión garantizada por el Estado (IMSS, 2012). Es considerado un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, además, posee la figura de organismo fiscal autónomo y con financiamiento de carácter tripartita con participación el Gobierno Federal, patrones, y trabajadores/as.

Los ingresos del IMSS provienen principalmente de las aportaciones recabadas de las cuotas de los trabajadores/as, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; en menor medida se obtiene ingresos de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, y de los ingresos por las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios, así como del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de México y de América Latina, otorga atención a 47 millones de personas (INEGI, 2020). Además, otorga atención médica a 6 y medio millones de personas que cuentas con seguro facultativo (principalmente estudiantes de bachillerato y universidad), seguro de salud para la familia, y continuación voluntaria.

Los trabajadores/as afiliados al IMSS cuentan con los seguros que cubre el régimen obligatorio según el artículo 11 de la LSS: Riesgos de Trabajo; Enfermedades y Maternidad; Invalidez y Vida; Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y; Guarderías y Prestaciones Sociales.

Para su operación, el IMSS está compuesto de 32 delegaciones las cuales son las unidades operativas encargadas de aplicar los programas o normativas que emanan del nivel superior. El IMSS cuenta con 1 114 Unidades de Medicina Familiar (UMF), 266 hospitales de segundo nivel de atención incluyendo 35 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) que brindan atención como intervenciones quirúrgicas, endoscopias, quimioterapia, diálisis y hemodiálisis sin necesidad de que los pacientes sean hospitalizados, y 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

b) IMSS BIENESTAR

El programa IMSS–BIENESTAR tiene como antecedentes históricos creación en 1974 del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. Para 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y dos años después se integran las actividades y acciones del IMSS a COPLAMAR para conformar el Programa IMSS– COPLAMAR. Para 1983 el programa es administrado completamente por el IMSS, otorgando atención en 17 estados del país. En 1989 el Programa cambia su nombre a IMSS–Solidaridad y en 2002 se trasforma a IMSS–Oportunidades (IO) y a partir de 2019 se denomina IMSS–BIENESTAR (http://www.imss.gob.mx/imss–bienestar).

Actualmente el programa opera en comunidades de 19 entidades de alto y muy alto grado de marginación. El número de beneficiarios suma a 11.6 millones de personas y la atención de los servicios se orienta a quienes no se encuentran afiliados a las instituciones de seguridad social como IMSS e

ISSSTE o anteriormente al Seguro Popular excepto si los inscritos al SP residen en localidades carentes de infraestructura de los Servicios Estatales de Salud (SES).

Para otorgar atención el programa cuenta con 3 mil 622 unidades médicas rurales, 80 hospitales rurales, 184 brigadas de salud, 140 unidades médicas móviles y 45 centros de atención rural obstétrica.

c) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores/as del Estado. El acceso a los servicios del ISSSTE se otorgan a los trabajadores que presten sus servicios en las Dependencias o Entidades que señala el artículo 1 de la Ley del ISSSTE como lo son La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, ambas cámaras del Congreso de la Unión, el Poder Judicial de la Federación y el Consejo de la Judicatura Federal; La Procuraduría General de la República; Los órganos jurisdiccionales autónomos; los órganos con autonomía por disposición constitucional como en el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México y otras con carácter similar; el Gobierno del Distrito Federal y los gobiernos de las Entidades Federativas (Diario Oficial de la Federación, 2007).

Actualmente la Organización interna del ISSSTE está conformada por una Dirección General, una Subsecretaria de la Junta Directiva y el Órgano Interno de Control en el ISSSTE. A su vez la Dirección General de divide en cuatro subsecretarías: Subsecretaría General Médica, Subsecretaría General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, Subsecretaría General Jurídica y la Subsecretaría de general de finanzas; en cuatro coordinaciones: Coordinación General de Administración, Coordinación General de Transformación y Desarrollo Institucional, Coordinación de Desarrollo Delegacional y Coordinación de Comunicación Social; todas ella con sus respectivas subdirecciones. De la Dirección General también se desprenden cuatro delegaciones que son: Fondo Nacional de los Trabajadores al Servicio del Estado, Fondo Nacional de la Vivienda, Sistema integral de Tiendas y Farmacias y sus Gerencias Regionales y el Sistema de agencias turísticas.

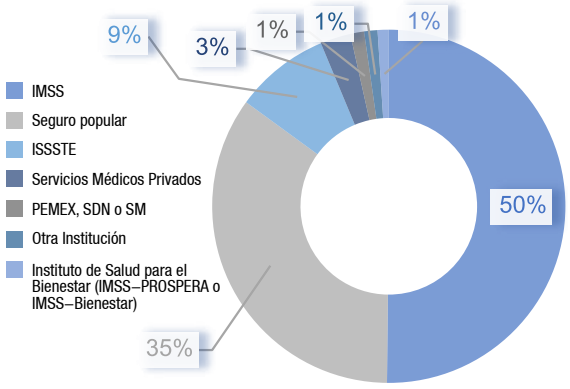
El ISSSTE otorga de manera obligatoria los seguros de salud; riesgos del trabajo; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y seguro de invalidez y vida. Actualmente ampara a más de 11 millones de personas (INEGI, 2020).

Para otorgar la atención médica, cuenta con 1003 unidades de primer nivel de atención, 127 hospitales de segundo nivel y 15 hospitales de tercer nivel (ISSSTE, 2020).

Cobertura de los servicios de salud

El INEGI reporta que el 79.7% de la población se encuentra afiliada a algún servicio de salud (INEGI, 2020). De acuerdo a los resultados del censo de población y vivienda 2020, el IMSS cuenta con el 51% de los derechohabientes; el Seguro Popular cubría al 3% de derechohabientes mientras que el ISSSTE cubre solo el 9% de la población total en México.

Gráfico 10. Población derechohabiente según tipo de institución, México 2020.



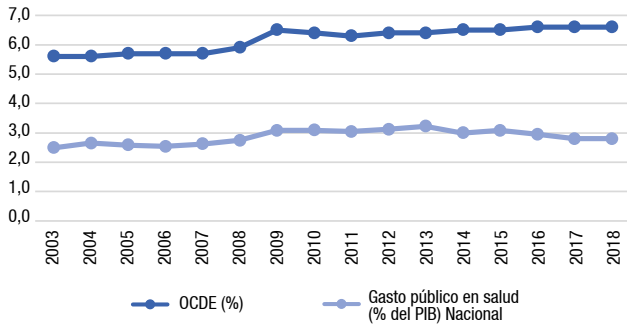
Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2020.

Inversión e Infraestructura sanitaria

México cuenta con un gasto público en salud por debajo del promedio de los países miembros de la OCDE, la evolución del gasto público en salud respecto al producto interno bruto muestra pocas diferencias en los últimos años.

Gráfico 11

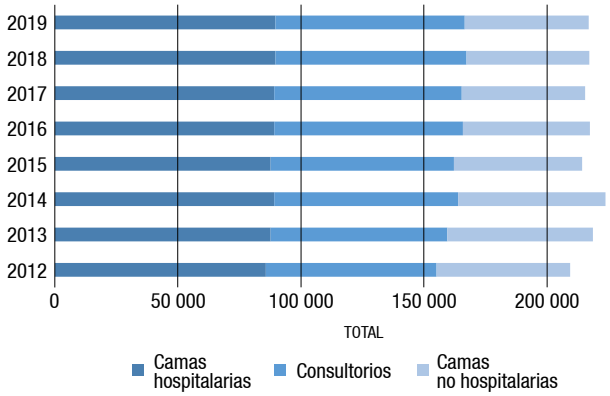
Gasto público en salud, México 2003–2018.



Fuente: https://databank.worldbank.org/source/health–nutrition–and–population–statistics

Gráfico 12

Infraestructura sanitaria en México, 2012–2019



Fuente: http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/

Lo anterior toma relevancia dado que los recursos e infraestructura sanitaria muestra un lento crecimiento en los últimos años y la existente se encuentra concentrada en algunas entidades federativas.

La infraestructura sanitaria que el país cuenta es: 1,395 Hospitales 69,896 médicos generales y familiares 4,603 médicos especialistas 144,784 enfermeras generales 36,602 enfermeras especialistas 104,853 auxiliares de enfermería 139,581 camas totales, 89,562 hospitalarias y 50,019 en otras áreas (DGIS, 2020).

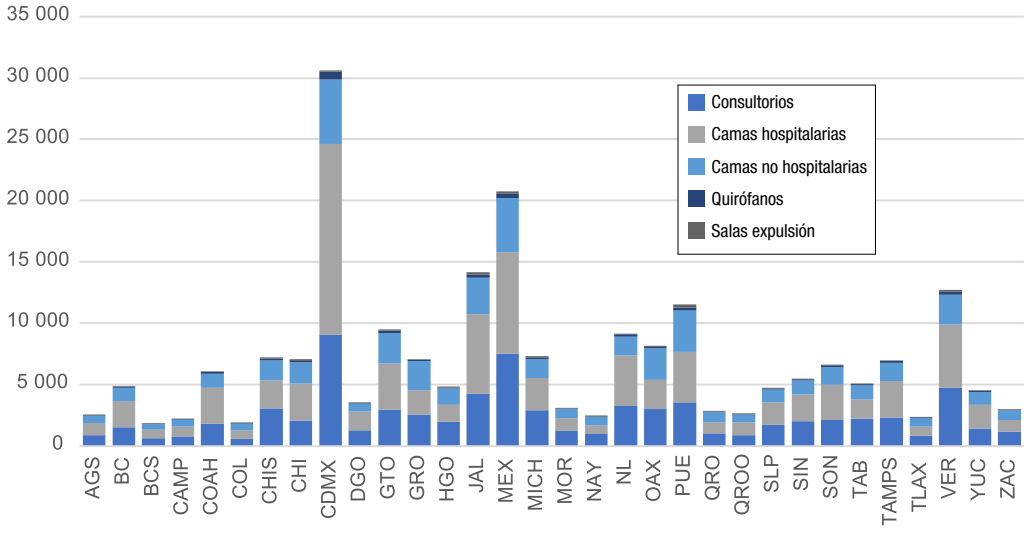
Respecto al gasto que los hogares realizan en materia de salud se centra en la compra de medicamentos y atención médica.

La pandemia por COVID 19, el escenario en México

En diciembre de 2019, se produjo una serie de enfermedades respiratorias atípicas agudas en Wuhan, China. Pronto se descubrió que un nuevo coronavirus era el responsable de este brote y fue nombrado como síndrome respiratorio agudo severo coronavirus2 (SARS–CoV–2, 2019–nCoV) debido a su alta homología (80%) con el virus causante del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) durante los años 2002 y 2003 (Li *et al.*, 2000). Se

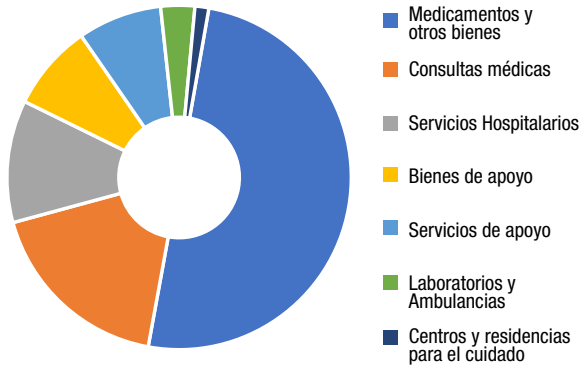
Gráfica 13

Recursos físicos por entidad federativa, 2019.



Fuente: http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/

Gráfico 14
Gasto de los hogares en bienes y servicios de salud, 2019



Fuente: https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/

consideró que el brote de SARS–CoV–2 se inició originalmente a través de una transmisión zoonótica asociada con el mercado de mariscos en Wuhan, China, sin embargo, el origen del nuevo virus aún no es del todo claro (OMS, 2020). Más tarde se reconoció que la transmisión de persona a persona jugó un papel importante en el brote posterior y su rápida diseminación provocó que la enfermedad denominada COVID–19 fuera declarada por la Organización Mundial de la Salud como pandemia y una emergencia de salud pública de importancia internacional (OMS, 2020a).

En México se han reportado al 28 de junio del 2021, 2 692 599 casos positivos estimados, de los cuales, 2 507 453 fueron casos confirmados y se han registrado 245 023 defunciones estimadas, el 62.47% de las muertes ocurrieron en hombres. La distribución de casos confirmados por entidad federativa muestra que la Ciudad de México presenta el mayor número de casos (681 574 enfermos) con una tasa de 7 557.39 casos por 100 000 habitantes, Baja California ocupó el segundo lugar con 38 818 casos lo que representa una tasa de 4 823.86 casos por cada 100 000 habitantes y en el tercer sitio se encuentra Querétaro con 69 742 casos y una tasa de 3 059.35 casos por cada 100 000 habitantes. Los estados con las menores tasas de casos fueron Veracruz y Chiapas (759.13 y 214.14 por 100 000 habitantes respectivamente) mientras que el número de personas vacunadas a nivel nacional corresponde al 14.86% de la población (CONACYT, 2021; Universidad John Hopkins, 2020).

En México existen grandes retos para afrontar la pandemia considerando que el país cuenta con un sistema de salud precario, resultado de un desmantelamiento constante de las instituciones públicas a través de diversos mecanismos, entre los que destacan la reducción de financiamiento, poca inversión en infraestructura y falta de personal sanitario, que impacta en la resolución de los problemas de salud, calidad de la atención y promueve la privatización (Laurell y Herrera, 2010).

Programas y apoyos implementados ante la pandemia por COVID–19

Para afrontar los efectos que la pandemia ha tenido en la población, el trabajo y la economía del país, se implementaron un paquete de programas encaminados principalmente a la transferencia de recursos económicos a diversos grupos sociales y unidades económicas (Gobierno de México, 2021).

A continuación, se describen dichos programas:

- Créditos para apoyar a micronegocios famil–iares y trabajadores por cuenta propia que se dedican a la comercialización, producción de bienes y/o prestación de servicios, de los to–dos sectores excepto el sector agropecuario, que consiste en un financiamiento de 25 mil pesos por negocio o persona, a pagar en tres años, incluidos tres meses de gracia.

- Plataforma del Gobierno de México denomi–nado “Mercado solidario” que brinda un es–pacio virtual en el que micro, pequeñas y me–dianas empresas podrán encontrar mercados locales en los cuales realizar transacciones, fuera de la plataforma, con potenciales con–sumidores de sus productos y servicios.

- Iniciativas implementadas por las entidades federativas para apoyar a la economía y per–sonas en condiciones de vulnerabilidad y afectadas por la enfermedad. La descripción de cada iniciativa local puede ser consulta–da en el siguiente sitio: https://www.gob.mx/covid19medidaseconomicas?tab=Entidades–Federativas.

Respecto a la atención otorgada por los servicios de salud, se reconoció la precariedad del sistema de salud y la infraestructura instalada donde incluso existen hospitales que nunca fueron concluidos en su construcción por administraciones pasadas, ante lo cual se implementó la reconversión de los servicios de salud (Gobierno de México, 2020)

La reconversión hospitalaria COVID–19 tenía el propósito de garantizar que la organización de los servicios de atención médica se ejecute bajo los principios de oportunidad, calidad y eficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros y con ello se incida en la prevención y control de la pandemia en México (Secretaría de Salud, 2020).

Los objetivos específicos de este plan eran:

- Asegurar la continuidad de la Atención Primaria a la Salud para el acceso oportuno y de calidad de la atención de pacientes.
- Asegurar la coordinación, toma de decisiones y comunicación efectiva entre instituciones para la reconversión hospitalaria COVID–19 a nivel local, regional y nacional.
- Evaluar la capacidad instalada y el alcance de la reconversión hospitalaria a nivel local, regional y nacional.
- Planeación

El efecto de este plan de reconversión se ejemplifico con lo realizado por el IMSS, al 31 de diciembre del 2020 se contaba con 16 mil 659 camas asignadas para atender la contingencia, y para el 13 de febrero del 2021 se incrementó dicha capacidad a 19 mil 999 camas en 232 hospitales para otorgar atención a los derechohabientes y no derechohabientes que requirieran hospitalización por una enfermedad grave por COVID–19 (IMSS, 2021).

Además, se contó con el apoyo de la iniciativa privada se instalaron unidades temporales de atención COVID como mecanismo de apoyo a la infraestructura sanitaria ya existente.

Se estableció que las instituciones de seguridad social como el IMSS atenderá a la población afectada por esta enfermedad sin importar su condición de derechohabiencia al dicho Instituto (IMSS, 2020). Además, se realizó una inversión en la compra de insumos y equipo para la atención de COVID–19 y se realizaron contrataciones de personal de salud para su incorporación en los denominados equipos COVID en las instituciones públicas de salud (IMSSa, 2020).

Como medida de comunicación hacía la población, se implementó un informe diario de la situación sobre la pandemia con la finalidad de informar a la población del panorama epidemiológico y las estrategias que se establecían por parte de las autoridades nacionales, incluyendo las medidas de prevención de contagio (Secretaría de Salud, 2020 a).

Se hizo pública la información de los casos reportados por los mecanismos establecidos para la vigilancia epidemiológica tanto a nivel nacional como por cada estado que conforma la república y diversas entidades desarrollaron plataformas de información y de ayuda para la búsqueda de la atención y toma de pruebas (Estado de Nuevo León, 2020; Gobierno de México, 2020; SEDESA, 2020).

Presentación del análisis cualitativo

Resultados

Para la elaboración de los resultados se llevó a cabo una lectura exhaustiva de las transcripciones de cada grupo de discusión. En ellas, se ubicaron y se codificaron los distintos temas grupales. La elección de los fragmentos de discurso se hizo de acuerdo con los objetivos y preguntas de investigación del presente trabajo, por lo que se tomaron aquellos fragmentos del discurso grupal que aportaban sentido al análisis. Asimismo, se consideraron los momentos en que se generaban disputas y consensos grupales, esto es, momentos del discurso grupal donde aparecían regularidades (fundamentos más o menos obvios) y donde había particularidades (fundamentos poco comunes). Además, se incluyeron aquellos temas grupales que no se habían considerado previamente en la guía temática, pero que formaban parte del sentido del tema.

Concepción de la salud

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sin embargo, el concepto de salud que tienen las personas es concebido como un tema individual e interpretado como la ausencia de dolor, enfermedad o daño.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 745–747: "Que no me enferme… bueno, ¿estar sana? Que no me enferme a cada rato, yo ya tiene mucho que no me enfermo, entonces yo digo que yo estoy sana ¿no? pues no me enfermo, ¿no?"*

> *Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 753: "Para mi pues que no nos duela nada".*

Contrariamente, desde la perspectiva de los grupos indígenas, esta visión es diferente, la salud se concibe como un fenómeno colectivo, el cual se encuentra bajo tensión por un proceso de aculturamiento que incide en el abandono esta concepción con la pérdida de identidad propia a través de un proceso integrativo a la sociedad en general.

> *Entrevista, Organización Social, México; 178–179: "...el tema de la salud en un tema colectivo, no un tema individual".*

> *Entrevista, Organización Social, México; 371–374: "…A veces no nos identificamos como tal y nos perdemos en la sociedad en general, hablando supuestamente el español, actuando como sociedad mestiza y eso nos impide expresarnos lo que nosotros necesitaríamos desde nuestra propia perspectiva, incluyendo a la salud".*

> Los efectos de la pandemia en la vida y el en–torno

Afectación laboral

La percepción de los efectos que tuvo la pandemia respecto al trabajo, tanto las personas con trabajo formal e informal consideraron que hubo una reducción de trabajo, así como un efecto negativo respecto a los ingresos económicos.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 164–165: "el trabajo en un momento faltó, entonces pues sí afectó mucho la economía".*

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 535–536: "…empezaron a reducir sueldos, disminuyó el trabajo, y pues si afectó en lo económico".*

La situación de confinamiento ha supuesto cambios drásticos en la actividad laboral, cambios que se han manifestado de manera diferenciada según la condición laboral de los distintos sectores de la población entrevistada. En el campo laboral formal, como consecuencia de la reducción de la movilidad social y la implementación del aislamiento físico como medida de prevención de contagió ante el COVID–19, se implementó el cese de las actividades laborales consideradas no esenciales, sin embargo, las personas entrevistadas que laboran en la burocracia refirieron haber continuado con sus actividades de manera presencial lo que podría ser motivo de riesgo de contagio de la enfermedad.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 694–696: "…cuando yo tenía que ir al trabajo, también era como estresante porque en la operatividad… la secretaría nunca paro en la operatividad".*

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 702–704: "no había quien hiciera el trabajo y todo el equipo que tu tenías para trabajar pues se reducía a dos personas que estábamos en la guardia y que de repente bueno, había que seguir sacando cosas".*

Además, se promovió fuertemente la actividad laboral desde casa («teletrabajo»), esta modalidad tuvo una percepción positiva al inicio dado que la actividad laboral se realizaba en la comodidad del hogar, pero posteriormente tuvo efectos negativos que incidieron en las relaciones interpersonales en la familia.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 563–658: "Al principio no sé, digamos 1 mes o 2 meses decía "mira, estamos tranquilos, yo ya no voy a trabajar, estamos trabajando desde mi computadora desde un rincón de la 565 casa, me acomodo, pongo mi cuadrito y ese es mi espacio y listo" pero ya cuando empiezas a pasar demasiado tiempo con tu pareja, inclusive aspectos de ella misma que no conocías"

Además, el trabajo trasladado al domicilio transformó las relaciones laborales al transitar de una actividad regulada por un horario en un espacio destinado para tal actividad a la disponibilidad continua del trabajador.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 752–754: "…pues si se han multiplicado la jornada laboral porque, como compartían los demás compañeros, pues ya no tienes horarios, ya tienes que estar disponible las 24 horas en el trabajo".

En el caso de las personas que se dedican al comercio informal, se presentaron acciones adaptativas que permitieron continuar con su actividad, inicialmente la pandemia tuvo efectos negativos en su actividad laboral pero posteriormente fue una fuente de ingresos al comercializar con material de cuidado contra la enfermedad como es el caso de los cubrebocas.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 118–119: "…pues también la pérdida del trabajo y pues ahorita bendito sea Dios ya tengo otra vez trabajo, pero es muy estresante"

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 148–150: "Trabajaba yo en otro de vender ropa, pero como vino lo de la pandemia, pues me tuve que adaptar a la situación, entonces estoy vendiendo ahorita cubrebocas"

Para las personas que se encuentran en el mercado informal, la presencia de familiares enfermos por COVID–19, fue un elemento de presión económica.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 163–165: "…mis hijos hubieron dos que se contagiaron, pues en realidad si creemos que son gastos extras, cosa que creo que el trabajo en un momento faltó, entonces pues sí afectó mucho la economía".

Lo anterior toma relevancia dado que este grupo por su condición laboral no accede a servicios de seguridad social y la resolución de sus problemas en materia de salud se resuelven principalmente en los servicios públicos disponibles o través de la atención medica privada y cuyo costo vulnera aún más las condiciones de vida de las personas y es un mecanismo generador de pobreza.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 345–347: "…también me tocó ir con un médico particular, me gasté una lana que no tenía pues, o que tenía pero que había ahorrado con muchísimo esfuerzo"

También se presentaron afectaciones a nivel laboral con el personal médico, tales como: la falta de personal e insumos para enfrentar la pandemia. Este grupo identifica una vulneración[59] de sus derechos, de los cuales, los sindicatos encargados del gremio, poco pudieron hacer para defenderlos y garantizar mejores condiciones laborales.

Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 231–237: "Híjole…aquí si… curiosamente y en relación a trabajo, en este momento los sindicatos se vieron minimizados, la verdad es que no vemos ninguna respuesta por parte de ellos como para defender los derechos de los trabajadores, y sobre todo de los trabajadores de la salud, muchos de ellos estaban en un inicio muy molestos sobretodo porque no contaban…no tenían insumos, al no tener una respuesta en insumos, ni en materiales ni en equipo ni en nada de esto obviamente se trabajó en condiciones impresionantes".

Lo anterior, consideran las personas entrevistadas, determinó condiciones de trabajo precarias y riesgosas que incidieron en la alta mortalidad en el personal que labora en los servicios de salud y

59 Respecto del uso de la expresión "vulneración" o "vulneración basal" tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

que además del personal médico y de enfermería, se identifica al resto de los trabajadores no médicos que suele estar invisibilizado.

> *Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 254–259: "...las condiciones con las que trabajaron no fueron las adecuadas, muchos de ellos murieron, de hecho, fueron el sector de riesgo más grande –los médicos y enfermeras, camilleros– que esa parte no la tocan, siempre ponemos médicos y enfermeras de frente, pero los químicos que tomaban las muestras, que siguen tomando las muestras actualmente, todas estas personas que están involucradas en que el sistema de salud funcione…".*

Afectación en las relaciones sociales

El confinamiento domiciliario aunado a que las actividades laborales y la educación que se trasladaron al domicilio a través del teletrabajo y la educación a distancia, modificaron la dinámica familiar incidiendo en la reducción de la privacidad y un incremento de conflictos en las relaciones de pareja y familia.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 536–542: "En lo familiar y en la pareja como que (…) por lo mismo de que no estabas acostumbrado a estar todo el tiempo con tu pareja, estar viviendo, estando, trabajando juntos y como que se vuelve una rutina (…) al principio es buena, pero como que después empiezan los problemas de que, por parte del trabajo, uno tiene muchas responsabilidades y se van acatando varias situaciones de enojo, y de discusiones".*

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 589–592: "cambió mucho porque no es lo mismo estar tres meses –en mi caso que pasamos más de un año– estar conviviendo más de tres meses con tu pareja a ya tener demasiado tiempo y a acostumbrarte a una rutina: tu levantarte, y vente para acá, y yo estoy aquí. Y cambiar esa parte de "¿Qué vamos a hacer hoy?" Aquí vas a estar, cada quien tiene su espacio y tu vete para allá porque a tales horas tengo clase, tu vete para allá porque a tales tengo junta".*

Entre el personal médico que laboraron en la primera línea de atención de personas infectadas por COVID–19, tomaron decisiones como el aislamiento y la limitación de la convivencia familiar, incluso la separación temporal de la pareja, como medida de prevención para evitar el contagio en sus familias.

> *Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 47–50: "Cambió mucho en el aspecto tanto laboral como familiar, porque sí los cuidados eran muy especiales y llegó un momento en el que sí yo si llegue un momento hasta irme a un hotel o a otra casa para evitar el contagio en un momento determinado".*

Todos los participantes identificaron a los familiares directos como red primaria de apoyo y contención, quienes proporcionaron soluciones a sus necesidades emergentes como el cuidado de familiares.

> *Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 40–45: "Pues en mi caso sí efecto toda la dinámica de nuestra familia: en el aspecto de que mi pareja es también médico y, a pesar de que toda la familia se resguardaba en su momento, pues el tener esta profesión nosotros no nos pudimos resguardar, nos sentimos hasta cierto punto más vulnerables a la situación. Entonces tuvimos que cargar con ese peso –en este caso de mi hija de dejarla sola–, dejarla con algún familiar cercano, en este caso mi mamá".*

Respecto a sus amigos y vecinos, se identifican como un grupo de apoyo adicional con los que cuenta la población entrevistada, dado que también fueron proveedores solidarios de cuidado y soporte emocional, así como de apoyos económicos para solventar las necesidades básicas y aquellas derivadas por la enfermedad como la adquisición de medicamentos e insumos médicos.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 719–724: "…en esos momentos la red familiar y los amigos que en esos momentos se enteraban y estaban cerca siempre tuvimos*

un apoyo importante, interesante de quien nos llevaba comida, de quien iba al súper con nosotros, de quien nos llevaba las medicinas, de quien inclusive alguna vez nos vinieron a ver con unos carteles de recupérense rápido, los queremos mucho y que te ayuda ¿no? te ayudaba mucho".

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 283–284: "...pues los apoyé económicamente, si no tenían para su gas, yo les daba para su gas, para sus nebulizadores"

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 740–743: "…ya que mis papás son personas adultas mayores que ya están en población en riesgo, entonces si tuve que, en algunos momentos, acudir a apoyar a auxiliar porque ya no podían ellos hacer cosas, ya no podían ir a comprar el super".

Aunque, debido a las restricciones de movilidad y el aislamiento social, este tipo de apoyos se vio limitado y causaba frustración por parte de las personas en no poder brindar apoyo, principalmente a sus familiares que se encontraban a grandes distancias.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 106–107: "…muy triste saber que mi familiar estaba muy lejos de mí y yo sin poder hacer nada".

A pesar de identificar la relevancia de la solidaridad y el apoyo entre las personas y su comunidad, el grupo de trabajadores/as informales refirieron con mayor frecuencia expresiones de discriminación entre la población respecto a las personas que se enfermaron por COVID–19, se categorizó a la persona enferma y a sus familiares como un riesgo para los demás por lo que se respondió con el aislamiento, estigmatización y hasta diverso tipo de agresiones. La misma respuesta se presentó hacía el personal de salud que brindó atención durante la pandemia y se consideraban potencialmente peligrosos e infectantes hacía la población.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 272–277: "…si alguien o a una familia de dos–tres casas a la tuya tenían pues eran como los apestados: "no te juntes con ellos", "¿ya viste que ya les dio?" y es algo muy feo porque en vez de darles el apoyo y apoyarnos unos con otros, pues a mí me pasó. Yo escuché de muchos casos de que "ay no vayas para allá" "no vaya a esa calle porque en esa calle a todos ya les dio el coronavirus"

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 285–287: "…hubo personas que en vez de apoyar pues era un racismo por haberte dado…ya estornudó y "ya tiene" o "ya no se junten con el" era bien gacho, yo la verdad si dije no…muy feo".

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 461–462: "…Que al final de cuentas fueron afectados por cuánta gente que les echaba clarasol"

Resalta que se identifiqué al Estado como el causante o responsable de la propagación de la enfermedad, incluso, se percibió a la enfermedad como una invención o que la enfermedad era originada por parte del gobierno, estos señalamientos se realizaron principalmente en el grupo de trabajadores/as informales, pero fueron identificados por parte del personal médico como una creencia ampliamente extendida entre la población.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 359–361: "de principio pues no… decía uno "no, pues no es cierto" "eso es mentira", "eso es del gobierno", pero ya después cuando empezó que los muertos, que no sé qué, entonces dije no, pues ahora si es cierto"

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 383–384: "…hubo muchos casos yo vi y escuché que decían ¿ya vieron que pasó la avioneta y que nos está aventando un polvo?"

La desconfianza hacía el Estado es de tal magnitud que consideran a la enfermedad como un mecanismo de control hacía la población mediada a través del miedo y la propia vida.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 375–376: "…dijeron que esto lo hizo el gobierno para bajar la población"

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 264–267: "…había gente que decía que era parte del gobierno, que el COVID incluso que mencionen que el COVID no existe, que es cosa del gobierno, que nos quieren matar y que nos quieren acabar con la población".

Estas creencias respecto a la enfermedad incidieron en su diseminación en la población y no considerar las consecuencias al no implementar las medidas de prevención necesarias para evitar contagios, motivo por el cual, la responsabilidad individual respecto a evitar el contagio o enfermarse se vio vulnerado y no se evidenció una visión de responsabilidad colectiva ante las medidas de prevención impuestas por las autoridades sanitarias.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 168–169: "…había ocasiones en que parecía que todo, que no existía ninguna enfermedad y toda la gente andaba afuera sin cubrebocas"

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 605–607: "...como decíamos, la gente no lo tomaba muy enserio; mucha gente si traía cubrebocas, otros no, otros si les importaba y a otros no".

Por otro lado, la mala percepción de la atención en los servicios, fundamentada muchas veces por rumores, y la infodemia a la que se expuso la población, provocó una serie de mitos que evitaron que las personas retrasaran el contacto con los servicios médicos para un diagnósticos y tratamiento oportuno e incluso se consideraban a estos servicios como responsables de las muertes por COVID–19 debido a una percepción de mala calidad de la atención en contraste con los servicios privados.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 545–546: "…decían "bueno, ya…es la última opción el hospital".

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 534: "…es que era el rumor que decían que no, cualquier cosa…ya luego no sales".

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 539–541: "…mejor ver a un doctor particular y ponernos en tratamiento y cuidarse todos y no vayas al hospital porque ya no van a salir".

Resalta la noción de la población respecto al acto de enfermar como una predestinación que invariablemente sucederá y que forma parte de su destino, lo cual determina las decisiones y acciones respecto al cuidado de su salud.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 317–325: "…pensar que todo era un cuento, que era una manipulación, que no iba a pasar nada, que pues si me toca enfermarme es porque ya me tocaba, etc. ¿no? … entonces yo creo que de alguna manera algo que ayudo a que esta pandemia se fuera diseminando de manera importante ¿no?

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 336–337: "…nuestra población pues es muy reacia a sus propios pensamientos que uno decía me voy a morir, me voy a morir de algo ¿no?".

Afectación en la salud mental

Respecto a cómo se ha afectado la vida de las personas con la pandemia por COVID–19, la salud mental fue la más afectada a consecuencia de las medidas de aislamiento social y confinamiento domiciliario que derivaron en cambios de la dinámica de trabajo, estudio y relaciones interpersonales aunado a las pérdidas de familiares o conocidos y la soledad.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 186–188: "…fue muy duro porque yo vivo sola, y al no ver a mis hermanos, a mis hijos, a mi familia pues como que se me hizo muy pesada esta pandemia, eso es lo que yo sentí".

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 768–771: "…ver las carrozas pues a mí me creaba mucha angustia, mucha incertidumbre que la verdad es que ahorita en el trabajo me tuvieron que dar como uno

calmantes para poder estar un poco más tranquila, porque también me costaba mucho trabajo conciliar el sueño".

Durante la pandemia, resalta el papel de los medios de información respecto a la salud mental de la población. La mayoría de los medios que las personas entrevistadas utilizaban fueron preponderantemente medios electrónicos. El acceso a la información y uso de dichos medios se encuentra relacionado con las condiciones sociales de las personas a las que se les entrevistó, mientras en los trabajadores/as informales se privilegió el uso de redes sociales y televisión, entre los trabajadores/as formales, consultaban información en periódicos en su versión digital o noticias tanto en medios electrónicos como por los medios tradicionales.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 872–876: "el medio principal por el que yo me informaba y le daba seguimiento a la evolución de la pandemia tanto aquí en México, como a nivel internacional, fue a través de los diarios: no físicos, si no por páginas electrónicas".

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 217–219: "…el primer contacto que tenía de noticia pues eran las redes sociales, y existía para mi mucho amarillismo ahí que si de repente híjole, te entraba en la cabeza".

En el caso del personal sanitario, las fuentes de información que se consultaron tenían un carácter más técnico y afín a su profesión incluyendo las normativas e lineamientos generados por las autoridades sanitarias.

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 215–218: "…si la noticia para mí era importante saberla, ya buscaba algún buscador de textos, la revista médica científica en la cual estaba registrado, posteriormente para obtener la información de primera mano y corroborar las diferentes informaciones"

Las personas entrevistadas consideran que el tipo y contenido de la información que se trasmitía en diversos medios de comunicación relacionada con el COVID–19 contribuyó de manera importante a la que la población reaccionará con mayor frecuencia estrés y ansiedad.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 201–202: "…las noticias si espantaban porque no estábamos informados como debería de ser".

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 846–848: "yo sinceramente dejé de ver todo lo que era la televisión porque me generaba demasiada ansiedad".

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 223–225: "Pues nos estresaba mucho saber las noticias, y agarrábamos y nos lavábamos más las manos y que el cubrebocas y que hay que cambiarlo y como que estamos todos estresados".

Existe el consenso entre los diversos grupos de que la información que emitían los diversos medios de comunicación era negativa, alarmista o poco confiable además que la cantidad de información a la que se exponían era avasallante, lo que generaba incertidumbre entre la población.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 206–207: "Por mi parte pues fue televisión, las noticias, redes sociales, en todo eso hubo mucho bombardeo de ese tema".

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 839–841: "…en algunos noticiarios me parecía como que la información era muy tendenciosa, otros amarillista, en otros pues daban información muy general".

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 469–473: "…los medios como que sí, a veces en vez de ayudar como que distorsionaban más la información"

Por otro lado, las personas entrevistadas que vivieron la enfermedad y estuvieron en contacto cercano con ella, mostraron ejercicio de reflexión sobre la experiencia vivida que les permitió revalorar su la vida.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 725–729: "…estar al borde de la muerte te hace que te replantees la vida ¿no? y tu ser, y tú que hacer en el mundo ¿no? y bueno, pues eso brinda una posibilidad muy grande de ser otra persona o de haber evolucionado hacia otro posicionamiento ante el mundo y a la realidad social, porque siento que volví a nacer ¿no?".

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 37–38: "como persona me hizo crecer, madurar, ser más responsable y creo que valorar más la vida".

El ejercicio del derecho a la salud durante la pandemia

Atención y servicios de salud

La magnitud que presentó la pandemia en México hizo que las autoridades sanitarias redirigieran sus esfuerzos y recursos a la atención de personas enfermas por COVID–19, a pesar de ello, los servicios de salud colapsaron por la alta demanda de atención de personas enfermas por COVID–19, poniendo en crisis la limitada infraestructura sanitaria y limitando los espacios de atención de las personas enfermas.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 367–369: "…era complicado encontrar espacios y lugares en los hospitales COVID que estaban en la Ciudad de México"

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 684–687: "…pues también nos vimos sobresaturados, desgraciadamente muchos compañeros fallecieron en todo este trayecto de la pandemia y fueron pérdidas que también costaron el hecho de que a lo mejor nosotros viéramos uno o dos o hasta tres pacientes mucho más de lo habitual"

Este escenario evidenció no solo la falta histórica de infraestructura sanitaria, la falta de personal sanitario para atender a las personas enfermas muestra una debilidad importante para que las personas ejerzan su derecho a la salud. Ante la demanda de médicos, se habilitaron médicos generales para brindar, bajo supervisión, atención a personas enfermas por COVID–19, lo que refleja la necesidad de formar a un mayor número de personal sanitario en el país.

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 607–611: "…el personal médico no fue suficiente, incluso ni siquiera preparados para, o sea, no es lo mismo un médico de terapia intensiva atendiendo pacientes de terapia intensiva que tener médicos generales atendiendo pacientes de terapia intensiva, entonces yo creo que se vio mermado, muchísimo en esos aspectos y en toda la atención general".

La reconversión de los servicios de salud tuvo como consecuencia que el resto de padecimientos, principalmente enfermedades crónicas, el hecho de que los servicios de salud se enfocaran a la atención de la pandemia por COVID–19 y la saturación de los propios servicios, se presentaron externalidades derivadas por esta estrategia, causando que la atención de otros padecimientos se viese comprometidos limitando el acceso y atención de la población que presentaba alguna enfermedad diferente a COVID–19 e incluso, se tuvieron que suspender o reprogramar los servicios de salud habituales.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 162–164: "…son personas mayores de 50 años con enfermedades crónicas no acudían a checarse al hospital y muchos no fallecieron por COVID, pero fallecieron por otro tipo de enfermedad que requería la atención".

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 508–509: "Y de hecho muchos decían que se habían ido de vacaciones la enfermedad de cáncer, diabetes… ¿no? porque todos eran de COVID".

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 604–608: "pues obviamente se difirieron controles, se difirieron cirugías, se difirieron consultas, se difirieron un montón de cosas, entonces ahí…y aún con todas las ampliaciones, con todo lo que se hizo aun así no fue suficiente para atender las necesidades

que se tuvieron en sus momentos ¿no? el personal médico no fue suficiente"

Ante ello, las personas tuvieron que resolver sus problemas de salud bajo sus propios medios y recursos, ya sea acudiendo a servicios privados, la medicina tradicional y la automedicación. Este hecho no se limitó a un grupo en específico, aunque toma relevancia entre los grupos más vulnerables como la población indígena quienes al ver mermado su derecho a la salud habrá repercusiones en las condiciones de vida de este grupo.

Entrevista, Organización Social, México; 158–161: "En todas las familias propiamente ha habido fallecimientos, ha habido enfermos, enfermas, pero de acuerdo a sus propios recursos, a sus propias posibilidades pues es lo que se ha podido atender. Mucha población también que ha fallecido de nuestra población indígena".

Como resultado de la saturación de los servicios de salud, las personas acudieran a servicios privados para su atención, financiando con sus propios recursos la atención que requerían. Aquellas personas que no contaban con dichos recursos, se limitaron a permanecer en sus domicilios tratando de afrontar la enfermedad quedando en un estado completo de vulnerabilidad y que, en ocasiones, el resultado fue fatal.

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 637,638: "…mucha gente empezaba a deambular de hospital en hospital, no encontraban, se desesperaban, iban con particulares".

Entrevista, Organización Derechos Humanos, México; 283–286: "...aquí en lo local, lo que ocurrió es que las personas ya no fueron a los hospitales, ocurría que por la saturación que se veía, las personas preferían no ir y quedarse en casa, ya no ir a consulta, no ir con el doctor y quedarse en su casa."

Ante ello, se hace evidente que las condiciones económicas jugaron un papel importante para que las personas que no contaban con servicios médicos garantizados o la disponibilidad de ellos, determinó la evolución y resolución de la enfermedad en la población.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 331–335: "…yo no tengo dinero, pero tuve dinero para comprar mi tratamiento ¿no? pero en verdad que yo tuve vecinos fallecieron y me tocó ver tragedias aquí donde vivo y con otras gentes que en verdad creo que si la gente se murió fue porque no tenía dinero para comprar los medicamentos o para asistir a un médico particular"

Por otra parte, también los migrantes viven la pandemia de una manera complicada en un contexto que se derivan de las desventajas que ya de por si tienen al estar indocumentados en un país ajeno al suyo viviendo en condiciones precarias. Las asociaciones civiles que protegen y apoyan a este sector dan el testimonio sobre la poca atención que reciben los migrantes por parte del gobierno nacional y ellas mismas, desde su organización, son un apoyo autosustentable para los migrantes con una limitada o nula respuesta de las instituciones del país siendo invisibilizada dentro del discurso oficial. Estas organizaciones establecen convenios con asociaciones médicas y fungen como interlocutores con autoridades sanitarias y de migración con la finalidad de que las personas migrantes y en condición de asilo se les proporcionen servicios básicos y de salud.

Entrevista, Organización Derechos Humanos, México; 173–181: "...sabemos que por indicaciones sanitarias se suspendieron otras atenciones en los centros de salud y en los hospitales dando prioridad a la situación de la pandemia y eso también implicó para las personas migrantes y refugiadas que también hayan sido puestas en segundo término …en primera que por discursos y narrativas también a nivel nacional y de política migratoria y de salud nuca se me mencionó a la población migrante como una población importante dentro del país…"

Entrevista, Organización Derechos Humanos, México; 189–192: "...inclusive hicimos una campaña para que las estaciones migratorias dejarán de funcionar en esta situación, ya que los complejos de las estaciones migratorias son espacios de hacinamiento, no están previsto de todo lo que se tenga que ver para que puedan tener debidamente las disposiciones sanitarias"

Respecto a la atención que otorgaron los servicios, la calidad de la atención se vio vulnerada dado que, a decir de los médicos entrevistados, el diagnóstico y la atención de la enfermedad presentaron grandes dificultades considerando que afrontaban a una nueva enfermedad y el aprendizaje se fue construyendo conforme transcurría la pandemia.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 286–290: "hay que tomar en cuenta que también por supuesto que fue una enfermedad pues prácticamente nueva donde todos los médicos desconocían toda la sintomatología, los efectos y como estaba evolucionando, y entonces todos los médicos fueron aprendiendo a la par en cuanto a la población nos íbamos enfermando".

Apoyo del Estado

Ante los efectos que la pandemia tuvo en la vida de las personas, incluyendo el ámbito laboral y económico, los diversos niveles de gobierno implementaron programas de ayuda económica y en especie dirigidas a las personas enfermas y sus familias, así como a los grupos más vulnerables. Estos fueron percibidos de manera diferenciada entre los grupos sociales entrevistados, se identifica con mayor facilidad estos apoyos entre el grupo de trabajadores/as informales.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 621–623: "También a los enfermos que eran reportados les enviaban su "kit" este…ahora sí que, de paracetamol, con su termómetro y todo esto…también les hacían llegar una tarjeta con dinero para comprar despensa".

En contraste, entre el grupo de trabajadores/as formales, la identificación de estos apoyos es menores respecto a los trabajadores/as informales, incluso, hay posicionamientos críticos hacía la universalización de los programas y una noción discriminativa respecto a los apoyos que se dirigen prioritariamente hacia grupos vulnerables. Lo anterior podría suponer un acto discriminativo respecto a la posición social que ocupan las personas y una falta de solidaridad entre los grupos sociales más aventajados social y económicamente.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1076–1079: "…pues la verdad yo no he conocido a alguien que se haya beneficiado de los programas, alguien cercano…entonces ahí como que me crea cierta desconfianza"

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1066–1069: "…estuvieron pidiendo donaciones para solventar algunos gastos, pero cuando uno se entera de que el gobierno de la ciudad ayudó a las prostitutas de "x" zona por lo del COVID ¿no? entonces ahí se le quitan a uno las ganas de ayudar ¿no?".

Factores de determinantes

Se reconoce una inequidad en el acceso a los servicios sanitarios de acuerdo al contexto en el que viven las personas, principalmente en aquellas que no habitan en las grandes urbes y se reconoce el rezago en el resto de las comunidades donde las condiciones demográficas, culturales y de infraestructura de servicios públicos tienen un papel importante en la transmisión de la enfermedad que debe ser considerada para entender la dinámica de la pandemia en el país e implementar estrategias de prevención.

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 627–628: "…entonces como tal a lo mejor aquí no se vivió tanto, pero en la provincia si se vio más, porque en los estados sólo hay a veces un hospital, en el palacio municipal y todo lo demás pues si se sobresaturaba".

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 807–809: "…pues es que si aquí hay

menos con riesgo es porque hay menos gente, porque el nivel socioeconómico a lo mejor es tristemente un poco más abajo, tienen problemas con el agua"

Si bien se implementaron una serie de programas de ayuda, grupos como los indígenas consideran que estos esfuerzos carecen de un carácter pluriétnico y multicultural al no considerar las necesidades y condiciones de cada diversidad.

Entrevista, Organización Social, México; 141–132: "no ha habido, por ejemplo, en esta pandemia, que haya atención específica, que haya un programa específico sobre población indígena".

Respuesta del Estado

Manejo comunicacional

La estrategia comunicacional que el Estado implementó para informar a la población fue la denominada conferencia vespertina, en la que las autoridades sanitarias presentaban el panorama epidemiológico e informaban de las acciones que se realizaban para enfrentar la pandemia, proporcionando de manera abierta, incluso, los registros de los casos reportados, ejercicio de transparencia que no se tiene antecedente previo en el país, incluso durante la pandemia por influenza H1N1 u otro tipo de emergencias sanitarias. A pesar de ello, una falta de información que los entrevistados consideren irreal y poca claridad en la misma, aunado a las discrepancias en las medidas preventivas a realizar por parte del gobierno federal y el gobierno local dando como resultado la desconfianza de la información que otorga el gobierno.

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 278–280: "…si llegó a generar parte de esa pérdida de confianza porque veía la información del gobierno como poco confiable en algunas veces, poco oficial porque pareciera que manipulaban la información para ciertas cosas"

Se considera que esta desconfianza entre la población se incrementó debido a que no existía una congruencia entre los mensajes emitidos por parte de las autoridades sanitarias federales para el manejo de la pandemia respecto a las acciones que las propias autoridades realizaban. Este tipo de acciones, tal como lo comenta la representante de la asociación de salud pública veracruzana, motivó que la población tuviera una respuesta más laxa respecto a las medidas de prevención establecidas y el manejo de la pandemia fuera más complicado.

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 339, 342: "… agregándole el hecho de las incongruencias entre lo que dice la indicación del gobierno federal y los propios mandatarios o dirigentes haciendo otras cosas, entonces eso fue lo que llevó a fin de cuentas a pensar "pues es que si ellos no lo hacen…".

Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 296–300: "… la comunicación no verbal fue la que más pegó, una cosa era lo que decían y otra la que hacían. Entonces esta parte pues claro que hizo que se perdiera la posibilidad de que se hiciera todo eso y la población comenzó a relajarse, comenzó a ser más laxa y creo que esto también contribuyó en que no hubiera un buen manejo de la pandemia".

Además, se considera que existió un manejo político de la información otorgada por parte de las autoridades sanitarias respecto a la situación de la pandemia. Dicha situación se asocia con el tiempo de elecciones que se presentaron al momento de las entrevistas.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 407–409: "… en estos momentos que se vienen las votaciones que están muy cerca, y baja que estaba en semáforo rojo, luego que, en naranja, que ya estamos en verde…entonces también dices es mucha casualidad".

Gestión de la pandemia

Se considera que además de la información, la atención de la pandemia en lo general, se encuentra

en un escenario político complejo enmarcado en luchas políticas internas.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1005–1110: "y en específico para la atención de la pandemia siempre ha estado muy politizada,… es de que este ámbito de la politización de la política pública desahuciada está frente a un ámbito muy ideológico que tiene que ver con el partido en el poder y las luchas internas dentro de este sistema para controlar ¿no?"*

Las experiencias y la percepción de las personas entrevistadas consideran que el actual sistema de salud no garantizó el derecho a la salud en el marco de la pandemia por COIVD–19 donde el sistema de salud mostró una incapacidad para afrontar las necesidades de salud de la población dado que los servicios sanitarios se vieron rebasados por la demanda de atención de personas enfermas por COVID–19, saturando la limitada infraestructura sanitaria y limitando los espacios de atención de las personas enfermas.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 293–294: "…creo yo que si realmente el sistema de salud mexicano enseñó en muchos ámbitos una incapacidad para precisamente garantizar el derecho a la salud".*

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 367–369: "…era complicado encontrar espacios y lugares en los hospitales COVID que estaban en la Ciudad de México"*

La respuesta del Estado que identifican las personas entrevistadas tiene dos momentos, uno inicial donde se subestimó a la pandemia y un segundo momento donde se reaccionó debido a la magnitud del número de casos y defunciones que se presentaron en el país.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 452–454: "Yo siento que al principio no supieron manejar bien las cosas, porque no tenían equipo suficiente y ya hasta que ya estuvo el problema más grande fue cuando empezaron a incrementar las cosas".*

Además, se considera que la falta de recursos económicos ha sido determinante para contar con la infraestructura, personas y material suficiente para la atención en salud y lograr una mejor respuesta en el marco de la pandemia.

> *Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 713–715: "…veíamos desde el desabasto de medicamentos, desde el desabasto de la propia protección en vestimenta para nosotros, muchos de nosotros tuvimos que comprar varios del instrumentaje que necesitábamos pues para no contagiarnos"*

> *Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 448–450: "yo pienso que el problema fue a nivel ya monetario, no les dieron suficientes recursos... o sea los mandaron a la batalla sin armas y pues yo creo que eso fue el problema también de bastantes muertos que hubo".*

La gestión de la pandemia, en este marco, tiene contrastes importantes entre las acciones establecidas por el nivel federal y el nivel local. La valoración acerca de las acciones establecidas en ambos niveles es contrastantes, las personas entrevistadas identifican una mejor gestión de la pandemia e identifican acciones puntuales y claras respecto a las medidas sanitarias implementadas mientras que a nivel federal las estrategias de prevención establecidas fueron inconsistentes.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 982–986: "Bueno, en diferencia pues del gobierno federal al gobierno local…el gobierno local fue más puntual en cuanto a las medidas preventivas: el uso de cubrebocas, ventilación, el cuidar al personal vulnerable…, el gobierno federal pues tuvo sus fallas"*

Resulta importante que se considera una barrera para una mejor actuación en el escenario local en el marco de la pandemia por COVID–19 el hecho de una gestión centralizada de la pandemia y poca participación de las instancias locales en salud, conocedores de las necesidad y características del escenario local y que, en palabras de la representante

de la organización médica, hubiera existido una mejor gestión de la pandemia.

> *Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 125–130: "...los lineamientos fueron centralizados y esta centralización creo que fue muy dura para los servicios de salud estatales, quienes tienen una amplia experiencia y pudieran haber hecho un papel mejor en esta pandemia; los lineamientos fueron muy centralizados, fueron muy acotados por la federación y creo que esto pues no les permitió mucho tener campo de acción –al menos aquí en Veracruz–".*

La valoración de una mejor gestión del nivel local, representada por la Ciudad de México, es fundamentada respecto a las estrategias de información y acciones puntuales para la enfrentar la pandemia paralela a las establecidas por el nivel federal, bajo un manejo intersectorial e integrar de atención, trabajo comunitario e implementación de programas sociales. Esta percepción es compartida tanto por los diversos grupos de trabajadores entrevistados como por representantes del gremio médico y personal sanitario.

> *Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 112–120: "a mí me gusta cómo afrontó la pandemia fue precisamente la Ciudad de México porque si se trató de hace un seguimiento, se trató de conjuntar tanto la parte de atención médica como los servicios de salud…de salud pública y trataron de hacer algo como de atención primaria a la salud, como de mirar a la comunidad e ir a buscar a los casos, "cerrar la pinza" entre el primer nivel de atención –que son los centros de salud– con el segundo y tercer nivel, pero sobre todo con el ir a buscar casos que era apoyar a la comunidad, hacer esta promoción de la salud entre la comunidad…creo que ahí si fue un poco más exitoso".*

El papel de las organizaciones civiles y no gubernamentales durante la pandemia fue el brindan apoyo a los sectores más desprotegidos para el acceso a los servicios de salud y brindar información y atención a personas, así como diversas acciones de promoción y prevención en salud, dichas acciones paliaron o complementaron las estrategias que el sistema de salud implementó y en padecimientos que no eran COVID, permitió brindar la atención que las personas enfermas requerían dada la limitación de acceso a la atención a los servicios de salud por la estrategia de reconversión de servicios sanitarios

> *Entrevista, Organización Social derecho a la salud, México; 92–96: "...respecto a la parte de VIH creo que un factor súper importante ha sido la sociedad civil, han sido como estas asociaciones en las cuales han aportado mucho para la detección, entonces hay o habemos asociaciones en donde está parte de detección sobre diagnóstico de VIH se hace no solamente en una instancia hospitalaria o en una clínica".*

> *Entrevista, Organización Social, México; 98–101: "También se ha hecho en esta parte de ir a las calles ¿no? entonces hay asociaciones que realizaban pruebas en el metro, en las calles, en bares, etc., y fue algo que se vio evidentemente impactado por la pandemia, fue algo que se estuvo deteniendo y me parece que sí, antes de la pandemia se llevaba como este seguimiento…".*

> *Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 326–335: "...– empezamos a hacer nuestros propios análisis epidemiológicos para darles a conocer a la población, pero ya con un lenguaje muchísimo más fresco…empezamos a distribuir cubrebocas, empezamos a tratar que la población y la comunidad esté alerta".*

Acciones para la exigibilidad del derecho a la salud

Información y denuncia

Las personas entrevistadas tienen limitaciones para identificar plenamente el derecho a la salud, es por ello que se considera necesario contar con información que permita conocer dicho derecho para que puedan ser exigidos en plenitud y no se limite al acceso de los servicios.

> *Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 858–861: "…dices yo no estaba informada, hubiera estado ahí informada pues*

yo también voy y levanto y ahora sí que pido mis derechos para saber que está pasando".

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1114–1116: "considero que para poder exigir este derecho a la salud es que bueno, que primero toda la población supiéramos, o supieran más bien que es lo que implica el derecho a la salud, porque no solamente es el acceso a los servicios médicos."

Por otro lado, existe poco conocimiento acerca de las vías o mecanismos para exigir el derecho a la salud, quienes han logrado exigir su derecho, ha sido a consecuencia de afrontar algún problema derivado de la atención médica y fue un proceso de autoaprendizaje.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 847–850: "…alguien me informó: ¿Por qué no vas a CNDH y levantas un escrito y pues te hacen caso? Y exactamente, o sea, levanté el escrito, hice todo este asunto e inmediatamente hablaron y "¿sabe qué? Su cita es tal fecha" entonces mucha gente no sabe"

Es por ello que aquellas personas que logran exigir su derecho a la salud, lo realizan en las propias unidades de atención y su resolución no trasciende del escenario local.

Entrevista, Organización Social derecho a la salud, México; 282–285: "al menos la percepción que yo tengo de la población que yo alcanzo a ver o aquella con la que yo convivo se ha quedado en esta parte de la clínica, "donde me atiendo, ahí es donde denuncio" y se llegan a las denuncias y a partir de ello lo hago".

Durante las entrevistas, se planteó la vía legal como un mecanismo necesario para exigir su derecho a la salud aun cuando es un trámite al que no toda la población conoce y pueden tienen acceso y que, en caso de realizarse, se considera un proceso altamente burocrático.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México;1104–1109: "…pues si es un poquito un trámite engorroso y pues si es lamentable que tengas que tener que acudir a esas instancias pues exigir algo que pues ya tienes el derecho, que el estado debería de garantizarlo, entonces es desafortunado. Y digo, en mi caso pues soy abogada y no me implicaría mayor gasto hacerlo, pero pues hay desafortunado muchas personas que no cuentan con los medios para poder hacerlo".

Lo anterior resulta relevante dado que existen mecanismos internos en los servicios de salud, así como instancias que proteger los derechos humanos de la población, sin embargo, se ponen en tela de juicio el papel que desarrollan para velar los derechos humanos de los ciudadanos

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1152–1162 : "Tenemos mecanismos muy especiales –por ejemplo el órgano interno de control de cualquier dependencia– e inclusive la visitaduría general, pasando por las comisiones estatales de derechos humanos, o la nacionales, o algún otro tipo de mecanismo jurídico, como precisamente los amparos, pero que en verdad…por ejemplo, los órganos internos de control o visitadurías es ir a acusar al león de que el león te quiere comer ¿no? entonces a veces resulta absurdo porque no puedes ser juez y parte nunca en la vida creo yo vamos a ver a un órgano interno de control respondiendo en un alto porcentaje de manera favorable las quejas ciudadanas ¿no? las comisiones estatales de derechos humanos sacan recomendaciones bonitas e interesantes, pero pues al final son instancias sin dientes ¿no? entonces eso y nada es exactamente lo mismo".

Acciones para mejorar la garantía y exigencia del derecho a la salud

Mejora de los servicios de salud

Uno de los elementos importantes para garantizar el derecho a la salud es la necesidad de mejorar los servicios de salud, con la finalidad de contar con atención médica oportuna, de calidad, además de contar con medicamentos y respetuosa de las personas.

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 958–959: "Si quiere atenderte, si quiere esperar está bien, si no pues espérate, son bien groseros".

Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México; 813–814: "…pues sí, tener una mejor atención médica y los medicamentos adecuados".

Los grupos indígenas tienen demandas y exigencias específicas para con el gobierno local y federal, tales como: una atención médica traducida a su lengua materna, la unificación y el servicio de salud de forma colectiva, el respeto por sus propios remedios medicinales y, sobre todo, que sus derechos, no solo en el tema de salud, que en el caso de la Ciudad de México, se establecen en diversos artículos de su constitución y que se encuentran relacionados con el convenio 169 de la Declaración de los 220 Derechos de los Pueblos Indígenas de la organización de Estados Americanos

Entrevista, Organización Social, México; 167–171: "el derecho a la salud debe tener ciertas características, en donde debería atenderse a la población en su propia lengua indígena y que haya traductores que pudieran atender a esta población. Solamente a solicitud a veces dan ese apoyo, pero no es una instancia en la cual uno puede acudir o encontrar, no existe esa posibilidad".

Por otro lado, se considera que es importante lograr y preservar una condición saludable mediante la promoción, prevención y educación en salud de la población también es fundamental para garantizar el derecho a la salud y no limitarlo solo en una perspectiva de daño o enfermedad.

Entrevista, Organización Social derecho a la salud, México; 88–92: "...creo que algo a lo que en general la población no está acostumbrada es a apostar a esta parte de la prevención. En general la población considero que llegamos a la atención médica ya cuando está un poco más grave la situación ¿no? entonces justo llegamos a urgencia, o llegamos ya porque ya algo más ocurrió, no hay una parte preventiva…"

Inversión e infraestructura

Durante las entrevistas, se identifica la necesidad de fortalecer el sistema de salud a mediano y largo plazo mediante el incremento de la inversión en salud, principalmente en las zonas vulnerables, con la finalidad de incrementar la infraestructura sanitaria, mejorar la atención médica para brindar una mejor atención a la población evitar las brechas de desigualdad entre los grupos sociales.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1304–1306: "…lo que habría que buscar es robustecer la política pública en cuanto a salud se refiere, y no la vas a robustecer si no le inyectas recursos, no hay de otra ¿no?".

Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México; 934–936: "mientras no tengamos una estructura física y laboralmente –en cuestión de personal– más fuerte, pues siempre va a haber un grupo más vulnerable que no va a alcanzar a recibir estos beneficios de tener un derecho a la salud."

Cambio de políticas y modelo económico

Con la finalidad de garantizar una mayor infraestructura e inversión al sistema sanitario, se identifica la necesidad de cambios estructurales de amplio alcance. Se destaca la propuesta de un cambio al modelo de desarrollo prevalente, así como la reorientación de las políticas y el gasto público para fortalecer a las instituciones que propicien una mayor inversión económica bajo una perspectiva de equidad.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1357–1358: "…es obvio que nos hace falta un cambio ¿no? en el modelo de desarrollo que estamos viviendo"

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1370–1375; "…hace falta, efectivamente, una visión de estado de un estadista que permitiera la construcción de un modelo de desarrollo alterno que permitiera precisamente un adecuado balance entre el desarrollo social, entre la política pública

orientada hacia los más desfavorecidos pero que, al mismo tiempo, no limitara nuestra entrada al mercado y hacia toda esta dinámica del mundo del cual no nos podemos separar"

Ante el escenario actual, se considera importante que el sistema sanitario no presente reducciones presupuestales, mismas que son parte de las estrategias de austeridad que el actual gobierno ha implementado, con la finalidad de no vulnerar aún más al sistema sanitario. Incluso, se propone una redistribución del gasto público para destinar mayores recursos a los servicios de salud.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1278–1282: "en el caso de la salud, que es tema que nos ocupa– aquí no puedes darte ese lujo de reducir, de buscar ahorros porque estas poniendo en juego la salud de la población, de los gobernados, entonces yo creo que una de las políticas públicas que se han venido implementando en estos últimos dos años de reducción de presupuesto"

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1330–1332: "…creo que, si echamos vuelta atrás, habrá un recurso muy importante que puede ser destinado y canalizado hacia el ámbito de la política de salud pública y, además, alcanzaría para otras"

De manera específica, se considera indispensable una reestructuración del sistema de salud, el cual, dado sus características actuales, requiere una transformación orientada a la universalidad de los servicios y el fortalecimiento de la atención primaria en salud

Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 108–110: "...la salud pública no tuvo las bases de una atención primaria a la salud que permitiera darle una respuesta en salud pública a esta pandemia".

Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 92–94: "Creo que ese es un punto muy fundamental porque la pandemia se está viviendo a través de los servicios de salud de una manera como fracturada, no tenemos un sistema de salud universal".

Respecto a la existencia de una afectación o insuficiencia prevalente en la concesión del derecho a la salud previo a la pandemia, se reconoce que el estado actual que guarda el actual sistema de salud es resultado de políticas y gobiernos previos donde el financiamiento en salud ha sido insuficiente.

Entrevista, Organización Derechos Humanos, México; 276: "...lamentablemente el estado del sistema de salud antes de la pandemia tampoco era el mejor".

Entrevista, Organización Derechos Humanos, México; 161–164: "...el sistema de salud en México desgraciadamente no es el que necesitamos, hay una falta de recursos tanto económicos como de personal en las instituciones públicas ¿no? que eso también era uno de los grandes retos que veíamos desde siempre…".

Por otro lado, se considera que las acciones implementadas por el actual gobierno respecto a la transformación del sistema de salud en México, entre las que destaca el surgimiento del Instituto para el Bienestar, no pudieron ser concretadas previo a la pandemia y que pudieron tener efectos negativos respecto a la gestión de la pandemia.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1020–1025: "Entonces creo yo que la política pública que desarrolló el gobierno pues simplemente no les alcanzó, no nos alcanzó, no nos alcanzó por el poco tiempo que tenía la 4T en acción ¿no? entonces bueno, a leguas está y el número de muertes del país simple y sencillamente no deja lugar a dudas para determinar y para mostrarnos un fracaso muy importante de la política pública de salud en material de la atención a la pandemia de COVID".

Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 83–86: "...básicamente en el momento en el que llega la pandemia a México, es un momento muy especial dado que existe una transición dentro del sistema de salud y una transición muy importante dentro de este sistema de salud en el cual todavía no están

sentadas las bases de una universalidad de los servicios de salud".

Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México; 99–101: "...no sentaron las bases durante estos tres años y bueno, menos antes de la pandemia como para poder crecer una atención primaria a la salud".

Ahora bien, es importante reconocer que, durante la realización de las entrevistas, el país se encontraba en un proceso de elecciones de representantes locales. Este escenario pudo hacer influido en las respuestas obtenidas, donde previamente se ha señalado el posible manejo político de la información probablemente por motivos electorales, por otro lado, existe una percepción de que el sistema electoral es muy costoso y que, ante las necesidades producidas por la pandemia, no hay una sensibilidad política al respecto y resulta un acto incongruente e incluso señalado como insultante ante las necesidades actuales en el país.

Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México; 1334–1339: "ahorita estemos viviendo campañas políticas tan caras y que una democracia electoral nos esté saliendo carísima al pueblo mexicano con unos resultados tan malos y tan ridículos y tan insultantes que tenemos, porque el nivel de la política mexicana y de los políticos mexicanos y de nuestros partidos políticos…híjole, ¿no? entonces es una cantidad de recursos impresionantes los que se derrochan allá"

Conclusiones

Concepción de salud y su ejercicio como derecho.

A partir de los relatos de las personas participantes se pudo dar cuenta que el concepto de salud se identifica como sinónimo de algún grado de funcionalidad física aun ante la presencia de alguna patología o como la ausencia de enfermedad o daño.

Lo anterior toma relevancia respecto al concepto del derecho a la salud por parte de los participantes, lo cuales, al considerar a la salud de manera general como ausencia de enfermedad, el ejercicio y exigibilidad de su derecho se orienta al acceso a los servicios sanitarios, atención médica de calidad y abasto de medicamentos.

Por otro lado, el derecho a la salud se encuentra ligado a las condiciones sociales y económicas de la población, ante la limitación de acceder a los servicios públicos en el caso de los trabajadores/as informales y a los servicios de seguridad social entre los trabajadores/as formales, se hace uso de los servicios privados acorde a la capacidad de pago que tengan las personas o ante las limitaciones económicas, se recurre a la automedicación y el uso de prácticas en salud tradicionales.

En el caso de las personas y grupos indígenas, se identifica que en el ejercicio de su derecho a la salud no se le considera de manera explícita acorde a sus necesidades y condiciones culturales, aun cuando existe un reconocimiento de este grupo por parte de las autoridades. El ejercicio de su derecho considera la atención médica alopática aunada a prácticas tradicionales que suelen ser complementarias o incluso, como única vía para resolver sus problemas de salud. Es importante reconocer que estos grupos sociales acceden principalmente a los servicios públicos de salud dado su condición laboral que impide que accedan a los servicios de seguridad social.

Respecto a las personas migrantes que se encuentran en tránsito en el sureste del país, el derecho a la salud, al igual que el resto de sus derechos humanos, se ven fuertemente vulnerados. Dada su condición de migrante ilegal, el acceso a los servicios de salud es prácticamente inexistentes, tienen un carácter de beneficencia con el apoyo de diversas organizaciones sociales y la atención que cuentan en los centros de migración son considerados de mala calidad e insuficientes.

¿Cómo es entendido el derecho a la salud por parte de los participantes y como es ejercido dicho derecho?

La concepción del derecho a la salud varía dependiendo el grupo que fue entrevistado: para los trabajadores/as informales, el tener un acceso a la salud implica una atención inmediata en su centro de salud más cercano; el no ser derechohabientes

los pone en una situación muy complicada, donde si no reciben esa atención pronta, tienen que recurrir a un médico particular –lo que implica un gasto en su ingreso diario– o, en su defecto, llegan a automedicarse como último recurso.

Así mismo, los trabajadores/as informales consideran que su derecho a la salud es bien ejercido si son atendidos en su centro de salud, si les proporcionan la atención y el medicamento adecuado para cualquiera de sus padecimientos.

En contraste, el personal médico coincide con el grupo de trabajadores/as informales: el derecho a la salud es la simple atención del paciente. Y en este sentido, los médicos exigen también una corresponsabilidad por parte de éstos últimos en dos momentos clave: al darle un verdadero y serio seguimiento a sus padecimientos y el que busquen bajo sus propios recursos el medicamento que necesitan si es que en alguna ocasión la clínica o centro de salud no cuenta con él; para ellos el sistema de salud mexicano es un sistema "paternalista".

Un testimonio en el que coinciden casi todos los grupos y personas entrevistadas fue en que se debería de educar muchísimo más en materia de salud, y no sólo desde las clínicas o centros de salud, sino desde la escuela a temprana edad. La prevención de enfermedades, una buena alimentación o hacer ejercicio físico son temas fundamentales que desde pequeños los niños y niñas pueden abordar en sus clases y así, reflexionar sobre la importancia de cuidarse ellos mismos y a su propia familia.

Por último, también coinciden en la relevancia de conocer sus propios derechos –entre ellos, su derecho a la salud–. Es indispensable repasar aquellos artículos en las leyes de nuestro país para ser conscientes de cuales son todos los derechos en materia de salud que tenemos los mexicanos, para que puedan exigir aquellos que no tienen este acceso a la salud y que si, en algún momento se vulnera su derecho, también sepan a qué instancia recurrir para llevar el debido proceso de denuncia y sentar precedentes, con miras a que estas violaciones al derecho a la salud no vuelvan a ocurrir.

¿Cuáles son las expectativas que tienen sobre el Estado como garante de la salud?

En general, los grupos y personajes clave que fueron entrevistados muestran bajas expectativas hacía el estado en su papel de garante del derecho a la salud en lo inmediato y en el futuro, aunque entre los diversos grupos sociales existen diferencias notables respecto a las posibilidades y exigencias respecto a su ejercicio del derecho a la salud

El grupo de trabajadores/as informales consideran que su derecho a la salud se garantiza al tener acceso a los servicios de salud y medicamentos mientras que entre las personas que laboran en el sector formal, sus exigencias y aspiraciones son mayores, identifican plenamente la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud y comparten con el personal y representantes de organizaciones civiles, la necesidad de lograr servicios de salud con personal capacitado, empático, de calidad, equitativo e integré las necesidades de las minorías.

Para lograr lo anterior, se considera necesario implementar transformaciones estructurales en materia de políticas públicas que incidan en mejores condiciones sociales y un mayor financiamiento al sistema de salud mexicano, así como una consolidación del nuevo modelo de sistema de salud que inició previo al inicio de la pandemia y se identifica como un elemento importante en la respuesta limitada respecto a la pandemia que los diversos entrevistados han descrito.

¿Cómo se ha vivenciado el derecho a la salud en el marco de la pandemia?

La magnitud de la pandemia tuvo un impacto importante respecto a la necesidad de atención de las personas con COVID–19, principalmente para los casos más graves, lo que implicó una saturación de los servicios de salud y una reorganización de los servicios sanitarios priorizando la atención para el manejo de enfermos por este padecimiento.

Como consecuencia de lo anterior, la atención de personas que viven con alguna enfermedad que no es COVID–19, tuvieron una reducción en la atención

de personas que viven con diabetes, hipertensión y otras enfermedades no transmisibles y que resulta necesario estudiar en lo futuro los efectos que tuvieron dichas restricciones en el control metabólico y la aparición de complicaciones asociadas a las enfermedades preexistentes. En la misma dirección se encuentra los efectos en la salud mental durante la pandemia y derivadas del aislamiento domiciliario de las personas, principalmente entre las personas enfermas y los cuidadores.

Existe un consenso entre las personas entrevistadas que hubo una respuesta diferenciada ante la pandemia por parte de lo gobierno federal y el nivel local, se evalúa con un mejor desempeño al gobierno local, en este caso representado por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, donde se identifican acciones de promoción, prevención y atención más explícitos para enfrentar la pandemia.

Respecto a los programas sociales y de apoyo a las familias y personas enfermas por COVID–19, existe una respuesta diferenciada entre los grupos diferenciados, el grupo de trabajadores/as informales, por ejemplo, identificaron más fácilmente los apoyos sociales, así como a beneficiarios en su comunidad en contraste los trabajadores/as formales quienes identificaron en menor grado dichos programas e incluso cuestionaban dichos apoyos, principalmente cuando se orientaban a grupos vulnerables o minorías.

Comentarios

En México existen grandes retos para afrontar la pandemia considerando que el país cuenta con un sistema de salud precario, resultado de un desmantelamiento constante de las instituciones públicas a través de diversos mecanismos, entre los que destacan la reducción de financiamiento, poca inversión en infraestructura y falta de personal sanitario, que impacta en la resolución de los problemas de salud, calidad de la atención y promueve la privatización (Laurell, 2010; Laurell, 2015). Lo anterior tiene una fuerte asociación con la percepción de las personas entrevistadas acerca de un sistema de salud frágil y cuya capacidad de respuesta ante la pandemia fue limitado.

La capacidad de respuesta al inicio de la pandemia evidenció aún más la precariedad del sistema de salud en México, ejemplo de lo anterior es la falta de personal de salud. De acuerdo a indicadores reportados en 2019 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) existían 2.2 médicos por cada 1000 habitantes y 2.9 enfermeras por mil habitantes, cifras que están por debajo de la media de los países que conforman esta organización (OCDE, 2021). Más aun, la infraestructura y personal sanitario se concentra en ciudades como Veracruz, Monterrey, Guadalajara y la Ciudad de México lo que limita de manera importante el ejercicio y goce del derecho a la salud de la población (OCDE, 2019).

La pertinencia de analizar los sistemas de salud en el contexto de la pandemia permite identificar la evolución histórica que determina su capacidad de respuesta, incluyendo la infraestructura y recursos disponibles. Se identificó la necesidad de realizar cambios estructurales en el modelo de desarrollo del país como un elemento clave para garantizar el derecho a la salud de los mexicanos, lo anterior no es un hecho menor dado que se ha demostrado que los sistemas de salud basados en el libre mercado muestran terribles efectos en la población y en aquellos países que en los últimos años disminuyeron el financiamiento a los servicios públicos de salud o promovieron reformas para transitar de un sistema público a uno privado son los que actualmente enfrentan con mayor intensidad los efectos de la pandemia incrementando la brecha de desigualdad entre los grupos de mayor vulnerabilidad (Armocida, Formenti y Ussai, 2020; Rodríguez–Feijoó y Rodríguez–Caro, 2020).

Ante el escenario actual es necesario superar la noción de salud como un proceso exclusivamente biológico. La salud entendida como un derecho, es reflejo y resultado del ejercicio pleno de otros derechos, individuales y colectivos.

Como se ha mencionado, muchas condiciones que determinan la calidad de vida y el estado de salud de las personas se encuentran fuera del campo médico. La construcción de políticas y estrategias para mejorar las condiciones de vida de una sociedad

requiere construir puentes entre los diversos campos de conocimiento incluyendo la incorporación de participación ciudadana de forma activa y no solo como grupos de consulta de un grupo de expertos.

En el campo sanitario, durante muchos años se ha insistido en políticas y programas enfocados a reducir los riesgos desde el nivel individual y la mejor herramienta de la cual hemos hecho uso es la modificación de los estilos de vida la cual ha mostrado resultados limitados ante los grandes problemas de salud que enfrenta actualmente la humanidad (Medina y Medina, 2018). El incremento de la brecha de desigualdad entre los grupos de mayor vulnerabilidad hace imperativo la discusión de reformas sanitarias que garanticen el acceso universal a los servicios de salud (King, 2020).

Finalmente, la actual pandemia ha demostrado la necesidad de eliminar los modos de vida centrados en el individualismo y rescatar el carácter solidario de las sociedades. El cuidado de uno mismo es un acto solidario de cuidado del otro, no de protegerse del otro e identificarlo como enemigo o posible peligro para contagiarse. El conocimiento generado durante la pandemia ha demostrado la necesidad de reorientar, bajo un enfoque de determinación social, las estrategias de promoción, prevención y atención en salud además de la evaluación de las estrategias implementadas respecto a sus beneficios y los efectos adversos o externalidades que se generan.

Limitaciones del estudio

Es importante considerar que los estudios cualitativos tienen como objetivo principal la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad, por lo tanto, sus resultados no pueden generalizarse ni otorgarles cualidades predictivas.

Debe considerarse el periodo de tiempo en el que se realizaron las entrevistas respecto a la realización de elecciones de representantes locales que puede asociarse a la dirección y contenido de algunas respuestas por parte de los participantes.

Por otro lado, es importante señalar que la mayoría de los participantes se ubicaron geográficamente en la Ciudad de México, lo cual puede ser una limitante al estudiar un contexto especifico y no refleja la gran diversidad social, cultural y económica del resto del país, aunque se trató de incorporar a diversos grupos y actores clave que dieran cuenta de dicha diversidad.

5. ANÁLISIS INTEGRADO

A continuación, se presentará una lectura integrada de los resultados de los cuatro estudios con el objetivo de identificar los puntos comunes y eventuales diferencias que emergen y facilitar de esta manera una comprensión más integral del trabajo exploratorio realizado. La integración considerará la identificación de semejanzas y diferencias de los resultados nacionales; discursos marginalizados en cada contexto; Conclusiones; limitaciones; propuestas

Semejanzas y diferencias de los resultados nacionales

Respecto de este punto los hallazgos pueden ordenarse en cinco grandes aspectos:

A. Vulneración[60] previa a la pandemia del derecho a la salud

En primer lugar, es posible afirmar que en los cuatro países se identifica una **afectación del derecho a la salud previo a la pandemia** que dice relación con una crítica generalizada a como los sistemas de salud se han venido desempeñando históricamente. Se ponen en evidencia elementos de larga duración tales como, entre otros, la imposibilidad de acceso para algunos grupos sociales debida a los requisitos de formalidad laboral, la exclusión vivida por las áreas rurales respecto de las urbanas, o la falta general de recursos y financiamiento del sistema

> *"[…] ha habido brechas históricas a poblaciones diversas ¿no? Población migrante, eso se refleja en este momento en diversos aspectos. Uno que, por ejemplo, la población en condición de indocumentación no está siendo atendida, al inicio de la pandemia no estaba incluida" (Entrevista, Organizació*n Derechos Humanos. Costa Rica).

> *[…] lo que sucede en la salud en lo rural, yo siempre tengo mucho contacto con mis paisanos, con mi gente que está en el territorio en el cual nací y es muy triste: el acceso a la salud es un asunto que no sucede, la gente se tiene que aliviar del Covid–19 y el que está de malas no se alivia y se muere (Trabajadora doméstica. Grupo Focal. Trabajadores Formales, Colombia)*

> *"[...] el sistema de salud en México desgraciadamente no es el que necesitamos, hay una falta de recursos tanto económicos como de personal en las instituciones públicas ¿no? que eso también era uno de los grandes retos que veíamos desde siempre…" (Entrevista, Organización Derechos Humanos, México).*

60 Respecto del uso de la expresión "vulneración" o "vulneración basal" tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

En el caso de Chile y Colombia un discurso que destaca con fuerza se asocia con la crítica a los procesos históricos de **mercantilización** de los sistemas de salud**,** que instalaron lógicas por las cuales la salud se transa como una mercancía y su calidad depende primordialmente de la capacidad de pago que cada sujeto tenga. Estos procesos habrían transformado la salud en un beneficio de clase y afectarían el funcionamiento mismo del sistema y su capacidad de cumplir con sus objetivos de atención oportuna, al generar incentivos para que prime el interés en generar ganancias respecto del cuidado de la salud de la ciudadanía.

> *[…] las únicas personas que tienen asegurado el ejercicio razonable del derecho a la salud, diría yo que son las personas que pagan buenos programas de las entidades privadas que conocemos como ISAPRES, que es como tú sabes una minoría y dentro de esa minoría diría los que tienen buenos programas y por lo tanto están en condiciones de pagar sumas importantes que les aseguren coberturas satisfactorias. Que es una minoría dentro de la minoría, esa es la situación. (Entrevista, Organización Derechos Humanos, Chile).*

La pandemia, en este escenario, llegaría a agudizar estos problemas tensionando de manera dramática a las condiciones de vida de las personas, y particularmente de aquellas que no contaban con servicios médicos garantizados o la disponibilidad de ellos

> *"[…] yo no tengo dinero, pero tuve dinero para comprar mi tratamiento ¿no? pero en verdad que yo tuve vecinos fallecieron y me tocó ver tragedias aquí donde vivo y con otras gentes que en verdad creo que si la gente se murió fue porque no tenía dinero para comprar los medicamentos o para asistir a un médico particular"* (*Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México*)

B. Critica al manejo de la pandemia

Entrando más directamente al análisis del periodo de pandemia, un elemento que emerge de manera fuerte y transversal es la **desconfianza y la crítica al manejo de la pandemia de los gobiernos nacionales**, que arremeten contra distintos aspectos entre los cuales destacan la errónea comunicación de riesgos, el autoritarismo y falta de participación social y la propensión a priorizar los intereses de las clases más privilegiadas.

El tema es especialmente sensible en el caso de Chile, dado que se inserta en el conflictivo contexto político y social que ha marcado el país desde el estallido social de 2019. Los relatos identifican aquí que la **estrategia de comunicación de riesgo y el manejo de la información** fueron el aspecto más deficitario, especialmente durante el comienzo de la pandemia, enfatizando la falta de un mensaje homogéneo que fomentó la transmisión masiva de información poco acertada y con bajo contenido científico y que provocó confusión y miedo en la población

> *[…] la televisión dice "la Sinovac hace mal, te sale un tercer ojo", ya, todos creen que es verdad. Entonces la desinformación que genera la televisión ha sido un gran problema para la población en sí, porque lleva a confusión, muchas informaciones, una sobre otra [...] (*Grupo focal, trabajadores/as sector salud, Chile).

Los hallazgos de los restantes países refuerzan la idea que la ausencia de información oficial clara y de datos fiables provocó la proliferación de fake news y fortaleció la confianza hacia las redes sociales las cuales se volvieron de suma importancia para la sensibilización de los temas, sobre todo para las comunidades más alejadas de las ciudades

> *[…] había gente que decía que era parte del gobierno, que el COVID incluso que mencionen que el COVID no existe, que es cosa del gobierno, que nos quieren matar y que nos quieren acabar con la población" (Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México)*

> *[…] un problema de comunicación terrible, se manejó pésimo para mi gusto, pésimo sobre todo para el área rural. Digamos aquí que funciona el perifoneo, eso es lo que funciona en Guanacaste, (…) aquí nadie ve las noticias, no les importa las noticias, aquí manda Facebook y el Perifoneo, entonces si no se perifonea la*

gente no sabe si están vacunando (Entrevista, organización social, Costa Rica).

En Colombia la crítica más manifiesta hacia la acción gubernamental se dirige en contra del **autoritarismo** mostrado durante la pandemia y que se expresó en el uso de decretos de emergencia para implementar importantes reformas en ámbitos lejanos a la salud o en la represión de las movilizaciones y la violación a los derechos humanos.

[…] Entonces no es que las autoridades vengan aprendiendo, es todo lo contrario, (…) utilizan la pandemia para violar los derechos humanos de una manera más fuerte. Un ejemplo, pero no es el único, es el manejo de las protestas en el último tiempo (…) otro tipo de cosas como la concentración del poder en el ejecutivo, todo es parte de eso que desde una mirada integral no podemos dejar de decir cuando hablamos del derecho a la salud, es decir, la pandemia se usa para violar otros derechos (Economista y defensora de derechos. Entrevistas. Colombia).

En los otros contextos el autoritarismo no se expresa en formas de manifiesta violencia, pero sí se encuentra operando en distintos ámbitos que también jugaron un papel muy importante en la afectación del derecho a la salud. En algunos casos se expresa en el intento de limitar el empoderamiento de la población respecto de las soluciones a utilizar para impedir el contagio y en consecuencia limitar una **participación social** que habría podido generar un mayor sentido de adherencia con las medidas necesarias para enfrentar la pandemia.

Los adultos no entendemos que nos digan "haga un, dos, tres, cuatro, cinco", o sea necesitamos que nos digan y que nos expliquen el por qué tengo que ponerme la mascarilla, eso no se dijo, lo único que se dijo es que al principio no use mascarilla, después úsela y cuando la use [...] Sin entender cómo es el contagio era muy difícil que las personas pudieran cumplir con lo que se esperaba que cumplieran. (Grupo focal, trabajadores/as formales, Chile)

También es posible encontrar rasgos autoritarios en la excesiva **centralización** de la estructura estatal que, en varios casos, provocó conflictos y diferencias entre autoridades nacionales y locales respecto de la distribución de recursos financieros y de espacios de acción para los gobiernos locales. Esta centralización, a su vez, caracterizó a los sistemas de salud en los cuales la predominancia de los niveles centrales asfixió los márgenes de acción de las instancias locales en salud, conocedores de las necesidades y características del escenario local y que habrían garantizado una mejor gestión de la pandemia.

*[...] los lineamientos fueron centralizados y esta centralización creo que fue muy dura para los servicios de salud estatales, quienes tienen una amplia experiencia y pudieran haber hecho un papel mejor en esta pandemia; los lineamientos fueron muy centralizados, fueron muy acotados por la federación y creo que esto pues no les permitió mucho tener campo de acci*ón –al menos aquí en Veracruz–" (*Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México).*

En este contexto caracterizado por la distancia y la desconfianza entre gobiernos y población, otro blanco de críticas es constituido por las **medidas concretas** que los gobiernos nacionales implementaron para hacer frente a la pandemia. De estas se destaca de manera transversal su insuficiencia, o su baja aplicabilidad en determinados contextos sociales, o su incapacidad de hacerse cargo de las necesidades de los sectores más desprotegidos de la población con la consecuencia de mostrarse incapaces para garantizar de manera integral el derecho a la salud. Es el caso del carácter "hospitalocéntrico" de las decisiones que, en Chile, desde un inicio privilegiaron el tratamiento de las personas contagiadas más que la prevención y trazabilidad de los contagios. Es el caso, para Costa Rica, de ayudas alimenticias distribuidas de manera poco equitativa y más atenta a respetar lógicas de clientelismo político más que de necesidad real de la población. O es el caso, relevado en todos los países, de decisiones que apuntaron explícitamente a favorecer a los grandes intereses empresariales, como fueron las medidas de reapertura de las actividades económicas, cuya implementación no priorizó suficientemente a la protección de la salud de la población

[…] Pero además de eso, si uno dice qué otra cosa debe hacer el Estado, debe proteger a las personas de terceros, pero aquí primó el interés económico del empresariado colombiano en términos, por ejemplo, de las medidas prematuras adoptadas de inicio de actividades económicas, eso no fue una conjunción de intereses de actores del gobierno y del empresariado colombiano que empujaron a que estas medidas de reinicio de actividades prematuras económicas se dieran en el país (Médico. Entrevistas. Colombia).

Emerge finalmente de estas anotaciones criticas la imagen de un Estado poco atento a las exigencias reales de la población y poco dispuesto a guiar y controlar **al sector privado de la economía** y plegarlo a una acción dirigida al bien común de la población. La empresa privada en este contexto es vista como el actor que más pudo aprovechar del contexto pandémico habiendo podido maximizar sus ganancias mediante acciones que bordeaban o derechamente practicaban la irresponsabilidad

[…] las medidas que se tomaron fueron ineficientes, pero hubo un tema de corrupción concreto y es que muchos de los empresarios cobraron el subsidio que da el gobierno al auxiliar la nómina, y despidieron trabajadores o simplemente les suspendieron el contrato y ellos se quedaban con este dinero. Y no estamos hablando de empleadores Pymes, si no estamos hablando de cadenas hoteleras grandísimas que se quedaron con este dinero." (Grupo Focal, Trabajadores Informales. Colombia).

[…] lamentablemente, el sector privado desapareció. Para el sector privado realmente muy triste, te puedo decir casos particulares de empresarios, pero como sector a mí me quedo debiendo ¿Verdad? Hay una cámara de turismo de Guanacaste, que fue absolutamente invisible, invisible en el momento más crítico de la pandemia, sabiendo que los hoteles no estaban generando, hay un desempleo absoluto y, por ende, hambre, pobreza, desánimo angustia, violencia estructural, todo. Entonces, ahí digamos que no se articuló con ese sector" (Entrevista, Organización Social. Costa Rica).

C. Afectación a procesos laborales

Otro punto de consenso que une a los cuatro países involucrados en el estudio dice relación con las consecuencias laborales de la pandemia y su recaída en el ejercicio del derecho a la salud. Durante la pandemia, las medidas de confinamiento tomadas por los gobiernos nacionales supusieron cambios drásticos en la actividad laboral, que se han manifestado de manera diferenciada según la condición laboral de los distintos sectores de la población. En este sentido, la afectación **de los procesos laborales, del mercado laboral y sus dinámicas** significaron indirectamente una afectación del derecho a la salud.

El trabajo remoto, en primer lugar, significó para una parte de los trabajadores/as formales acostumbrarse a jornadas extensas y extenuantes, que sumadas al confinamiento generaron nuevos casos de enfermedades que debieran ser consideradas como laborales. En general se destaca que hubo un afán para regular el teletrabajo en términos de entrega de resultados, pero no para promover el bienestar laboral de los trabajadores implicados, lo que devino en muchos casos en la proliferación de problemas de salud mental

[…] pues si se han multiplicado la jornada laboral porque, como compartían los demás compañeros, pues ya no tienes horarios, ya tienes que estar disponible las 24 horas en el trabajo (Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México)

En general en el ámbito laboral ha sido como bien estresante, como mucha carga de trabajo porque aparte entré a un equipo nuevo, entonces yo entré a este equipo y al otro día empezamos con el teletrabajo […] y como que había poco personal porque empezó la pandemia y restringieron todo, nos quitaron todos los beneficios que podíamos tener, no sé cómo claramente no pagaron más horas extras, no iban a contratar personal, si es que mantener el personal que había, como que eso fue lo único que nos garantizaran así

*como "ya, no los vamos a echar" (*Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile).

Un sector laboral particularmente afectado por la pandemia fueron los negocios comerciales que se vieron obligados a cerrar sus puertas para atender las medidas sanitarias impuestas. Esto derivó en la quiebra de muchos micro y pequeños empresarios que no pudieron sostener los costos ante la total ausencia de clientes y que terminaron engrosando las filas de desempleados y subempleados, obligados a buscar la subsistencia en la informalidad y desprotección. El **empleo informal** representó sin duda el sector de la fuerza laboral que vivió con mayor intensidad los problemas y contradicciones generadas por la pandemia y que indirectamente afectaron su ejercicio del derecho a la salud. En este sentido, la condición de informalidad develó con fuerza la existencia de barreras y limitantes que existen para la implementación de aquellas medidas no farmacológicas para el abordaje de la pandemia dictadas por todos los gobiernos de la región.

En el caso de México se destaca por ejemplo que, si bien los comerciantes informales supieron readaptarse durante la pandemia comercializando mascarillas y productos para la higienización, garantizándose así la subsistencia, quedaron expuestos por su condición laboral a la desprotección sin posibilidad de acceder a los servicios de seguridad social y obligados a solucionar sus problemas de salud en los servicios públicos o mediante la atención medica privado cuyo costo vulneraba aún más sus condiciones de vida.

[…] también me tocó ir con un médico particular, me gasté una lana que no tenía pues, o que tenía pero que había ahorrado con muchísimo esfuerzo" GF2, 345–347:

Además, bajo la condición de informalidad y de escasez de la ayuda estatal, los trabajadores/as vivieron en su propia piel la encrucijada de privilegiar la protección de su propia salud quedando confinados en la casa o exponerse al contagio fuera de la casa, en búsqueda de recursos y sustentos necesarios para vivir.

[…] intentar tener ingresos y no quedarse ahí, imagínese, usted tiene una casa, a sabiendas que no, que no, no hay trabajo, lo que fuere todavía no puede salir, entonces este es un poco difícil" (Grupo focal, trabajadores/as informales, Costa Rica).

[…] ¿cuáles fueron las condiciones? Usted se tiene que aislar sí *o sí. ¿Y la gente qué empezó a decirse? O me aíslo y me muero de hambre, o prefiero aventurarme, salir, buscarme la vida, porque no puedo dejar a mi familia aguantando hambre y padecer el COVID (Entrevista, Organizaciones sociales. Colombia).*

Finalmente, un grupo de trabajadores sobre el cual la pandemia impactó con particular dureza han sido **los/as trabajadoras del sector salud**, que desde la llamada primera línea cumplieron con la difícil tarea de entregar atención y cuidado a las necesidades de salud del resto de la población exponiendo su salud a distintos riesgos. Especialmente se destaca que, más allá de la inicialmente escasa dotación de Equipos de Protección Personal, situación que generalmente ha ido subsanándose con el curso del tiempo, los factores de riesgo más importantes para su salud dicen relación con la reorganización del trabajo vivida por el sector, que implicó una brutal intensificación de los ritmos de trabajo debida a la extensión de los turnos de trabajo y la reconversión de las funciones de los funcionarios

*[…] las condiciones con las que trabajaron no fueron las adecuadas, muchos de ellos murieron, de hecho, fueron el sector de riesgo más grande –los m*édicos y enfermeras, camilleros (*Entrevista, Gemio/sindicato sector salud, México)*

[…] Entonces todas esas cosas se traducían en muchas inseguridades y estrés. Yo estuve varias semanas con vértigo, que era una situación súper desagradable y resulta que el agotamiento físico era tal que tu llegabas a la casa y te sacabas todas las cosas, hacías tu propio protocolo en casa, tratando de no llevar ningún bicho a la casa y comías algo y te quedabas con tanta adrenalina que seguías despierto y acordándote de todas las situaciones, del caballero tanto, de la señora tanto, y era difícil hasta desconectarse. (Grupo Focal, Trabajadores de la Salud, Chile).

D. Impactos directos sobre el derecho a la salud

Paralelamente, los cuatro estudios concuerdan en que la pandemia evidenció algunos impactos que afectaron de manera directa el ejercicio del derecho a la salud de la población. Un primer aspecto que destaca son los problemas vividos por los **sistemas de salud para atender a los pacientes** contagiados con COVID que llevaron en los casos de México y Colombia al colapso, caracterizado por falta de camas y de personal preparado

> *[…] el personal médico no fue suficiente, incluso ni siquiera preparados para, o sea, no es lo mismo un médico de terapia intensiva atendiendo pacientes de terapia intensiva que tener médicos generales atendiendo pacientes de terapia intensiva, entonces yo creo que se vio mermado, muchísimo en esos aspectos y en toda la atención general (Grupo focal, Trabajadores/as de la Salud, México).*

Los sistemas de salud también presentaron evidentes fallas en atender la carga de morbilidad de la población No COVID debido a la concentración de los esfuerzos dirigidos hacia la contención de la pandemia. Los relatos colectivos identifican de esta manera un grave problema en la postergación de grandes cantidades de cirugías, diagnósticos y tratamientos de otras patologías

> *[…] Por ejemplo, tengo entendido que una cifra de 300.000 papanicolaou que se han dejado de realizar, muchas mamografías, mucho exámenes de diagnóstico precoz del cáncer, que normalmente estamos realizando en nuestro país, se han tenido que postergar justamente por priorizar el acceso de todos nosotros a los diagnósticos y tratamientos del coronavirus en nuestro país, pero el derecho de las otras patologías claramente ha quedado pospuesto porque justamente la capacidad de reacción de nuestro sistema de salud es finito, al igual que en todo el resto del mundo.* (Entrevista, Gremio/sindicato sector salud, Chile)

En este ámbito específico de la respuesta del sistema de salud a las solicitaciones de la pandemia, es interesante y necesario notar que el caso de **Costa Rica** presenta una especificidad que se diferencia profundamente de los demás países. A pesar de la presencia de narrativas que ponen de relieve las debilidades del modelo de la salud integral definido en los servicios de salud de la Caja, así como las dificultades vividas para garantizar atención oportuna a los usuarios, es evidente que en Costa Rica la crisis sanitaria tuvo el efecto de difundir en la población una valoración positiva del sistema de salud público. Se destaca por ejemplo la atención que se brindó a los pacientes COVID, ya que los servicios de salud se universalizaron brindando una atención privilegiada, técnica y de calidad

> *[…] no entiendo a esos con opiniones, pues de otra gente ven más el punto negro ante el punto blanco de las cosas tan buenas que se han hecho de los esfuerzos, pues tan buenos que es que se han hecho comparado con otros países vecinos y de Latinoamérica, donde esto ha sido un caos, donde la gente desde el principio de la pandemia después no tuvo acceso a la salud (Grupo focal, trabajadores/as de la salud, Costa Rica).*

Se registra en los relatos costarricenses un orgullo y confianza hacia un sistema que desde casi ocho décadas garantiza un servicio público de calidad ausente en otros países. En este sentido la crisis es vista como una oportunidad para fortalecer y mejorar el sistema de salud

> *[…] la institucionalidad, en este caso de la Caja (CCSS), eso es muy importante, me parece que es una sombrilla que es muy importante tenerla en consideración, porque aún con las falencias en sí, una compara este modelo con algunas otras cosas que ha visto, aún con todo lo que ha pasado es absolutamente increíble lo que se puede hacer con un enfoque de un modelo de salud como el nuestro". (Grupo focal, trabajadores/as Salud, Costa Rica.)*

Volviendo a considerar el papel de la pandemia en la afectación del derecho a la salud, sin lugar a dudas el problema indicado con mayor reiteración y transversalidad en los relatos de todos los países consiste en el fuerte **impacto en la salud mental** de la población. En este sentido la salud mental es percibida por los participantes como el ámbito

más afectado a consecuencia de las medidas de aislamiento social y confinamiento domiciliario que derivaron en cambios de la dinámica de trabajo, estudio y relaciones interpersonales

> *La verdad ha sido horrible, yo vivo con una amiga que es como mi hermana y el año pasado la cuidé todo el año porque había estado con crisis de pánico a raíz de la pandemia, estaba con crisis de pánico tres a cuatro veces a la semana, y sobre todo en la madrugada, decía quiero dormir mucho tiempo, tenía que empastillarme para poder dormir porque siempre estaba muy pendiente de ella, y bueno menos mal ha podido salir adelante eso, pero ha sido súper difícil.* (Grupo Focal, Trabajadores/as Informales, Chile)

> *[…] fue muy duro porque yo vivo sola, y al no ver a mis hermanos, a mis hijos, a mi familia pues como que se me hizo muy pesada esta pandemia, eso es lo que yo sentí (Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México).*

Es importante señalar que los relatos destacan que, si bien el impacto en la salud mental interesó a toda la población, este tuvo en el fondo una importante dimensión de género a considerar. De manera transversal los estudios identifican que un **impacto importante interesó a las mujeres**, las cuales se vieron mayormente afectadas por la conjugación, típica de sociedades patriarcales, de su rol de trabajadora y madre responsable del cuidado y crianza de los hijos, lo que significó una importante sobrecarga con recaídas sobre su salud mental

> *[…] la mujer si ha sido bastante víctima, o sea se ha aumentado la violencia de género, sobre todo como la mujer esposa casada. Además, han perdido su derecho a trabajar, entonces ha habido un retroceso importante, que ahí han salido muchos estudios, mucho retroceso en términos de soberanía económica, de libertad o de autonomía económica con las mujeres, han tenido que retroceder hacia el trabajo de cuidados, pero un trabajo de cuidados muy privado, muy individual, muy sobrecargado […]* (Entrevista, Organización social derecho a la salud, Chile)

E. Mecanismos para la exigencia de los derechos

El presente estudio trató también de explorar otro ámbito de la experiencia de los participantes y que se asocia a la dimensión de la agencia de las personas con respecto al derecho a la salud. En este punto es posible afirmar que se registran algunas diferencias entre los países involucrados y que dicen relación con los niveles de conflictividad y de movilización sociopolítica que se mostraron antes y durante la pandemia. Es el caso de Chile, que experimentó el inicio de la pandemia en el curso del llamado "estallido social", uno de los momentos de mayor conflictividad social conocidos en su historia y que a raíz de eso ha visto la instalación durante la pandemia de una Convención constitucional llamada a redactar una nueva constitución. Paralelamente, Colombia vivió en 2021 su propio estallido social a raíz de medidas del gobierno nacional que llevaron a que la población se manifestara en las calles contra estas acciones que se consideraban un atropello contra la ciudadanía, y se sumaron a un descontento que se venía expresando en actos de protesta desde el 2019. Esta efervescencia constituye sin duda un antecedente importante para entender las tensiones y cuestionamientos que ambos países vivieron durante el periodo pandémico. Especialmente, ayuda a comprender la disponibilidad mostrada en Colombia por utilizar la protesta como herramienta necesaria para exigir derechos que se estaban vulnerando por la acción gubernamental

> *[…] Porque la historia de cada quien hay que tenerla en cuenta y si aquí hablamos de pandemia y los miles que están sin salud, que no pueden ni siquiera acercarse a un hospital o a un centro de salud porque es una política de Sisbén totalmente amañada, esos miles tienen que ver, como lo dijo el compañero que me antecedió, ¿cómo comen? Es que uno no puede dejarse morir de hambre, y la gente ve la posibilidad de salir en una movilización para que se les escuche y si este pueblo no se hubiera movilizado nos habrían metido con toda la reforma tributaria y había pasado la reforma de salud." (Grupo focal, Trabajadores/as formales, Colombia).*

Respecto de este punto, los casos de México y Costa Rica parecen presentar ciertas diferencias caracterizándose como contextos menos marcados por las movilizaciones y conflictos durante la pandemia. Costa Rica, específicamente, parece presentar una menor capacidad de la ciudadanía de ejercer control social sobre las políticas públicas y las instituciones, mostrando una actitud pasiva y sumisa ante el poder formal y escaso empoderamiento y participación de las organizaciones comunitarias y sociales en las comunidades.

> *[…] creo que como costarricenses, muchas veces nos quedamos callados, entonces es este reaccionar y hacer valer nuestro derecho de la salud, porque no solamente en los centros médicos" (Grupo focal, trabajadores/as formales, Costa Rica).*

No obstante, analizando más específicamente la agencia ciudadana respecto del derecho a la salud el cuadro se complejiza y emergen patrones más comunes asociados a la falta de conocimiento lo que reproduce en todos los países frustración, ausencia de iniciativas, individualismo. En particular se registran limitaciones para identificar plenamente el derecho a salud, por lo que contar con información permitiría que este pueda ser exigido en plenitud y no se limite al acceso de los servicios

> *"Entonces yo creo que ha habido una domesticación del sistema mismo capitalista, en donde la gente se adormezca y la gente no reclame. Algunos dicen "es que ni siquiera sabíamos qué es qué o tengo, o soy sujeto de derecho",… que yo soy sujeta de derechos a la salud y no sé ni cómo reclamar". Entonces la gente misma inclusive siente que cómo hace para reclamar una atención (Entrevista, Organización social, Colombia).*

> *[…] considero que para poder exigir este derecho a la salud es que bueno, que primero toda la población supiéramos, o supieran más bien que es lo que implica el derecho a la salud, porque no solamente es el acceso a los servicios médicos (Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México)*

La específica configuración de regímenes contributivos de seguridad en salud profundiza además la sensación de imposibilidad de exigir el derecho a la salud, especialmente para la población que no tiene posibilidad de cotizar para afiliarse a un seguro

> *[…] muchas personas que no cotizan el seguro (CCSS) porque no tenían dinero, porque fueron despedidos y saben que sin el seguro no se sienten merecedores de ese servicio, no saben que tienen ese derecho que es irrestricto y que en una pandemia tenemos el derecho a todas las personas. Entonces ni siquiera se acercaban menos. ¿Van a hacer una algún acto de exigibilidad sobre un derecho que no creen tener y no creen merecer? Porque está muy ligado a la cotización que es cuando tienes un trabajo, un trabajo formal (Entrevista, Organización Social Comunitaria, Cosa Rica).*

Se percibe en el fondo de los relatos una sensación transversal de desesperación respecto de la posibilidad de hacer algo y cambiar las cosas, sintiéndose las personas abandonadas frente a al desinterés de las instituciones estatales garantes de los derechos fundamentales

> *[…] cómo hacemos para mejorar esto porque somos como hormiguitas sueltas en contra de... no sé si en contra, pero frente a una máquina gigante que no mira, que no escucha, que no considera nada.* (Grupo focal, trabajadores/as formales, Chile)

De esta manera las acciones para exigir el derecho a la salud que se identifican de manera más contundente tienen un carácter de queja administrativa o procedimiento legal que sufren de alta burocratización y que pocos conocen como llevarlos a cabo

> *[…] pues si es un poquito un trámite engorroso y pues si es lamentable que tengas que tener que acudir a esas instancias pues exigir algo que pues ya tienes el derecho, que el estado debería de garantizarlo, entonces es desafortunado. Y digo, en mi caso pues soy abogada y no me implicaría mayor gasto hacerlo, pero pues hay desafortunado muchas*

personas que no cuentan con los medios para poder hacerlo" (Grupo focal, Trabajadores/as Formales, México).

En este contexto es interesante notar que a falta de iniciativas contundentes dirigidas a exigir el derecho a la salud se registra en todos los contextos investigados el surgimiento de iniciativas de "socorro mutuo" que apuntan a generar respuestas a necesidades inmediatas de la población frente a la inoperancia institucional y a garantizar ciertos derechos que se conectan con el derecho a la salud

el derecho a la alimentación o la soberanía alimentaria [...] que en algunos aspectos solamente son también de mínimos de dignidad, como derecho a una alimentación mínima a través de las ollas comunes en algunas poblaciones, en algunas comunidades [...] y actividades de apoyo mutuo, donde se vienen a cubrir necesidades básicas y también necesidades en términos de derecho al goce [...] por ejemplo, en asambleas territoriales se apoyan necesidades de compra, de alimentación, de dinero. (Entrevista, Organización social derecho salud, Chile).

Discursos Marginales

A pesar de que los diferentes estudios de caso compartían una operacionalización común del concepto derecho a la salud y, por lo tanto, pautas similares para construcción de los instrumentos (entrevistas y grupos focales) que permitieron el levantamiento de información, es importante destacar que los informes de todos los países contemplados señalan que **el derecho a la salud no es un constructo tan sólido en los discursos de los participantes**, presentándose casi exclusivamente como una **forma de referirse al acceso de las diferentes prestaciones de salud**. Prestaciones que por lo demás, se restringen a **procesos de salud asociados a la atención, tratamiento y curación**, es decir, a los intentos médicos por revertir un estado de salud ya deteriorado por la presencia de algún padecimiento o enfermedad.

En este sentido, se puede apreciar que al interior de cada estudio de caso existe **cierto grado de homogeneidad en los relatos y apreciaciones sobre el estado del derecho a la salud en contexto de pandemia**. Naturalmente los énfasis establecidos por los participantes difieren en función de su posición en el mercado laboral o su conocimiento específico dada su calidad de actor clave, criterios que se emplearon para el establecimiento del muestreo estructurado que se planteó en el diseño metodológico.

Sin embargo, tanto esta homogeneidad en la valoración del derecho a la salud en contexto de crisis sanitaria, así como el marcado reduccionismo del concepto de salud presentes en el discurso general recabado, presentan **ciertas excepciones notables**. Estos planteamientos disonantes, que de cierta forma escapaban a la norma y que muchas veces dinamizaron las interacciones generadas en los grupos focales aplicados, fueron identificados como elementos relevantes a ser analizados. Dicha relevancia se sustenta en que **tanto la ausencia de ciertos discursos esperables, así como la aparición de marcadores disonantes en los relatos de los participantes también otorgan información valiosa con respecto y en oposición al discurso transversal que se evidencia en el grueso de los datos levantados**. Por esta razón se ha decidido establecer una breve incursión de los elementos que han sido identificados como **discursos marginales** en los relatos de los participantes del estudio.

Un aspecto interesante de estos discursos marginales es que parecen hacer **aparición mayoritariamente en aquellos contextos nacionales que han estado marcados por una mayor conflictividad social** como lo son los casos de Chile y Colombia, en oposición a Costa Rica que evidencia de forma cohesionada valoraciones más positivas de la respuesta que como país tuvieron frente al advenimiento de la pandemia.

En primer lugar, resulta llamativa la **marginalidad que tiene el nivel socioeconómico en los discursos de los participantes a la hora de dar cuenta del impacto que tuvo la pandemia sobre el ejercicio del derecho a la salud**, siendo más bien el trabajo el factor que modela mayormente la percepción de los sujetos. Antes de continuar, es importante hacer la salvedad de que entre ambos factores existe

una importante vinculación, pudiendo asegurarse que el trabajo puede constituir una aproximación al componente socioeconómico o posición de clase.

Es posible hipotetizar que esta ausencia se debe al diseño metodológico del estudio. Así, el hecho de que los grupos focales y sus pautas se hayan estructurado en función de la situación laboral de los participantes (trabajadores formales, informales y de la salud), naturalmente devino en que la centralidad del debate ahondara en cómo el trabajo condicionó el impacto de la pandemia en sus vidas y específicamente en el ejercicio del derecho a la salud. Esto explicaría que el componente socioeconómico se encuentre ausente en los grupos focales y emane mayormente en las entrevistas aplicadas a ciertos actores clave. A continuación, se presentan dos de las escasas referencias que se pudieron extraer en torno al rol de la posición de clase o nivel socioeconómico en el impacto desigual de la pandemia sobre la población pertenecientes a los casos chileno y costarricense:

> *[…] cuando el COVID llegara a las comunas pobres iba a golpear también mucho más fuerte, ¿y quién ha puesto y dónde están los muertos?, ¿dónde está el mayor número de enfermos contagiados?, en las comunas pobres y eso es producto de qué, ¿de que el virus no pasa hacia Las Condes?, no, sí pasa, lo que sucede es que acá se nos enferma una persona y en la casa viven 10, viven 15 en un departamento, se contagian todos; o para comer tienen que salir todos a trabajar, no es quedarse en la casa y hacer cuarentena, voy a hacer teletrabajo, porque muchos en la construcción tu no haces teletrabajo, muchos de nuestra gente de estos sectores trabaja en la construcción, trabaja en fábricas, en manufactura, tienen que salir.* (Entrevista, Gobierno local, Chile).

> *"[…] salud viene de ser simplemente una evidencia más de que repito, vivimos en una sociedad desigual, inequitativa, donde simplemente no se contemplan diferentes aspectos como el que es educación, economía, trabajo y demás".* (Grupo Focal, Trabajadores/as formales, Costa Rica)

Una aproximación alternativa al impacto desigual de la pandemia sobre diferentes grupos o segmentos de la población y que se aproximan de forma tangencial al nivel socioeconómico o posición de clase, es la identificación de algunos participantes de la desigualdad estructural que ciertos grupos como la **población rural o indígena** experimenta en el ejercicio de su derecho a la salud, el cual se vio vulnerado de múltiples formas durante y antes de la pandemia:

> *"En todas las familias propiamente ha habido fallecimientos, ha habido enfermos, enfermas, pero de acuerdo a sus propios recursos, a sus propias posibilidades pues es lo que se ha podido atender. Mucha población también que ha fallecido de nuestra población indígena".* (Entrevista, Organización Social, México)

> *"[…] un problema de comunicación terrible, se manejó pésimo para mi gusto, pésimo sobre todo para el área rural. Digamos aquí que funciona el perifoneo, eso es lo que funciona en Guanacaste, aquí no es Canal 7, aquí no es la noticia, aquí nadie ve las noticias, no les importa las noticias, aquí manda Facebook y el Perifoneo, entonces si no se perifonea la gente no sabe si están vacunando"*. (Entrevista, organización social, Costa Rica)

> *"Por otra parte, desde el ámbito territorial, también se presenta una marcada exclusión para el acceso a la salud. Entendiendo que las zonas rurales periféricas en el país son las que presentan el mayor abandono estatal, no es extraño que se identifique que la infraestructura y el talento humano en salud son deficientes en contraste con las zonas urbanas".* (Informe Estudio de Caso, Colombia)

En otra línea, sorprende la escasa presencia que tuvieron ciertos segmentos etarios de la población a la hora de identificar los impactos específicos que tuvo la pandemia en cada uno de ellos. Puntualmente, **se presentaron pocos relatos dirigidos a las consecuencias que tuvo la crisis sanitaria sobre el derecho a la salud en el segmento infantil**, apareciendo exclusivamente en el caso de estudios chileno, en el cual se señala que este grupo se

vio fuertemente afectado al no disponer de todas las herramientas para afrontar tantos cambios en sus dinámicas cotidianas han debido aclimatarse a escenarios completamente diferentes a los que acostumbraban:

> *"Que empezaron las clases, que eran híbridas, que después eran solo online y ahora van a ser hibridas de nuevo, y los niños no alcanzan a agarrarse de una costumbre cuando ya los estás metiendo a otra. Entonces los niños en este caso han sido los grandes perjudicados, los grandes no sé, tal vez tenemos la capaci–dad, pero los niños no se amoldan tan rápi–damente, y ellos en sus cabecitas no logran entender lo que sucede, ellos saben que hay un bicho, que se pueden enfermar y hay que cuidarse, pero una conciencia real no la tienen, ellos solo saben que quieren salir a jugar y no pueden".* (Grupo Focal, Trabajadores/as de la Salud, Chile)

> *"[…] yo tengo dos hijos, uno de seis y otros de doce, los cuales los dos han estado con un estrés permanente. El más grande ha estado, mira, diagnosticado no, pero yo he considerado que ha estado con depresión, el más chico ha estado con un estrés súper grande, se come las uñas, ya no le quedan uñitas de sus dedos".* (Grupo Focal, Trabajadores/as de la Salud, Chile)

Sin lugar a dudas, una limitación evidente del estudio consistió en no intencionar un muestreo que considerara de forma dirigida la participación de sujetos que hayan padecido de COVID–19, permitiendo la identificación de un espectro importante del funcionamiento del derecho a la salud durante la pandemia, que sería precisamente la **atención y cuidado de los pacientes de COVID–19, quienes se vieron expuestos a una serie de vulneraciones que los estudios de caso no logran indagar**. El único caso que alude a esta realidad es el mexicano, en el cual algunos participantes del sector informal dan cuenta de la **discriminación, asilamiento, estigmatización e incluso agresiones** que vivieron al contraer COVID–19:

> *"[…] si alguien o a una familia de dos–tres casas a la tuya tenían pues eran como los apestados: "no te juntes con ellos", "¿ya viste que ya les dio?" y es algo muy feo porque en vez de darles el apoyo y apoyarnos unos con otros, pues a mí me pasó. Yo escuché de muchos casos de que "ay no vayas para allá" "no vaya a esa calle porque en esa calle a todos ya les dio el coronavirus". (Grupo focal, Trabajadores/as Informales, México)*

Asimismo, el caso mexicano también da cuenta de cierto **impacto y reflexión personal** que provocó en los pacientes de COVID–19 el hecho de contraer la enfermedad y haberla superado, planteando que tras este hecho cambiaron su forma de apreciar y valorar sus vidas:

> *"[…] estar al borde de la muerte te hace que te replantees la vida ¿no? y tu ser, y tú que hacer en el mundo ¿no? y bueno, pues eso brinda una posibilidad muy grande de ser otra persona o de haber evolucionado hacia otro posicionamiento ante el mundo y a la realidad social, porque siento que volví a nacer ¿no?".* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, México)

> *"[…] como persona me hizo crecer, madurar, ser más responsable y creo que valorar más la vida".* (Grupo Focal, Trabajadores/as de la Salud, México)

Resulta importante hacer hincapié en un aspecto que resultó recurrente en los diferentes estudios de caso elaborados y que dice relación con la visión acotada que los participantes tienen con respecto a la salud y su derecho. En efecto, ciertas críticas a los sistemas de salud planteadas en los relatos de los participantes contienen **información parcial o imprecisa** con respecto al funcionamiento de los diferentes niveles del sistema de salud, evidenciándose que es un tema árido y con exceso de tecnicismos, siendo muchas veces ajeno para el grueso de las personas, las cuales se relacionan de forma descontinua con dichos sistemas, vale decir, cuando ellos o un familiar contrae alguna enfermedad o sufre un accidente.

En este sentido, el desconocimiento que gran parte de la población tiene en esta materia (situación que no es responsabilidad exclusiva de las personas), implica una **barrera considerable en el ejercicio del derecho a la salud**, puesto que no cuentan con las herramientas para adecuar sus necesidades de salud con las posibilidades que ofrecen los diferentes sistemas públicos de los países, produciéndose un desajuste entre las expectativas y la atención recibida.

En esta misma línea, si bien no es mencionado por todos los informes, el canal predilecto para canalizar molestias o efectuar la exigibilidad del derecho a la salud por parte de la población que se ha visto vulnerada consiste en la **vía institucional y de forma individualizada**. Así, los reclamos individuales en la Oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS) para el caso de Chile o la figura de las tutelas en Colombia, además de los fonos ayuda aparecen como mecanismos como mecanismos privilegiados para hacer sentir la voz de la población frente a problemas de atención en salud.

> *"Es por ello por lo que también hay un cuestionamiento frente a cuáles son aquellos mecanismos para la exigibilidad de los derechos, que además puedan ser utilizados como herramienta por la población y lleven a un efectivo cumplimiento y garantía de los derechos humanos. No obstante, es ostensible que, desde algunos espacios, ni siquiera hay un conocimiento claro frente a los derechos humanos ni cómo reclamarlos. El desconocimiento de la normatividad y la legislación en diversos gremios dificulta la organización y la generación de propuestas para la exigibilidad".* (Informe Caso de Estudio, Colombia)

> *"[…] los pacientes hicieron uso de otro derecho relacionado con la atención de salud que es el derecho a la tutela, la gente recurrió a la tutela para obligarnos también a actuar oportunamente cuando se pudo frente al uso de las unidades de cuidados intensivos, ese es otro mecanismo regulador que nosotros llamamos de exigibilidad de derecho".* (Médico, Entrevista, Colombia)

> *Pero ningún ministro ha dicho "oigan, sabe qué, si usted tiene tal problema se tiene que dirigir a tal servicio o hablar con tal persona", esa es información básica que la gente no tiene. La gente dice "ah, claro los reclamos se los paso por el poto y no sé qué", no es cierto, un reclamo hecho formal tiene cinco días hábiles para ser respondido, y eso la gente no lo tiene claro y no lo sabe, la gente es muy ignorante en el tema.* (Grupo focal, Trabajadores/as sector salud, Chile)

Finalmente, es importante concluir el presente apartado dedicado a los discursos marginales que emergieron en el curso de los estudios de caso con aquel eje temático que **cuestiona la visión monolítica y acotada sobre la salud que se presentó en el grueso de los relatos de los participantes en los diferentes países**. En efecto, los planteamientos en miras a posicionar demandas asociadas al desarrollo de sistemas de salud que abordasen precisamente la salud desde una perspectiva más integral y holística fueron reducidos en número, pero contundentes en sus contenidos.

> *"[…] creo que algo a lo que en general la población no está acostumbrada es a apostar a esta parte de la prevención. En general la población considero que llegamos a la atención médica ya cuando está un poco más grave la situación ¿no? entonces justo llegamos a urgencia, o llegamos ya porque ya algo más ocurrió, no hay una parte preventiva".* (México, Entrevista, Organización Social)

Así, existen ciertos relatos, concentrados fuertemente en los estudios de caso correspondientes a Chile y Colombia, que desafían los límites de la concepción acotada de salud enfocada en el acceso a la atención, diagnóstico y curación biomédica. En general, estos relatos emanan de actores que poseen una conexión más directa con temáticas de salud, ya sea porque se organizan en torno a dicha temática o porque se desempeñan laboralmente en el rubro, presentando mayores niveles de reflexividad en torno al potencial que encierra el identificar dimensiones más complejas y profundas de la salud. A continuación, se presenta un extracto del informe del estudio de caso de Colombia en el que se ve expresado este

hallazgo y el carácter marginal que adquiere frente al grueso de los discursos levantados:

> *"En todo caso, el concepto de salud se encuentra presente como un aspecto en tensión y en la lucha por su garantía, y se articula, en una primera mirada, con los procesos de atención: la salud es lo que el sistema debería ofrecer cuando yo voy a los servicios. Ciertamente hay algunas propuestas, especialmente en las entrevistas, que hablan de la salud desde una perspectiva más amplia y que, en el marco del sistema, abarca también procesos como la promoción y la prevención. Pero no deja de ser llamativo que la atención tenga tanta relevancia, y probablemente se debe a que es este el vacío fundamental en donde se percibe la inoperancia del sistema, al menos en la práctica y las vivencias de la mayoría de los participantes. Esto también se puede relacionar con una visión medicalizada del derecho a la salud, en donde para la mayor parte de la población se asocia con el derecho a la asistencia sanitaria".* (Colombia, Informe Nacional)

Una apreciación similar plantea una integrante de una organización social dedicada a temáticas de la salud en Chile:

> *[…] la concepción de la salud está instalada de forma muy pasiva y con una forma más bien clientelar, donde se releva mucho más el concepto del acceso al sistema de salud que como a la salud como tal. De ahí se pueden desprender varias cosas, una es que ya el concepto de salud en sí mismo está distorsionado porque cuando la gente habla de salud en general, hablamos de gente como la mayoría de la población acá y que la misma mayoría de la población pertenece al sistema de salud público, pero cuando se analiza la salud siempre se analiza desde los sistemas de salud, más allá del concepto de salud como de estado de bienestar social o individual".* (Entrevista, Organización Social derecho a salud, Chile)

A su vez, estas apreciaciones que escapan al mero acceso a la atención, diagnóstico y tratamiento médicos, pueden ser agrupadas en **tres diferentes categorías**, dependiendo tanto de los alcances que tienen dichos planteamientos como del punto de partida de la crítica establecida. Así, el primer grupo consiste en la **identificación de la ventana de oportunidades que significó una respuesta más universal de los sistemas de salud a la pandemia**, previéndose cierto potencial inexplorado en emplear esta aproximación a los problemas sanitarios que se presentaban de forma previa a la pandemia. Este tensionamiento universalista que provocó la pandemia sirve a algunos participantes como una suerte de epifanía que permite vislumbrar que, en el abordaje más intersectorial, unificado e integral de las problemáticas de salud radica un margen importante de mejora en el bienestar general de la población.

> *"Yo creo que antes de cambiar los sistemas en todos los lugares debiera haber un punto de comienzo, "para este tipo de catástrofe vamos a usar la universalidad" y ahí todos tienen que cooperar, todos tienen que ser iguales, todos tienen que tener acceso. Trabajar al menos en algo que sea un comienzo, que nos deje una experiencia para si ocurre algo en un futuro próximo tener la capacidad de enfrentarlo de mejor manera, donde nuestros compañeros no terminen como estamos ahora con un personal de salud agotado, agobiado, la gente no quiere, tengo compañeros que no quieren trabajar ni ir a turnos"* (Grupo Focal, Trabajadores/as de la Salud, Chile)

> *"[…] todos tuvimos el mismo acceso a la vacunación, ricos y pobres, todos, no hubo discriminación de ningún tipo, el que quería vacunarse estaba a su disposición la vacuna, con los criterios de priorización que existían iguales para todos los grupos sociales de nuestro país. Y también todos teníamos la certeza de que teníamos la oportunidad, independientemente de la persona que tiene más dinero o los que tienen menos, de que, si requerían una cama de cuidados intensivos por estar gravemente enfermo por el coronavirus, esta iba a estar disponible en condiciones más o menos similares entre los que más tienen y entre los que menos tienen. Y eso nos*

> *demuestra y nos corrobora que probablemente si tuviésemos un sistema único de salud que sea mucho más solidario, podríamos extrapolar esta situación de pandemia al manejo de todas las otras patologías, que hoy en este momento en nuestro país demuestran o evidencian que hay una tremenda inequidad en el acceso a la salud en muchos problemas de salud que hoy tenemos"* (Entrevista, Gremio/sindicato sector salud, Chile)

Continuando con los discursos marginales que criticaron una visión estrecha de salud a raíz del remezón que significó la pandemia, existe otro conjunto de planteamientos que no resultan tan optimistas, centrándose más bien en cuestionar que ni siquiera en contextos tan críticos como lo fue la crisis sanitaria por COVID–19 las autoridades apostaron por adoptar medidas que se distanciasen de la primacía de los hospitales y la atención médica:

> *"[…] ahí a mi juicio se vulneró el derecho. ¿Por qué?, porque efectivamente el foco fue puesto, y ahí es donde yo digo "por qué se vulnera", porque el foco fue puesto en los hospitales, fue puesto en la enfermedad, no fue puesto en la prevención, no fue puesto en los sujetos, sino... y dejar que la evolución del virus hiciera su trabajo, en que agarráramos inmunidad en la medida que nos íbamos exponiendo al virus o imaginando cualquier otra enfermedad infectocontagiosa en un país que venía de profundas desigualdades".* (Grupo Focal, Trabajadores/as Formales, Chile)

> *"Desde mi mirada se resuelve en los territorios, se resuelve con prevención, con promoción de estilos de vida saludable y eso lo tenemos que hacer desde la municipalidad y desde la atención primaria en salud".* (Entrevista, Gobierno Local, Chile)

Un segundo conjunto de discursos marginales que expresan una ruptura con respecto a visiones más acotadas de la salud surge como **consecuencia directa de contextos sociales con una mayor conflictividad o efervescencia**. En este sentido, dichos escenarios contribuyeron al desarrollo de discursos, demandas y expresiones más prácticas que dan cuenta de nuevas formas de comprender la salud y sus alcances más allá de la atención médica. Naturalmente, dados los hechos recientes de protestas sociales en Chile y Colombia, son los casos de estudio que presentan estos desarrollos discursivos de forma más profusa:

> *"Yo creo que las protestas en la calle están es pidiendo los determinantes de la salud y eso es lo que se ve en las peticiones regionales, que se está tratando de llegar a algún acuerdo y que, así el gobierno central los desconozca, pero se está tratando de hacer algo ahí y tiene que ver con los determinantes de la salud." (Médico. Grupo Focal Trabajadores de la Salud. Colombia)*

> *"[…] han aparecido expresiones, yo diría expresiones aisladas que se tejen como una red, pero con una red que se teje a gran distancia, en realidad, donde existen expresiones de apoyo comunitario en los territorios, en todo tipo de territorio: desde los más populares hacia los más acomodados, donde existe una concepción de salud de apoyo mutuo y con un centro más bien hacia los cuidados. Entonces ahí tenemos como el contraste entre un enfoque más de sobreviva contra un enfoque más de los cuidados, un enfoque más femenino también en términos de poder ejercer ese rol como comunidad".* (Entrevista, Organización Social derecho a salud, Chile)

De este modo, **el desenvolvimiento de procesos de conflictividad social demostró ser catalizador de discursos marginales** en el campo del debate en torno a la salud tanto en pandemia como con anterioridad a esta. La particularidad para este caso específico consiste, como se adelantaba anteriormente, en el componente práctico asociado a dichos discursos, puesto que estos relatos han ido acompañados de expresiones organizativas concretas en el quehacer de diferentes grupos que han comenzado a abordar colectivamente temáticas relativas a la salud de la población:

> *"Asimismo, se hicieron visibles prácticas solidarias para la atención y el cuidado en diferentes entornos comunitarios. Desde espacios como los de las primeras líneas,*

en los frentes de movilización social, se gestionaron actividades para brindar atención en salud a las personas que lo requerían, no solo para el caso de heridos durante las protestas en las luchas contra la fuerza policial, sino también frente a otras dolencias y patologías de personas que no habían recibido atención en salud. De igual forma, se gestaron lazos cooperativos entre madres en los barrios populares, gestionando una distribución de las tareas domésticas y laborales, de manera que se pudiera dar respuesta a todas las solicitudes que exigió la pandemia en la cotidianidad de las personas". (Colombia, Informe Estudio de Caso)

"Y ahora, lo que les iba a decir, que es un aspecto positivo, son los vínculos comunitarios que se han generado desde la revuelta y que ahora sirvieron como un espacio de contención y de alimentación, como un espacio vital: las ollas comunes, las organizaciones comunitarias, las redes comunitarias, las redes entre mujeres que también están haciéndose cargo de la violencia de género". (Grupo Focal, Trabajadores/as Informales, Chile)

Un último grupo de discursos marginales que establecen un cuestionamiento al abordaje reducido y unidimensional de la salud se presenta en **relatos de actores que ya presentan una acumulación de experiencia y conocimiento del tem**a que son considerablemente mayores a los que presente el grueso de los participantes. De este modo, los relatos que componen este último conjunto se caracterizan por ser discursos que se despojan de un tono de opinión individual y que se cristalizan en las definiciones y principios de organizaciones que abordan decididamente la temática de salud. Un aspecto central de estos relatos es considerar que es deseable y posible plantear que se deben establecer transformaciones políticas que apunten hacia un horizonte de salud que escape a la atención y ponga en el centro el bienestar humano e íntegro de la población, identificando la persistencia de una salud acotada responde a intereses mezquinos de sectores de la población que, en consecuencia, son señalados como enemigos de una salud colectiva e integral:

"[…] que no solo se conciban como un modelo a usar en la forma de ejercer la salud, sino que se plantee que se potencien las distintas cosmovisiones, que se plantee como centro el cuidado, la protección a la vida humana, no humana, el derecho a decidir sobre la vida, la vida y la muerte, la dignidad de esa vida; y por otro lado, asegurar las condiciones para una vida plena como el medio ambiente, derecho a alimentación, el agua, respeto a los ecosistemas, la educación, el trabajo, derechos sexuales y reproductivo; y que todo esté como en un marco intercultural o pluricultural para que finalmente ese cambio de paradigma se haga más explícito, se haga más concreto también. Eso, creemos que hay una gran brecha en realidad, entre lo que se fue socavando y el resultado que tenemos hoy día, a lo que se quiere transformar, pero en esa transformación y en esa brecha también hay mucho dinamismo y creemos que también se ha recuperado la concepción de un sistema de salud y de una concepción de un derecho a la salud mucho más integral" (Entrevista, Organización Social derecho a salud, Chile)

"[…] muchas personas lo comprenden de forma más bien clientelar, a través como si estuviéramos hablando de un bien, donde se transa en el mercado y por lo tanto al estar tranzado en el mercado esto permite el lucro y además permite jugar mucho con el tema de la oferta y la demanda […] Por un lado, la gente no tiene realmente el derecho a elegir el sistema de salud tampoco porque está limitado por su capacidad de pago en un estado neoliberal como el que hay en Chile, entonces va a depender de la capacidad de pago primero, ese derecho a acceder al sistema de salud. Y, por otro lado, hay una reproducción como en el subconsciente y en todo el entendimiento de la salud de comprender que es algo que se accede solamente a través de la capacidad de pago y del mercado". (Entrevista, Organización Social derecho a salud, Chile)

Un aspecto interesante de estos relatos marginales más consolidados en sus críticas a la limitación de la salud consiste en el establecimiento de puentes

o el empleo de elementos discursivos provenientes de **corrientes ideológicas como lo son el feminismo y el indigenismo**. A continuación, se recopilan algunos extractos que dan cuenta de esta imbricación ideológica que se produce en torno al nudo crítico que representa la salud:

> *[…] la que más conocemos es la concepción mapuche, donde se releva la idea de un medioambiente como eje central también para poder entender la salud, donde todo lo que me afecta, lo que afecta a una parte del ecosistema, afecta a la salud del resto también, negativa o positivamente* (Entrevista, Organización Social derecho a salud, Chile)

> *"Contrariamente, desde la perspectiva de los grupos indígenas, esta visión es diferente, la salud se concibe como un fenómeno colectivo, el cual se encuentra bajo tensión por un proceso de aculturamiento que incide en el abandono esta concepción con la pérdida de identidad propia a través de un proceso integrativo a la sociedad en general".* (México, Informe Estudio de Caso)

> *"Frente a la ausencia de una respuesta por parte del Gobierno Nacional de manera amplia y efectiva para todos los sectores de la población colombiana, han surgido propuestas interesantes a través de esquemas de solidaridad o de la expresión de saberes ancestrales, tanto en términos de atención a las necesidades en salud, como frente a otras dinámicas surgidas en el marco de la pandemia y en el ejercicio de la cuarentena. Uno de los mecanismos de respuesta que se hicieron visibles fue la valoración de las medicinas ancestrales en los entornos rurales, que de una u otra forma están ligadas a concepciones frente al territorio, y derivaron en pugnas no sólo por la atención en salud, sino también frente a la soberanía territorial de comunidades étnicas y campesinas. Los médicos tradicionales se establecieron como los actores fundamentales a cargo de las prácticas en salud para la población que no recibió la atención del Gobierno, y terminaron efectuando procesos desde saberes espirituales y botánicos, tanto preventivos como curativos".* (Colombia, Informe Estudio de Caso)

> *"Y cuando nos referimos igual a una salud más femenina o más feminista, concibiendo como lo femenino como en términos de poder alejarnos de la violencia, de los contrastes del binarismo, y avanzar hacia una salud más integral con un cuidado más colectivo, y con una sensibilidad también hacia los demás componentes del ecosistema".* (Entrevista, Organización Social derecho a salud, Chile)

6. CONCLUSIONES

A conclusión del estudio es importante poder considerar como los resultados generales recién expuestos responden a los objetivos del estudio. Para eso se pondrán en relación con las preguntas gatilladoras del estudio para considerar cómo estas pueden ser respondidas y cómo también sea posible recoger conclusiones más amplias. Específicamente, las preguntas del estudio son las siguientes.

- ¿Cuál es la concepción de salud presente entre los participantes del estudio?
- ¿Cómo es entendido el derecho a la salud por parte de los participantes y como es ejercido dicho derecho?
- ¿Cuáles son las expectativas que tienen sobre el estado como garante de la salud?
- ¿Cómo se ha vivenciado el derecho a la salud en el marco de la pandemia?

La formulación de respuestas ha permitido identificar cinco conclusiones y una consideración final:

1. En todos los países emerge como muy relevante una **concepción de salud que se identifica con la ausencia de enfermedad o daño**, resultando muy permeable al enfoque biomédico, curativo y hospitalocéntrico. En este sentido la salud se articula de manera muy estrecha con los procesos de atención, siendo comprendida esencialmente como lo que el sistema debería ofrecer cuando las personas acuden a los servicios.

Se trata evidentemente de una visión limitada que no recoge la amplitud de las definiciones vigentes a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud, Declaración Universal de Derechos Humanos, entre otros) las cuales extienden el concepto de salud hacia un estado de completo bienestar físico, mental y social. Al contrario, en el presente estudio quedan marginalizadas aquellas visiones y propuestas que hablan de la salud desde una perspectiva más amplia, asociándola a procesos como la prevención y la promoción o la entienden como producto de la determinación social.

Esta realidad tiene sin duda una relevancia muy importante en la economía del estudio dado que a partir de ella es posible comprender la posición desde la cual los participantes configuran sus propias demandas y expectativas respecto del derecho a la salud.

2. En este marco, los discursos de los actores participantes muestran una **comprensión medicalizada del derecho a la salud**, quedando este muy limitado al derecho a la atención. En otras palabras, el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud se orienta esencialmente al acceso a los servicios sanitarios, a la atención médica y abasto de medicamentos sin considerar la idea de tener otros derechos protegidos y garantizados como los principales factores determinantes básicos de la salud para vivir una vida digna.

A este propósito surgen dos consideraciones: por un lado, se expresa aquí la ausencia de una visión de los derechos humanos, y especialmente de los DESCA, que valore su interdependencia, indivisibilidad y transversalidad, así como recomendado por el sistema internacional de promoción y protección de los derechos humanos[61]. Por otro lado, esta situación explica las críticas transversales que

61 Cabe aquí destacar como ejemplo la Recomendación 1/2020 de Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) que en su parte resolutiva llama a "Adoptar de manera inmediata e interseccional el enfoque de derechos humanos en toda estrategia, política o medida estatal dirigida a enfrentar la pandemia del COVID–19 y sus consecuencias, incluyendo los planes para la recuperación social y económica que se formulen. Estas deben estar apegadas al respeto irrestricto de los estándares interamericanos e internacionales en materia de derechos humanos, en el marco de su universalidad, interdependencia, indivisibilidad y transversalidad, particularmente de los DESCA" (pág. 8).

se evidencian en los distintos países hacia los sistemas de salud y que arremeten en contra de las barreras sociales y económicas que limitan el acceso a la atención. En otras palabras, la evidencia de una vulneración[62] del derecho a la salud se debe a que hay partes importantes de la población que no pueden acceder o tienen acceso parcial a la atención oportuna de salud, sea por la configuración propia de los regímenes contributivos de seguridad social (contar con cotizaciones), sea por la falta de recursos monetarios que puedan garantizar el uso de servicios privados.

En esta óptica, las criticas frontales que se registran y que arremeten en contra de la mercantilización de la salud no parecen tener una motivación ético–política, sino que responde más simplemente a la imposibilidad de participar de ese mercado. En otras palabras, la lógica mercantil afectaría esencialmente el acceso más que otras problemáticas como las condiciones y la calidad de vida de las personas, los factores ambientales y socioeconómicos que determinan su salud. Parece importante destacar a este propósito que estas anotaciones pueden enriquecer y problematizar las recomendaciones que a nivel regional la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha elaborado en materia de mercantilización y acción de empresas privadas, resaltando la obligación de los Estados a "velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud"[63].

Las dificultades para el acceso a la atención motivan, finalmente, la opinión transversal según la cual existía de manera previa a la pandemia una afectación del derecho a la salud, y que su aparición contribuyó a la agudización de dichas dificultades.

Considerando estos elementos es posible finalmente extraer algunas conclusiones respecto de la agencia en materia de derecho a la salud, es decir su posibilidad de participar en el ejercicio y exigibilidad del derecho. Los relatos recabados en los cuatro países permiten apreciar que el derecho a la salud se entiende como un servicio que se ejerce y exige de forma individual o a lo sumo a nivel familiar, homologando a los sujetos a usuarios o derechamente clientes. Lo que representa una visión muy alejada de las conceptualizaciones más colectivas y solidarias de este mismo derecho, que, si bien se expresan en los discursos recogidos, tienen una presencia marginal en el corpus, además de corresponder a sujetos que tienen un involucramiento mayor con las temáticas vinculadas a la salud, ya sea porque se organizan políticamente en torno a demandas de dicho tipo o se desempeñan laboralmente en centros asistenciales o sanitarios.

La pandemia, en otras palabras, parece haber reforzado la sensación en la población de tener escasos conocimientos o pocas herramientas para hacer efectivas la exigibilidad de los derechos. En esta visión, el estado es visto como una entidad que no es posible plegar a los intereses de la población a lo que contribuye también la conciencia de que es secuestrado por los grandes intereses empresariales.

3. Respecto del **papel del Estado como garante de la salud**, en el estudio es posible identificar distintas visiones y expectativas dependiendo de cada contexto nacional.

En Costa Rica la población tiene puesta su esperanza, interés y seguridad de que la salud es una responsabilidad de Estado, asumida por el sistema de salud. A eso corresponde una fuerte y compartida confianza y esperanza en el sistema de salud liderado por el modelo de salud de seguridad social con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud. Así queda arraigada la idea de que la seguridad social, el rol del Ministerio y el sistema de salud deben defenderse y cuidarse. La pandemia, en esta visión, se comprende como una oportunidad para mejorar el desempeño del sistema en varios ámbitos: reorientándolo a la atención integral de salud y la atención primaria (APS), y extendiendo la cobertura y universalidad del seguro de salud.

En Colombia, se reconoce de manera transversal que es función principal del Estado la de garantizar el derecho a la salud. Esto se articula además con la

62 Respecto del uso de la expresión "vulneración" o "vulneración basal" tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

63 Comisión Interamericana de derechos humanos (CIDH), Informe sobre empresas y derechos humanos: estándares interamericanos. Aprobado el 1 de noviembre 2019: 113.

garantía del derecho al trabajo, siendo la salud en los entornos laborales parte de las exigencias actuales de la ciudadanía. La mercantilización de la salud genera una ruptura entre estos dos elementos cuando se establecen como dos procesos ajenos, y más aún, cuando establece que uno pretende dar respuesta al otro a través del pago de los servicios. Es por eso que la expectativa esencial es que el Estado sea capaz de dar respuesta a estas dos necesidades de la población, y que mediante su acción debe liberar a la ciudadanía de la responsabilidad individual de tener que asegurar su acceso a los servicios de salud.

En México se registran fundamentalmente bajas expectativas hacía el estado en su papel de garante del derecho a la salud en lo inmediato y en el futuro, aunque entre los diversos grupos sociales existen diferencias notables respecto a las posibilidades y exigencias respecto a su ejercicio del derecho a la salud. En este sentido, desde algunos informantes clave y trabajadores formales se considera necesario implementar transformaciones estructurales en materia de políticas públicas que incidan en mejores condiciones sociales y un mayor financiamiento al sistema de salud mexicano

En Chile no emergen de manera clara expectativas de los/as participantes respecto del Estado como garante del derecho a la salud. Por un lado, la crisis social que se arrastra desde 2019 expresa una crisis de representatividad por la cual la población parece privilegiar una reivindicación directa de los derechos hacia el Estado más que su canalización y representación mediante las instituciones tradicionalmente diputadas a eso, sean ellas los partidos, los sindicatos o el parlamento. Van en este sentido las reivindicaciones de una política distinta sobre salud mental de la población y de políticas de cuidado integral de los y las trabajadoras del sector salud. De todas maneras, estas exigencias no plantean la instalación de un Estado interventor al estilo de un Estado de bienestar europeo, sino que parecen reivindicar una presencia más asociada a la de un Estado capaz de regular de manera más contundente los abusos mercantiles que actualmente se producen.

4. En términos de **impacto de pandemia sobre el derecho a la salud** es posible diferenciar distintos aspectos y experiencias.

Por un lado, se destaca la crisis y las dificultades vividas por los sistemas de salud para dar una respuesta a la altura de las enormes necesidades de atención de la población, destacando de manera evidente los problemas para la salud mental y las enfermedades crónicas no COVID.

Paralelamente, se evidencia la incapacidad de las medidas gubernamentales por garantizar protección económica a los trabajadores/as informales, situación que les impidió respetar las cuarentenas y los expuso a mayor contagio. Para este grupo de trabajadores/as, además, la pandemia significó un recrudecimiento de las barreras existentes para su acceso a la atención oportuna de sus necesidades de salud. Más en general se vislumbra de manera transversal un cuestionamiento hacia las estrategias que los distintos gobiernos nacionales desplegaron para el manejo de la pandemia calificadas en general como parciales o insuficientes o hasta con fuertes rasgos de autoritarismo.

En este sentido, la pandemia es percibida como un evento que llega a profundizar las diferencias e inequidades de tipo socioeconómico que caracterizaban históricamente los contextos estudiados. Al respecto, el derecho a la salud se vería afectado de manera importante por los cambios y tensiones que interesaron el mundo del trabajo con el importante aumento de los niveles de desempleo y pobreza, con la difusión del trabajo remoto y de sus exigencias físicas y psicológicas, con los problemas de conciliación trabajo/familia que vivieron principalmente las mujeres trabajadoras. En relación a este último aspecto, el estudio confirma y reafirma la necesidad de ampliar el tema del derecho a la salud al ámbito del cuidado reivindicando el derecho al cuidado como un derecho social, que debe ser garantizado y promovido por el Estado, las familias y la sociedad en su conjunto, reforzando el tema de la corresponsabilidad (Pautassi, 2018). Una mención especial merece finalmente el impacto en la salud mental de los/as trabajadoras del sector salud. La pandemia, entonces, mostraría también una importante afectación a la salud de los/as trabajadoras, cuestionando directamente la garantía del derecho a la salud en el trabajo.

En otro ámbito el estudio registra un impacto en el derecho a la salud si se considera la responsabilidad

de los gobiernos nacionales en elaborar estrategias de comunicación de riesgos y de manejo de la información poco transparentes y, sobre todo, poco participativas. Se destaca en este ámbito la predilección hacia esquemas unidireccionales de comunicación que profundizaron la distancia entre gobernantes y gobernados y que terminaron provocando una escasa adherencia de la población a las medidas de contención de la pandemia adoptadas.

Esto dio el pie para que en algunos contextos se registraran tensiones de tipo sociopolítico, expresadas de manera más abierta y evidente en Colombia, con el estallido social del otoño 2021, y en Chile, con la puesta en marcha del proceso constituyente surgido a raíz del estallido social de 2019. En menor medida, por otro lado, Costa Rica registra el comienzo de una una movilización ciudadana para aportar en forma articulada en la reactivación económica, en conjunto con el sector cooperativista, solidarista, sindicatos y sector empresarial.

Por otro lado, la ausencia de una respuesta adecuada por parte de los gobiernos nacionales estimuló en los cuatro países el surgimiento de experiencias comunitarias de articulación solidaria que fueron generadas por la ciudadanía para responder a las necesidades más inmediatas provocadas por la pandemia: alimentación, cuidado de terceros, difusión de Elementos de Protección Personal (EPP), entre otros.

5. Como conclusión emergente, además, es menester mencionar que en todos los países emerge una **centralidad del trabajo muy importante para entender la afectación del derecho a la salud**. Esto se debe sin duda al carácter contributivo de la seguridad social que asocia la protección con las condiciones vividas por los trabajadores/as en los mercados laborales.

6. Finalmente, es posible identificar una conclusión que corre de manera transversal a lo largo del estudio y que obliga a considerar la capacidad del sistema de gobernanza internacional de los derechos humanos de impactar en los contextos nacionales. Como visto en el marco teórico, durante el siglo XX y XXI han tomado forma y se han fortalecido los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos, articulándose desde un nivel global, hacia un nivel regional y finalmente nacional. En este ámbito el estudio devela una distancia al constatar que durante la pandemia **los Estados no han tomado en cuenta de manera sustantiva** el complejo entramado de recomendaciones, estudios y jurisprudencias que los organismos internacionales (OMS, CIDH, REDESCA, etc.) han elaborado para promover y tutelar la garantía y ejercicio del derecho a la salud. Más bien, es posible sostener que estas recomendaciones no tuvieron impacto y se mantuvieron en un plano retorico en la realidad de los países estudiados. Esta distancia se refleja de hecho en la ausencia, registrada en los discursos de los participantes, de referencias a instrumentos o mecanismos internacionales de exigibilidad de ese derecho. Esta situación hace surgir inevitablemente una pregunta respecto de qué se tiene que hacer mejor para que todo lo que se está elaborando a nivel internacional pueda llegar e impactar a nivel nacional, con especial referencia a los grupos más vulnerables de la población.

Reduciendo el discurso a sus elementos más esenciales, estas conclusiones permiten afirmar que la vulneración[64] del derecho a la salud se realizaría por la cooperación de tres factores fundamentales: las condiciones estructurales previas a la pandemia respecto de condiciones de vida y modelos de atención sanitaria; el tipo de respuesta adoptada por los gobiernos; el papel otorgado a la participación social en esas respuestas. Esta convergencia se estaría actualmente caracterizando por la inclinación a cuidar y proteger el buen funcionamiento de la economía en vez de la salud de las personas, y en este dilema el derecho a la salud quedaría dramáticamente atrapado. Se trata sin embargo de un falso dilema del cual sería necesario liberarse dado que el verdadero problema a proponer sería más razonablemente: ¿cuál economía y cuál salud promover? Este estudio, como veremos en el próximo capítulo de propuestas, propende para una solución en la cual la economía se oriente hacia la garantía del derecho a la salud y la vida evitando que, al contrario, la salud se coloque al servicio de la economía de mercado para avanzar en la acumulación de capital.

64 Respecto del uso de la expresión “vulneración” o “vulneración basal” tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

Para eso vale la pena considerar más bien la garantía del derecho a la salud en el foco de análisis promovido por la Organización Panamericana de la Salud (Eijkemans, Solar y Lanzagorta, 2020) en relación con los alcances y limitaciones de las medidas no farmacológicas respecto de las condiciones materiales de habitabilidad, ingresos y empleo, protección social, educación y aprendizaje, pertinencia cultural, riesgo psicosocial, inequidad de género, provisión de servicios, acceso y continuidad de la atención en salud, derechos humanos, participación social y comunicación.

7. LIMITACIONES

Respecto de las limitaciones de esta investigación es posible identificar algunos aspectos generales comunes para los cuatro países participantes.

En primer lugar, hay que considerar que la emergencia sanitaria resultante de la pandemia por COVID–19 tiene una magnitud y una complejidad que el **carácter exploratorio del presente estudio** solo puede indagar de manera parcial, dejando para futuras indagaciones la comprensión más clara de la heterogeneidad de sus efectos en la región. La limitación de los recursos a disposición (tiempo, financiamiento) permitieron de hecho solo un acercamiento inicial a la multiplicidad de experiencias, voces y problemas presentes en la región.

En este sentido es importante considerar también que los estudios cualitativos tienen como objetivo principal la descripción de las cualidades de un fenómeno, buscando generar un conocimiento hacia la profundidad de los fenómenos más que respecto de su extensión, por lo que sus resultados no pueden generalizarse ni otorgarles cualidades predictivas. En consecuencia, es importante remarcar que, como visto al comienzo del texto, este estudio representa un ejercicio de investigación de carácter académico que apunta a entregar evidencias y elementos nuevos que sirvan como insumos para profundizar o actualizar la acción de los organismos internacionales que constituyen la contraparte mandante del estudio mismo.

Además, cabe señalar que en cada país los equipos investigadores enfrentaron dificultades logísticas y operativas que de repente obstaculizaron el desarrollo planificado de entrevistas y grupos focales, limitando las muestras y reduciendo así la posibilidad de comprender más cabalmente la vulneración[65] del derecho de salud en pandemia.

8. PROPUESTAS PARA EL FUTURO DEL DERECHO A LA SALUD

El presente estudio aporta antecedentes que permiten cuestionar/problematizar cómo se ha desarrollado el ejercicio del derecho a la salud en el contexto de la pandemia y hasta qué punto se ha vulnerado la garantía de este derecho para el caso de cuatro países de América Latina: Chile, Colombia, Costa Rica y México. La metodología cualitativa aplicada en el estudio ha permitido explorar y aportar a la comprensión de los diferentes aspectos relacionados a cada contexto, tales como las estrategias de los gobiernos, la presencia de desigualdades estructurales, el impacto en la salud mental de la población, la compleja respuesta de los sistemas de salud, la falta de participación social, entre otros.

En resumen, la vulneración[66] del derecho se da por la conjunción de tres factores fundamentales: las condiciones estructurales previas a la pandemia respecto de condiciones de vida y modelos de atención sanitaria; el tipo y coherencia de la respuesta adoptada por los gobiernos; y, el papel otorgado a la participación social en dichas respuestas.

Se trata de factores que, como se ha considerado en el marco teórico, se inscriben dentro del debilitamiento sufrido por el concepto y las prácticas de derechos, ciudadanía y salud–enfermedad–atención en las actuales dinámicas económicas, sociales, políticas y culturales globales, que estarían cuestionando radicalmente la tradición de la ciudadanía social para subordinar todo al derecho de propiedad y a las lógicas de mercado. De esta manera los derechos sociales habrían perdido su estatus de derechos propiamente dichos, para adquirir el carácter de oportunidad para competir, o para obtener un privilegio, y a su vez el Estado, que tradicionalmente cumplió el rol de su garante y promotor, se ve reducido a ser el regulador y facilitador de dicha competencia.

En este sentido, más que propuestas puntuales, el presente estudio sugiere la **necesidad de**

65 Respecto del uso de la expresión “vulneración” o “vulneración basal” tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.
66 Respecto del uso de la expresión “vulneración” o “vulneración basal” tener en cuenta la aclaración contenida en la nota 35.

avanzar hacia la transformación del modelo de desarrollo, así como las directrices y principios que inspiran la acción de los Estados y de los organismos internacionales en materia de derecho a la salud. Se trataría en primer lugar de **complejizar la concepción del derecho a la salud** liberándolo así de una visión reduccionista, predominantemente focalizada en la dimensión del acceso y atención a la enfermedad, a los servicios de salud, y centrada en aspectos clínicos, biomédicos y farmacológicos, para llevarlo a una concepción más integradora que traiga a la superficie la determinación de las estructuras profundas de en nuestros modos de vivir, trabajar, reproducirnos, etc. En esta integración debiera considerarse entonces el problema de los cuidados que, como ha evidenciado el estudio, se han visto aumentados y recargados sobre las mujeres, señalando que se debe abordar el "derecho al cuidado", vale decir el derecho a recibir cuidados en las distintas etapas del ciclo vital, así como el derecho a cuidar en condiciones de dignidad y protección social, asegurando que la persona cuidadora pueda seguir ejerciendo sus derechos sociales al realizar el trabajo de cuidado (Ferreyra, 2018).

Por otro lado, esta aspiración integradora, implica reforzar la estrategia de "Una salud" (One health) que a partir de los años 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja en conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) para destacar que la salud humana y la sanidad animal son interdependientes y están vinculadas a los ecosistemas en los cuales coexisten[67]. En este sentido "Una salud" define un abordaje en el cual convergen múltiples disciplinas para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente.

Consecuentemente aparece la relevancia de **impulsar y fortalecer mecanismos de exigibilidad de los derechos humanos y en particular del derecho a la salud**, desde una óptica que logre captar tanto el papel del Estado como garante de derechos, pero también desde la necesidad de fortalecer procesos de organización y movilización social y comunitaria encaminados a vigorizar la autonomía y el desarrollo de capacidades para el control de la vida social, económica y política. Esto también implica el hacer más factible la aplicación de las recomendaciones de las organizaciones internacionales, multilaterales, que apuntan a un desarrollo teórico no siempre observable en las políticas ejecutados por los gobiernos.

Para eso se sugiere además **refundar desde los cimientos de los sistemas de salud** dando nuevo sentido a su misión originaria[68], y entendiéndolos como "servicios públicos" fruto de una construcción social e histórica colectiva, orientados a la producción de bienes públicos y a la implementación de los derechos humanos (GI–ESCR, 2021)[69].

En la lógica de los servicios públicos los sistemas de salud debieran regirse según algunos principios entre los cuales destacamos: como principio rector la realización de la dignidad humana; y en seguida la universalidad; la participación en todos sus niveles; la solidaridad y la sustentabilidad[70], y la inclusión de cosmovisiones de nuestros pueblos originarios como el "Buen Vivir".

67 "Muchos de los mismos microbios infectan a animales y humanos, ya que comparten los ecosistemas en los que viven. Los esfuerzos de un solo sector no pueden prevenir o eliminar el problema. Por ejemplo, la rabia en los seres humanos se previene de forma eficaz únicamente si se dirige a la fuente animal del virus (por ejemplo, vacunando a los perros). La información sobre los virus de la influenza que circulan en los animales es fundamental para la selección de virus para las vacunas humanas frente a posibles pandemias de influenza. Los microbios resistentes a los medicamentos pueden transmitirse entre animales y humanos a través del contacto directo entre animales y humanos o a través de alimentos contaminados, por lo que, para contenerlos de manera efectiva, se requiere un enfoque bien coordinado en humanos y animales" https://www.who.int/news–room/q–a–detail/one–health.

68 Podemos definir el sistema de salud como "la manera como las sociedades y/o comunidades se organizan y constituyen respuestas a los procesos de salud–enfermedad de la mejor forma posible: racional, coherente, ojalá eficaz y eficiente a la vez" (Parada, 2021).

69 "Los servicios públicos se determinan y desarrollan colectiva y democráticamente para proporcionar bienes públicos, comunes y colectivos; hacer realidad los derechos humanos, individuales y colectivos; y proteger los bienes comunes, incluido el medio ambiente y un planeta sostenible" (GI–ESCR, 2021: 1).

70 "Protegido de la economía de mercado, la comercialización y la financiarización. Los servicios públicos son accesibles para todos como un dere–cho y no como resultado de la asignación del mercado u otras dinámicas. Las decisiones sobre ellos no se toman sobre la base de la maximización de los recursos, sino que están totalmente guiadas por la realización de la dignidad humana" (Ibid: 3).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS

Acero, Hugo (2021, 30 de agosto). La pandemia, las protestas y la inseguridad. Recuperado de https://razonpublica.com/la–pandemia–las–protestas–la–inseguridad/

Allard Soto, R., Hennig Leal, M. C., & Galdámez Zelada, L. (2016). El derecho a la salud y su (des) protección en el estado subsidiario. Estudios constitucionales, 14(1), 95–138.

Allende, S (1939). La realidad médico–social chilena. Ministerio de Salud.

Alonso, L. (2000): Ciudadanía, sociedad del trabajo y Estado de Bienestar: los derechos sociales en la era de la fragmentación, en Pérez, M. (Comp.): Ciudadanía y Democracia. Editorial Pablo Iglesias. Madrid.

Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, *8*(17), 69–79.

ANIF – Centro de Estudios Económicos (2020, 16 de abril). Decreto 558 de 2020: análisis. Recuperado de https://www.anif.com.co/comentarios–economicos–del–dia/decreto–558–de–2020–analisis/

ANIF – Centro de Estudios Económicos (2020, 21 de abril). Lecciones del SARS–CoV–2: necesidad de implementar una Renta Básica Semi–Universal. Recuperado de https://www.anif.com.co/comentarios–economicos–del–dia/lecciones–del–sars–cov–2–necesidad–de–implementar–una–renta–basica–semi–universal/

ANIF – Centro de Estudios Económicos (2020, 26 de junio). La industria manufacturera en la crisis de 1999: indicios sobre la coyuntura actual. Recuperado de https://www.anif.com.co/comentarios–economicos–del–dia/la–industria–manufacturera–en–la–crisis–de–1999–indicios–sobre–la–coyuntura–actual/

Armocida, Benedetta, Beatrice Formenti, SIlvia Ussai, Francesca Palestra y Eduardo Missoni (2020). "The Italian health system and the COVID–19 challenge". Lancet Public Health 5(5): e253.

Arouca A, da Silva S. (2008). El dilema preventivista. Buenos Aires.

AWID, 2004. Derechos de las mujeres y cambio económico No. 9, agosto 2004, interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/nterseccionalidad – una herramienta para la justicia de genero y la justicia economica.pdf

Azuero Zúñiga, Francisco (2021, 5 julio). Los datos que tenemos (y los que no tenemos) sobre la COVID en Colombia. Recuperado de https://razonpublica.com/los–datos–tenemos–los–no–tenemos–la–covid–colombia/

Barretto de Andrade, R., & Gallegos Zúñiga, J. (2011). El derecho a la salud en Chile: hacia un rol más activo y estructural del Estado en el aseguramiento de este derecho fundamental.

Bautista, David y Londoño, Sebastián (2021, 21 de junio). Causas y cuidados de la tercera ola. Recuperado de https://razonpublica.com/causas–cuidados–la–tercera–ola/

Becerril–Montekio, V., Reyes, J. D. D., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. Salud pública de México, 53, s132–s142.

Berlinguer, G. (2007). Determinantes de la enfermedad. *Rev. Cubana Salud Pública*, 37(1).

Borrero–Ramírez, Yadira, Torres–Tovar, Mauricio y Echeverry–López, Esperanza (2021). Construcción del movimiento social en salud en Colombia 1990–2020. Cadernos de Saúde Pública. En prensa.

Bravo, D.; Errazuriz, A.; Campos, D.; Fernandez, G (2021). Termometro de la salud mental en Chile ACHS–UC: Tercera ronda, Pontificia Universidad Catolica de Chile, Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales, Mayo 2021, rescatado el dia 24/09/2021 en: https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2021/05/04/la–otra–pandemia–a–mas–de–un–ano–de–la–llegada–del–covid–19–a–chile–un–328–presento–problemas–de–salud–mental–y–un–467–evidencio–sintomas–de–depresion/

Breilh J (2003). Epidemiologia Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial.

Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Roberto Passos Nogueira (Organizador). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, Edmundo Granda.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 31 (supl 1).

Bryman, A. (2012). Social research methods. 4th edition, Oxford University Press

Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Recuperado de: https://www.binasss.sa.cr/opacms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf

Caja Costarricense del Seguro Social. (2020). Estructura organizacional. Recuperado de: http://www.ccss.sa.cr/

Cajamarca, Roberto (2020, 14 de septiembre). Colombia y la COVID–19: ¿lo hemos hecho bien? Recuperado de https://razonpublica.com/colombia–la–covid–19–lo–hecho–bien/

Cajiao, Francisco (2020, 21 de diciembre). Educación: ¿qué nos deja la pandemia de COVID–19? Recuperado de https://razonpublica.com/educacion–nos–deja–la–pandemia–covid–19/

Camus, Pablo y Zúñiga, Felipe (2007), La salud pública en la historia de Chile, en Anales de historia de la medicina, n. 17, pp. 155–175.

Canales, M. (2006). Metodologías de investigación social. Santiago: Lom Ediciones

Casallas Murillo Ana Lucía. Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana una perspectiva histórica., Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador Área de Salud, Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, 2019. Quito, Ecuador.

Castillo Martínez, Alcira (2001). Representación de intereses en la Caja Costarricense de Seguro Social. Sindicalismo médico de 1993 a 1996. Tesis. MSc. Sociología. UCR. Costa Rica.

Cendali, F. (2014). La Medicina Social y la Salud Colectiva: Transformaciones en y para el paradigma social Latinoamericano. Diaporías, 99. Disponible en: https://web.archive.org/web/20180430133357id_/http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/diaporias/issue/viewFile/310/106#page=97

CENDEISSS, 2003, "Fundamentos conceptuales y operativos del sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud". Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) Caja Costarricense de Seguro Social, Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública.

CENDEISSS, 2004, "Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención". Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Caja Costarricense de Seguro Social, Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública.

CIDH – Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2021). Observaciones y recomendaciones. Visita de trabajo a Colombia. Recuperado de https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ObservacionesVisita_CIDH_Colombia_SPA.pdf

CIEP 2021, Centro de investigación y Estudios Políticos, Universidad de Costa Rica, Estudio de opinión, septiembre 2021. https://ciep.ucr.ac.cr/wp–content/uploads/2021/08/INFORME–DE–RESULTADOS–DE–LA–ENCUESTA–CIEP–UCR–AGOSTO–2021.html

Colegio Médico Regional Valparaíso (2021), La salud que queremos. Lineamientos fundamentales en Salud a considerar en una nueva Constitución

Colegio Médico, El sistema de salud chileno. Contexto histórico y normativo del sistema de salud chileno, www.colegiomedico.cl

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Derechos humanos de las personas con COVID–19, Resolución 4/2020. Adoptado por la CIDH el 27 de julio de 2020.

Comisión Interamericana de derechos humanos (CIDH), Informe sobre empresas y derechos humanos: estándares interamericanos. Aprobado el 1 de noviembre 2019

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas, aprobado el 7 de septiembre de 2017.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Las vacunas contra el COVID–19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos, Resolución 1/2021. Adoptada por la CIDH el 6 de abril de 2021.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, Resolución 1/2020. Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Políticas públicas con enfoque de derechos humanos: aprobado el 15 de septiembre de 2018

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) (2000). Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU. Disponible en: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf

Comité Internacional de la Cruz Roja (2021). Colombia: Retos humanitarios. Balance anual. Recuperado de https://www.icrc.org/sites/default/files/wysiwyg/Gaby/Colombia/retos_humanitarios_colombia_2021.pdf

Comunicados de Casa Presidencial, 31 marzo 2020 "CCSS REFUERZA RED DE SERVICIOS PARA ATENCIÓN COVID–19 CON NUEVO CENTRO", Costa Rica. https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/03/ccss–refuerza–red–de–servicios–para–atencion–covid–19–con–nuevo–centro/

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2021). COVID–19 Tablero México [en línea]. Disponible en <https://datos.covid–19.conacyt.mx/> (consulta: 25 de junio del 2021).

Corte IDH. Caso Cuscúl Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018.

Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018.

COVID–19 y el Derecho a la salud, elaborado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Max Planck Institute, Instituto de estudios constitucionales del Estado de Querétaro.

CrHoy, diciembre 2020, Asamblea de trabajadores presentara resultados de Foro Multisectorial. https://www.crhoy.com/nacionales/asamblea–de–trabajadores–presentara–resultados–de–foro–multisectorial/

Crouch, C. (2004). La posdemocracia, Madrid, Taurus.

Cruz, R. (2000): El derecho a reclamar derechos. Acción colectiva y ciudadanía democrática, en Pérez, M. (Comp.): Ciudadanía y Democracia. Editorial Pablo Iglesias. Madrid.

Debrott, David. Sistema de salud chileno: funcionamiento, problemáticas y propuestas de reforma. En Diego Calderón y Felipe Gajardo (Comps.) Chile del Siglo XXI: Propuestas desde la Economía. Ediciones Böll y Estudios Nueva Economía. 2017.

Decreto No. 42305–MTSS–MDHIS y sus reformas. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica.

Defensoría del Pueblo. (2020). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2007, 31 marzo). Decreto por el que se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Diario Oficial de la Federación (DOF). 03 de febrero de 1983: Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Diario Oficial de la Federación (DOF). 08 de mayo de 2020: Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Diario Oficial de la Federación (DOF). 10 de junio de 2011. Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación 2011; 10 jun. [citado 2021 mayo 1]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011»

Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2020). Boletín de Información Estadística 2018" [en línea]. Disponible en <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/> (consulta: 10 de junio de 2021).

Donnangelo M.C.F. (1983). A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil – A Década de 70. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.17–35

Duarte Nunes, Everardo La salud colectiva en Brasil: analizando el proceso de institucionalización Salud Colectiva, vol. 12, núm. 3, 2016, pp. 347–360 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.

Echeverry–López, Esperanza (2013). Indignación justa: Estudios sobre la Acción de Tutela en Salud en Medellín. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia.

Eibenschuzt C, Tamez S, González R (compiladores). (2001). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Eijkemans, J., Solar, O., y Lanzagorta, F. (2020). Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID–19. OPS/IMS/FPL/COVID–19/20–0021. Recuperado de https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones–para–aplicacion–medidas–salud–publicano–farmacologicas–grupos–poblacion

El País. (abril 15, 2021). Tutelas aumentaron con la pandemia en Colombia. Recuperado de https://www.elpais.com.co/colombia/tutelas–aumentaron–con–la–pandemia–en.html

Esping–Andersen G. (1993). Los tres mundos del estado de bienestar, Valencia, Edición Alfons el Magnanim–IVEL

Estado de Nuevo León (2020). Conoce información general sobre el Coronavirus COVID–19 [en línea]. Disponible en < https://www.nl.gob.mx/coronavirus> (consulta: 10 de junio de 2021).

Fernández–Niño, Julián Alfredo; Peña–Maldonado, Carlos; Rojas–Botero, Maylen y Rodríguez–Villamizar, Laura Andrea (2021). Effectiveness of contact tracing to reduce fatality from COVID–19: preliminary evidence from Colombia. Public Health, https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.07.013.

Ferreyra, M. (Coord.) (2018). El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas, ONU MUJERES MÉXICO, Ciudad de México.

Figueroa García–Huidobro, R. (2013). El derecho a la salud. Estudios constitucionales, 11(2), 283–332.

Frenz, Patricia; Siches, Izkia; Aguilera, Ximena; Arteaga, Óscar; Cid, Camilo; Estay, Roberto; Galleguillos, Sylvia; Oyarzún, Ricardo; Parada, Mario; Uthoff, Andras; Vega, Jeannette. Propuestas para una Reforma Integral al Financiamiento de la Salud en Chile. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile A.G. 2018.

GI–ESCR, Manifesto on public services in the 21st century, en fase de publicación, The Global Initiative for economic, social and cultural rights

Gobierno de México (2020). Conferencia de prensa matutina martes 31 de marzo de 2020 [en línea]. Disponible en <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version–estenografica–de–la–conferencia–de–prensa–matutina–martes–31–de–marzo–de–2020?idiom=es> (consulta: 20 de junio de 2021).

Gobierno de México (2020). Coronavirus 2020 [en línea]. Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/> (consulta: 10 de junio de 2021).

Gobierno de México (2021). COVID–19 Medidas económicas. 2020 [en línea]. Disponible en <https://www.gob.mx/covid19medidaseconomicas> (consulta: 20 de junio de 2021).

Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Revista médica de Chile, 143(6), 774–786.

Gómez–Dantés, O., y Ortiz, M. (2004). "Seguro Popular de Salud: siete perspectivas". Salud Pública de México, 46(6), 585–588.

González Claudia, Castillo Carla, Matute Isabel (eds.) (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2. Universidad del Desarrollo

Goyenechea, Matías (2019). Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno, Cuadernos Medico–sociales, 59 (2): 7–12.

Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. Revista Cubana de Salud Pública, 30(2) Recuperado en 07 de octubre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864–34662004000200009&lng=es&tlng=esFuentes consultadas

Grupo de economía de la salud (2003). La regulación en el sistema de salud colombiano. Observatorio de la seguridad social, Medellín, n. 6.

GTPSS – Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador (2021). Examen de los Informes presentados por los Estados Parte al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Observaciones y recomendaciones finales a la República de Colombia.

Guerrero, Juan Carlos (2020, 27 de abril). Las protestas a pesar de la cuarentena. Recuperado de https://razonpublica.com/las–protestas–pesar–la–cuarentena/http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036–36342011000800011&lng=es&tlng=es

Illanes, María A. (1993). En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia: historia social de la salud pública, Chile, 1880–1973. Santiago de Chile. Colectivo de Atención Primaria

INEC, 2020. Encuesta Continua de Empleo. https://www.inec.go.cr/noticia/tasa–de–desempleo–nacional–fue–de–232

INEC–Costa Rica. Encuesta Continua de Empleo (ECE), 2021. https://www.inec.cr/sites/default/files/documetos–biblioteca–virtual/reeceit2021.pdf

INEGI. (2020). Censo General de Población y Vivienda 2020. INEGI. México 2020.

Instituto de Estudios Urbanos (2021, 5 de abril). Con la pandemia, una de cada tres personas sufre de inseguridad alimentaria en la mayoría

de capitales del país. Recuperado de http://ieu.unal.edu.co/en/medios/noticias–del–ieu/item/con–la–pandemia–una–de–cada–tres–personas–sufre–de–inseguridad–alimentaria–en–la–mayoria–de–capitales–del–pais

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2020). Anuario estadístico 2020 laborales [en línea]. Disponible en <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2020.html#cap14> (consulta: 20 de junio de 2021).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2020). Pactan IMSS y Sindicato atención a pacientes COVID–19 no derechohabientes y respeto a derechos laborales [en línea]. Disponible en < https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202005/257> (consulta: 20 de junio de 2021).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2021). IMSS respondió a pandemia de COVID–19 con reconversión de casi 20 mil camas y expansión de unidades hospitalarias laborales [en línea]. Disponible en < http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202106/248> (consulta: 20 de junio de 2021).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSSa) (2020). Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud [en línea]. Disponible en < https://www.gob.mx/imss/articulos/jornada–nacional–de–reclutamiento–y–contratacion–de–recursos–humanos–para–la–salud> (consulta: 20 de junio de 2021).

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2019). Informe Anual: Sobre la situación de los Derechos Humanos en Chile en el contexto de la crisis social (17 de octubre – 30 de noviembre de 2019). Santiago de Chile.

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2020). Informe anual INDH 2020: COVID y Derechos Humanos en Chile. Santiago de Chile, diciembre de 2020.

Jaramillo, Iván (2021, 26 de julio). Balance de la red hospitalaria durante la pandemia. Recuperado de https://razonpublica.com/balance–la–red–hospitalaria–la–pandemia/

King, Jaime (2020). "Covid–19 and the Need for Health Care Reform". The New England Journal of Medicine 382 (26): e104.

Krieger N. (2001). A glossary for social epidemiology, J. Epidemiology Community Health 2001; 55; 693–700.

Laurell, A., Herrera, J. (2010). "La Segunda Reforma de Salud: Aseguramiento y compra–venta de servicios". Salud colectiva, 6(2), 137–148.

Laurell, Asa (2015). "The Mexican popular health insurance: Myths and realities." International Journal of Health Services 45 (1): 105–125.

Ley Nº 5395: Ley General de Salud y sus reformas. Publicada en La Gaceta Nº XX del 30 de octubre de 1973

Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia (2020). New England Journal of Medicine 382(13):1199–207.

Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia (2020). New England Journal of Medicine 382(13):1199–207.

Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? Rev Med Rosario; 79(3): 136–41.

Linares–Pérez, N.; López–Arellano, O. (2015). Equidad en salud: conceptos y perspectivas. En Jaime Llambías (Ed.), "La enfermedad de los Sistemas de Salud: miradas críticas y alternativas.". RIL editores.

López Arellano, O., López–Moreno, S. y Moreno–Altamirano, A. (2015). El derecho a la salud en México. En López Arellano O, López–Moreno (Ed.) Derecho a la Salud en México (pp.51–82). México: UAM Xochimilco

Martínez–Salgado 2012. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):613–619. https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf

Medina, Oswaldo e Ismael Medina–Reyes (2018). "Mortalidad por diabetes tipo 2 y la implementación del programa PREVENIMSS: un estudio de series de tiempo en México, 1998–2015." Cadernos de Saúde Pública 34 (5): e00103117

Medina–Gómez, O., & López–Arellano, O. (2019). Informalidad laboral y derecho a la salud en México, un análisis crítico. Ciência & Saúde Coletiva 24, 2583–2592.

Mena, G. E., Martinez, P. P., Mahmud, A. S., Marquet, P. A., Buckee, C. O., & Santillana, M. (2021). Socioeconomic status determines COVID–19 incidence and related mortality in Santiago, Chile. *Science*, *372*(6545).

Minayo M.C.S. (1997). El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Ministerio de Salud, 2020, Cronograma de Apertura o extensión de actividades en medio de la Covid–19 https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/medidas_lunes_11052020.pdf

MINSAL (2020). Brechas del personal de salud por servicio de salud y especialidad. Ley de presupuesto 21.192. Abril 2020

Módenes, Juan A.; Marcos, Mariana y García, Diva Marcela (2020). "Covid–19: ¿la vivienda protege a los mayores en América Latina? Argentina y Colombia comparadas con España". Perspectives Demogràfiques, 20: 1–4 (ISSN: 2696–4228) DOI: 10.46710/ced. pd.esp.20. ISSN 2696–4228

Naciones Unidas (s.f). La Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible: https://www.un.org/fr/about–us/universal–declaration–of–human–rights

Naciones Unidas. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Observación general No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 22º período de sesiones, 2000. E/C.12/2000/4.

Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (XXI), del 10 de diciembre de 1948.

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (III), del 16 de diciembre de 1966.

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (III), del 16 de diciembre de 1966.

Navarro, R. (2002). El derecho fundamental a la seguridad social, papel del estado y principios que informan la política estatal en seguridad social. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de La Seguridad Social, 10(1). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409–12592002000100002

Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3).

Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Saúde e Sociedade. 1994;3(2):5–21.

O'Donnell, G. (2004). Notas sobre la democracia en América Latina. Texto preparado para el proyecto "Desarrollo de la democracia en América Latina", propiciado por la División Regional para América Latina y el Caribe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

O'Neill Institute for National and Global Health Law (2021). Derecho a la salud en la nueva Constitución. Centro de Derechos Humanos UDP, contexto+.

OCDE (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, París.

OIT, 2020, COVID–19 y el Mundo del Trabajo: Punto de partida, respuesta y desafíos en Costa Rica. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/–––americas/–––ro–lima/–––sro–san_jose/documents/publication/wcms_747046.pdf

OMS – Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.

OMS. (2008). Subsanar las desigualdades en una generación: Informe final de la Comisión sobre Determinante Sociales de la Salud Co (OMS, Ed.). Buenos Aires: Ediciones Jornal S.A.

ONU (1993). Declaración y Programa de acción de Viena, Conferencia Mundial de Derechos Humanos

OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). In Revista Panamericana Salud Pública (Vol. 21). https://doi.org/ISN 92 75 32699

Ordóñez, I.A. (2014). Trascender de factores de riesgo a determinantes sociales en salud en el suicidio: una cuestión de equidad. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.

Orellana, M. A. (2014). Tipología de instrumentos de derecho público ambiental internacional. Informe de consultoría, CEPAL

Organización de los Estado Americanos (s.f) a. Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). 7 al 22 de noviembre de 1969, San José, Costa Rica. Disponible: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm

Organización de los Estados Americanos (s.f.) c. Protocolo adicional de la Convención Americana de Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", el 17 de noviembre del 1998, San Salvador, El Salvador. Departamento de Derecho Internacional OEA. Tratados multilaterales. Disponible: http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a–52.html

Organización de los Estados Americanos (s.f.) b. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Disponible: http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp

Organización de los Estados Americanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos – Pacto de San José de Costa Rica, suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969 en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos.

Organización de los Estados Americanos. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana en Bogotá, Colombia, 1948.

Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – Protocolo de San Salvador, suscrito en San Salvador; El Salvador, del 17 de noviembre de 1988.

Organización Mundial de la Salud (2009). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Documentos básicos [Internet]. 47a ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. p. 1–18. Disponible en: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/basic–documents–47–sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2020a). Panel de control de la OMS sobre la enfermedad por coronavirus (COVID19). [en línea]. Disponible en <https://covid19.who.int/region/amro/country/> (consulta: 10 de junio de 2021).

Organización Mundial de la Salud (2020a). Panel de control de la OMS sobre la enfermedad por coronavirus (COVID19). [en línea]. Disponible en <https://covid19.who.int/region/amro/country/> (consulta:08 de octubre de 2021).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). WHO–convened Global Study of the Origins of SARS–CoV–2 [en línea]. Disponible en <https://www.who.int/health–topics/coronavirus/origins–of–the–virus> (consulta: 10 de junio de 2021).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). WHO–convened Global Study of the Origins of SARS–CoV–2 [en línea]. Disponible en <https://www.who.int/health–topics/coronavirus/origins–of–the–virus> (consulta: 10 de junio de 2021).

Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la respuesta a la COVID–19, A74/9 Add.1, Borrador final, 30 de abril de 2021, 74. Asamblea Mundial de Salud

Organización Panamericana de la Salud (2018). Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/38590/OPSCRI19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2020). «Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID–19 – OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud».

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2019). Panorama de la salud 2019 [en línea]. Disponible en <https://www.oecd.org/health/Panorama–de–la–Salud–2019.pdf> (consulta: 25 de junio de 2021).

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2021). Health at a glance [en línea]. Disponible en <https://www.oecd.org/mexico/health–at–a–glance–mexico–ES.pdf> (consulta: 25 de junio de 2021).

Otero, Á., & Zunzunegui, M. V. (2016). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. In Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes (Priemera e, pp. 87–99). https://doi.org/10.1016/B978–84–8086–728–3/00006–5

Oviedo, Juan David (2021, 12 de abril). El gasto del gobierno en la pandemia: aún no sabemos en qué se invierte peso por peso. Recuperado de https://razonpublica.com/gasto–del–gobierno–la–pandemia–aun–no–sabemos–se–invierte–peso–peso/

Paim J.; Almeida Filho N. (2000). A Crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Saúde.

Paim JS. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. Saúde Debate 1976;(1):9–11.

Paley, J. (2001). Marketing democracy: Power and social movements in post–dictatorship Chile. Univ of California Press.

Parada Lezcano, M. (2004). Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología. Universidad Autónoma de Madrid, España.

Parada Lezcano, M. (2012). Metodología cualitativa de investigación científica, en: Bobenrieth, M. (ed.), Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, 340–405

Parada–Lezcano, M. y Moraga–Cortes, F. (2019). Crisis del aseguramiento de la salud en Chile: enfermedad crónica socialmente transmisible, Tempus, actas de saúde colet, Brasilia, 13(2), 177–203.

Parada–Lezcano, Mario (2021). Pandemia y Atención Primaria en Salud en Chile. Crónica de una ausencia anunciada, en: Tetelboin, C.; Iturrieta, D.; Schor–Landman, C. (Coord.), América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemias, Buenos Aires: CLACSO, marzo de 2021, 245–268.

Parada–Lezcano, Mario et al. (2020). Sistemas de salud en Chile. Apuntes del Bloque Curricular Gestión en Salud. Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso. PDF.

Pautassi, L. (2018). El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato, Revista de la Facultad de Derecho de México, Tomo LXVIII, Número 272, septiembre–diciembre 2018

Pérez, Augusto (2020, 29 de junio). Los efectos del confinamiento en la salud mental. Recuperado de https://razonpublica.com/los–efectos–del–confinamiento–la–salud–mental/

Poder Ejecutivo Federal. (2006). IV Informe de Gobierno. México. Presidencia de la República

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014). La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. – 2a ed. – Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.

REDESCA (2021). IV Informe Anual de la Relatoría Especial Sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), 2020. OEA/SER.L/V/II, 30 de marzo de 2021, parr. 1121. Recuperado de http://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2020/capitulos/redesca.PDF

Restrepo, Ana María y García, Martha Cecilia (2020). ¡A quejarse al mono de la pila! Protestas en época de pandemia en Colombia. Cien Días. Edición 100 Recuperado de https://www.revistaciendiascinep.com/home/a–quejarse–al–mono–de–la–pila–protestas–en–epoca–de–pandemia–en–colombia/

Ribeiro, P.T. (1991). A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil. Rio de Janeiro, 1991. 190p. (Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública).

Robles, C. (2011). El sistema de protección social de Chile: una mirada desde la igualdad. Documentos de Proyecto, (428).

Rodríguez–Feijoó, Santiago y Alejandro Rodríguez–Caro (2020). "El copago farmacéutico en España tras la reforma del año 2012 desde la perspectiva del usuario. ¿Evidencias de inequidad?". Gaceta Sanitaria 35 (2):138–144.

Rosen, G. (1993). *A History of Public Health*. Baltimore: JHU Press.

Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s156–s167. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036–36342011000800011&lng=es&tlng=es.

Sáenz–Madrigal, Rocío, Rojas–Araya, Karol, Solís–Calvo, Luis Fernando, Gómez–Duarte Ingrid. Ficha técnica: hacia servicios integrados y centrado en persona, Costa Rica. Taller mayo 2021. International Foundation for Integrated Care (IFIC)

Sandoval Casilimas. 2002. Investigación Cualitativa. INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, ICFES.

Santos, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, *37*(2), 136–144.

Secretaría de Salud (2020 a). Informe diario sobre coronavirus COVID 19 en México [en línea]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones–y–programas/versiones–estenograficas–conferencia–de–prensa> (consulta: 20 de junio de 2021).

Secretaría de Salud (2020). Lineamiento de reconversión hospitalaria [en línea]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp–content/uploads/2020/04/Documentos–Lineamientos–Reconversion–Hospitalaria.pdf> (consulta: 20 de junio de 2021).

Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) (2020). COVID–19 CDMX [en línea]. Disponible en: <https://covid19.cdmx.gob.mx/> (consulta: 20 de junio de 2021).

Semanario Universidad, julio 2021, CCSS: Pandemia hizo crecer en casi 200 días la espera por una cirugía. https://semanariouniversidad.com/pais/ccss–pandemia–hizo–crecer–en–casi–200–dias–la–espera–por–una–cirugia/

Semanario Universidad, noviembre 2020. Mesa de diálogo depara 58 acuerdos: lo bueno, lo malo y lo incierto. https://semanariouniversidad.

com/pais/mesa–de–dialogo–depara–58–acuerdos–lo–bueno–lo–malo–y–lo–incierto/

Sgombich, X., Agurto, I., Córdoba, D., Mena, S., Moreno, A., Ibáñez, C., ... & Pavlovic, S. (2018). Percepciones sociales respecto del derecho a la salud y expectativas de cambio en el sistema de salud de Chile. Salud Problema, (23), 29–44.

SINAE, 2021.Sindicato Nacional de enfermería y Afines, Estudio de percepción de la Salud, documento de trabajo, septiembre 2021.

Solano Castillo, Priscilla. (2003). El Derecho a la salud y la reproducción asistida. Medicina Legal de Costa Rica, 20(1), 15–27. Retrieved September 09, 2021, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409–00152003000100003&lng=en&tlng=en

Solano, S. M. (2019). La crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) desde la perspectiva de los sindicatos de la salud (2012–2016). Revista de Ciencias Sociales (Cr), 4(166), 55–69.

Solar O.; Irwin A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promotion Journal of Australia 17(3) 180 – 5185.

Tasies Castro, E. (2015). Actores, intereses y naturaleza de la reforma al sector salud en Costa Rica (Reinterpretación de la Ley Constitutiva de la CCSS, al calor de los principios del cuasimercado).

Torres–Tovar M. (2011). Los determinantes sociales de la salud: herramienta para la acción política por el derecho a la salud. En: Eibenschuzt C, Tamez S, González R (compiladores). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? (pp. 207–224). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Torres–Tovar, M. (2004). Presentación. En Echeverri M.E., Fernández, S., Girón, J. y TorresTovar, M. La salud al derecho (págs. 7–12). Medellín: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social y Universidad de Antioquia.

Torres–Tovar, M. (2014). ¿Y qué es eso de los determinantes sociales de la salud? *DUAZARY*, *11*(2), 75–76.

Torres–Tovar, Mauricio (2013). Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá: CINEP.

Torres–Tovar, Mauricio (2021). La movilización social en tiempos de pandemia. En Cuidados Intensivos. Derecho a la salud y pandemia en Colombia. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.

Torres–Tovar, Mauricio (febrero 20, 2015). Los alcances reales de la Ley Estatutaria de Salud. Semanario Virtual Caja de Herramientas. Recuperado de https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/f16805b1–f8d9–456b–9df7–9759f96da3e6/Los+alcances+reales+de+la+Ley+Estatutaria+en+Salud+MTorres.pdf?MOD=AJPERES

Torres–Tovar, Mauricio y Paredes, Natalia (2005). Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. El caso colombiano: "El mercado no es para todos y todas". Gerencia y Política de Salud, 8 (169–185).

Ubasart–González, G.; Minteguiaga, A. (2017). Esping–Andersen en América Latina: El estudio de los regímenes de bienestar, *Política y gobierno*, 24(1), 213–236. Recuperado en 01 de octubre de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665–20372017000100213&lng=es&tlng=es.

Universidad Johns Hopkins (2020). COVID–19 Map [en línea]. Disponible en <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (consulta: 29 de junio del 2021).

Uribe, Mónica (2020, 20 de abril). Subsidios para los más pobres: ¿qué está pasando en Colombia? Recuperado de https://razonpublica.com/subsidios–los–mas–pobres–esta–pasando–colombia/

Urzúa, Alfonso, Samaniego, Antonio, Caqueo–Urízar, Alejandra, Zapata Pizarro, Antonio, & Irarrázaval Domínguez, Matías. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID–19 en Chile. *Revista médica de Chile*, *148*(8), 1121–1127. https://dx.doi.org/10.4067/S0034–98872020000801121

Vargas López 2010 Marco legal de la Salud Pública en Costa Rica, Número 23 La Salud Pública en Costa Rica.

Veeduría Distrital (2021, 8 de marzo). Así afecto la pandemia a las mujeres bogotanas. Recuperado de http://veeduriadistrital.gov.co/noticias/As%C3%AD–afect%C3%B3–la–pandemia–las–mujeres–bogotanas

Vega, Renán (en proceso de publicación). El motín del CAI: La masacre policial del 9 y 10 de septiembre de 2020 en Bogotá.

Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Medicina Social (www.medicinasocial.info) Volumen 1, No. 1, junio 2006;

World Bank Group (2020). Estudio de Caso Sobre el Rol de la Atención Primaria en Salud en la Pandemis por SARS–COV–2 en Colombia. Recuperado de https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35022/Case–Study–on–the–Role–of–Primary–Health–Care–in–the–SARS–COV–2–Pandemic–in–Colombia–SP.pdf?sequence=4&isAllowed=y