

La pandemia de COVID-19: El derecho a la salud en tensión¹

Patrizio Tonelli

Mario Parada Lezcano

Ismael Bravo²

En octubre del 2021 se publicó el Informe Regional “La pandemia por COVID-19: el derecho a la salud en tensión” que fue elaborado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), con el apoyo del proyecto DIRAJUS de la Cooperación Alemana / GIZ y la Relatoría Especial de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

El estudio tuvo como punto de partida la siguiente pregunta de investigación: ¿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?

Lo anterior considerando que 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 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.

En términos metodológicos, el estudio fue de corte cualitativo y tuvo carácter exploratorio. Se realizaron cuatro estudios de caso que correspondieron a cuatro países de América Latina: Chile, Colombia, Costa Rica y México. A su vez, se emplearon dos tipos de técnicas para el proceso de recolección de datos primarios: grupos focales y entrevistas semiestructuradas.

Principales hallazgos del análisis integrador de los estudios de caso

El informe realizó un análisis integrador de los casos en estudio a través de la identificación de semejanzas y diferencias, por lo que a continuación se recuperan algunos de los principales hallazgos.

Semejanzas y diferencias de los resultados nacionales:

Vulneración³ del derecho a la salud en el escenario previo a la pandemia

En los cuatro países se identifica una afectación del derecho a la salud previo a la pandemia. Esto evidencia la crítica generalizada a la forma como los sistemas de salud se han venido desempeñando históricamente en la región. Así, se ponen en evidencia elementos de larga duración tales como: la imposibilidad de acceso para algunos grupos sociales, la exclusión vivida por las áreas rurales respecto de las urbanas, o la falta general de recursos y financiamiento del sistema.

La pandemia, en este escenario, llegaría a agudizar estos problemas tensionando de manera dramática las condiciones de vida de las personas, y particularmente de aquellas que no contaban con servicios médicos garantizados o la disponibilidad de ellos.

Crítica al manejo de la pandemia

Un elemento que emerge de manera fuerte y transversal es la desconfianza y la crítica al

¹ El Informe Regional fue elaborado por Patrizio Tonelli, Mario Parada Lezcano, Ismael Bravo y se puede consultar [dando clic aquí](#).

² Patrizio Tonelli es investigador del Programa TEES de FLACSO-Chile y profesor asistente en la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Mario Parada-Lezcano es profesor titular de la Universidad de Valparaíso-Chile, médico salubrista, Doctor en sociología. Ismael Bravo Rodríguez es investigador del Programa TEES de FLACSO-Chile, Licenciado en antropología social.

³ Respecto del uso de la expresión “vulneración” o “vulneración basal”, se debe tener en cuenta la aclaración señalada en la nota 36 del informe regional: El término “vulneración basal” refleja, a criterio del equipo redactor, las palabras y vivencias de las personas entrevistadas, sin que su uso responda 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.

manejo de la pandemia por parte de los gobiernos nacionales. Destacan así elementos como: la errónea comunicación de riesgos, el autoritarismo y falta de participación social y la propensión a priorizar los intereses de las clases más privilegiadas.

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. Mayoritariamente se resalta que son medidas insuficientes, así como su baja aplicabilidad en determinados contextos sociales, 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.

Afectación a procesos laborales

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 los cuatro países es fuerte el consenso respecto de las difíciles situaciones que provocaron el teletrabajo, o la obligación de ir a trabajar para aquellos trabajos considerados esenciales o la condición de informalidad laboral. En estos casos, la afectación de los procesos laborales, del mercado laboral y sus dinámicas significaron indirectamente una afectación del derecho a la salud.

Impactos directos sobre el derecho a la salud

Paralelamente, los cuatro casos analizados 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-19. Por ejemplo, en los casos de México y Colombia se llegó al colapso, caracterizado por falta de camas y de personal preparado.

Por otro lado, los sistemas de salud también presentaron evidentes fallas en atender la carga de morbilidad de la población con padecimiento no asociados a la COVID-19 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.

Asimismo, uno de los problemas indicados 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.

En este sentido, a pesar de que la afectación en la salud mental de las personas fue generalizada se identificó una importante dimensión de género a considerar. Existió un impacto diferenciado en la salud mental de las mujeres, las cuales se vieron mayormente afectadas por la conjugación del peso emocional de las medidas de confinamiento y un aumento en el volumen de las tareas asociadas al cuidado, hogar y su trabajo profesional.

Mecanismos para la exigencia de los derechos

El estudio exploró la experiencia de las personas participantes de la investigación en la agencia ciudadana respecto al derecho a la salud. Se registraron algunas diferencias entre los países involucrados y sus niveles de conflictividad y movilización en los contextos previo y durante la pandemia.

En el caso de Chile, el inicio de la pandemia se experimentó 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 consideradas 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.

A su vez, 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.

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 la salud, por lo que contar con información permitiría que este pueda ser exigido en plenitud y no se limite al acceso de los servicios.

Discursos Marginales

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 las personas 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.

Entonces, se procuró destacar los planteamientos con miras a posicionar demandas asociadas al desarrollo de sistemas de salud que abordaron precisamente la salud desde una perspectiva más integral y holística.

Estas apreciaciones que escapan al mero acceso a la atención, diagnóstico y tratamiento médicos, pueden ser agrupadas en tres diferentes categorías. 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.

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.

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 tema 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.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

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 hospital-céntrico. 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.

2. Los discursos de las personas 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.

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.

a. 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.

b. 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 garantía del derecho al trabajo, siendo la salud en los entornos laborales parte de las exigencias actuales de la ciudadanía.

c. En México se registran fundamentalmente bajas expectativas hacia 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.

d. En Chile no emergen de manera clara expectativas de las personas participantes respecto del Estado como garante del derecho a la salud. 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.

4. En términos de impacto de pandemia sobre el derecho a la salud es posible diferenciar distintos aspectos y experiencias. 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 asociadas a la COVID-19.

Además, 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. Así, la pandemia es percibida como un evento que llega a profundizar las diferencias e inequidades de tipo socioeconómico que caracterizaban históricamente los contextos estudiados.

En otro ámbito el estudio registra un impacto en el derecho a la salud si se considera la res-

ponsabilidad de los gobiernos nacionales en elaborar estrategias de comunicación de riesgos y de manejo de la información poco transparentes y, sobre todo, poco participativas.

Es así que, 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. 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. El estudio revela 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 retórico en la realidad de los países estudiados.

RECOMENDACIONES PARA EL FUTURO DEL DERECHO A LA SALUD

El estudio sugirió la necesidad de 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. Lo anterior a través de medidas como:

1. Complejizar la concepción del derecho a la salud liberándolo así de una visión reduccionista, predominantemente focalizada en la di-

mensión 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 nuestros modos de vivir, trabajar, reproducirnos, etc. En esta integración debiera considerarse entonces el problema de los cuidados al derecho a recibir cuidados en las distintas etapas del ciclo vital, así como el derecho a cuidar en condiciones de dignidad y protección social.

2. Reforzar la estrategia de “Una salud” (One health en inglés) 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 coexisten⁴.

3. 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.

4. Refundar desde los cimientos de los sistemas de salud dando nuevo sentido a su misión originaria, y entendiéndolos como “servicios públicos” fruto de una construcción social e histórica colectiva. 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, y la inclusión de cosmovisiones de nuestros pueblos originarios como el “Buen Vivir”.

⁴ “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>.



FLACSO
SECRETARÍA
GENERAL

Tel. +506 2253-0082 / Fax. +506 2234-6696
Apdo. Postal 5429-1000
San José, Costa Rica
flacsosg@flacso.org
www.flacso.org