

ANÁLISIS DE DOS PANDEMIAS: RACISMO Y CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA

«Los impactos del COVID-19 para la garantía
de los derechos a la salud, locomoción y territorio
de la población afrocolombiana»

ILEX • ACCIÓN
JURÍDICA



ILEX • ACCIÓN
JURÍDICA

Análisis de dos pandemias: Racismo y Crisis de la salud pública en Colombia.

«Los impactos del COVID-19 para la garantía de los derechos
a la salud, locomoción y territorio de la población
afrocolombiana»



©Ilex Acción Jurídica

ILEX -Acción Jurídica es una organización no gubernamental conformada por abogadas y abogados afrodescendientes, cuyo propósito es brindar apoyo técnico-jurídico a personas, comunidades y organizaciones afrodescendientes para lograr el acceso a sus derechos y para combatir la discriminación racial. Nuestras acciones se enfocan en el litigio de alto impacto, la investigación socio-jurídica, las comunicaciones estratégicas y el trabajo articulado con otras organizaciones que trabajan por la justicia social en asuntos relacionados con la defensa de los derechos de grupos étnico-raciales y la lucha contra el racismo.

Página: <https://www.ilexaccionjuridica.org>

Correo electrónico de contacto: info@ilex.com.co

Facebook: <https://www.facebook.com/ilexAJ/> Twitter: [@IlexAJ](https://twitter.com/IlexAJ)

Directora General

Dayana Blanco Acendra

Investigadoras

Sara Milena Ferrer Valencia

Glenda Palacios

Maria Auxy Diaz Vidal

Edición a cargo de Cuatro Ojos Editorial

Diagramación: Elizabeth Cruz

Ilustraciones de Ana María Barrios

ISBN: 978-958-52847-3-9

Copy left: El presente documento puede ser reproducido en todo o en parte, siempre y cuando se cite la fuente y se haga con fines no comerciales.



Índice de contenido

Resumen	10
Palabras clave	10
Agradecimientos	11
Introducción	12
Descripción metodológica	17
1. COVID-19 y su Impacto en la Población Afrocolombiana	22
1.1 La pandemia por COVID-19 en las ciudades objeto de análisis y su impacto en la población afrocolombiana.....	22
1.2 Medidas restrictivas establecidas por las autoridades públicas para reducir el avance de la pandemia en las ciudades de interés	26
1.3 Pobreza, ingresos y acceso al trabajo.	32
1.4 Mercado laboral.	41
1.5 Vivienda y acceso a servicios públicos	48
1.6 Condiciones educativas.....	60
1.7 Libertad de locomoción, seguridad y libertad personal.....	65
1.8 Conclusiones y recomendaciones.....	69
Referencias	73
2. Aproximaciones socio jurídicas, para la garantía de los derechos de las personas trabajadoras de salud y trabajadoras sanitarias afrocolombianas en el marco de la pandemia SARS-Cov-2/COVID-19	78
2.1 Condiciones de pobreza multidimensional, dificultad de acceso a atención y tratamiento sanitario.....	78
2.2 Condiciones del sistema de salud.....	82
2.3 Riesgo para la garantía de los derechos a la salud y al trabajo digno para la población sanitaria y asistencial, y la comunidad afrodescendiente en general en el contexto del SARS-Cov-2/COVID-19, en el Departamento del Chocó.....	89
2.4 Condiciones laborales, en el marco de la pandemia por SARS-Cov-2/ COVID-19, y la salud mental de los trabajadores afrocolombianos de la salud. El caso de la Nueva Ese Hospital San Francisco de Asís	98
2.5 Consideraciones finales	113

2.6	Falta de acompañamiento al personal sanitario y asistencial comunitario (médicos tradicionales, parteras, curanderos y curanderas).....	116
2.7	Acciones y omisiones del gobierno nacional frente a las comunidades étnicas negras en el <i>Plan de vacunación contra el COVID-19 en Colombia</i>	124
2.8	Recomendaciones	132
2. 8. 1	Para la acción legal y la incidencia	133
2. 8. 2	Al Gobierno Nacional.....	134
2. 8. 3	Al Gobierno Departamental	135

Referencias Bibliográficas137

3. El derecho a la salud y el derecho al territorio de comunidades negras con ocasión de las medidas de confinamiento obligatorio. Caso de estudio: Consejo Comunitario Villa Gloria 140

3.1	Algunos elementos característicos del derecho al territorio en el contexto Caribe.....	140
3.2	Medidas del gobierno nacional y local para garantizar el derecho a la salud en los territorios colectivos de comunidades negras	148
3.3	Medidas gubernamentales con incidencia en los territorios colectivos de comunidades negras y el sector turístico	155
3.4	Efectos de la medida de confinamiento en las dinámicas territoriales con incidencia en los estándares para la garantía del derecho a la salud en su componente mental en el Consejo Comunitario Villa Gloria	164
3.5	Fuentes de sustento.....	172
3.6	Preocupaciones	173
3. 6. 1	Territorio no cartográfico	175
3. 6. 2	Algunas consideraciones generales sobre el derecho a la salud mental	177
3.7	Recomendaciones.....	181
3. 7. 1	Gobierno nacional.....	181
3. 7. 2	Gobierno distrital y departamental	182

Referencias Bibliográficas183

Anexos.....185

Conclusiones generales.....194



Índice de tablas

Tabla 1. Porcentaje de muertes por contagios.....	22
Tabla 2. Estadísticas descriptivas de condiciones socioeconómicas en casos confirmados de COVID-19	24
Tabla 3. Diferencias de medias necesidades básicas insatisfechas.	32
Tabla 4. Estadísticas descriptivas necesidades básicas insatisfechas.	34
Tabla 5. Diferencia de medias personas en condición de miseria.	35
Tabla 6. Estadísticas descriptivas situación de miseria.....	36
Tabla 7. Diferencia de medias mercado laboral.	42
Tabla 8. Diferencia de medias viviendas inadecuadas.....	48
Tabla 9. Estadísticas descriptivas viviendas inadecuadas.....	48
Tabla 10. Diferencia de media servicios inadecuados.	51
Tabla 11. Estadísticas descriptivas servicios inadecuados.	51
Tabla 12. Diferencia de media personas en hacinamiento	53
Tabla 13. Estadísticas descriptivas ciudades con hacinamiento.....	54
Tabla 14. Diferencia de media hogares con dependencia económica	56
Tabla 15. Estadísticas descriptivas hogares con dependencia económica.....	56
Tabla 16. Diferencia de medias condiciones educativas	61
Tabla 17. Diferencia de media inasistencia escolar.	61
Tabla 18. Estadísticas descriptivas inasistencia escolar.	62
Tabla 19. Diferencia de medias conectividad municipal	64
Tabla 20. Diferencia de medias condiciones de salud.	82
Tabla 21. Bacteriólogos(as) por cada 10.000 habitantes	84
Tabla 22. Enfermeros por cada 10.000 habitantes	85
Tabla 23. Médicos por cada 10.000 habitantes	85
Tabla 24. Lista de Consejos Comunitarios con solicitud de titulación.	145
Tabla 25. Análisis de vulnerabilidad (factor interno de riesgo).....	170



Índice de gráficas

Gráfica 1. Evolución de contagios y muertes por COVID-19 en población afrocolombiana.	23
Gráfica 2. Necesidades básicas insatisfechas.	33
Gráfica 3. Necesidades básicas insatisfechas 1993, 2012 y 2018.	35
Gráfica 4. Miseria.	37
Gráfica 5. Pobreza monetaria.	37
Gráfica 6. Pobreza extrema.	38
Gráfica 7. GINI.	39
Gráfica 8. Tasa de ocupación 2019.	42
Gráfica 9. Porcentaje de ocupados que no contribuyen a pensión 2019.	43
Gráfica 10. Porcentaje de ocupados que no contribuyen a salud 2019.	43
Gráfica 11. Hogares con viviendas inadecuadas.	49
Gráfica 12. Hogares con viviendas inadecuadas 2012 y 2018.	50
Gráfica 13. Hogares con servicios inadecuados.	52
Gráfica 14. Hogares con servicios inadecuados.	52
Gráfica 15. Hogares con hacinamiento crítico.	54
Gráfica 16. Hogares con hacinamiento crítico.	55
Gráfica 17. Hogares con alta dependencia económica.	57
Gráfica 18. Hogares con alta dependencia económica.	57
Gráfica 19. Hogares con inasistencia escolar.	63
Gráfica 20. Hogares con inasistencia escolar.	63
Gráfica 21. Capacidad instalada de camas y salas por cada 10.000 habitantes en el año 2020, municipios afrocolombianos* vs. Otros.	83
Gráfica 22. Distribución del total de casos por profesión, corte 17 de enero de 2021.	91
Gráfica 23. Cantidad de EPP según IPS públicas del departamento del Chocó –corte 23 de abril del 2020.	92
Gráfica 24. Cantidad de mascarillas quirúrgicas según duración en semanas en IPS públicas del departamento del Chocó –corte 25 de abril del 2020.	93
Gráfica 25. Incidencia de casos de COVID-19 en el departamento del Chocó por día Corte 31 de diciembre, 2020.	95
Gráfica 26. Comportamiento de conglomerados en departamento del Chocó, corte 12 de octubre de 2020.	96
Gráfica 27. Encuesta de Maslach IBM- Hospital San Francisco de Asís, 27 de enero de 2021 N=10.	112
Gráfica 28. Capacidad instalada de camas y salas por cada 10.000 habitantes en el año 2020, municipios NARP vs. Otros.	129
Gráfica 29. Cobertura de internet en viviendas con hogares de jefatura NARP frente al total nacional- CNPV 2018.	131
Gráfica 30. Macrorregiones por necesidad de tierras.	167



Resumen

Este documento analiza la situación que atraviesa la población afrocolombiana a causa del COVID-19, específicamente en las ciudades de Cartagena, Quibdó y Bogotá. Inicialmente, se presenta un análisis socio-jurídico de las condiciones de desigualdad que afectan a las poblaciones afrodescendientes y estudia el impacto directo de la pandemia sobre estas en Quibdó, Bogotá y Cartagena, principalmente, en los aspectos de salud, vivienda, educación e impactos de las medidas administrativas tomadas por los mandatarios locales para contener la pandemia por COVID-19. Posteriormente, se realiza un estudio socio-jurídico sobre las garantías de los derechos de las personas afrodescendientes trabajadoras en el sector de la salud y servicios sanitarios en Quibdó en el marco de la pandemia SARS-Cov-2 y la enfermedad que causa, COVID-19. Y, por último, se realiza el análisis de las afectaciones al derecho al territorio, tomando como caso de estudio el Consejo Comunitario Villa Gloria. Se hacen acercamientos a las afectaciones al derecho a la salud mental, sostenibilidad económica y otros relacionados con el acceso a la tierra. Al final de cada capítulo se realizan conclusiones y recomendaciones en torno al contenido del acápite, donde se proponen medidas de reparación para que los impactos estudiados no amplíen las brechas sociales ni conduzcan a mayores niveles de pobreza y desigualdad.

Palabras clave

Afrocolombianos, pandemia, derechos territoriales, medicina tradicional, COVID-19, políticas públicas, salud, locomoción, territorio, salud mental, comunidades negras.



Agradecimientos

Este proceso no habría sido posible sin el compromiso y aporte de la comunidad y organizaciones afrocolombianas. En Cartagena y Quibdó contamos con el apoyo de organizaciones, líderes y personal médico dispuestas(os) a brindar información relevante para la construcción de este documento. Agradecemos al personal del Hospital San Francisco de Asís, a la Asociación de Parteras ASOPARUPA, a la Asociación Red Interétnica de Parteras y Parteras del Chocó ASOREDIPAR y a las personas que participaron en la recolección de datos en el proceso de observaciones y entrevistas. Especialmente, queremos agradecer el apoyo brindado por miembros del Consejo Comunitario Villa Gloria en Cartagena.

Igualmente, agradecemos al equipo de trabajo que nos apoyó en el diseño metodológico de la investigación, las actividades de recolección de la información, especialmente a Angélica Machado, Audrey Mena, Daniel Gómez Mazo y el equipo de la Asociación de Economistas Negras (Asomanocambiada).

Por último, queremos expresar nuestro agradecimiento a **Ford Foundation** por su valioso apoyo, su acompañamiento en el fortalecimiento de la investigación y defensa de derechos humanos de las comunidades afrodescendientes ha sido esencial para emprender el camino del trabajo colectivo de ILEX, que esperamos redunde en el bienestar de las comunidades y la búsqueda de alternativas para superar los efectos negativos de la pandemia.



Introducción

La emergencia de salud pública generada por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2) y la enfermedad que causa (COVID-19) ha sido, sin lugar a dudas, uno de los mayores desafíos que ha enfrentado la sociedad colombiana y la comunidad internacional en el siglo XXI. Si bien los efectos de la pandemia por COVID-19 se han manifestado en casi todos los aspectos de la vida de las personas y las dinámicas de las comunidades, es posible identificar tres aspectos que han sido particularmente golpeados por este fenómeno. En primer lugar, se encuentra el impacto de la pandemia en la salud pública en el país. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Salud (INS), para la primera semana de 2021, se habían registrado en Colombia más de 1.686.000 casos confirmados de la COVID-19, de los cuales un poco más de 85.000 se encontraban activos. Para este mismo período, el número total de muertes por esta causa en el país se acercaba ya a las 45.000, lo que indicaba la ocurrencia de un nuevo pico de infecciones y muertes (INS, 2021). Así mismo, de acuerdo con el Centro de Información de Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins, para principios de enero de 2021, Colombia era el décimo país con mayor número de casos confirmados de COVID-19 en el mundo y el segundo de la región Latinoamericana, después de Brasil (Universidad Johns Hopkins, 2021).

Las cifras anteriores son preocupantes, no solo porque reflejan una profunda crisis sanitaria, sino porque dan cuenta de un reto enorme para el sistema de salud en el país, el cual, casi desde sus orígenes, ha sido objeto de múltiples críticas debido a los problemas estructurales que tiene para garantizar acceso universal a la población, principalmente por los retos relacionados con la organización del sistema de prestación, la asignación desigual de recursos, la disponibilidad y oferta de servicios acorde con las características socio-demográficas de cada región, así como por la medición entre los usuarios y el sistema, que ejercen los aseguradores (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB) y los prestadores (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS), donde las leyes del mercado determinan la estructura y el funcionamiento de los mismos.

La crisis del sistema de salud en Colombia es de tal envergadura, que llevó a la Corte Constitucional a proferir la sentencia T-760 de 2008, en la cual se ordenaron medidas estructurales para atender las distintas fallas en materia de aseguramiento y prestación de servicios de salud por parte de las entidades que conforman el sistema. No obstante, y pese a los avances alcanzados en cumplimiento de dicha providencia, el sistema general de seguridad social en salud en Colombia no se encontraba preparado para responder a los retos producidos por la pandemia en el país.

Sumado a lo anterior, las poblaciones étnicas en Colombia, como la comunidad negra, afrocolombiana, palenquera y raizal, que se afectó de manera desproporcionada por el conflicto armado en comparación de las personas que no reportaron etnicidad, en-

frentan mayores desafíos para asegurar su autonomía alimentaria, están más expuestos a nuevas enfermedades derivadas del cambio climático y tienen mayores limitaciones para garantizar la supervivencia de sus sistemas de medicina tradicional. Esta multiplicidad de afectaciones pone en evidencia la vulnerabilidad estructural de las comunidades afrodescendientes, la cual genera, por sí sola, una necesidad de la transversalización del enfoque diferencial en las políticas de salud.

La desigualdad en Colombia, y sobre todo el racismo estructural que afecta de manera directa a estos grupos poblacionales, ha sido un factor clave para definir si una persona con Covid-19 va a sobrevivir o no. De acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Salud (INS), con base en datos disponibles a 20 de septiembre de 2020, los territorios habitados por la mayoría de población afrodescendiente e indígena, como la región de Amazonía, la costa Pacífica y la costa Atlántica, se caracterizan por presentar una mayor velocidad de contagio con una aparente imposibilidad de contención temprana durante el primer pico. Los municipios de Leticia, Tumaco, Buenaventura, Quibdó, Cartagena y Barranquilla fueron los más afectados en comparación con municipios del interior del país (Maldonado *et al.*, 2020)

En segundo lugar, tanto la pandemia de COVID-19 como las medidas legislativas y administrativas promulgadas para responder a ella han dado lugar a que se generen profundos impactos económicos en el país. Lo anterior se explica, principalmente, por las múltiples restricciones a la libertad de locomoción de las personas y de tránsito y transporte de bienes al interior del país y en ámbito del comercio internacional. De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el primer semestre de 2020, el PIB nacional creció apenas el 1.1 %, en el segundo semestre decreció un 15.7 % y en el tercer trimestre de este mismo año disminuyó un 9 % en comparación con los trimestres respectivos del año 2019 (DANE, 2020).

Por otra parte, el Banco Mundial estimó en octubre de 2020, que el PIB total del país podría contraerse hasta un 7.2 % en este año, debido principalmente a los impactos derivados de la pandemia (Banco Mundial, 2020). En relación con la tasa de desempleo, para el mes de julio de 2020, el DANE afirmó que este se encontraba en niveles históricamente altos, toda vez que la tasa de desocupación en el país se ubicó en 20.2 % (9 puntos porcentuales adicionales que el mismo mes del año anterior) para el total nacional y en 24.7 % para las 13 principales ciudades y áreas metropolitanas (DANE, 2020).

De manera conjunta, las afectaciones a la salud de las personas que habitan en el territorio nacional, los impactos derivados de la crisis sanitaria y las medidas decretadas para reducir y disminuir la tasa de contagio han afectado de manera drástica el bienestar de las personas en el país. En muchos casos, los impactos han sido profundos y desproporcionados, dando lugar a que muchas personas, especialmente, aquellas que dependen de la economía informal o que no cuentan con ningún tipo de apoyo económico o asistencial, deban decidir entre arriesgarse al contagio por el virus en espacios públicos sin normas de bioseguridad y sitios de trabajo o enfrentar el hambre y la pobreza en sus casas.

En tercer lugar, se han evidenciado afectaciones a los derechos de las comunidades negras, en específico, los relacionados con el derecho al territorio, autonomía y salud mental. En relación con el último aspecto, se tomó como punto de partida lo relatado por algunas personas que hacen parte del Consejo Comunitario Villa Gloria para hacer una primera evaluación.

En este contexto, las distintas instituciones del Estado llevan meses tratando de encontrar soluciones a la crisis de salud pública y a la crisis social y económica que afectan al país. Sin embargo, estas acciones parecen insuficientes. No solo la capacidad y oferta institucional del gobierno nacional y las instituciones del sistema de salud siguen siendo superadas por el número de contagios y de muertes por COVID-19, sino que los mecanismos de asistencia social y las protecciones ofrecidas a través del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) no han logrado hacer frente a los distintos tipos de contingencias que han afectado la vida, la salud y los ingresos de las personas. Esta ineficacia de la acción gubernamental es consecuencia de distintos tipos de factores, incluyendo la precariedad de los mecanismos de protección del empleo y de mitigación de los impactos del desempleo sobre los trabajadores del país, así como la ausencia de aseguramiento efectivo en materia de seguridad social y garantías mínimas de derechos laborales para trabajadores y trabajadoras de la salud y también informales o por cuenta propia.

Pese a los potenciales impactos diferenciales que la pandemia de la COVID-19 puede tener sobre la población afrocolombiana, la información que existe sobre este tema sigue siendo anecdótica y fragmentada en cuanto a la forma en la que se generó. Como se expone en este documento, lo anterior es preocupante debido a sus condiciones de racismo estructural y marginación económica y social, la población afrodescendiente del país enfrentaba ya retos particulares en cuanto a acceso a servicios de salud, generación de ingresos y acceso a trabajo digno con anterioridad a la llegada de la pandemia. Era previsible que la crisis de salud pública tuviese unos impactos desproporcionados sobre esta población a causa de factores como la precariedad de la infraestructura en salud y la limitada oferta de servicios y personal médico en la región del Pacífico colombiano, zona que concentra una buena parte de la población afrodescendiente del país. Quizá el ejemplo más visible de esto fue la ausencia casi absoluta, al inicio de la emergencia sanitaria, de camas de cuidado intensivo en esta región del país, pese a ser necesarias para atender la contingencia de salud en personas con casos graves de COVID-19.

En este orden de ideas, el propósito de este documento es indagar sobre algunas de las condiciones estructurales de discriminación y exclusión que afectan a la población afrocolombiana y que han hecho más agudos los efectos de la pandemia sobre este grupo étnico-racial. Del mismo modo, este texto pretende ofrecer un análisis sobre los impactos de respuesta estatal sobre este grupo poblacional, con especial énfasis en la capacidad del sistema hospitalario para la atención de la pandemia en Chocó, las órdenes proferidas por las autoridades en relación con dos ciudades capitales (Bogotá D.C. y Cartagena) y la

situación de comunidades negras en zonas costeras del Caribe (Estudio de caso en Cartagena de Indias) de acuerdo con la información disponible. Así pues, se analizarán algunas condiciones de vulnerabilidad estructural en personas o territorios afrocolombianos que limitan los mecanismos para mitigar la pandemia.

Igualmente, este documento tiene la finalidad de proponer una serie de recomendaciones para las autoridades públicas sobre cómo proteger los derechos humanos de las personas afrocolombianas en el contexto de la pandemia.

Una advertencia inicial que debe hacerse en torno a este documento es que constituye una aproximación preliminar a la dimensión étnico-racial de los impactos de la pandemia y las medidas para atenderla. Este aviso es clave, toda vez que este texto se ha construido con la información provisional sobre la pandemia y sus impactos, la cual está lejos de ser completa, lo que por tanto limita y, sin duda, torna en transitorios tanto el análisis, como los resultados y las recomendaciones que se desprenden de este escrito, así también información adicional, más completa y recolectada en un período más largo, dará lugar a que los hallazgos y sugerencias aquí ofrecidos deban ser revisados con el fin de establecer su vigencia en el tiempo.

Así mismo, debemos advertir que, tal como ya lo ha puesto de presente de forma amplia la literatura académica sobre la población afrodescendiente en el país y la región, uno de los principales elementos que deben ser considerados a la hora de estudiar aspectos de la dinámica social relacionados con este grupo humano tiene que ver con las dificultades para definir e identificar a sus miembros en medio de un contexto social, político y cultural marcado por el blanqueamiento de las poblaciones indígenas y afrodescendientes, a través de procesos propios de las dinámicas del mestizaje en la región. Es por esto que uno de los principales retos que tiene este documento de análisis tiene que ver con encontrar información relevante sobre la población afrodescendiente en el marco de la pandemia, en un espacio caracterizado por la ausencia de información desagregada en términos étnico-raciales y en el cual la información que existe puede tener problemas de confiabilidad.

Las personas lectoras deben aproximarse a este documento como un compendio de tres entregas sobre la población afrocolombiana y el COVID-19 priorizando las ciudades de Quibdó, Cartagena y Bogotá, así: el primer capítulo reflexionará sobre el impacto de la pandemia en la población afrodescendiente teniendo en cuenta que estas han sufrido de limitaciones históricas y estructurales para la garantía de sus derechos fundamentales, específicamente, en términos de la presentación de datos sobre la desigualdad en el acceso a vivienda, salud, conectividad, mercado laboral y los efectos de las órdenes de mandatorios locales para contener y disminuir el nivel de contagios. Este capítulo presentará un análisis focalizado en las ciudades de Bogotá y Cartagena; y, en algunos casos, también se referirá a la situación de Quibdó, de acuerdo con la información disponible para esta tercera ciudad. El segundo capítulo presenta un análisis sobre las afectaciones causadas en el marco de la pandemia al personal médico y tradicional y sanitario, incluidas personas que

realizan labores de medicina tradicional. El último capítulo reflexionará sobre la amenaza que ha representado el COVID-19 para la defensa del derecho al territorio y la autonomía de las comunidades negras. Este presentará algunas reflexiones sobre el caso del Consejo Comunitario Villa Gloria en Cartagena.



Descripción metodológica

La metodología utilizada para la elaboración de este informe es el resultado de un proceso de investigación-acción, desarrollado en tres grandes líneas de trabajo. La línea 1 corresponde al desarrollo de un documento de análisis e investigación para la incidencia sobre los impactos de la pandemia del COVID-19 en la población afrocolombiana; la línea 2 analiza las condiciones estructurales y garantías legales de los trabajadores de salud, trabajadores sanitarios y personal médico tradicional en el marco de la pandemia por COVID-19; y la línea 3 desarrolla un análisis de la falta de materialización de los derechos territoriales de las comunidades afrocolombianas para superar la emergencia social y económica provocada por el COVID-19.

Inicialmente, en cada línea, el equipo de investigación dirigió derechos de petición a distintas autoridades e instituciones públicas solicitando información existente relacionada con los impactos derivados de la pandemia de la COVID-19 sobre la población afrocolombiana, así como la forma en que la respuesta institucional del Estado frente a la pandemia ha impactado a este grupo humano.

Para la línea 1, las solicitudes de información fueron enviadas a la Personería Distrital de Cartagena de Indias, la Personería Distrital de Bogotá, la Policía Metropolitana de Cartagena, la Policía Metropolitana de Bogotá, la Fiscalía General de la Nación, la Seccional Cartagena de la Fiscalía General de la Nación, la Seccional Bogotá de la Fiscalía General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación, la Alcaldía Mayor de Bogotá, la Alcaldía Distrital de Cartagena y la Defensoría del Pueblo. Del total de instituciones a las cuales solicitamos información, recibimos respuestas de fondo de cinco entidades. El promedio de días necesario para obtener una respuesta fue de veinte (20) días hábiles.

Para la línea 2, las solicitudes de información se enviaron a la Alcaldía Distrital de Cartagena, Alcaldía de Quibdó, Gobernación de Bolívar, Gobernación del Chocó, Departamento de Salud de Cartagena, Secretaría de Gobierno de la Alcaldía de Quibdó, Secretaría de Salud del Departamento del Chocó, Secretaría de Salud del Municipio de Quibdó, al Ministerio de Salud y a la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de Cartagena. El promedio de días necesario para obtener una respuesta fue de veinte (20) a treinta (30) días hábiles.

Y para la línea 3, se enviaron derechos de petición a la Secretaría del Interior y Convivencia de la Gobernación de Bolívar, al Ministerio del Interior, a la Agencia Nacional de Tierras y a la Secretaría del Interior y convivencia de la Alcaldía Distrital de Cartagena. El promedio de días necesario para obtener una respuesta fue de veinte (20) a treinta (30) días hábiles.

En lo que corresponde al análisis realizado en el capítulo 1, se hizo una reconstrucción bajo la modalidad de línea de tiempo de las medidas administrativas que restringen la

libertad de locomoción de las personas en las ciudades de Cartagena y Bogotá, al ser esta una de las principales alternativas utilizadas por las administraciones locales para disminuir la tasa de contagio por COVID-19. Esta reconstrucción consistió en la organización temporal de los distintos decretos que fueron proferidos por las autoridades públicas y que restringen la movilidad en ambas ciudades o que implementan medidas relevantes para contener la pandemia, describiendo en cada caso el tipo de medida adoptada. En el caso de Bogotá, se contabilizaron un total de 26¹ decretos que, de una u otra forma, limitan la libertad de locomoción de las personas a través de cuarentenas, aislamientos generales o sectorizados, o través de otras medidas como el pico y cédula o el pico y género que, si bien no restringen de manera continua la movilidad de las personas, sí lo hacen de manera significativa. En el caso de Cartagena, se contabilizaron un total de 27 decretos² de este tipo, incluyendo aquellos de alcance nacional, como el Decreto 457 de 2020, que ordenó el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas en el territorio nacional.

El equipo de investigación también adelantó un seguimiento a la prensa para identificar casos en los cuales de forma directa o indirecta se evidencian impactos diferenciales de la pandemia y de las medidas de confinamiento, cuarentena, aislamiento en la población afrocolombiana y las afectaciones al personal asistencial y de salud afro. Este seguimiento se realizó en los repositorios digitales de los periódicos El Universal y El Espectador, que son dos de los medios de prensa escritos más importantes en cada una de las dos ciudades priorizadas en esta aproximación. Las notas de prensa recopiladas corresponden a los meses de marzo a diciembre de 2020 en ambas ciudades.

Adicionalmente, el equipo de investigación, realizó una búsqueda de la jurisprudencia constitucional referida al derecho fundamental a la salud y del derecho fundamental a la consulta previa de las personas afrodescendientes, teniendo en cuenta que este es, sin lugar a dudas, uno de los aspectos más relevantes a considerar en torno a los impactos que ha tenido la pandemia sobre este grupo poblacional.

Seguidamente, el equipo de investigación realizó una recolección sobre textos académicos e informes relacionados con el impacto de la pandemia sobre la población afrodescendiente en Colombia y América Latina, encontrando un total de 12 archivos, lo que da cuenta de la falta de información existente sobre esta temática en la literatura académica.



- 1 Decretos proferidos por la Alcaldía Mayor de Bogotá: Decreto 087 de 2020, Decreto 417 de 2020, Decreto 090 de 2020, Decreto 091 de 2020, Decreto 457, de 2020, Decreto 092 de 2020, Decreto 093 de 2020, Decreto 106 de 2020, Decreto 113 de 2020, Decreto 121 de 2020, Decreto 123 de 2020, Decreto 126 de 2020, Decreto 131 de 2020, Decreto 132 de 2020, Decreto 142 de 2020, Decreto 143 de 2020, Decreto 162 de 2020, Decreto 169 de 2020, Decreto 173 de 2020, Decreto 179 de 2020, Decreto 186 de 2020, Decreto 192 de 2020, Decreto 193 de 2020, Decreto 207 de 2020, Decreto 208 de 2020, Decreto 276 de 2020.
- 2 Decretos proferidos por la Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias: Decreto 0506 de 2020, Decreto 417 de 2020, Decreto 505 de 2020, Decreto 506 de 2020, Decreto 517 de 2020, Decreto 457 de 2020, Decreto 525 de 2020, Decreto 527 de 2020, Decreto 551 de 2020, Decreto 599 de 2020, Decreto 602 de 2020, Decreto 618 de 2020, Decreto 626 de 2020, Decreto 667 de 2020, Decreto 693 de 2020, Decreto 696 de 2020, Decreto 695 de 2020, Decreto 701 de 2020, Decreto 737 de 2020, Decreto 775 de 2020, Decreto 803 de 2020, Decreto 826 de 2020, Decreto 1057 de 2020, Decreto 1077 de 2020, Decreto 1370 de 2020, Decreto 208 de 2020, Decreto 1473 de 2020, Decreto 1585 de 2020.

En relación con la línea 2, para determinar los impactos de la pandemia en el personal médico de departamentos como Chocó, se tomó como caso de referencia el Hospital San Francisco de Asís y se realizó una investigación de tipo exploratorio-descriptiva con un abordaje cualitativo que se complementó con técnicas cuantitativas, a través de la escala de medición de *Burnout* de Maslach y Freudenberg.

Se crearon grupos focales pues estos permiten el diálogo sobre un asunto en especial, vivido y compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos para el debate que reciben los participantes. Esta técnica fue elegida para captar de una manera más cercana y cuidar el sentir de las personas trabajadoras del Hospital San Francisco de Asís en relación con el estado de su salud mental en el contexto de la pandemia por COVID-19. Durante el desarrollo del grupo focal se contó con 2 observadoras y una moderadora del espacio.

Este acercamiento fue realizado a través de la plataforma Zoom con trabajadores y trabajadoras del Hospital San Francisco de Asís, que ejercen su labor en distintos servicios como: Ginecología, Servicio de urgencias, área COVID-19, Medicina interna, Psicología, Miembros del sindicato de trabajadores del Hospital San Francisco de Asís, Archivo e historias clínicas y personal administrativo.

Para el relevamiento de los datos se utilizó una encuesta que indagaba sobre datos sociodemográficos, Grupo focal, Escala de Maslach y Freudenberg (para el estudio del Síndrome de *Burnout*). La encuesta de caracterización sociodemográfica fue realizada para hacer levantamiento de los datos demográficos que incluían aspectos de: edad, sexo, profesión y área de trabajo. Luego, fueron aplicadas las escalas de Maslach y Freudenberg para el diagnóstico de desgaste profesional.

Se aclara que la información contenida en el capítulo dos, respecto de las *Condiciones laborales, en el marco de la pandemia por SARS-Cov-2 / COVID-19, y la salud mental de los trabajadores afrocolombianos de la salud. El caso de la Nueva Ese Hospital San Francisco de Asís*, se propone únicamente como una aproximación ya que para completar una muestra representativa con IC95 %, error del 0.05 y heterogeneidad del 50 %, que permita hacer inferencia causal y acorde con el universo del Hospital San Francisco de Asís, la muestra debe ser de 212 empleados y no fue posible alcanzar tal nivel de exactitud por las dificultades para captar datos en el marco del aislamiento.

En relación con el levantamiento de información sobre la afectación a derechos territoriales, el equipo de investigación realizó trabajo de campo en Quibdó, Cartagena, específicamente, con miembros del Consejo Comunitario Villa Gloria. En la ciudad de Cartagena se desarrollaron entrevistas con lideresas y líderes afrocolombianos de la ciudad, con los cuales se indagó sobre los impactos sociales, económicos y de salud que tuvieron las medidas administrativas tomadas por la administración local en aras de contener la pandemia por COVID-19 sobre la población afrocolombiana.

Por otro lado, para el análisis de datos se recurrió al uso de estadísticas descriptivas y a la prueba de diferencia de medias. Se usaron diferentes variables para dar cuenta de forma amplia de las múltiples opresiones y desventajas que enfrenta la población o los territorios con mayor proporción de población afrocolombiana versus la población o territorios sin etnicidad.

Mediante estadísticas descriptivas se presentan las condiciones de vulnerabilidad en Colombia para la población afrocolombiana y la población sin etnicidad, sin incluir la población indígena. Con esta independencia de las muestras es posible realizar pruebas de hipótesis entre los grupos, y al excluir a la población indígena se evita sobreestimar la información de la población sin etnicidad. También se usaron estadísticas descriptivas desagregadas por zona (cabecera, resto y total) para tres ciudades de interés: Bogotá, Cartagena y Quibdó.

Para estimar la magnitud de la pobreza en relación con los mecanismos de desprotección frente a la pandemia, se consideraron indicadores de pobreza monetaria, necesidades básicas insatisfechas y GINI. Para esto se usaron diferentes fuentes de información. A partir del DANE, se obtuvo información sobre pobreza monetaria 2012-2020 y viviendas inadecuadas, servicios inadecuados, hacinamiento crítico, inasistencia escolar y dependencia económica en 1993, 2012 y 2018. Esta última información está basada en los Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1993, 2005 y 2018. De esta forma, fue posible identificar algunas inequidades en dos o más períodos antes del COVID-19. Los datos relacionados con la tasa de ocupación y la informalidad fueron tomados de la Fuente de Información Laboral de Colombia (FILCO), cuya información es monitoreada y alimentada por el Ministerio del trabajo. De los datos abiertos, disponibles en el portal web de Instituto Nacional de Salud, en lo sucesivo INS, y el Ministerio de Salud y Protección Social, se obtuvo información de profesionales de la salud como enfermeras(os), médicas(os) y bacteriólogas(os) por departamento, capacidad instalada en camas UCI y de personas contagiadas de COVID-19. Adicionalmente, se envió un cuestionario, para evaluar la capacidad de respuesta, a los gerentes de los hospitales públicos del departamento del Chocó.

Es importante anotar que Colombia carece de información representativa por grupos étnicos. La metodología usada fue identificar municipios afrocolombianos a partir de un umbral: en los municipios donde la población afrocolombiana es mayor al 50 % se considera un municipio afrocolombiano. Los municipios no étnicos son aquellos donde el 50 % de la población dentro de ese municipio reportó «ninguna etnicidad» y no se encuentra población indígena.

Capítulo

1





1. COVID-19 y su Impacto en la Población Afrocolombiana

En esta sección se analiza el impacto directo de la pandemia sobre las poblaciones afrodescendientes de Colombia, priorizando las ciudades de Cartagena, Quibdó y Bogotá, especialmente en lo concerniente a aspectos de salud y pérdida de vidas, con el fin de ofrecer un contexto a los demás tipos de impactos que tanto la pandemia como la respuesta de las autoridades para contenerla ha tenido sobre derechos específicos de las personas que hacen parte de este grupo poblacional.

1.1 La pandemia por COVID-19 en las ciudades objeto de análisis y su impacto en la población afrocolombiana

El COVID-19 ha afectado de manera significativa a la población afrocolombiana, según lo registrado por el Instituto Nacional de Salud³. En la población afrocolombiana se han confirmado 48.580 casos, que son menos que los confirmados en la población sin pertenencia étnica (1.594.195). Sin embargo, entre los casos confirmados ha sido mayor la proporción de personas afrocolombianas que han muerto por COVID-19. En total, se ha registrado una proporción de 3.65 % muertes sobre el total de contagios en la población afrocolombianas; lo que está 0.71 puntos porcentuales por encima del porcentaje de muertes en la población sin pertenencia étnica, tal como se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1. Porcentaje de muertes por contagios

	AFROCOLOMBIANA	Otros
Muertes	1.774	46.996
Casos	48.580	1.594.195
Porcentaje	3,65 %	2,94 %

Fuente: Elaboración propia con base en información de INS.

Nota. Datos a corte del 31 de diciembre de 2020.

En términos de las ciudades de interés, la mayor cantidad de casos de infección por COVID-19, entre la generalidad de la población, se presentaron —en orden descendente—

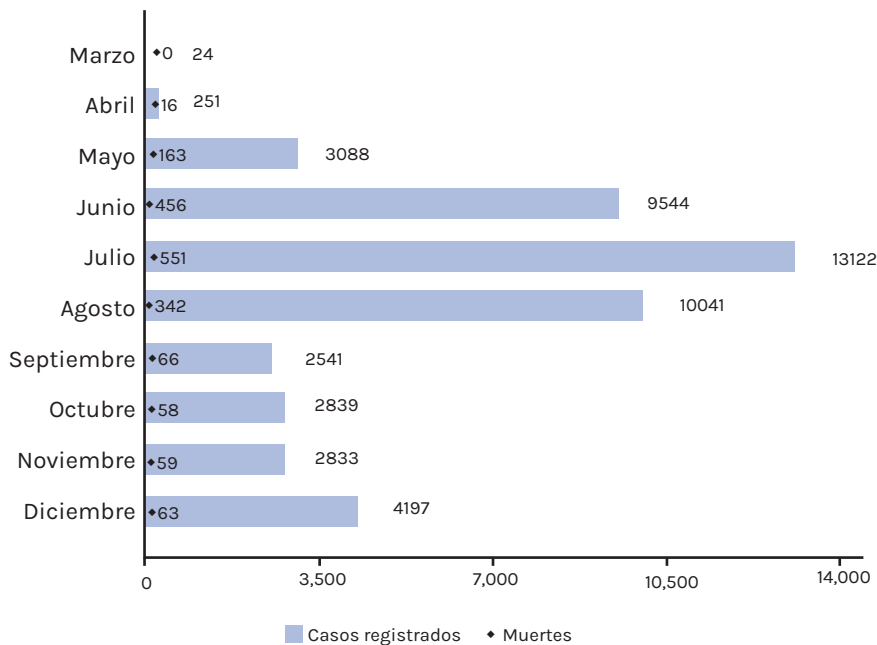


3 El Instituto Nacional de Salud (2020) sostiene que la variable etnia depende totalmente de tres cosas: -El correcto diligenciamiento de la variable Etnia por los profesionales de salud que notifican en más de 10.000 instituciones de salud en todos los municipios y departamentos. -Del autorreconocimiento de la persona cuando se le pregunta por esta variable. -Del listado censal que haga y mantenga actualizado cada departamento. No depende del Instituto Nacional de Salud y, por lo tanto, es responsabilidad de las autoridades de cada municipio, departamento y distrito de Colombia la calidad y consistencia de dicha variable.

en Bogotá, Cartagena y Quibdó con 471.155, 43.560 y 3.334 casos, de modo respectivo. El orden se mantuvo en cuanto a las muertes registradas. Sin embargo, al medir la proporción de muertes sobre casos, se evidencia que Quibdó ha sido el municipio con mayor porcentaje de muertes por casos registrados (3.41 %), seguido por Bogotá (2.39 %) y Cartagena (2.01 %) (Minsalud, 2020).

Con respecto a lo anterior, es importante tener en cuenta que el estimador de letalidad, entendido como la proporción muertes con relación al número de casos confirmados, está condicionado por la capacidad de detección (número de pruebas realizadas) en cada uno de los municipios objeto de estudio. Según datos del INS, con corte al 31 de diciembre de 2021, en Bogotá se realizaron un total de 1.945.611 pruebas, en Cartagena 210.691 pruebas, mientras que en Quibdó se realizaron 22.479 (INS, 2020). Por su parte, la Gráfica 1 permite evidenciar el detalle de la evolución de los contagios y muertes por COVID-19 en la población afrocolombiana. En dicha gráfica se observa que en julio se presentó el «pico» de casos (13.122) y muertes (551). Aunque después de julio hubo una disminución en los casos, estos volvieron a aumentar en diciembre, donde se registraron 1.464 casos más que en el mes que le antecede (noviembre: 2.833 casos).

Gráfica 1. Evolución de contagios y muertes por COVID-19 en población afrocolombiana.



Fuente: Elaboración propia con base en información de INS.

Nota: Datos a corte del 31 de diciembre de 2020.

De acuerdo con los datos del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los casos confirmados de COVID-19, las personas afrocolombianas presentaron peores condiciones socioeconómicas en comparación con la población sin pertenencia étnica.⁴ Mientras que, por ejemplo, 4.50 % de los contagiados afrocolombianos pertenecen al Sisbén Nivel 1; 3.73 % de las personas sin pertenencia étnica que resultaron positivas están en dicho nivel. Del mismo modo, es mayor el porcentaje de personas afrocolombianas contagiadas que se encuentran en estrato bajo (35.55 %) y bajo-bajo (26.92 %), en comparación con el resultado de las mismas variables en la población no étnica (Bajo: 34.93 % y Bajo-bajo: 14.81 %). Todo lo anterior se evidencia en la Tabla 2.

La Tabla 2 también nos permite mostrar que el porcentaje de contagiados afiliados al régimen contributivo es casi idéntico para los dos grupos analizados. Sin embargo, en los casos positivos de población afrocolombiana se presenta una desventaja con respecto a la población no étnica. El porcentaje de población afrocolombiana no afiliada supera en 1.43 puntos porcentuales al mismo porcentaje en la población no étnica. Lo mismo sucede con el porcentaje de afiliados en el régimen subsidiado, donde la proporción de contagiados afrodescendientes es 7.6 puntos porcentuales mayor que en el caso de la población sin pertenencia étnica. Por último, el porcentaje de personas correspondientes a la Cuenta de Alto Costo (CAC)⁵ es mayor en la población afrocolombiana, lo que indica la mayor prevalencia de comorbilidades precursoras para enfermedad renal crónica como hipertensión y diabetes mellitus, en dicha población.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de condiciones socioeconómicas en casos confirmados de COVID-19.

	CATEGORÍAS	% AFRO	% OTROS
RÉGIMEN	C - CONTRIBUTIVO	64.51 %	64.78 %
	E - EXCEPCIÓN	3.08 %	0.96 %
	N - NO AFILIADO	3.16 %	1.73 %
	ND - NO DEFINIDO	5.32 %	14.83 %
	P - ESPECIAL	3.64 %	5.01 %
	S - SUBSIDIADO	20.29 %	12.69 %
	Total	100.00 %	100.00 %



4 En este caso, la variable etnia fue tomada del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

5 Incluye: artritis, cáncer, diabetes, hipertensión, PEH y VIH.

	CATEGORÍAS	% AFRO	% OTROS
ESTRATO	ALTO	0.70 %	0.72 %
	BAJO	35.55 %	34.93 %
	BAJO-BAJO	26.92 %	14.81 %
	MEDIO	4.01 %	4.26 %
	MEDIO-ALTO	3.41 %	1.41 %
	MEDIO-BAJO	17.68 %	21.55 %
	NO DEFINIDO	11.73 %	22.33 %
	Total	100.00 %	100.00 %
SISBEN	NIVEL 1	4.50 %	3.73 %
	NIVEL 2	0.56 %	0.74 %
	NO APLICA	1.03 %	1.46 %
	NO REPORTADO	93.91 %	94.06 %
	Total	100.00 %	100.00 %
CAC	SÍ	14.18 %	13.20 %

Fuente: Minsalud, 2020.

Aunque la evidencia disponible no da cuenta de diferencias en la probabilidad de contagio relacionadas con la etnia (el virus puede contagiar a cualquier persona sin discriminación), en países tan desiguales como Colombia los datos estadísticos anteriormente expuestos evidencian la situación diferencial que han enfrentado las personas afrocolombianas en relación con la pandemia y que la afectación de esta sea de manera desigual, dejando en mayor vulnerabilidad a grupos históricamente marginados.

En cuanto al talento humano en salud, a nivel general, se observa que el departamento del Chocó tiene el menor número de profesionales en cualquier área de la salud, mientras que Bogotá es la ciudad con mayores profesionales por cada 10.000 habitantes, seguido por Bolívar. Chocó tiene el menor número de profesionales en bacteriología, con una cifra de 1.8 bacteriólogos por cada 10.000 habitantes, seguido por el departamento Bolívar, para un total de 4.81 profesionales por cada 10.000 habitantes versus 8.89 en la ciudad de Bogotá (Ministerio de Salud, 2020).

En relación con el número de enfermeros(as), según el Observatorio de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social, el Chocó presenta el menor número en la región del Pacífico. En este departamento solo existen 6 profesionales de enfermería por cada 10.000 habitantes. Este resultado contrasta con el Valle del Cauca, donde el número de enfermeros por cada 10.000 se duplica en relación con el Chocó. Con una participación, un poco inferior, se ubican Nariño (10.11), Cauca (9.09) y Bolívar (9.27).

Estos resultados coinciden con lo observado en el centro y sur de América y el Caribe, acorde con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se presentan 13.8 enfermeros por cada 10.000 habitantes, y contrasta con los resultados del norte del continente donde hay en promedio 110.7 enfermeras por cada 10.000 habitantes.

En lo que tiene que ver con el personal médico, se observa que en el departamento del Chocó desde el 2011 hasta el 2017, el incremento de médicos por cada 10.000 habitantes ha sido negativo. Mientras que en el 2011 había 5.82 médicos, en el 2017 la cifra se redujo a 5.64 médicos.

Se observan unas brechas amplias entre cada uno de los departamentos de la región. Mientras en el 2011, en el Chocó había 5.82 médicos por cada 10.000 habitantes, en el departamento del Cauca, Nariño y Valle del Cauca se observaron 9.8, 10 y 17.68 respectivamente, profesionales de salud, es decir, que no solo algunos departamentos duplican a otros en términos de cantidad de médicos, sino que en casos específicos dicho valor se triplica y cuadruplica. Especialmente, en el 2017 los departamentos del Cauca, Nariño y Valle del Cauca presentaron un crecimiento positivo, este último logró incrementar su participación con 21.51 médicos, seguido por Nariño (12.6) y Cauca (11.9), en contraste del Chocó que el número de médicos se redujo quedando en 5.64. La conflictividad frente al acceso al derecho a la salud en el municipio de Quibdó, es estructural, y se ha caracterizado por constituirse como una omisión de las autoridades de salud en el cumplimiento de sus obligaciones para garantizar los derechos fundamentales de las comunidades étnicas de esta región.

1.2 Medidas restrictivas establecidas por las autoridades públicas para reducir el avance de la pandemia en las ciudades de interés

Las ciudades bajo análisis han utilizado distintos tipos de medidas de restricción a la libertad personal y de locomoción con el ánimo de disminuir la tasa de contagios, ganar tiempo para preparar y adecuar sus sistemas de salud y evitar el colapso del sistema sanitario. En el caso de Bogotá, el uso de medidas restrictivas para contener la pandemia inició con el Decreto 090 de 2020 de la alcaldía mayor, a través del cual se limitó totalmente la circulación de vehículos y personas en la capital del país entre los días 20 y 24 de marzo de 2020, salvo ciertas excepciones, como las relacionadas con la adquisición de elementos de primera necesidad y servicios médicos. Este decreto, que dio lugar al llamado «simulacro» de cuarentena en Bogotá, luego sería relevado por el decreto nacional 457 de 2020, a través del cual el gobierno central ordenó el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas en el territorio nacional, inicialmente entre el 25 de marzo y el 13 de abril de 2020. El aislamiento preventivo obligatorio en cuestión sería prorrogado en múltiples ocasiones por el presidente de la República a lo largo del año 2020 y 2021. En el caso de Bogotá, este primer aislamiento fue declarado junto con medidas adicionales como la

prohibición de consumo de bebidas embriagantes en espacios abiertos y establecimientos de comercio (Decreto 092 de 2020).

Debe tomarse en cuenta que, además de las medidas de aislamiento y restricción de la movilidad de carácter general, Bogotá también inició el uso de otras medidas adicionales para restringir la libertad de locomoción de sus habitantes, buscando disminuir la exposición al virus. En este orden de ideas, el Decreto 106 de 2020, proferido el 8 de abril, el cual estableció por primera vez en la capital la medida de pico y género, la cual restringía la movilidad de las personas para la adquisición de bienes y servicios de primera necesidad, así como servicios notariales y bancarios de acuerdo con el «sexo» de las personas.

De forma posterior, el 10 de mayo, el Distrito Capital expidió el Decreto 126 de 2020, a través del cual, además de hacer obligatorio el uso del tapabocas por fuera del sitio de residencia y el mantenimiento de distanciamiento físico de mínimo 2 metros de distancia en relación con otras personas, además de otras medidas sanitarias para establecimientos abiertos al público. En este decreto se ordenó, además, la posibilidad de crear las llamadas «zonas de cuidado especial», a través de las cuáles se implementaron medidas sectorizadas para mitigar el avance de la pandemia en zonas de alto contagio y elevada tasa de crecimiento del número de infecciones. Según el decreto en mención, la UPZ Bavaria (barrios Villa Alsacia y Marsella) y la UPZ Calandaima (barrios Tintalá, Galán y Osorio), UPZ Pardo Rubio (barrios Chapinero Norte, Chapinero Central, La Salle, María Cristina y Granada), UPZ Puente Aranda (barrios Puente Aranda y Centro Industrial), UPZ Britalia (barrios Cantagallo y Mazurén), UPZ Quiroga (barrios Quiroga, Bravo Páez, Murillo Toro, Quiroga Central, Quiroga Sur e Inglés) y UPZ Bosa Occidental (barrios San Antonio, La Independencia, Villas del Progreso, El Remanso I, Chico Sur y Ciudadela El Recreo) fueron las primeras zonas de cuidado especial creadas en la ciudad (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2020).

De manera adicional, el 31 de mayo de 2020, la Alcaldía Mayor de Bogotá también estableció medidas sectorizadas especiales para garantizar el orden público en la localidad de Kennedy, determinando una cuarentena sectorizada en esta localidad (Decreto 132 de 2020), una de las más pobladas de Bogotá y con una presencia importante de población afrocolombiana⁶, muchas de las cuales viven en condiciones de vulnerabilidad económica, viviendas precarias y otras dificultades en términos de derechos económicos y sociales. Posteriormente, a través del Decreto 142 de 2020, se establecieron medidas similares para las localidades de Bosa, Engativá, Suba y Ciudad Bolívar.

El 15 de junio, el Distrito Capital emitió el Decreto 143 de 2020, a través del cual no solo se dio continuidad al aislamiento preventivo en la capital del país, sino que se instauró por primera vez la medida de pico y cédula, que restringía la posibilidad de acceder a establecimientos bancarios, notariales y la adquisición de bienes y servicios de acuerdo con el número de cédula de



6 De acuerdo con el CNPV-2018, es Kennedy la localidad de Bogotá con mayor presencia de población afrocolombiana, de aproximadamente 10.361 personas afrodescendientes.

las personas. Este decreto también estableció una serie de medidas para comerciantes informales, estableciendo pilotos para algunas actividades económicas informales en el espacio público.

Las cuarentenas sectorizadas continuaron utilizándose en Bogotá durante las semanas siguientes. En este sentido, el Decreto 169 de 2020 estableció grupos de localidades que tendrían restricciones importantes a la movilidad entre el 13 de julio y el 15 de agosto de 2020, con el ánimo de evitar la expansión del contagio por COVID-19. Así mismo, se establecieron normas específicas para controlar la afluencia de público en la central de abastos CORABASTOS. De forma similar, el Decreto 186 de 2020 impuso medidas similares a algunas localidades específicas como Usaquén, Chapinero, Santafé, Teusaquillo, Antonio Nariño, Puente Aranda y la Candelaria, hasta el 31 de agosto de 2020.

Hay que resaltar, además, las medidas implementadas por el Decreto 193 de 2020, que estableció el marco para la llamada «Nueva Realidad para Bogotá», que facilitó la reactivación de ciertos sectores económicos distribuyendo diferentes actividades comerciales en distintos días y franjas horarias, de acuerdo con turnos específicos por actividad económica.

En el caso de Cartagena, las medidas restrictivas iniciaron el 17 de marzo de 2020, con el Decreto 506, el cual dispuso implementar una medida de toque de queda hasta el día 5 de abril de 2020 en un horario de entre las 6:00 p.m. y las 4:00 a.m., y de forma continua los fines de semana, para controlar el avance de la COVID-19 en este distrito. Este mismo decreto dispuso cerrar el centro histórico de Cartagena para el turismo, prohibir el consumo de bebidas alcohólicas en restaurantes, restringir la entrada de personas de nacionalidad extranjera a la ciudad por vía terrestre y ordenar una cuarentena de 14 días, entre otras medidas. Al igual que en Bogotá, las restricciones a la movilidad iniciales establecidas por las autoridades locales fueron luego relevadas por las medidas de aislamiento preventivo obligatorio decretadas por el gobierno nacional.

Cartagena también acogió un número importante de medidas de restricción sectorizadas o limitadas de forma temporal, especial o por factores socio-demográficos. Por ejemplo, el Decreto 527 de 2020 de la Alcaldía Distrital dispuso la implementación del pico y cédula en la ciudad para la adquisición de bienes de primera necesidad, servicios financieros, notariales y similares. La medida de pico y cédula fue luego complementada con la medida de pico y género, siendo aplicadas ambas de manera concomitante, según lo dispuso el Decreto 551 del 26 de abril de 2020. No obstante, el 9 de mayo de 2020, por medio del Decreto 599, la alcaldía dispuso dejar en vigencia la medida de pico y cédula para las actividades autorizadas, prescindiendo de la medida de pico y género para el distrito.

En el caso de Cartagena, también es necesario resaltar las medidas especiales adoptadas para regular la afluencia de público en el Mercado Bazurto. A través del Decreto 602 de 2020, la administración distrital estipuló medidas especiales para verificar el cumplimiento de las medidas de restricción a la circulación de personas en este lugar, limitando además la comercialización de productos solo al por mayor y prohibiendo la venta de bienes al detal y



las ventas informales. Así mismo, se incrementó el control policial en la zona y se prohibió la circulación de personas entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m., en este sector. Nuevas medidas, en torno al mercado Bazurto, serían dispuestas a través de decretos posteriores, como el 696 de 2020. Acerca de esta medida, es importante señalar que el mercado Bazurto es el mercado tradicional de Cartagena. Una parte muy importante de las personas que allí laboran y que hacen sus compras en este lugar son personas negras de limitados recursos, por lo que su cierre y las restricciones a la movilidad en este lugar tienen un impacto directo sobre el bienestar de la población afrodescendiente en esta ciudad.

Es también necesario señalar que, si bien las medidas como el pico y cédula se volvieron una constante durante la vigencia del aislamiento preventivo obligatorio, en el caso de Cartagena, esta medida se expandió y se contrajo a través de la adición o sustracción de dígitos autorizados a circular (pico y cédula de 1 o 2 dígitos). Así mismo, al igual que ocurrió en Bogotá, Cartagena también dispuso de medidas sectorizadas de restricción a la movilidad. El Decreto 626 de 2020 determinó medidas especiales para los barrios Nelson Mandela, Olaya Herrera, el Pozón, la Esperanza, San Fernando y la María, que son zonas de la ciudad de clase trabajadora y con una alta presencia de personas afrodescendientes, declarándolas zonas de cuidado especial y acatando la medida de cerco epidemiológico establecida por las autoridades del orden nacional. Además, el distrito dispuso medidas como la restricción de consumo de licor en ciertos espacios. Las zonas de cuidado especial en estos sectores de Cartagena se prorrogarían en el tiempo a través de medidas posteriores, como el Decreto 695 de 2020, 701 de 2020 y 803 de 2020, que, además de mantener los cercos epidemiológicos, ordenaron el incremento de presencia de la policía en estas zonas.

Las medidas de restricción a la movilidad solo empezarían a desmontarse de modo gradual con el Decreto 826 de 2020, a través del cual se implementó en el distrito la política de aislamiento selectivo y distanciamiento individual responsable. No obstante, para inicios del año 2021 similares medidas continuaron aplicándose en la ciudad.

En torno a las medidas de restricción a la libertad de locomoción implementadas en estas ciudades es posible hacer algunos comentarios alrededor de sus características y alcance. En primer lugar, las medidas de restricción a la movilidad se han considerado por parte de las administraciones locales como esenciales para controlar el avance de la pandemia. Esto resulta curioso si se tiene en cuenta que estas medidas tienen un carácter de orden público. Adicionalmente, las cuarentenas y otras formas de aislamiento parecen, en algunos casos, ser de las pocas medidas efectivamente implementadas para proteger la salud pública, puesto que otro tipo de estrategias como la distribución gratuita de tapabocas, la instalación de zonas para el lavado de manos en espacios públicos, la estrategia de rastreo de contactos y aislamiento de casos sospechosos, si bien se han implementado en algunas ciudades, han tenido una aplicación limitada.

En segundo lugar, las medidas de restricción a la movilidad del orden local han coexistido con medidas análogas del orden nacional. Quizá el mejor ejemplo de esta situación

es el simulacro de aislamiento implementado en Bogotá o el toque de queda transitorio implementado en Cartagena el 17 de marzo de 2020, días antes de que se declarara el aislamiento preventivo obligatorio a nivel nacional por parte del gobierno central.

En tercer lugar, las restricciones a la movilidad y a la libertad de locomoción se han extendido por largos períodos. Por ejemplo, las medidas iniciadas en marzo de 2020 en ambas ciudades, si bien tuvieron una reducción gradual, continuaron operando en distintas modalidades menos estrictas durante casi la totalidad del año, bien sea bajo la forma de cuarentenas sectorizadas o de restricciones a la movilidad por turnos, horarios o de acuerdo con características sociodemográficas de las personas. Sobre este último punto, es importante llamar la atención acerca del carácter y potencial inconstitucionalidad de algunas de estas medidas. Así, por ejemplo, restricciones como el «pico y género» implementado en las ciudades de Bogotá y Cartagena entrañan importantes dudas sobre su legitimidad y constitucionalidad, si se tiene en cuenta que ambas restringen el ejercicio de un derecho fundamental de acuerdo con criterios sospechosos de discriminación, tal como es relatado por Leidy Chaverra, lideresa afrocolombiana de Cartagena:

Yo puedo entender que es agotante, es asfixiante, pero sí hubo mucha restricción, en algunos casos sí fue muy violento. Por los menos, yo conozco muchas chicas trans, y fue bastante complejo para ellas, porque ajá, su documento de identidad. Ese tipo de cosas también se prestaron para hacer muy violentos en la ciudad. (Leidy Chaverra, 2021)⁷

En cuarto lugar, el carácter, alcance y vigencia de las medidas tiene serios problemas de claridad. En muchos casos, este tipo de medidas se implementaron de manera apresurada, improvisada y sin suficiente publicidad. Así mismo, los esfuerzos pedagógicos para comunicar de manera efectiva el contenido de las medidas restrictivas han sido insuficientes debido al carácter complejo y variado de las mismas. Quizá el ejemplo más claro de esta situación fue la sobreposición de las medidas de «pico y género» y «pico y cédula» en Cartagena, las cuales se implementaron de manera conjunta llevando a la confusión de la ciudadanía sobre la manera en la que se debía cumplir la medida de aislamiento.

«Si es el pico y género, entonces es un día de mujeres y un día de hombres. Es complejo para la gente que no se categoriza o que disiente de esta dualidad ¿no? Sé que era complejo porque uno habla entre los grupos y la gente le cuenta, y ese tipo de cosas». (Leidy Chaverra, 2021)

Tal como observamos, la falta de claridad de las medidas restrictivas en este caso es grave, debido a que, si la ciudadanía no tiene claro los tipos de restricción, lapsos durante los cuales aplican, tipo de actividades autorizadas o no, al amparo de los decretos de aisla-



7 Fragmento de la entrevista a Leidy Chaverra, lideresa afrocolombiana de Cartagena.



miento y restricción a la movilidad, entre otras, es difícil garantizar el acatamiento de estas medidas y, por consiguiente, la prevalencia de la salud pública.

En quinto lugar, es necesario llamar la atención sobre las medidas de cuarentena sectorizada. En Cartagena estas medidas fueron impuestas sobre zonas de la ciudad que tienen una alta concentración de personas afrodescendientes. Si bien las autoridades justifican su proceder en la situación epidemiológica de los barrios que fueron declarados zonas de cuidado especial, es importante mencionar que los mecanismos de asistencia social establecidos para garantizar el mínimo vital parecen no haber sido suficientes, en especial si se considera que buena parte de la población afrodescendiente depende de la economía informal en esta ciudad y no cuenta con ingresos fijos.

«Coloco el caso de las chicas que trabajan en el semáforo, ellas son afro, y digamos que ellas tenían que salir porque no había comida. La gente las insultaba, le decía que: ¿Qué hacían en la calle?, desconsideradas, que se encerraran, que ellas eran las que enfermaban». (Leidy Chaverra, 2021)

Así mismo, las autoridades locales pusieron poca atención a otros factores relevantes en el contexto de medidas de confinamiento, como las condiciones de hacinamiento en los hogares, la precariedad de las viviendas o incluso el acceso a servicios públicos básicos, como la energía eléctrica, el acueducto o el alcantarillado.

En esta misma línea, debemos mencionar que, como lo discutiremos más adelante, al ser medidas de orden público, las restricciones a la movilidad han dado lugar a la imposición de sanciones y medidas correctivas en contra de los ciudadanos que no las acatan, incluyendo a aquellos cuya falta de cumplimiento de estas medidas se debe a razones de fuerza mayor, como la necesidad de generar ingresos, las deficiencias de las viviendas que habitan o, incluso, la ausencia total de una residencia fija.

Por último, las medidas de cuarentena y otras restricciones a la movilidad, también han dado lugar a situaciones de abuso policial, por cuanto las restricciones a la libertad de locomoción establecidas por las autoridades locales y nacionales amplían el espectro de control social que ejercen las autoridades de policía, tal como es relatado a continuación:

De hecho, soy víctima de un caso en donde un policía me puso un comparendo sin justificación, en el descargo aparecía que estaba sin tapabocas y no fue así, creo que me lo puso porque es racista, porque estábamos dos amigos negros y yo, nos pidieron una requisita, me negué a que me requisaran porque pedí que me requisara una mujer y no un hombre y me puso un comparendo. Sin razón me lo pusieron y hasta firmaron por mí, hice un procedimiento administrativo y me bajaron el comparendo, pero fue tenaz. (Enilsa Montalvo, 2021)⁸



Con esto dicho, se procede a analizar el nivel de preparación de los afrocolombianos para enfrentar la pandemia de la COVID-19 y las afectaciones a sus derechos fundamentales derivadas de las medidas instauradas por las autoridades públicas para mitigar esta emergencia de salud pública.

1.3 Pobreza, ingresos y acceso al trabajo

En entornos empobrecidos, las medidas de protección propuestas por las autoridades sanitarias para reducir el contagio y los factores de riesgo se ven limitadas ante la ausencia de condiciones materiales. Específicamente, la ONU-Habitat (2020) afirma que la carencia de servicios básicos (agua, saneamiento, energía o gestión de residuos), viviendas inadecuadas, alimentación inapropiada y condiciones de vida poco saludables contribuyen a una salud precaria que se ve agravada por la COVID-19. Por lo mismo, el impacto de la pandemia no tiene un impacto homogéneo dentro de los países ni de las personas. Larrahondo y Viáfara (2020) muestran que la tasa de letalidad por casos de COVID-19, es 25 % más alta para la población afrocolombiana que para el total nacional, situación que podría estar relacionada con las privaciones en las capacidades de los hogares. Por ende, en este contexto, es importante analizar con mayor detalle la evolución de condiciones estructurales.

La Tabla 3 presenta los resultados de la prueba de diferencia de medias en relación con las necesidades básicas insatisfechas de los territorios afrocolombianas versus los territorios sin etnicidad usando información del DANE en 1993, 2012 y 2018. En los tres periodos analizados, se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con mayores privaciones para la población afrocolombiana.

Tabla 3. Diferencias de medias necesidades básicas insatisfechas.

	Población no étnica (Promedio)	Población afrocolombiana (Promedio)	Diferencia	t-value
NBI 1993	51.5	74.4	-22.9***	-9.3
NBI 2012	42.3	65.8	23.5***	-9.1
NBI 2018	19.9	48	-28.1***	-14.9

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 1993, 2012 y 2018.

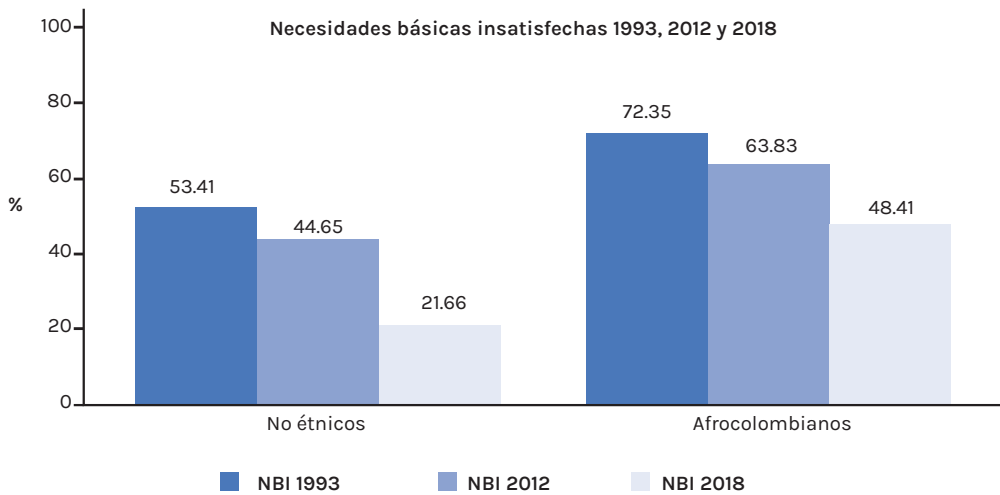
En 1993, se evidenció que mientras el 51.5 % de la población en territorios no étnicos tuvo alguna necesidad básica insatisfecha, esta proporción fue del 74.4 % para los municipios con alta población afrocolombiana, una diferencia de 22.9 % puntos porcentuales. Para el año 2012, aunque la proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas



disminuyó dentro de cada grupo, la brecha se amplió en el tiempo entre grupos. Es decir, después de 20 años, la proporción de personas afrocolombianas con carencias críticas fue más alta que la proporción de personas sin etnicidad. Lo mismo se observa para el año 2018, con una diferencia de 28.1 puntos porcentuales, más alta en comparación de 1993, 2012 y 2018, lo cual sugiere que las condiciones de pobreza entre ambos grupos se ampliaron entre años.

En la Gráfica 2 se comparan las necesidades básicas insatisfechas para dos grupos de personas: afrocolombianas versus no afrocolombianas en diferentes años. Para los territorios no étnicos es evidente el salto importante de 1993 a 2018, mientras que para la población afrocolombiana las caídas en la proporción de personas con alguna carencia son más sutiles y siguen siendo amplias en dichas poblaciones.

Gráfica 2. Necesidades básicas insatisfechas.



Fuente: Construcción propia con base en información DANE 1993, 2012 y 2018.

En la Tabla 4 se presentan los resultados para las ciudades de Quibdó, Bogotá y Cartagena y a nivel nacional. En esta se evidencia que Quibdó, la ciudad colombiana con el porcentaje más alto de población afrocolombiana, es la ciudad con la mayor proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas, seguida por Cartagena y Bogotá. De estas dos últimas ciudades, Cartagena tiene una mayor proporción de personas afrocolombianas, con una participación del 20 %, mientras que en Bogotá la participación de dicho grupo es de solo del 1 %.

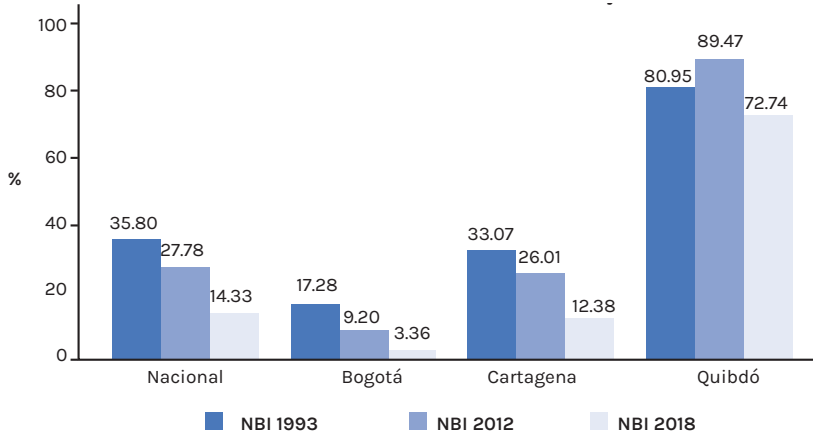
Tabla 4. Estadísticas descriptivas necesidades básicas insatisfechas.

NBI	Cabecera			Resto			Total			
	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia	1993	2012	2018	Diferencia
Quibdó	90.5	73.7	16.8	78.5	64.2	14.3	81	89.5	72.7	8.3
Bogotá	9.2	3.3	5.9	27.8	11	16.8	17.3	9.2	3.4	5.8
Cartagena	25.4	11.5	13.9	35.5	20.5	15	33.1	26	12.4	13.6
Nacional	32.7	16.6	16.1	52.5	26.9	25.6	54.3	45.4	22.7	22.7

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 1993, 2012 y 2018.

En la cabecera, las condiciones de carencia son más altas que en la zona rural en ciudades como Quibdó, mientras que en Bogotá y Cartagena la mayor proporción de personas con condiciones básicas insatisfechas se presentó en la zona rural.

En la Gráfica 3 se observaron dos tendencias importantes. La primera, es que mientras en el período de 1993 a 2018 la pobreza, medida como carencias críticas, cayó para las distintas ciudades analizadas a nivel nacional; esta tendencia fue contraria para Quibdó, ciudad, que como se anotó anteriormente, es la que tiene la mayor participación porcentual de población afrocolombiana, pasando de 80.95 personas con carencias críticas en 1993 a 89.47 en 2012, es decir, un aumento de 8.52 puntos porcentuales. Segundo, se observó que, aunque la proporción de personas con necesidades básicas en Quibdó se redujo en 16.37 puntos porcentuales de 2012 a 2018, siguió siendo la ciudad con mayor proporción de personas en condición de pobreza. Mientras que en Bogotá dicha proporción solo cayó 6 puntos porcentuales, pero la proporción final de personas en dicha condición fue solo del 3.36%. Es decir, en municipios más pobres la caída de la pobreza al final no es tan relevante dado que sigue siendo muy alta.

Gráfica 3. Necesidades básicas insatisfechas 1993, 2012 y 2018.

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

La Tabla 5 muestra los resultados de la proporción de personas en condición de miseria. La participación más alta fue para los territorios con población afrocolombiana en ambos periodos. Para el 2012, mientras el 31.2 % de las personas en municipios afrocolombianos estuvo en miseria, esta participación fue del 18.3 % en territorios no étnicos. Una diferencia significativa de 12.9 puntos porcentuales con respecto a los demás.

La proporción de personas con más de dos carencias críticas se redujo en 17.2 puntos porcentuales de 2012 a 2018 en territorios afrocolombianos; mientras que en territorios no étnicos la disminución fue de 13.2 puntos porcentuales. Esta reducción, aunque fue mayor para los territorios étnicos, realmente puso en evidencia que la proporción de personas en miseria fue más baja en territorios no étnicos, donde al final del año 2018 solo el 5.1 % de dichas personas estaba en esta condición, versus 14 % de personas en lugares afrocolombianos.

Tabla 5. Diferencia de medias personas en condición de miseria.

	Población no étnica (Promedio)	Población afrocolombiana (Promedio)	Diferencia	t-value
Miseria 2012	18.3	31.2	-12.9	-5.7
Miseria 2018	5.1	14	-8.9	-10.4

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

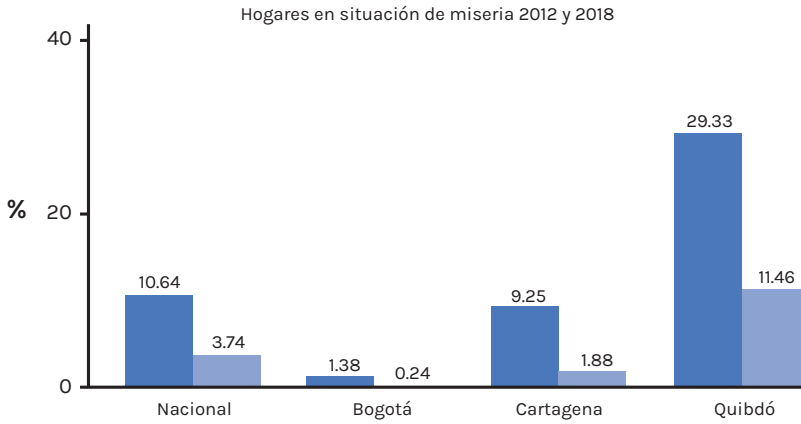
En la Tabla 6 se presentan los resultados para las ciudades de Quibdó, Bogotá y Cartagena. Quibdó presentó la proporción más alta de personas en miseria, con una participación del 29.3 % en 2012 y 11.5 % en 2018; mientras que estos porcentajes fueron solo del 1.4% en Bogotá para el 2012 y 0.2 para el 2018. En Cartagena, también se presentó una caída importante entre los años mencionados, tanto que al final del período la proporción de personas en miseria fue menor que el promedio nacional con un 1.9 % versus 6.4 %.

Tabla 6. Estadísticas descriptivas situación de miseria.

Miseria	Cabecera			Resto			Total		
	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia
Quibdó	28.9	9.5	19.4	34.6	28.6	6	29.3	11.5	17.8
Bogotá	1.4	0.2	1.2	8.2	1.5	6.7	1.4	0.2	1.2
Cartagena	9.3	1.6	7.7	8.7	4.1	4.6	9.3	1.9	7.4
Nacional	12	3.5	8.5	24.7	8.2	16.5	20.6	6.4	14.2

Fuente: Construcción propia con base información DANE 2012 y 2018.

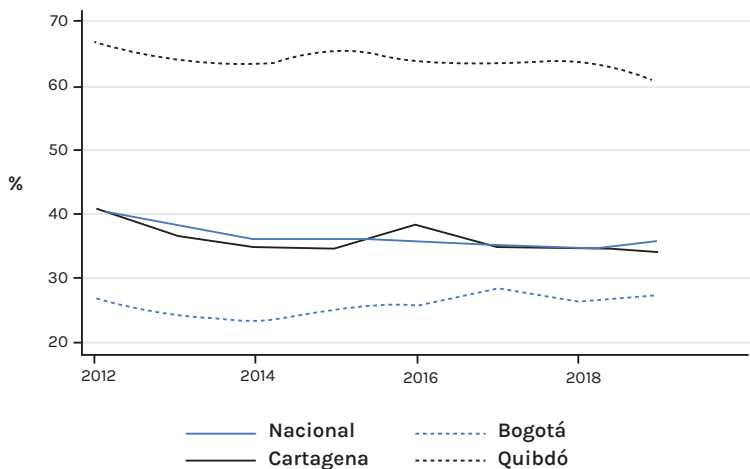
Al comparar entre zonas geográficas cómo es el comportamiento de las carencias en la zona urbana versus rural, se observa que existen mayores privaciones para el área rural en las tres ciudades, principalmente en Quibdó, seguido por Cartagena y Bogotá. La Gráfica 4 sugiere una diferencia importante de las personas en miseria en las tres ciudades para los años 2012 y 2018, donde Quibdó es la ciudad con mayor porcentaje de personas con dicha condición. Se resalta que, aunque hubo una disminución entre años, ciudades como Quibdó siguen mostrando altos niveles de vulnerabilidad. Específicamente, 11.46 % de personas en Quibdó tenían al menos dos privaciones que impedían satisfacer sus necesidades básicas en vivienda, servicios, educación e ingresos, lo que contrasta de forma importante con 0.24 % en Bogotá y 1.88 % en Cartagena.

Gráfica 4. Miseria.

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En relación con la pobreza, de acuerdo con la CEPAL (2020), los efectos del COVID-19 van a generar un aumento de pobreza en América Latina de al menos 4.4 puntos porcentuales, lo que significa 28.7% de personas adicionales con respecto al año 2019. En total, 214.7 personas que viven en América Latina (37% de la población de la región) quedaron en dicha condición.

Para Colombia, en el 2019 se estimó que el 35.7% de sus habitantes tenían pobreza monetaria, es decir, carecían de los recursos monetarios mínimos para adquirir una canasta básica de bienes y servicios. La incidencia de la pobreza monetaria fue mayor en Quibdó (60.9) y Cartagena, en comparación con Bogotá. La brecha se observa en la Gráfica 5.

Gráfica 5. Pobreza monetaria.

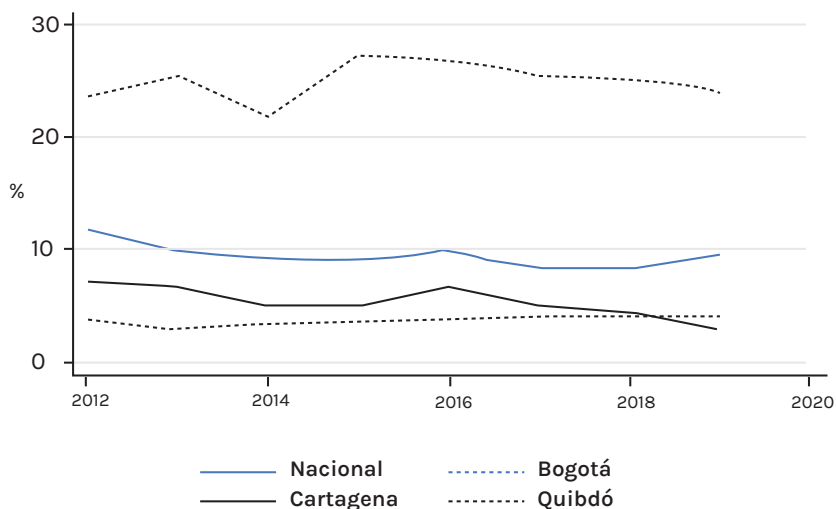
Fuente: Construcción propia con base información DANE (2020).

Siguiendo las estimaciones realizadas por CEPAL (2020), se espera lo siguiente: en Bogotá la población viviendo bajo la línea de pobreza sería de 2.269.344 habitantes, es decir, 315.985 más en relación con el año 2019. Este incremento sería de 39.070 habitantes en Cartagena y 5.310 en Quibdó.

Como se observa en la Gráfica 6, Quibdó sigue siendo la ciudad con la mayor incidencia de pobreza extrema, incluso presentó incrementos importantes entre los años 2014-2016, a pesar de ser años con bonanzas de recursos mineros. Posterior a estos años, se observa una caída suave hasta el 2019. Igualmente, el comportamiento de la pobreza extrema en Cartagena fue decreciente y el de Bogotá se sostuvo constante.

No obstante, ante la pandemia, la disminución en términos de pobreza que venían presentado estas ciudades es muy posible que sea retrocedida. De acuerdo con los pronósticos de CEPAL, se espera que después de COVID-19 la pobreza extrema aumente 2.6 puntos porcentuales. Lo que significa para Colombia 1.148.275 personas adicionales, 186.718 para Bogotá, 23.087 para Cartagena y 3.138 para Quibdó. Estos niveles de pobreza extrema afectarían en total a 5.388.059 colombianos, 488.340 habitantes de Bogotá, 49.725 habitantes en Cartagena y 31.859 en Quibdó.

Gráfica 6. Pobreza extrema.



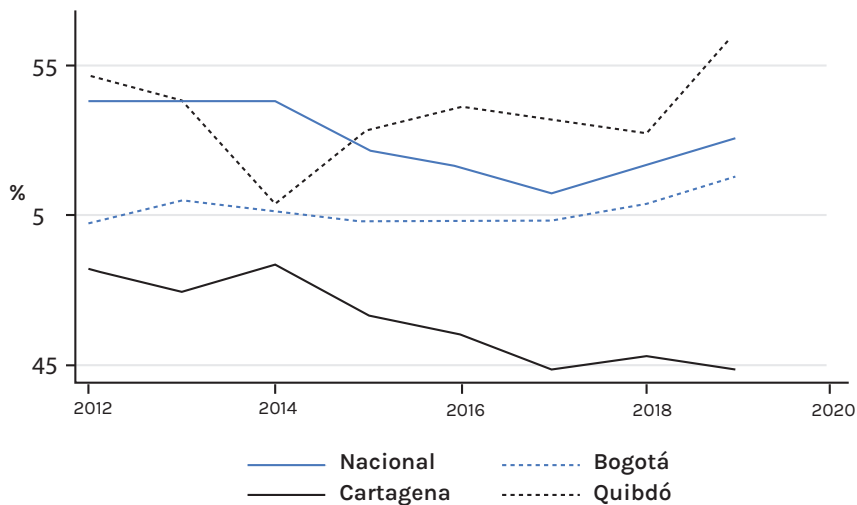
Fuente: Construcción propia con base en información DANE (2020).

Los análisis del COVID-19 y su impacto en el GINI muestran no solo un índice de desigualdad alto, sino que además sugieren que las políticas emprendidas para abordar pandemias anteriores pudieron haber tenido efectos regresivos (Furceri *et al.*, 2020). Asi-

mismo, las primeras evaluaciones de algunos programas gubernamentales promulgados para combatir el COVID-19 sugieren que los ricos son los principales beneficiarios (Furceri, 2020).

En adición, (Furceri *et al.*, 2020) encuentran que la proporción de ingresos que van a los deciles superiores aumenta y que a los deciles inferiores cae después de un evento pandémico. Cinco años después de la pandemia, se espera que esta brecha aumente en 2.5 puntos porcentuales. Al analizar estos resultados para el caso colombiano, las proyecciones estiman que las condiciones de inequidad por ingreso aumenten entre ciudades. Lo que sugiere una brecha más amplia entre Quibdó y ciudades como Bogotá (ver Gráfica 7).

Gráfica 7. GINI.



Fuente: Construcción propia con base en información DANE (2020).

Este impacto se hace más evidente porque las medidas de cuarentena y distanciamiento físico puestas en marcha para evitar el contagio y riesgos generaron una pérdida alta de empleo, incidiendo así en una disminución de los ingresos laborales. De acuerdo con CEPAL (2020): la pérdida de ingresos afecta sobre todo a los amplios estratos de población que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad, así como a las personas que trabajan en actividades más expuestas a despidos y reducciones salariales y, en general, en condiciones de precariedad laboral. Por ejemplo, las personas afrocolombianas se concentran en el mercado informal o en ramas económicas como el sector de servicios (restaurantes, hoteles, entre otras), que fueron las más afectadas durante la crisis y que incluso siguen estando inactivas. Específicamente, se evidenció que el Producto Interno Bruto del segundo trimestre (abril, mayo y junio) disminuyó 15.7% con respecto al mismo período de 2019 y se evidenció en las entrevistas realizadas, como lo relata Yoel Londoño, joven afrocolombiano de Cartagena:

Yo he percibido que mucha gente en la comunidad que tenía su trabajo constante lo perdió y yo me imagino también lo mismo, ven a uno como foco de contagio. Que venimos de barrio, que en el barrio no se cuidan, sin saber si, porque hay muchas personas que aquí se cuidan, no todo el mundo tiene el mismo desorden, pero ellos lo generalizan. Y la mayoría de las personas aquí que no trabajan en restaurantes, trabajan en los hoteles, como vigilantes, las mujeres como aseo, recepcionistas, y todos fueron en su mayoría despedidos y precisamente por ese tipo de cosas, temía que fueran contagiados por la gente afrodescendiente. (Yoel Londoño, 2021)⁹

Las actividades que principalmente contribuyeron al crecimiento negativo fueron el comercio, servicios de comida, transporte y reparación de vehículos. Incluso, mientras las actividades de servicios y comercio disminuyeron en un 37 % y 34 % respectivamente, las actividades financieras o inmobiliarias presentaron un crecimiento positivo, del 1 % y 2 %, respectivamente (DANE, 2020).

Las situaciones descritas dan cuenta de una potencial vulneración a los derechos a la dignidad humana y al mínimo vital de la población afrocolombiana en el contexto de la pandemia. El derecho fundamental a la dignidad humana se encuentra estipulado en el artículo 1 de la Constitución Política de Colombia, el cual, además de definir la organización administrativa del país, establece que se encuentra «fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general».

En el tema que nos ocupa, el concepto de mínimo vital es proteger a las personas frente a un perjuicio irremediable causado por la falta de atención a un derecho social y tiene una intrínseca relación con el derecho fundamental a la dignidad humana, así como establece la Corte Constitucional:

El mínimo vital a que se ha hecho referencia, supone un derecho constitucional fundamental a la vida no entendido como una mera existencia, sino como una existencia digna con las condiciones suficientes para desarrollar, en la medida de lo posible, todas las facultades de que puede gozar la persona humana; así mismo, un derecho a la integridad personal en todo el sentido de la expresión que, como prolongación del anterior y manifestación directa del principio de la dignidad humana, impone tanto el respeto por la no violencia física y moral, como el derecho al máximo trato razonable y la mínima disminución posible del cuerpo y del espíritu. (Corte Constitucional, 1998)

La falta de ingresos, la pobreza y la vulnerabilidad económica de la población afrocolombiana, exacerbada por la pandemia son sin duda una amenaza a estos derechos y, por lo tanto, requieren atención inmediata por parte del Estado.



9 Fragmento de la entrevista a Yoel Londoño, líder afrocolombiano de La Boquilla.

1.4 Mercado laboral.

Además de la pérdida de producción, un canal relacionado a través del cual las pandemias pueden afectar la desigualdad, es el de impactos adversos en las perspectivas de empleo para algunos grupos de trabajadores, particularmente los poco calificados. Los resultados mostraron impactos muy dispares: aquellos con niveles de educación avanzados o intermedios apenas se ven afectados; mientras que la tasa de desempleo de aquellos con niveles de educación básicos cae significativamente, en más del 5 % a mediano plazo (Furceri *et al.*, 2020).

Asimismo, un trabajo reciente de Avdiu y Nair (2020) ha demostrado que los trabajadores de los deciles¹⁰ de bajos ingresos tienen una capacidad más limitada para trabajar desde casa que los de los deciles superiores. Los extensos bloqueos asociados con los esfuerzos para reducir la propagación de COVID-19 pueden, por lo tanto, ejercer un impacto particularmente adverso en dichos trabajadores en ausencia de políticas para aliviar tales resultados, así como también es relatado a continuación:

La mayor parte de la gente afro no está vinculada a lo laboral, y la gente que vive de la informalidad vive peor el efecto de la pandemia, porque mucha de esta informalidad ocurre en el espacio público. Las personas afro tienen un vínculo histórico con el espacio público, con las plazas, los barrios y no solo con relación a la vida contemplativa, sino a la productividad o de producción donde se gestiona la vida material, entonces por la pandemia este espacio se clausuró. Terrible para mí no poder ir a La Trinidad, pero yo no vivo de eso, no depende mi vida de ir a La Trinidad. Hay gente que sí, no solo se trataba de un espacio de goce, sino de la cual depende tu vida. (Leidy Perneth, 2021)¹¹

La CEPAL (2020) muestra que la pérdida de ingresos afecta sobre todo a los amplios estratos de población que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad, así como a las personas que trabajan en actividades más expuestas a despidos y reducciones salariales y, en general, en condiciones de precariedad laboral. En el mercado laboral la situación no mejora para las personas afrocolombianas. En principio, dentro de dicha población hay una menor proporción de personas que tiene algún trabajo del que reciben algún tipo de remuneración (Tabla 7), llegando a alcanzar una diferencia de 0.117 puntos por debajo de la población sin pertenencia étnica.



10 Los deciles dividen la distribución en 10 partes iguales correspondientes a 10 % hasta 90 %. En este caso, el decil 1 o los deciles más bajos representan a la población con la condición socioeconómica más vulnerable, y el decil 10 a las personas de mayores ingresos.

11 Fragmento de la entrevista a Leidy Perneth, lideresa afrocolombiana de Cartagena.

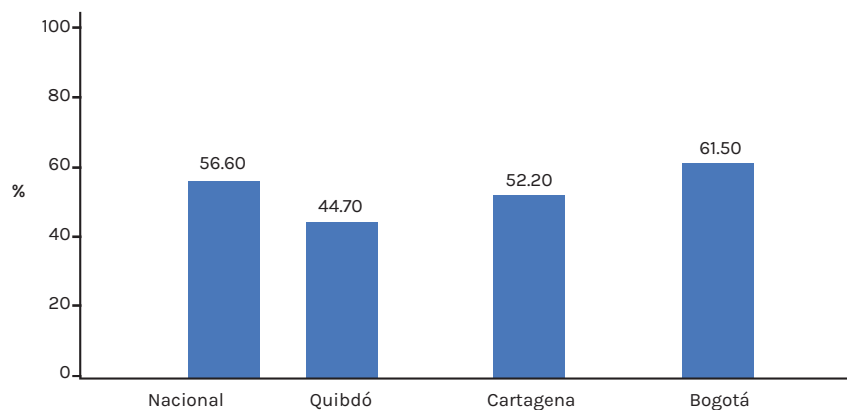
Tabla 7. Diferencia de medias mercado laboral.

Total	AFROCOLOMBIANA		Sin Pertenencia	
Variable	(1)	(2)	(3)	(2)-(3)
Trabajo remunerado	0.448	0.391	0.457	-0.117***
	(0.497)	(0.488)	(0.498)	(0.000)
N	34.688.055	2.353.762	31.889.857	

Fuente: Elaboración propia con información del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018–DANE.

La situación de desventaja se replica en los resultados de la tasa de ocupación del año 2019, reportados en la Fuente de Información Laboral de Colombia (FILCO) del Ministerio del Trabajo (Gráfica 8). Pues, ciudades con mayor población afrocolombiana, como es el caso de Quibdó (44,7 %) y Cartagena (52,2 %), tienen tasas de ocupación más bajas que el promedio nacional (56,6 %). Mientras tanto, sucede lo contrario con Bogotá, donde la tasa de ocupación alcanzó un promedio de 61,5 %.

Gráfica 8. Tasa de ocupación 2019.



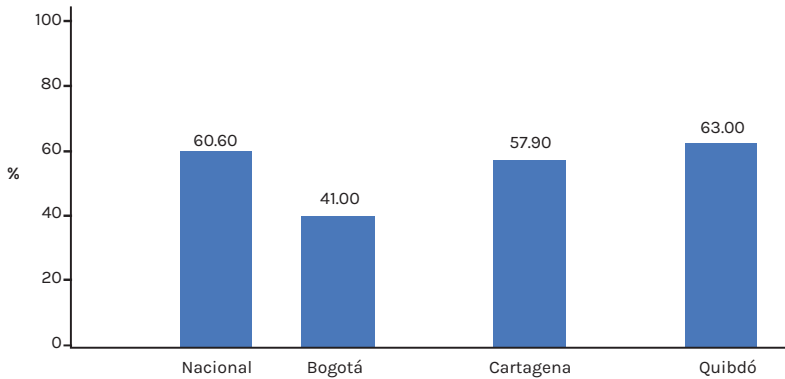
Fuente: Información Laboral de Colombia (FILCO)–Mintrabajo.

Ahora bien, durante el año 2019, la informalidad también se reflejó en mayor medida en Quibdó y Cartagena. El porcentaje de personas que están ocupadas, pero no contribuyen a pensión –se define como la relación porcentual entre la población ocupada que no

contribuye a pensión y la población total ocupada— es de 63 para Quibdó y de 57.9 para Cartagena. En el caso de Bogotá, menos de la mitad de los ocupados (41 %) no contribuyen a pensión, lo que está por debajo del promedio nacional de 60.6 % (Ver Gráfica 9).

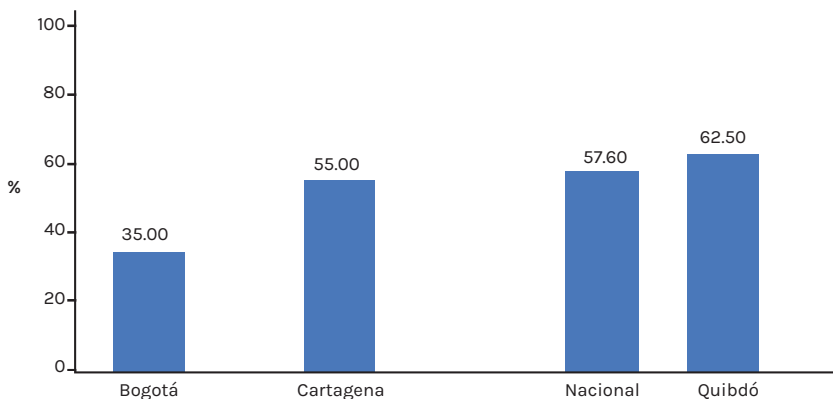
Del mismo modo, se hace relevante examinar el porcentaje de personas que están ocupadas, pero no contribuyen a salud —se define como la relación porcentual entre la población ocupada que no contribuye a salud, o que, estando afiliados a salud, están en el régimen subsidiado, o, aunque estando en el régimen contributivo, sus aportes son realizado por familiares o terceros, y el total de población ocupada—. Para Bogotá, Cartagena y Quibdó el porcentaje de ocupados que no contribuyen a salud fue de 35 %, 55 % y 62.5 % respectivamente (ver Gráfica 10).

Gráfica 9. Porcentaje de ocupados que no contribuyen a pensión 2019.



Fuente: Información Laboral de Colombia (FILCO)—Mintrabajo.

Gráfica 10. Porcentaje de ocupados que no contribuyen a salud 2019.



Fuente: Información Laboral de Colombia (FILCO)—Mintrabajo.

La pandemia de COVID-19 plantea graves riesgos al derecho al trabajo de la población afrocolombiana. El derecho fundamental al trabajo se encuentra estipulado en el artículo 25 de la Constitución de Colombia, donde se establece que «el trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo con condiciones dignas y justas».

La protección constitucional del trabajo, que involucra el ejercicio de la actividad productiva tanto del empresario como la del trabajador o del servidor público, no está circunscrita exclusivamente al derecho a acceder a un empleo sino que, por el contrario, es más amplia e incluye, entre otras, la facultad subjetiva para trabajar en condiciones dignas, para ejercer una labor conforme con los principios mínimos que rigen las relaciones laborales y a obtener la contraprestación acorde con la cantidad y calidad de la labor desempeñada.

La jurisprudencia constitucional ha considerado que la naturaleza jurídica del trabajo cuenta con una triple dimensión. En la Sentencia C-593 de 2014 (lectura del preámbulo y del artículo 1 superior), la Corte declaró que:

El trabajo es valor fundante del Estado Social de Derecho, porque es concebido como una directriz que debe orientar tanto las políticas públicas de pleno empleo como las medidas legislativas para impulsar las condiciones dignas y justas en el ejercicio de la profesión u oficio. En segundo lugar, el trabajo es un principio rector del ordenamiento jurídico que informa la estructura Social de nuestro Estado y que, al mismo tiempo, limita la libertad de configuración normativa del legislador porque impone un conjunto de reglas mínimas laborales que deben ser respetadas por la ley en todas las circunstancias (artículo 53 superior). Y, en tercer lugar, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 de la Carta, el trabajo es un derecho y un deber social que goza, de una parte, de un núcleo de protección subjetiva e inmediata que le otorga carácter de fundamental y, de otra, de contenidos de desarrollo progresivo como derecho económico y social.

Los impactos generados por la pandemia y las medidas establecidas por las administraciones locales para controlarlas, como las cuarentenas, afectan de manera grave y desproporcionada a segmentos de la población ya vulnerables y que desarrollaban empleos precarios, riesgos o mal remunerados. Los medios de comunicación han señalado de manera amplia durante el transcurso de la pandemia las dificultades que han afectado a poblaciones como las que se dedican al trabajo sexual, a las ventas informales o que habitan en situación de calle, ante la imposibilidad de producir ingresos, que es una consecuencia directa del confinamiento (El Espectador, 2019).

A ello se suma que si bien en algunos casos se han destinado ayudas para las personas que hacen parte de estos sectores económicos (El Espectador, 2020), las mismas resultan insuficientes ante la duración del confinamiento y la incertidumbre de sus condiciones:



Si hubo entrega de mercados y ayudas, pero como te decía, eso no era suficiente ni continuos, había una entrega y la siguiente era quién sabe cuándo, por eso nosotras como movimiento nos organizamos, no para hacer el trabajo del Estado porque lo teníamos claro, pero sí para ayudar a la comunidad. Las ayudas del Estado no eran suficientes ni organizadas. La gente de eso no vivió. El quédate en casa no fue posible. (Leidy Perneth, 2021)¹²

Un ejemplo de esto es la situación ocurrida en marzo, cuando por redes sociales se esparció un rumor sobre la entrega de ayudas por parte del Estado a poblaciones vulnerables de cara al confinamiento que se avecinaba, lo que dio lugar a que centenares de personas se aglomerasen en las alcaldías de distintos municipios del país buscando ser beneficiarios de estas ayudas. El periódico el Espectador registró: [...] a pocas horas del inicio del aislamiento nacional, llegaron los desórdenes y las aglomeraciones de vendedores informales, artistas callejeros, ancianos, trabajadoras sexuales, habitantes de calle, migrantes, recicladores y otras poblaciones de riesgo, en varias ciudades, ya que no tienen claro cómo y quién los atenderá en esta temporada (El Espectador, 2020).

Si se tiene en cuenta que la población afrocolombiana tiene una presencia significativa en segmentos de la economía informal o en aquellos que hacen parte de la economía formal pero que se han visto seriamente afectados por la pandemia (sector servicios, turismo, cultura), es posible suponer que este grupo poblacional ha sufrido de manera diferencial el impacto de la crisis sanitaria, que ha afectado sus ingresos y calidad de vida.

Las personas afrocolombianas no son las empresarias que recopilan capital de la economía turística. Pero si es objeto de la economía capital, porque la gente que viene a consumir consume gente negra, los cuerpos negros, la cultura, que hasta lo ven como piezas de museo, porque esos cuerpos sí contribuyen a la acumulación de capital porque se vende y se exporta en las imágenes, pero no son las que obtienen de eso o acumulan de eso. (Leidy Perneth, 2021)¹³

Ahora bien, las medidas de restricción a la movilidad que se implementaron al inicio de la emergencia sanitaria no se implementaron con su misma eficacia a lo largo del tiempo, puesto que muchas personas, en especial aquellas que dependían de la economía informal, terminaron por desobedecerlas ante la gravedad de su situación económica, carencia de ingresos y pobreza generalizada. En este sentido, en relación con la situación vivida en Cartagena, el Universal señaló en uno de sus artículos:

Pero no solo los limpiavidrios de autos han vuelto a las calles. Durante marzo, los semáforos se mantuvieron vacíos y no se registraban actividades en las calles en general.



12 Fragmento de la entrevista a Leidy Perneth, lideresa afrocolombiana de Cartagena.

13 Fragmento de la entrevista a Leidy Perneth, lideresa afrocolombiana de Cartagena.

Pero desde hace un par de semanas, vendedores ambulantes, vendedores en chazas, de tinto, dulces y artículos de toda clase, han vuelto a sus labores informales. Algunas mujeres adultas regresaron con niños a pedir limosnas en los semáforos, arriesgándose al contagio. (El Universal, 2020)

No puede perderse de vista el impacto que la falta de asistencia social efectiva para poblaciones en condiciones de vulnerabilidad debido a la pandemia puede tener en la seguridad pública. Un ejemplo de esto es lo ocurrido en el mes de abril en Bogotá, cuando en hechos confusos dos civiles y dos policías resultaron heridos en medio de un enfrentamiento debido a la insuficiencia de ayudas ofrecidas por la Cruz Roja para población vulnerable (El Espectador, 2020). Así mismo, deben también considerarse las distintas manifestaciones de protesta encabezadas por diferentes grupos poblacionales que buscan soluciones por parte del Estado para su precaria situación económica derivada del impacto de la pandemia (El Espectador, 2020).

En el caso de Cartagena, las medidas de aislamiento preventivo y confinamiento también tuvieron importantes impactos sobre trabajadores formales e informales. Esto se materializó en aspectos como la dificultad para desplazarse hasta los sitios de trabajo, que se volvió más frecuente con ocasión de los toques de queda y medidas de restricción a la movilidad. A esto se suma las restricciones para que las personas que se transportan en moto puedan llevar parrilleros, que complejizaron aún más el desplazamiento hacia el sitio de trabajo de muchas personas en esta ciudad. Lo anterior, pese a los reportes sobre el incumplimiento recurrente de la medida que prohibía andar en moto con parrillero en la ciudad (El Universal, 2020).

En esta ciudad, las medidas de aislamiento han tenido un impacto particularmente grave en materia económica, debido al rol tan relevante que el sector hotelero y turístico. Aproximadamente el 30 % de los empleos de la ciudad estaban relacionados con el sector turístico, el cual fue de los primeros en cerrar debido a las medidas de cuarentena, afectando a casi 4000 establecimientos catalogados en el registro nacional de turismo. Según lo señaló El Universal (2020): el 100 % de las agencias de viajes están cerradas con cancelaciones por lo restante del año 2020 y en cuanto hoteles, el 92 % están cerrados. El 100 % de las rutas aéreas suspendieron su operación y dejaron de recibir más de 76.400 visitantes de 42 recaladas que no finalizaron la temporada.

Debe tenerse en cuenta que el descenso en el turismo no solo impactó a los sectores de hoteles, restaurantes, bares y transporte, sino que se extiende también a amplios sectores de la economía informal o precarizada (El Universal, 2020), como las personas que se dedicaban a actividades culturales, a la atención de los turistas en las playas (las cuales cerraron debido al aislamiento), la venta de artesanías, como las personas de la Boquilla:

La pandemia por COVID-19 tuvo un impacto totalmente negativo en el turismo, pero no hubo ni siquiera una ayuda a ese problema. Como: «bueno, vamos a cerrarle las playas que son su sustento, pero vamos a ayudarlo para que el impacto no sea tan fuerte». Eso no sucedió. (Yoel Londoño, 2021)¹⁴

A su vez, la pérdida del empleo y las dificultades económicas han llevado a que muchas personas en esta ciudad deban acudir a la realización de actividades informales y mal remuneradas como los servicios de domicilios o las ventas ambulantes. Si bien no existen datos oficiales que indiquen la distribución étnico-racial de las personas que han incrementado los datos de la informalidad laboral en ciudades como Cartagena, debe tenerse en cuenta que la fragilidad económica de la población afrodescendiente hace previsible que este grupo se vea más expuesto a recurrir a la transición hacia este tipo de trabajos para garantizar su subsistencia (El Universal, 2020), como lo expresa una de las personas entrevistadas:

«Nosotras hicimos un encuentro en junio, y una mujer que vivía del comercio vendiendo frutas se unió a otras mujeres, y ellas lo que hicieron fue transitar a otra actividad, estaban vendiendo comidas los fines de semanas en los barrios». (Leidy Perneth, 2021)¹⁵

Así mismo, otro tipo de empleos que históricamente se han asociado a personas afrodescendientes también se han visto afectados de manera grave por la pandemia. Este es el caso del trabajo doméstico, en relación con el cual se redujo hasta en dos terceras partes con ocasión de la pandemia (El Universal, 2020). Esto, además de ser una consecuencia de la situación económica por la pandemia, se percibe por la comunidad como una medida racista y clasista, por percibir a las personas de la periferia, barriales y negras como agentes de contagio:

En el caso de despido, conocí trabajadoras domésticas que fueron despedidas, y no solo se presenta como un asunto económico, sino racista y clasista, porque veían a las mujeres negras como un agente contagioso, porque tienen una lectura racista de lo barrial que podía llevarle el virus, cuando este virus llegó desde el privilegio, desde la gente que podía viajar. Pero, había esa lectura, esa cosa de la higienización, siempre ha implicado leer a las personas negras como cuerpos contaminados. Entonces muchas mujeres negras, pues lo que me contaban, fueron despedidas. (Leidy Perneth, 2021)¹⁶



14 Fragmento de la entrevista a Yoel Londoño, líder afrocolombiano de La Boquilla.

15 Fragmento de la entrevista a Leidy Perneth, lideresa afrocolombiana de Cartagena.

16 Fragmento de entrevista a Leidy Perneth, lideresa afrocolombiana de Cartagena.

1.5 Vivienda y acceso a servicios públicos

En esta coyuntura, la importancia de la vivienda como un derecho humano fundamental se hizo más notable. La vivienda se convirtió en la defensa de primera línea contra el coronavirus. Sin una vivienda adecuada, resulta imposible llevar a cabo el distanciamiento social y las buenas prácticas de higiene (ONU-Habitat, 2020).

Las estadísticas muestran que en Colombia los territorios afrocolombianos versus no étnicos presentan diferencias en relación con el porcentaje de personas que habitan en viviendas inadecuadas. En el 2012, el 21.3 % de la población afrocolombiana residía bajo condiciones inapropiadas para el alojamiento humano, versus 19.3 % en población no étnica. Para el 2018, la brecha incrementó entre grupos, lo que significó que mientras más personas sin etnicidad tenían mejores condiciones de vivienda, este cambio fue lento para las personas afrocolombianas (ver Tabla 8).

Tabla 8. Diferencia de medias viviendas inadecuadas.

	Población no étnica (Promedio)	Población afrocolombiana (Promedio)	Diferencia	t-value	p-value
2012	19.3	21.3	-2	-8	.5
2018	7.9	11.4	-3.6	-2.6	0

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En relación con las ciudades de interés, Cartagena fue la ciudad con la mayor proporción de hogares habitando en viviendas inadecuadas, tanto en el 2012 como en el 2018. Seguido por Quibdó, mientras que, en Bogotá, la proporción de hogares con esta privación económica ni siquiera alcanzó el 0.5 % en el 2018, versus un 1.9 % para Quibdó y 4.9 % para Cartagena.

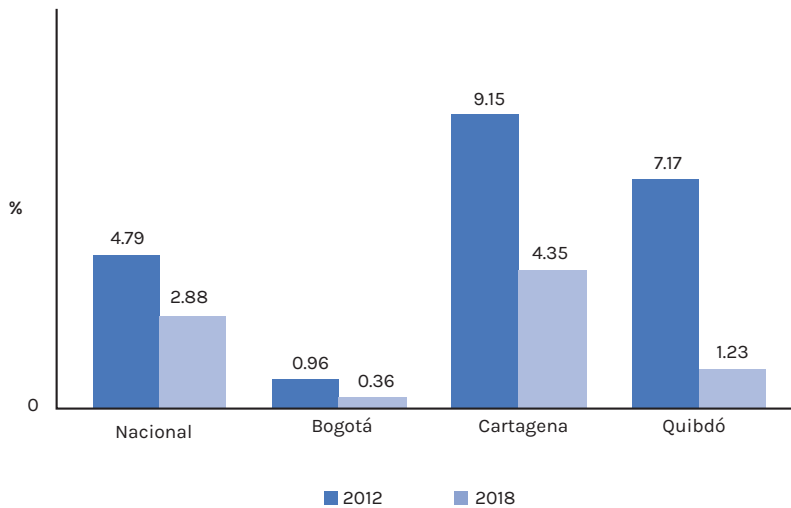
Tabla 9. Estadísticas descriptivas viviendas inadecuadas.

Vivienda	Cabecera			Resto			Total		
	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia
Quibdó	7.2	1.2	6	10.9	8	2.9	7.5	1.9	5.6
Bogotá	1	0.4	0.6	6.1	3.1	3	1	0.4	0.6
Cartagena	9.2	4.3	4.9	12.1	10.1	2	9.3	4.9	4.4
Nacional	10.8	6.1	4.7	26.4	9.9	16.5	21.1	8.2	12.9

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

Por las Gráficas 11 y 12 se observan diferencias importantes entre la zona urbana y rural. La primera es que en la zona rural se presentó la proporción más alta de hogares vulnerables en relación con las características de las viviendas inapropiadas para el alojamiento humano. Por ejemplo, a nivel nacional, mientras el 28.24 % de los hogares rurales vivían en viviendas inadecuadas, esta participación fue de 4.79 % en la zona urbana.

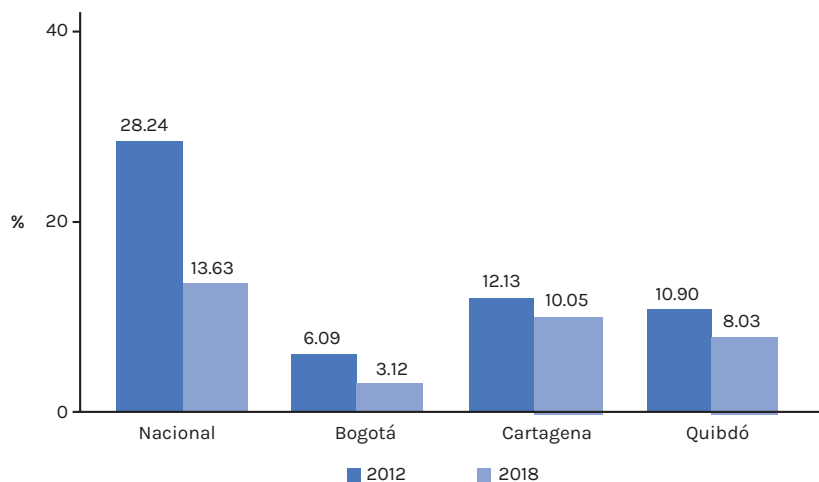
Gráfica 11. Hogares con viviendas inadecuadas.



Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En el 2018, a nivel nacional mientras el 13.63 % de los hogares en la zona rural tenían viviendas inapropiadas esta proporción fue del 2.88 % en la zona urbana. Para el mismo año, entre las ciudades de interés, Cartagena mostró las condiciones más altas de vulnerabilidad tanto para la zona rural como urbana seguido por la ciudad de Quibdó. Los resultados contrastan significativamente con la baja proporción de hogares que enfrentan esta privación en Bogotá.

Gráfica 12. Hogares con viviendas inadecuadas 2012 y 2018.



Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

Sobre este indicador es posible concluir que en territorios con alta densidad de población afrocolombiana existe una proporción importante de personas con carencias en su alojamiento, lo cual constituye una medida de desprotección frente al virus COVID-19, en la medida que limita la limpieza de las superficies y las condiciones mínimas de bioseguridad al interior de los hogares. La ciudad con mayor limitación a este respecto es Cartagena, seguida por Quibdó, mientras que Bogotá y el promedio nacional tienen mejores condiciones de vida.

En relación con los servicios que aseguren condiciones vitales y sanitarias mínimas también se presentaron brechas importantes entre grupos y zonas. Teniendo presente que, entre las medidas de protección para evitar infecciones y posibles contagios, es fundamental el lavado constante de manos, el acceso a servicios básicos es imprescindible. Incluso, las medidas de bioseguridad recalcan que el uso del gel antibacteriano no cumple su función en las manos sucias. De acuerdo con ONU-Habitat (2020) a menudo en condiciones de hacinamiento, sin acceso al agua y al saneamiento, dichas personas u hogares se hacen más vulnerables a contraer el virus, ya que a menudo sufren múltiples problemas de salud.

No obstante, para la población afrocolombiana, las condiciones más críticas de necesidades básicas insatisfechas se advierten en los indicadores de servicios inadecuados. En el 2012, el 44.5 % de los hogares con población afrocolombiana no tenía acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas, como sanitarios y acueducto y en consecuencia se aprovisionan de agua de río, nacimiento, carrotanque o de lluvia. Aunque este porcentaje se redujo para el 2018, la reducción no fue tan importante en la medida que el 33.6 % de las personas afrocolombianas aún no cuentan con el acceso a dicho servicio. Esto difiere a lo encontrado en las poblaciones sin etnicidad, donde para el 2018 solo el 4.7 % de los mismos tuvo carencia relacionada con servicios inadecuados (ver Tabla 10).

Tabla 10. Diferencia de media servicios inadecuados.

	Población no étnica (Promedio)	Población afrocolombiana (Promedio)	Diferencia	t-value	p-value
2012	12.2	44.5	-32.3	-13.5	0
2018	4.7	33.6	-28.9	-21.2	0

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En la Tabla 11 se presentan los resultados para tres ciudades y a nivel nacional. Quibdó posee las mayores condiciones de vulnerabilidad. En el 2012 el 89.9 % de sus hogares no tenían acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas, versus 0.6 % de los hogares en Bogotá y 8.7 % en Cartagena. Es decir, la mayoría de las personas que residían en la ciudad de Quibdó en el 2012 no contaban con las condiciones mínimas de saneamiento básico.

Para el 2018, el 69.7 % de los hogares de Quibdó seguían careciendo de acceso a servicios adecuados, versus 0.1 % en Bogotá y 1 % en Cartagena. Esto sugiere que Quibdó tiene una baja capacidad de enfrentar el COVID-19, en la medida que las condiciones de higiene para la mayoría de su población se ven limitadas dadas las carencias en servicios de acueducto y alcantarillado que aseguren agua limpia y potable.

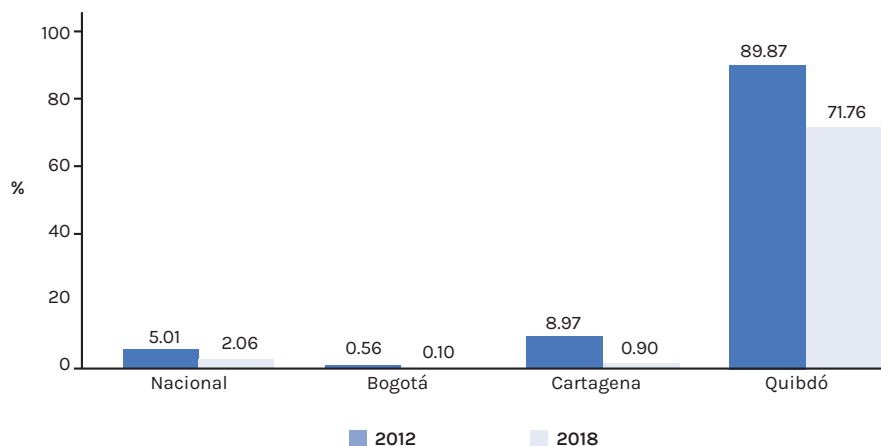
Tabla 11. Estadísticas descriptivas servicios inadecuados.

Servicios	Cabecera			Resto			Total		
	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia
Quibdó	89.9	71.8	18.1	70.3	51.8	18.5	88.2	69.7	18.5
Bogotá	0.6	0.1	0.5	5.4	0.3	5.1	0.6	0.1	0.5
Cartagena	9	0.9	8.1	4.5	1.8	2.7	8.7	1	7.7
Nacional	10.7	5.5	5.2	16.7	8.4	8.3	15.6	7.6	8

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En la Gráfica 13 y 14 se observan las tendencias en la condición de las cabeceras y las del resto. Para la cabecera, donde el indicador comprende las viviendas sin sanitario o que careciendo de acueducto se provean de agua de río, nacimiento, carrotanque o de la lluvia, se muestra que en el 2018 el 71.76 % de los hogares de Quibdó presentaron esta condición, versus 0.90 en Cartagena y 0.10 en Bogotá.

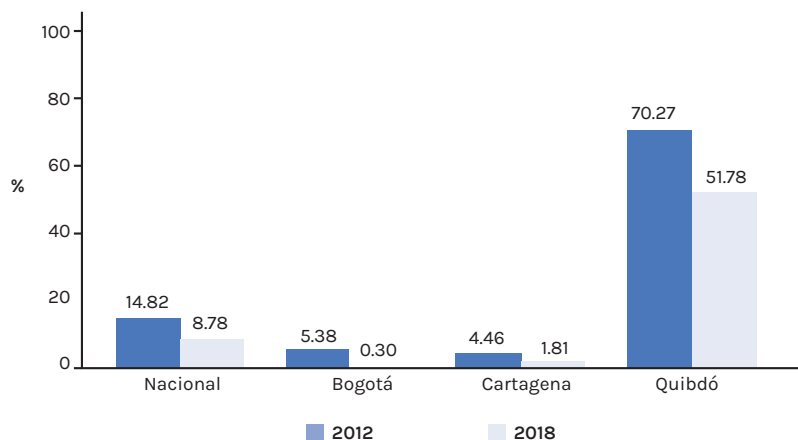
Gráfica 13. Hogares con servicios inadecuados.



Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En el resto, dadas las condiciones del medio rural, se incluyen las viviendas que carezcan de sanitario y acueducto y que se aprovisionen de agua en río, nacimiento o de la lluvia. En el 2018, las privaciones más altas se presentaron para los hogares de Quibdó, con una participación del 51.78 %, lo cual contrasta con 0.30 % en Bogotá y 1.81 % en Cartagena.

Gráfica 14. Hogares con servicios inadecuados.



Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

Teniendo presente que la propagación del virus está relacionada con el poco lavado de manos y poco acceso a agua potable, las personas afrocolombianas y que habitan en

ciudades como Quibdó enfrentan importantes riesgos. A su vez, al tener en cuenta que el abastecimiento inadecuado de agua y saneamiento deficiente conduce a enfermedades agudas en la infancia como la diarrea, la mortalidad infantil y el retraso en el crecimiento, hay múltiples privaciones que se ven agudizadas frente la pandemia.

En relación con el indicador de hacinamiento crítico, se destaca que el distanciamiento entre personas es necesario para evitar la propagación y la difusión del COVID-19. Las medidas de bioseguridad recomiendan que es indispensable poco contacto. Además, en caso de presentarse alguna infección dentro de uno de los miembros del hogar es indispensable que esta persona pueda estar aislada en una habitación con reducido contacto. Situación que no puede ponerse en práctica en los hogares con hacinamiento. Asimismo, las personas sin hogar o en situación de hacinamiento a menudo ya experimentan problemas respiratorios graves como neumonía o asma que pueden ser agravados por COVID-19 (ONU-Habitat, 2020; Richmond, 2020).

En la Tabla 12 se observa que en Colombia los territorios afrocolombianos versus no étnicos presentan diferencias estadísticamente significativas en relación con el porcentaje de personas que habitan en hacinamiento. En el 2012, el 20.3 % y el 16.3 % de población afrocolombiana y no étnica respectivamente tenían esta carencia, la cual disminuyó dentro de cada grupo para el 2018, con una proporción de 6.9 % para territorios afrocolombianos y 5.2 % en territorios no étnicos.

Tabla 12. Diferencia de media personas en hacinamiento.

	Población no étnica (Promedio)	Población afrocolombiana (Promedio)	Diferencia	t-value	p-value
2012	16.3	20.3	-4	-2.1	0
2018	5.2	6.9	-1.7	-3.2	0

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En la Tabla 13 se presentan los resultados para tres ciudades y a nivel nacional. En el 2012, Cartagena presentó las mayores condiciones de vulnerabilidad relacionadas con hacinamiento, con una participación del 11.3 % de los hogares seguido por Quibdó con 11.3 %, mientras que en Bogotá esta participación fue solo del 5.3 %. Para el 2018 se presentó una reducción importante, en la medida que solo el 5.5 %, 2.9 % y 1.4 % de los hogares de Quibdó, Cartagena y Bogotá estaban en hacinamiento crítico.

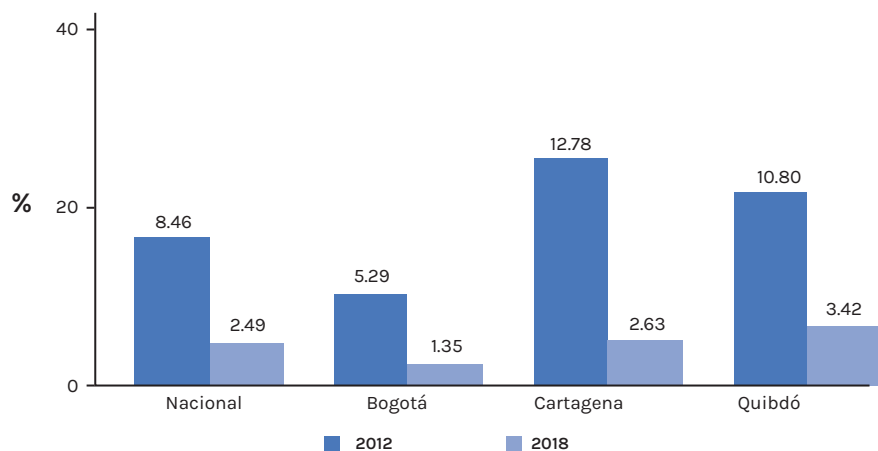
Tabla 13. Estadísticas descriptivas ciudades con hacinamiento.

Hacinamiento	Cabecera			Resto			Total		
	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia
Quibdó	10.8	3.4	7.4	16.7	24	-7.3	11.3	5.5	5.8
Bogotá	5.3	1.4	3.9	12.9	4.6	8.3	5.3	1.4	3.9
Cartagena	12.8	2.6	10.2	10.8	4.9	5.9	12.7	2.9	9.8
Nacional	13.5	3.5	10	19.7	7.6	12.1	17.8	6	11.8

Fuente: Construcción propia con base información DANE 2012 y 2018.

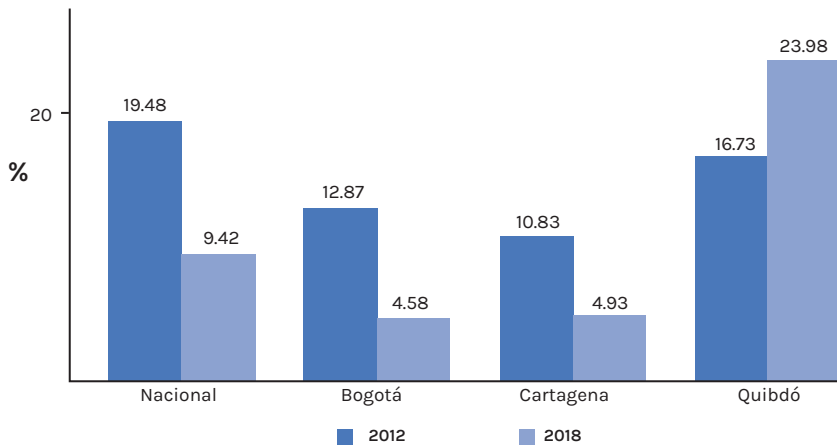
En las Gráficas 15 y 16 se evidencian diferencias entre zonas y ciudades. A nivel urbano, y dentro de las ciudades seleccionadas en el 2012, Cartagena fue la ciudad con el mayor hacinamiento crítico, esta situación cambió para 2018 donde Quibdó fue la principal con una participación del 3.4 % de los hogares.

Gráfica 15. Hogares con hacinamiento crítico.



Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En relación con la zona rural, se resalta la mayor proporción de hogares en hacinamiento crítico en la zona rural de Quibdó en comparación de la zona urbana. Incluso, mientras en todos los hogares el número de tres o más personas por cuarto disminuye de 2012 a 2018, en Quibdó se presentó un incremento, pasando de 16.73 % en 2012 a 23.98 % en 2018.

Gráfica 16. Hogares con hacinamiento crítico.

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

Se concluye que, en términos de hacinamiento, los hogares de territorios con alta densidad de población afrocolombiana, en promedio, tienen condiciones críticas dado que tres o más personas duermen en un mismo cuarto. Esta situación constituye una medida de desprotección frente al virus COVID-19, en la medida que implica un contacto permanente. La ciudad con mayor limitación a este respecto es Cartagena, seguida por Quibdó, mientras que Bogotá y el promedio nacional tienen mejores condiciones de vida.

Por otra parte, los indicadores sobre dependencia económica también muestran altas vulnerabilidades entre grupos. Este es un indicador indirecto sobre los niveles de ingresos y se clasifican aquí: las viviendas en las cuales haya más de tres personas por miembro ocupado y el jefe tenga, como máximo, dos años de educación primaria aprobados (DANE, 2003). Este tipo de vulnerabilidad es muy importante analizar, porque justo los hogares con mayor dependencia económica son los que están altamente asociados con mayor deserción y trabajo infantil. Condiciones que se agudizan durante la crisis y generan pérdida de bienestar a largo plazo.

En la Tabla 14 se observa que en Colombia los territorios afrocolombianos versus no étnicos presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la dependencia escolar. En el 2012, el 24.6 % y el 20 % de población afrocolombiana y no étnica respectivamente tenían esta carencia, la cual disminuyó dentro de cada grupo para el 2018, con una proporción de 11.2 % para territorios afrocolombianas y 6.9 % en territorios no étnicos.

Tabla 14. Diferencia de media hogares con dependencia económica.

	Población no étnica (Promedio)	Población afrocolombiana (Promedio)	Diferencia	t-value	p-value
2012	20	24.6	-4.6	-2.5***	0
2018	6.9	11.2	-4.3	-8.2***	0

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

En la Tabla 15 se presentan los resultados para tres ciudades y a nivel nacional. En el 2012, Quibdó presentó la tasa más alta de dependencia con una proporción de 17.2 % de hogares en dicha situación, seguido por 6 % en Cartagena y 2.5 % en Bogotá.

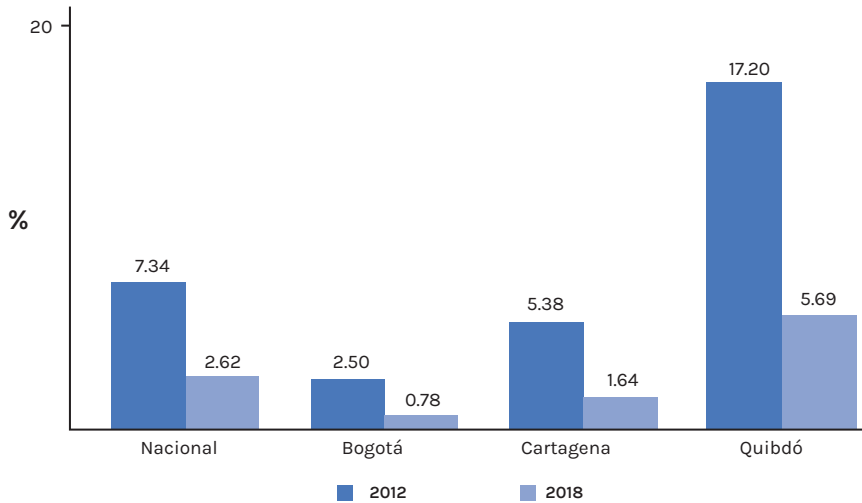
Tabla 15. Estadísticas descriptivas hogares con dependencia económica.

Dependencia	Cabecera			Resto			Total		
	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia
Quibdó	17.2	5.7	11.5	17.4	14.2	3.2	17.2	6.6	10.6
Bogotá	2.5	0.8	1.7	9.4	3.7	5.7	2.5	0.8	1.7
Cartagena	5.4	1.6	3.8	15.9	5.8	10.1	6	2	4
Nacional	15.1	4.8	10.3	24.6	9.6	15	21.4	7.6	13.8

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

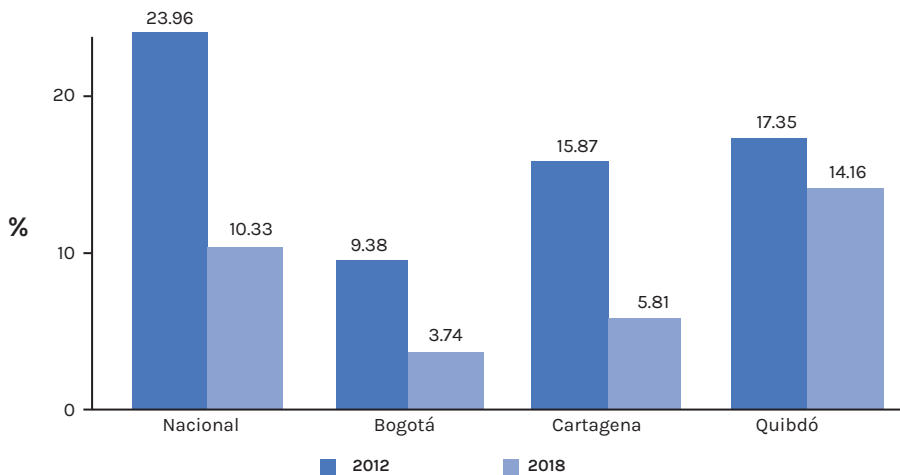
Para el 2018 se presentó una reducción en todas las ciudades, aunque en Quibdó esta proporción siguió siendo alta, con una participación del 6.6 % mientras que en Bogotá fue solo del 0.8 %.

En la Gráfica 17 se exponen los resultados para el contexto urbano. Quibdó fue la ciudad con mayor dependencia económica en cualquier periodo analizado, con una proporción de hogares superior al promedio nacional. Asimismo, Cartagena mostró niveles altos de vulnerabilidad en la medida que 1.64 % de sus hogares estuvo en dicha condición en el 2018, versus solo 0.78 % en Bogotá.

Gráfica 17. Hogares con alta dependencia económica.

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

Para el área rural, se observó que la disminución de hogares con alta dependencia económica fue más pronunciada a nivel nacional o en ciudades como Bogotá y Cartagena entre el periodo 2012-2018. Específicamente, entre 2012 y 2018 la proporción de hogares con dependencia económica disminuyó en Bogotá y a nivel nacional en 5.7 y 15 puntos porcentuales respectivamente, mientras que para Quibdó la disminución fue solo de 3.2 puntos porcentuales.

Gráfica 18. Hogares con alta dependencia económica.

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

Esta situación antes del choque revela condiciones estructurales de pobreza alta, que posiblemente se incrementan en presencia del COVID-19, sugiriendo, por tanto, círculos de pobreza y ampliación de las brechas sociales. Debe tenerse en cuenta, además, el problema de la pérdida de vivienda como consecuencia de la pandemia y las condiciones económicas adversas que esta trajo consigo. Quizá uno de los ejemplos más claros de esto ocurrió en Bogotá, donde dos adultos mayores y un menor de edad que vivían en una vivienda arrendada fueron expulsados ante la imposibilidad de hacer los pagos correspondientes al canon (El Espectador, 2020). Si bien las personas en cuestión no eran afrocolombianas, debe considerarse que, como se ha señalado, las condiciones más desfavorables que enfrenta este grupo poblacional pueden dar lugar a que estas tengan un mayor riesgo de terminar en situación de calle por efecto de la pandemia. Igualmente, debe considerarse el problema del subregistro de la población en situación de habitabilidad en calle, como lo señaló el Espectador en relación con la ciudad de Bogotá:

Pese a que se creía que en su mayoría serían cerca de 9.500 habitantes de calle censados en Bogotá, la realidad demostró otra cosa y dejó en evidencia el subregistro. Además, mostró la situación de las familias más vulnerables, que viven de trabajos informales y no pueden seguir pagando arriendos; las condiciones de las trabajadoras sexuales, de los migrantes, los indígenas y los desplazados, que viven en pagadarios. (El Espectador, 2020)

La situación de precariedad económica y de ausencia de vivienda digna de la población afrodescendiente puede evidenciarse en situaciones como la ocurrida en Bogotá en el mes de julio de 2020, cuando se reportó que casi mil personas se manifestaron en la Plaza de Bolívar para pedir ayudas por parte de la administración distrital para pagar arriendos y poder subsistir en la capital, debido a que la pandemia endureció sus condiciones de vida en Bogotá, ciudad a la que muchos llegaron en situación de desplazamiento forzado desde otras zonas del país (El Espectador, 2020). De acuerdo con los manifestantes, la pandemia llevó a que muchas familias fueran sacadas de sus viviendas y terminaran en la calle o elaborando carpas improvisadas para tener donde pasar la noche.

En contraste, ciudades como Cartagena, una medida positiva que surgió como parte de la respuesta a la pandemia fue la orden de reconexión del servicio de acueducto a 8000 y 11000 familias a quienes se les había suspendido por falta de pago, según lo ordenó el gobierno nacional. Esta medida se vio aparejada por el congelamiento de los incrementos de las tarifas de acueducto (El Universal, 2020), sin embargo, las garantías de vivienda digna, alimentación, acceso a la conectividad conexas a la educación y al trabajo evitaron que la mayoría de familias cartageneras contaran con los medios suficientes para cumplir con las medidas administrativas y evitar el contagio, tal como es relatado a continuación:



Tener garantías de servicios públicos, de arriendo, tener garantías de mecanismos de comunicación para la virtualidad para que los jóvenes y niños puedan estudiar y las personas trabajar, es en verdad garantizarle a la gente que vive del trabajo informal los mínimos para que realmente pudieran quedarse en casa y eso no se hizo y se le criminalizó, eso pasó en Cartagena y fue nefasto. (Leidy Perneth, 2021)¹⁷

El ordenamiento jurídico colombiano incluye el derecho a la vivienda como uno de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en la Constitución Nacional, específicamente en el artículo 51, el cual establece que todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda. (1991, art. 51). De igual forma, el artículo 64 señala que «es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de vivienda» (1991, art. 64).

Teniendo en cuenta este derecho fundamental, la Corte Constitucional ha precisado que, para el acceso a la vivienda, el Estado debe «favorecer la necesidad del servicio en los sectores inferiores y medios de la sociedad, donde aparece detectado un déficit del servicio» (Corte Constitucional, 1995). Tal como establece la Corte, el goce del derecho a la vivienda exige que esta sea digna, y que cuente con los servicios necesarios para hacerlas habitables.

En esta línea, conforme con el derecho fundamental de la igualdad, la aplicación de los derechos de carácter económico, social y cultural no puede aplicarse en ninguna circunstancia de manera discriminatoria. Los avances que se realicen en la protección y garantía del derecho a la vivienda deben hacerse sin discriminación alguna, incluida la discriminación por motivos étnico-raciales (Convención Americana de Derechos Humanos, art. 26).

Como consecuencia, la Corte Constitucional establece que el Estado está en la obligación de invertir la mayor cantidad posible de recursos en crear los estándares necesarios para el pleno goce de este derecho fundamental. Así, la obligación de no discriminar en la protección y garantía progresivas del derecho a la vivienda es una obligación de inmediato cumplimiento a la que está sujeto el Estado colombiano (Corte Constitucional, 1995).

En este orden de ideas, es deber del Estado promover acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vivienda de la población afrocolombiana, particularmente en el contexto de la pandemia, debido a la forma en la que la falta de servicios públicos y de una vivienda digna puede incrementar el riesgo frente a la pandemia.



17 Fragmento de la entrevista a Leidy Perneth, lideresa afrocolombiana de Cartagena.

1.6 Condiciones educativas.

El derecho a la educación se encuentra consagrado en la Constitución Política de Colombia en el artículo 67, donde establece que «la educación es un derecho de la persona, un servicio público que tiene una función social; con ella busca el acceso al conocimiento, la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura». A este respecto, corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo (Constitución Política, 1991, art. 67).

La Corte Constitucional ha interpretado la norma y afirma que la educación «es una de las esferas de la cultura y es el medio para obtener el conocimiento y lograr el desarrollo y perfeccionamiento del hombre», y confirma el carácter fundamental del derecho a la educación (Corte Constitucional, 1992). Así también, la educación, además realiza el valor y principio material de la igualdad que se encuentra consignado en el Preámbulo y en los artículos 5 y 13 de la Constitución; puesto que en la medida en que la persona tenga igualdad de posibilidades educativas, tendrá igualdad de oportunidades en la vida para efectos de su realización como persona. (Corte Constitucional, 1992). De modo que el derecho fundamental a la educación es uno de los medios imprescindibles para alcanzar la igualdad y debe por tanto estar exento de toda discriminación, en particular de cualquier discriminación por motivos raciales.

Al respecto, el Estado colombiano tiene el deber de garantizar que la educación se adapte a las necesidades de los educandos, de la sociedad y de la comunidad. En el desarrollo de esta obligación, es deber del Estado implementar las medidas concretas que garanticen la permanencia de las niñas y niños afrocolombianos en el sistema educativo y la eliminación de toda forma de discriminación que amenace su adaptación (ONU, 2004).

Además, el Estado colombiano debe garantizar la enseñanza primaria, secundaria, técnica y profesional, así como la enseñanza superior, asequible y generalizada para la población afrodescendiente. Para los niveles educativos diferentes de la educación básica, el Estado deberá adoptar medidas para garantizar de manera progresiva la gratuidad de los mismos (Protocolo de San Salvador, 1988, art. 3 y 13.3b y c).

Pese a las anteriores declaraciones normativas, también es notable el rezago de la población afrocolombiana en materia de condiciones educativas. Mientras que las personas sin pertenencia étnica tienen, en promedio, 15 años de educación, la población afrocolombiana ha estudiado un año menos. Dicha brecha puede terminar significando menor acceso al mercado laboral, así como condiciones laborales de desventaja. Lo mismo se refleja con el alfabetismo, pues se evidencia que hay una diferencia de 4 puntos en el porcentaje de población alfabetizada, dejando en desventaja a la población afrocolombiana.

Tabla 16. Diferencia de medias condiciones educativas.

	Total	AFROCOLOMBIANA	Sin Pertenencia	
Variable	(1)	(2)	(3)	(2)-(3)
Años de educación	15.348	14.615	15.404	-0.770***
	(10.257)	(10.531)	(10.230)	(0.006)
Alfabeta	0.944	0.908	0.947	-0.040***
	(0.229)	(0.289)	(0.223)	(0.000)
Asistencia IE	0.280	0.330	0.276	0.053***
	(0.449)	(0.470)	(0.447)	(0.000)
N	41.958.572	2.974.838	38.459.411	

Fuente: Elaboración propia con información del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018–Dane.

De otro lado, los afrocolombianos tienen la ventaja solo en términos de asistencia a alguna institución educativa. En el año 2018, la asistencia de personas afrocolombianas a instituciones educativas fue mayor que la de personas sin pertenencia étnica. Sin embargo, la situación cambió durante la pandemia, tal como se observa en el apartado siguiente.

En relación con la inasistencia escolar esta situación es preocupante por varias razones: la primera tiene que ver con el hecho de que antes del choque la población infantil tenía niveles altos de inasistencia escolar que disminuyen las posibilidades a futuro de empleos formales, ingresos altos. A su vez, durante el COVID-19 incrementaron las tasas de deserción lo cual tienen efectos importantes en mayor pobreza, movilidad negativa y bajos salarios. En la Tabla 17 se observa que en Colombia los territorios afrocolombianos versus no étnicos presentan diferencias estadísticamente significativas en relación con el porcentaje de niños y niñas que no están estudiando. En el 2012, el 12.1 % y el 6.2 % de población afrocolombiana y no étnica, respectivamente, tenían esta carencia, la cual disminuyó dentro de cada grupo para el 2018, con una proporción de 3.7 % para territorios afrocolombianos y 1.9 % en territorios no étnicos.

Tabla 17. Diferencia de media inasistencia escolar.

	Población no étnica (Promedio)	Población afrocolombiana (Promedio)	Diferencia	t-value	p-value
2012	6.2	12.1	-5.9	-3.3***	0
2018	1.9	3.7	-1.8	-9.3***	0

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

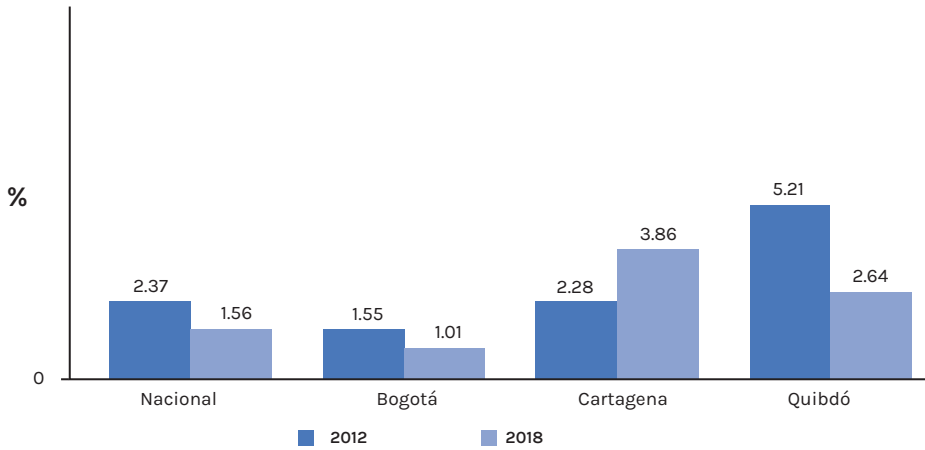
En la Tabla 18 se describen los resultados para tres ciudades y a nivel nacional. En el 2012, Quibdó presentó una tasa más de inasistencia escolar, aunque estuvo por debajo del promedio nacional, seguido por Cartagena donde el 2.3 % de los hogares presentaron inasistencia escolar en la población infantil, mientras que en Bogotá esta proporción fue menor al 2 %. Para el 2018 se presentó una reducción en Bogotá y Quibdó, a diferencia de Cartagena donde hubo un incremento de la inasistencia escolar pasando de 2.3 % en 2012 a 3.8 % en 2018. Esta situación antes del choque revela condiciones estructurales de pobreza alta, que posiblemente incrementan en presencia del COVID-19, sugiriendo, por tanto, condiciones de inequidad que se profundizan.

Tabla 18. Estadísticas descriptivas inasistencia escolar.

Inasistencia	Cabecera			Resto			Total		
	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia	2012	2018	Diferencia
Quibdó	5.2	2.6	2.6	10.4	7.4	3	5.6	3.1	2.5
Bogotá	1.6	1	0.6	4.8	1	3.8	1.6	1	0.6
Cartagena	2.3	3.9	-1.6	1.9	2.8	-0.9	2.3	3.8	-1.5
Nacional	4.1	1.2	2.9	8.8	2.8	6	7.6	2.2	5.4

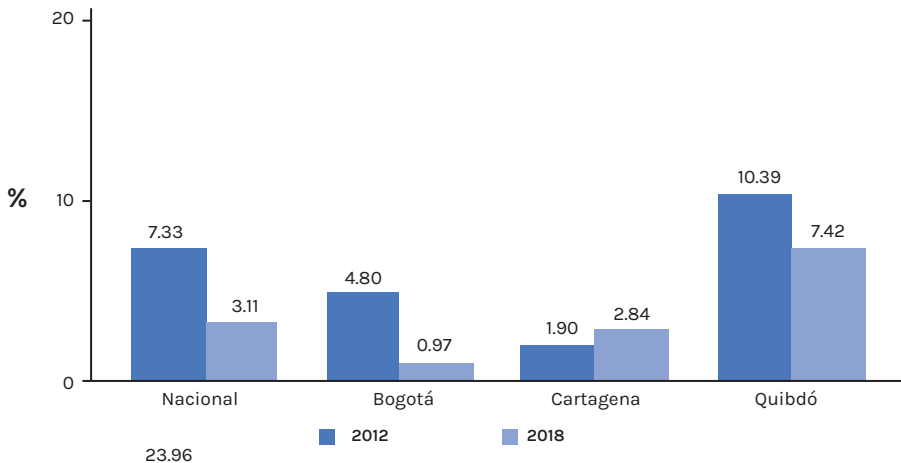
Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

Mediante las Gráficas 19 y 20 se evidencian diferencias entre zonas y ciudades, además de dos tendencias importantes. A nivel urbano, en el 2012, Quibdó presentó una proporción de hogares con inasistencia escolar por encima del promedio nacional. Eso significa que en dicha ciudad las condiciones de vulnerabilidad son altas, mientras que ciudades como Bogotá se ubican muy por debajo del promedio, solo el 1.6 % de los hogares presentó inasistencia escolar.

Gráfica 19. Hogares con inasistencia escolar.

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

Por otro lado, se resalta que en Cartagena la inasistencia escolar aumentó tanto en la zona urbana como rural en el periodo 2012 a 2018. Además, solo Bogotá logró una reducción importante de esta carencia, pasando de 4.8 % de hogares bajo dicha vulnerabilidad en el 2012 a 1 % en el 2018. A diferencia de Quibdó que para ese mismo año siguió presentando una alta proporción de hogares (7.4 %) en dicha condición.

Gráfica 20. Hogares con inasistencia escolar.

Fuente: Construcción propia con base en información DANE 2012 y 2018.

La pandemia del COVID-19 implicó que una parte importante de la población aumentara su uso de Internet, sin embargo, esto debió ser un limitante para las personas

afrocolombianas; pues, los municipios con mayor población afrocolombiana tienen, en promedio, una menor tasa de cobertura de este servicio y una diferencia significativa de 5.22 puntos menos con respecto al resto de municipios del país.

Tabla 19. Diferencia de medias conectividad municipal.

	Total	AFROCOLOMBIANA	Otros	
Variable	(1)	(2)	(3)	(2)-(3)
Cobertura de Internet	12.426	7.409	12.630	-5.221**
	(14.360)	(8.406)	(14.517)	(2.229)
N	1.101	43	1.058	

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018–DANE.

Mientras que en Bogotá la conectividad es de 75.52 %, en Cartagena la cobertura de internet es tan solo de 43.19 %; y es aún menor en Quibdó, donde la cifra es de 31.25 %. Sin embargo, los tres municipios están por encima del promedio nacional que llega a ser tan solo de 12.43 %, aproximadamente. Esta situación lleva a la obstaculización del acceso a derechos fundamentales como la educación, la justicia, la salud, entre otros importantes, los cuales tienen como consecuencia el abandono de estudios básicos y el aumento de la brecha de inequidad:

Con el tema de la universidad, nosotros no teníamos internet y cuando inició la pandemia pensaba qué iba a hacer, porque no tenía recursos, y muchos de mis compañeros también tuvieron que aplazar el semestre o buscar recursos de donde no tenían para pagar el internet, y no hubo respaldo, sino que cada quien se defienda como pueda. Sigue siendo difícil porque no sabemos cuándo vaya a terminar esto y las cosas no han sido como se suponen que deben ser. (Andrea Rodríguez, 2021)¹⁸

En este orden de ideas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas ha advertido sobre la necesidad de prestar atención a ciertos aspectos que pueden agravar la situación de la población afrodescendiente en América Latina de cara a la pandemia en el campo de la educación. Esta institución enfatizó la necesidad y las dificultades que estas poblaciones enfrentan en materia de servicios de electricidad, conectividad a internet, infraestructura y acceso a tecnologías de la información y las comunicaciones. Igualmente, ha llamado la atención sobre el efecto que el cierre de las escuelas puede tener sobre la alimentación escolar de los niños, niñas y adolescentes afrodescendientes, cuya alimentación puede, en muchos casos, depender de su continuidad educativa. Si bien, en parte, el problema que



18 Fragmento de la entrevista a Andrea Rodríguez, mujer afrocolombiana de Cartagena.

representaba la educación remota para efectos de recibir alimentación escolar fue solventado a través de la entrega de porciones alimentarias, paquetes alimenticios y similares, debe también tenerse en cuenta el impacto que la deserción escolar puede tener en el largo plazo sobre la alimentación de la población afrodescendiente en edad escolar.

1.7 Libertad de locomoción, seguridad y libertad personal

Una parte importante de las medidas acogidas por las autoridades públicas para contener el avance de la pandemia de COVID-19 en Colombia consistieron en medidas de restricción a la libertad de locomoción. A su vez, estas medidas han sido aplicadas, principalmente, por las autoridades de policía y, en menor medida, a través de procedimientos de naturaleza penal. A nuestro juicio, esta situación es problemática porque termina por presentar como un problema de orden público (el desobedecimiento de las medidas de cuarentena y restricciones a la movilidad) algo que es un problema de salud pública (el avance de la pandemia).

El derecho a la libertad de locomoción se encuentra presentado en la Constitución Nacional en el artículo 24, el cual establece que todo colombiano, con las limitaciones que establezca la ley, tiene derecho a circular libremente por el territorio nacional, a entrar y salir de él, y a establecer la obligación de llevar un informe de residencia de los habitantes del territorio nacional, de conformidad con la ley estatutaria que se expida para el efecto.

Tratándose de la libertad de locomoción, la Corte Constitucional en su sentencia SU-257 de 1997, indicó que acorde con el artículo 24 superior relatado inicialmente, dicha libertad «consiste en el derecho que tienen todos los colombianos de circular libremente por el territorio nacional [...]» Dicha prerrogativa no es incondicional, pues es posible establecer limitaciones a su ejercicio, «buscando conciliarla con otros derechos o con los principios rectores de todo el sistema».

Lo anterior, sin que tales restricciones conlleven a la «supresión o el desvanecimiento del derecho fundamental», pues se entiende que no pueden desconocer su núcleo esencial, no siendo posible que el ejercicio de tal libertad sea impracticable, a través de medidas que impidan su ejercicio en su «sustrato mínimo e inviolable». Igualmente, la Corte Constitucional puntualizó que es viable por razones de prevalencia del interés general, establecer reglas que obliguen al individuo y le resten posibilidades de movimiento en el territorio siempre que no se soslayen los principios, valores y derechos constitucionales a través de medidas que impidan su ejercicio en su «sustrato mínimo e inviolable» (Corte Constitucional, 2013).

De acuerdo con datos suministrados por la Fiscalía General de la Nación, en respuesta a un derecho de petición enviado por el equipo de trabajo, entre el 20 de marzo y el 25 de diciembre de 2020, ocurrieron 6.512 procesos por violación a medidas sanitarias, de los cuales el 69.55 % se encontraba en etapa de indagación, el 16.28 % en etapa de juicio,

de epidemia para el periodo señalado, encontrándose ambos activos y en indagación. Ninguno de los indiciados en estos casos fue registrado como afrodescendiente o indígena.

De los datos suministrados por Fiscalía General de la Nación es posible suponer que si bien los tipos penales de violación a medida sanitaria y de propagación de epidemia pudieron haberse empleado como instrumentos de naturaleza penal para contener el avance de la pandemia, no existen datos confiables sobre la distribución étnico-racial de los procesos adelantados por el ente acusador, toda vez que casi la totalidad de los procesos los indiciados aparecen registrados como «sin información» en relación con la variable étnica, lo que crea dudas sobre la confiabilidad de esta información si se toma en cuenta la composición étnico-racial del país, de acuerdo con otros datos oficiales.

Ahora bien, en relación con el uso de la autoridad de policía para verificar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, controles a la movilidad y restricciones a la libertad de locomoción, se tiene que, según datos suministrados por la Policía Metropolitana de Bogotá, del total de 565.574 casos de conductas contrarias al Código Nacional de Convivencia registradas en Bogotá en el año 2020, 235.488 correspondieron a violaciones de medidas administrativas impuestas para combatir la pandemia en dicha ciudad bajo la modalidad de aislamiento preventivo o aislamiento inteligente. En este mismo año, de acuerdo con la policía, un total de 65 personas afrodescendientes recibieron comparendos por incumplir las medidas administrativas de aislamiento preventivo o aislamiento inteligente en Bogotá. Veintidós (22) personas registradas como afrocolombianas recibieron comparendos por violar el toque de queda, mientras que veintitrés (23) los recibieron por no hacer uso del tapabocas obligatorio. Igualmente, de acuerdo con esta institución, cuarenta y tres (43) personas afrodescendientes y siete (7) personas raizales habrían recibido comparendos por incumplir medidas administrativas sectorizadas por aislamiento preventivo o aislamiento inteligente en Bogotá²⁰. Sin embargo, dicha institución no aclara de manera específica si dichos datos se recolectaron según criterios de autoidentificación o hetero-identificación étnico racial u otro método, por lo que la confiabilidad de esta información es dudosa.

Pese a no contar con datos consolidados confiables en relación con el uso de medidas correctivas para responder a la pandemia, tenemos que los medios de comunicación han cubierto algunos casos en los que se evidencia como la pandemia ha aumentado el poder de control estatal, a través de la policía, cómo un instrumento para responder a la crisis de salud pública. En el caso de Bogotá, por ejemplo, las multas se han convertido en uno de los instrumentos más utilizados para sancionar el incumplimiento de las medidas de restricción a la movilidad de personas y vehículos debido a la pandemia (El Espectador, 2020). Así mismo, en Cartagena, en el mes de abril de 2020, las autoridades detuvieron y sancionaron a aproximadamente 56 personas en un lapso de tan solo 72 horas por violar las restricciones contempladas en los decretos de aislamiento que regían en ese momento en la ciudad, lo cual fue posible debido al



20 Policía Metropolitana de Bogotá. (2021, 22 de enero). Respuesta a derecho de petición.

las condiciones de vida. Estas medidas indicaron que los territorios con mayor densidad de personas afrocolombianas exhiben un nivel socioeconómico de mayor pobreza en comparación de los municipios con alta proporción de población sin etnicidad. Asimismo, en las ciudades como Quibdó, con mayor población afrocolombiana en comparación de Cartagena y Bogotá, las estadísticas mostraron más carencia y privaciones dentro de los hogares.

En los diferentes periodos analizados, 1993, 2012 y 2018, existen diferencias entre la población afrocolombiana versus la población no étnica en Colombia. Esto evidencia que ambos grupos presentan condiciones de vida, con una desventaja para la población afrocolombiana. Se observó que las diferencias entre ambos grupos no solo se mantienen, sino que se ampliaron en el tiempo. Para la población afrocolombiana, las condiciones más críticas se advierten en los indicadores de servicios inadecuados y hogares con alta dependencia económica. Indicadores necesarios para disminuir los riesgos de propagación y contagio del COVID-19.

Lo anterior evidencia que los mecanismos formales para hacer frente a un choque como es la participación en el mercado laboral formal, altos niveles educativos y ocupaciones formales son bajos para la población afrocolombiana. Esto unido con sus condiciones históricas de pobreza que se incrementan en el tiempo en relación con la población no afrocolombiana, inciden de forma negativa en sus condiciones de bienestar; situación que además podría conducir a una profundización de círculos de pobreza en la población afrocolombiana.

Las desventajas que tiene la población afrocolombiana limitan las posibilidades para mitigar el efecto negativo frente a un choque que se produce por el efecto conjunto de sus características socioeconómicas y su condición étnica-racial. Así mismo, las medidas utilizadas adoptadas por las autoridades públicas para atender la crisis sanitaria y económica han tenido también importantes impactos sobre la población afrodescendiente, en algunos casos ampliando la brecha de desigualdad que les afecta y poniendo en riesgo sus derechos fundamentales.

Teniendo en cuenta esta situación, se considera necesario proponer las siguientes recomendaciones para guiar acciones futuras de las instituciones públicas en el manejo de la pandemia y sus efectos:

1. Implementar medidas de reparación económica para que el impacto de la crisis sanitaria y social no amplíen las brechas sociales, ni conduzcan a mayores niveles de pobreza e inequidad que afectan a la población afrocolombiana.
2. Fortalecer los sistemas de información en los cuales se provean datos auto-reportados y objetivos respecto a variables étnico-raciales, que permitan estimar la relación entre procesos como el acceso a salud, el impacto de la pandemia, la imposición de medidas correctivas, la imposición de medidas privativas de la libertad, entre otras; y las características sociodemográficas de los distintos grupos poblacionales. Esto permitirá señalar de mejor manera las afectaciones a derechos humanos de la población afrodescendiente, generar diagnósticos sobre problemas sociales y proponer estrategias para superarlos.



3. Mejorar la conectividad eléctrica y a internet en aquellas zonas con altas concentraciones de población afrodescendiente, tanto en zonas rurales como urbanas, y considerar planes para garantizar la gratuidad a internet como un mecanismo para acceder a derechos como la educación y el trabajo.
4. Como medida afirmativa y de reparación para superar los impactos desproporcionados sufridos por la población afrodescendiente en relación con el COVID-19 debido a limitaciones y desventajas históricas y estructurales, se debe garantizar el acceso gratuito a servicios públicos básicos en zonas con altas concentraciones de población afrodescendiente, especialmente en lo referente al servicio de acueducto y de alcantarillado, como una medida para proteger la salud pública tanto en el contexto de la pandemia y el contexto post-COVID-19. Esta recomendación implica realizar las inversiones públicas necesarias, de manera eficiente, para universalizar el acceso a servicios públicos en zonas de alta densidad de población afrodescendiente.
5. Mejorar la infraestructura física, la calidad de la atención en salud y la disponibilidad de servicios de salud en zonas y territorios habitados por personas y comunidades afrodescendientes y que tienen un rezago histórico en la garantía del derecho a la salud. Así mismo, se propone dar apoyo a médicos tradicionales, parteras y otras figuras similares que, en el contexto de las comunidades étnicamente diferenciadas, garantizan el acceso a servicios de salud para la población afrodescendiente. El punto referente a médicos tradicionales se desarrollará con más detalle en el capítulo 2.
6. Enfocar los esfuerzos de combate a la pandemia en el desarrollo de medidas de salud pública efectivas y que no se centren en el uso de sanciones pecuniarias o penales como instrumento para evitar el contagio. Esto permitirá prevenir situaciones de violencia policial y abuso de autoridad al tiempo que constituirá un cambio significativo en la relación existente entre un grupo importante de autoridades públicas y las poblaciones afrodescendientes. En este sentido, las medidas sancionatorias deben ser utilizadas solo como último recurso para lograr los fines de protección de la salud pública y de respeto por el orden público.
7. Adoptar un enfoque de derechos humanos con respecto a las medidas que se ordenen para contener el avance de la pandemia y proteger la salud pública. Esta aproximación deberá partir del reconocimiento de los principios de igualdad y no discriminación, dignidad humana, razonabilidad y proporcionalidad, e interdependencia de derechos.
8. En aquellos casos en los que se establezcan medidas de cuarentena preventiva, inteligente, sectorizada, toques de queda o medidas similares, las autoridades deben considerar de manera previa si para las comunidades es posible acatar la medida de confinamiento y restricción a la movilidad sin afectar su mínimo vital y en entornos que garanticen unas condiciones mínimas de habitabilidad y acceso a servicios

públicos domiciliarios. Especialmente, se recomienda garantizar la provisión de alimentos y agua potable de manera suficiente en relación con la duración de las medidas de restricción a la libertad de locomoción.

9. Prevenir la estigmatización de la población afrodescendiente como potencial foco de contagio o grupo «desobediente» o que no acatan de manera generalizada las órdenes de las autoridades públicas en materia de prevención del contagio por COVID-19. Igualmente, se recomienda hacer campañas de información para mitigar el impacto que las noticias falsas y la información inexacta que se comparte en redes sociales pueda tener sobre la respuesta a la pandemia de estas comunidades.
10. Garantizar la participación ciudadana de la población afrocolombiana y la veeduría de la sociedad civil sobre las medidas que tomen las autoridades públicas para combatir la pandemia, como una medida que repercutirá de manera positiva sobre la legitimidad de las mismas y su acatamiento.
11. Utilizar las medidas de respuesta a la pandemia en materia de salud pública como una oportunidad para superar las brechas históricas que han afectado el acceso a servicios de salud de calidad de esta población. Este tipo de aproximaciones podría, a su vez, sentar los cimientos para políticas de reparación histórica para esta población centrada en el reconocimiento y materialización de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.



Referencias Bibliográficas

- Banco Mundial en Colombia. (2020). Colombia: panorama general. <https://www.bancomundial.org/es/country/colombia/overview>
- Batista, L. M. (2020, 1 de julio). El rebusque sigue haciendo frente a la pandemia en Cartagena. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/el-rebusque-sigue-haciendo-frente-a-la-pandemia-en-cartagena-DK3048959>
- Cárdenas, V. (2020, 5 de julio). Coronavirus en Bogotá, las condiciones de los afros. El Espectador. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/coronavirus-en-bogota-las-condiciones-de-los-afro/>
- Carter, M. R. y Barret, B. (2006). The economics of poverty traps and persistence poverty. *Journal of Development Studies*, 42(2). 178-99.
- Castellar Acosta, N. (2020, 29 de agosto). Salvavidas espera vinculación laboral para volver a las playas. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/salvavidas-esperando-vinculacion-laboral-para-volver-a-las-playas-EM3394035>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020, 12 de mayo). El desafío en tiempos de COVID-19. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf
- Chimá, W. (2020). Toque de queda se mantiene, que opinan los cartageneros. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/toque-de-queda-se-mantiene-que-opinan-los-cartageneros-BD2566740>
- Dejusticia. (2020). Pandemia y territorios étnicos: colonialismo ayer y hoy. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2020/08/9-PANDEMIA-Y-TERRITORIOS>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Comunicado de prensa. Gran encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 31 de agosto de 2020. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/CP_empleo_jul_20.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Comunicado de prensa. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 30 de diciembre de 2020. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/CP_empleo_nov_20.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Producto Interno Bruto (PIB) Nacional Trimestral. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). IPC Índice del Precio del Consumidor, información diciembre y año 2020. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc/ipc-informacion-tecnica>
- El Espectador. (2020, 23 de marzo). Distrito y voluntarios entregan primeras ayudas a población vulnerable en Bogotá. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/distrito-y-voluntarios-entregan-primeras-ayudas-poblacion-vulnerable-en-bogota-articulo-910742/>
- El Espectador. (2020, 26 de marzo). Militarizar San Victorino en Bogotá, el pedido de los comerciantes en la cuarentena. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/militarizar-san-victorino-en-bogota-el-pedido-de-los-comerciantes-en-la-cuarentena-articulo-911432/>
- El Espectador. (2020, 27 de marzo). Cuarentena en Bogotá: Distrito comenzó atención a trabajadoras sexuales. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/cuarentena-en-bogota-distrito-comenzo-atencion-trabajadoras-sexuales-articulo-911583/>
- El Espectador. (2020, 28 de marzo). Enviaron a la calle a dos adultos mayores por no pagar arriendo. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/cuarentena-en-bogota-enviaron-la-calle-dos-adultos-mayores-por-no-pagar-el-arriendo-articulo-911713/>

- El Espectador. (2020, 2 de abril). Comisarías móviles refuerzan atención de casos de violencia intrafamiliar durante la cuarentena. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/comisarias-moviles-refuerzan-atencion-de-casos-de-violencia-intrafamiliar-durante-cuarentena-articulo-915546/>
- El Espectador. (2020, 17 de abril). Ciudad Bolívar en disturbios y con cuatro heridos terminó entrega de ayudas en el sur de Bogotá. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/ciudad-bolivar-en-disturbios-y-con-cuatro-heridos-termino-entrega-de-ayudas-en-el-sur-de-bogota-articulo-915050/>
- El Espectador. (2020, 20 de abril). Continúan las protestas y bloqueos en el sur de Bogotá. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/continuan-las-protestas-y-bloqueos-en-el-sur-de-bogota-articulo-915535/>
- El Espectador. (2020, 13 de julio). Cuarentena por localidades hoy vuelven multas a quienes violen el aislamiento sin razón. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/cuarentena-por-localidades-hoy-vuelven-las-multas-a-quienes-violen-el-aislamiento-sin-razon/>
- El Tiempo. (2016, 7 de julio). Supersalud ordena liquidar el Hospital San Francisco de Asís de Quibdó. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16639093>
- El Universal. (2020, 29 de abril). En 72 horas van 59 personas sancionadas por violar la cuarentena. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/en-72-horas-van-59-personas-sancionadas-por-violar-la-cuarentena-AB2751736>
- El Universal. (2020, 24 de septiembre). Denuncian construcción de hotel en zona protegida. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/denuncian-construccion-de-hotel-en-zona-protegida-NC3532960>
- Figuerola Alcázar, H. (2020, 31 de julio). Al menos 19.000 desempleados en Cartagena en los últimos tres meses. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/economica/al-menos-19-mil-desempleados-en-cartagena-en-los-ultimos-tres-meses-CX3202646>
- Flórez, S. (2020, 01 de octubre). De 4.361 cartageneros, 71% dijo haber perdido su empleo durante pandemia. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/de-4361-cartageneros-71-dijo-haber-perdido-su-empleo-durante-pandemia-YE3574607>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). Implicaciones del COVID-19 en la población afrodescendiente en América Latina y el Caribe, 5. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2-Covid-Afrodescendientes%20%281%29.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2009). How economic shocks affect poor households and children. Social and Economic Policy Working Briefs. https://www.unicef.org/socialpolicy/files/How_economic_shocks_affect_final.pdf.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). COVID-19: Un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. <https://www.unfpa.org/es/resources/covid-19-un-enfoque-de-g%C3%A9nero>
- García Altamar, F. (2020, 24 de marzo). El desespero por las ayudas en Bogotá refleja el reto de atender a la población en riesgo. El Espectador. <https://www.elespectador.com/coronavirus/el-desespero-por-las-ayudas-en-bogota-refleja-el-reto-de-atender-las-poblaciones-en-riesgo-articulo-911068/>
- González, A. L. (2021, 7 de enero). Covid-19 sees more expectant colombian mothers turn to traditional help. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2021/01/07/colombia-covid-traditional-maternal-health?fbclid=IwAR3dj5Omm0W0zyDa4TEHFeyS4ggVfgfjwxhr9dsLfgY3Od8hSq9zq5mKe6w>
- González Ortega, J. (2020, 23 de marzo). Por qué siguen circulando mototaxistas por las calles de Cartagena. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/por-que-siguen-circulando-mototaxistas-por-las-calles-de-cartagena-YM2583111>
- González Ortega, J. (2020, 30 de abril). Cómo se recupera el turismo en Cartagena después del Covid-19. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/economica/como-se-recuperara-el-turismo-en-cartagena-despues-del-covid-19-JE2754218>



- Grupo de Expertos en Estadísticas de Pobreza (GEEP). (2007). Compendio de mejores prácticas en la medición de la pobreza. Santiago de Chile: Cepal.
- Larrohondo, O. y Viáfara, C. (2020). Anotaciones preliminares sobre la Covid-19 y la población afrodescendiente en Colombia. http://www.dcimarron.org/images/D_9_1/y_Carlos.pdf
- Kochar, A. (1995). "Explaining Household Vulnerability to Idiosyncratic Income Shocks". *The American Economic Review*, 85(2),159-164.
- Ramírez Gil, J. (2021, 20 de enero). Hay escasez de guantes y medicamentos en el Hospital de Quibdó (Chocó). RCN Radio. <https://www.rcnradio.com/colombia/pacifico/hay-escasez-de-guantes-y-medicamentos-en-el-hospital-de-quistado-choco>
- Rivera Rueda, M. (2020, 29 de marzo). La cuarentena de los que no tienen techo en Bogotá. El Espectador. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/la-cuarentena-de-los-que-no-tienen-techo-en-bogota-articulo-911858/>
- Rivera Porras, Y. (2020, 11 de septiembre). La pandemia hizo estragos en Cartagena turística. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/la-pandemia-hizo-estragos-en-la-cartagena-turistica-YX3462742>
- Soto, L. y Arbeláez, J.P. (2020, 22 de abril). Principal Hospital del Chocó: sin UCI, sin plata y medio cerrado. La Silla Vacía. <https://lasillavacia.com/principal-hospital-del-choco-sin-uci-sin-plata-y-medio-cerrado-76346>
- Taborda Herrera, E. (2020, 27 de abril) Informalidad versus medidas de cuarentena. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/cartagena/informalidad-versus-medidas-de-cuarentena-que-hacer-NA2741593>
- Torres Padrón, E. (2020). Abatido por atacar a patrullero o abuso policial en el Pozón. El Universal. <https://www.eluniversal.com.co/sucesos/abatido-por-atacar-a-patrullero-o-abuso-policial-en-el-pozon-LI2947940>
- Universidad Johns Hopkins. (2021). COVID-19 Dashboard by the center of systems. Centro de información de Coronavirus. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Urrea, F., Viáfara, C. (2007). Pobreza y minorías étnicas en Colombia: un análisis de sus factores determinantes y lineamientos de política para su reducción. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad. Bogotá: DNP.
- Viáfara López, C. A. (2017). Diferenciales de ingreso por el color de la piel y desigualdad de oportunidades en Colombia. *Revista de Economía del Rosario*, 20(1), 97-126.
- Work Bank. (s.f.). Acting on climate change and disaster risk for the Pacific. <https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/EAP/Pacific%20Islands/climate-change-pacific.pdf>

Capítulo

2





2. Aproximaciones socio jurídicas, para la garantía de los derechos de las personas trabajadoras de salud y trabajadoras sanitarias afrocolombianas en el marco de la pandemia SARS-Cov-2/ COVID-19

En el marco de esta investigación, se identificó la importancia de aterrizar el análisis sobre los impactos del COVID-19 en el personal médico, sanitario y médico tradicional ubicado en zonas con alto porcentaje de población afrodescendiente. Teniendo en cuenta las condiciones de desigualdad estructural que afrontan las comunidades negras del país, es preciso establecer como premisa inicial que el personal médico que representa la primera línea en territorio, tiene las peores condiciones para enfrentar la pandemia.

En este capítulo se presenta un análisis socio jurídico de las condiciones actuales de este personal en relación con la garantía y defensa de sus derechos a la salud y laborales. Destacamos la importancia de la labor de la medicina tradicional como instrumento de soporte en salud para las comunidades rurales más apartadas y con menos herramientas para enfrentar esta crisis. Abogamos por la urgencia de tenerles en cuenta como personal de atención en primera línea, homologar su labor a la del resto de personal médico y tenerles en cuenta como población a priorizar en cualquier política o programa diseñado o implementado por el gobierno para la protección de sus derechos fundamentales.

Se ha seleccionado Quibdó por ser el territorio que a nivel nacional representa las características deseadas para esta investigación: alto porcentaje de población afrocolombiana, mezcla geográfica entre ruralidad y urbanidad, además de ser un referente para analizar la desigualdad material que afronta la población afrocolombiana según los datos presentados en el Capítulo 1.

2.1 Condiciones de pobreza multidimensional, dificultad de acceso a atención y tratamiento sanitario

La crisis social y económica producida por la pandemia del SARS-Cov-2/COVID-19 no solo ha visibilizado la vulnerabilidad de los grupos étnicos para enfrentar la crisis sanitaria, sino que, además, ha puesto de presente la profunda desigualdad estructural en términos de servicios básicos en estas comunidades (Dejusticia, 2020). Las personas y comunidades afrodescendientes, al igual que las comunidades indígenas en Colombia, son poblaciones que se encuentran afectadas en mayor medida por los determinantes sociales de la salud, lo que genera una mayor vulnerabilidad frente al SARS-Cov-2/COVID-19. La emergen-

cia sanitaria ha acentuado las existentes condiciones de discriminación y violencia que por generaciones han vivido las afrodescendientes en Colombia. Las comunidades étnicas han enfrentado históricamente la ausencia de garantías para el goce de sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales y principalmente no tienen acceso efectivo a servicios de salud, saneamiento y seguridad social.

En el caso del departamento del Chocó, el Gobierno Nacional no estimó el comportamiento epidemiológico del evento con base en la presencia de comorbilidades prevalentes en la población negra como hipertensión, diabetes, insuficiencia renal crónica, etc., o las relacionadas con el perfil demográfico como en los individuos de más de 60 años en condición de vulnerabilidad, entre otros determinantes sociales como el hacinamiento en los hogares y los ritmos de movilidad por las formas de interacción social derivadas de los patrones de producción y consumo, incluida la alta informalidad que, según el Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2017), es mayor al 70 %, es decir que al menos 7 de cada 10 chocoanos no tienen un ingreso fijo mensual, lo cual puede representar mayor inseguridad alimentaria y, por ende, incumplimiento de las medidas impuestas por las autoridades para la prevención, contención y mitigación del contagio.

Adicionalmente, al no contar oportunamente con el resultado de las pruebas de diagnóstico, capacidad de rastreo para los casos sospechosos y seguimiento integral para los casos confirmados por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), hace que la cobertura y la efectividad del cerco epidemiológico sean bajas y se intensifiquen las condiciones que favorecen la transmisión de la SARS-Cov-2/COVID-19 en la población y, por ende, la probabilidad de enfermar gravemente y presentar complicaciones, incluida la muerte. Según datos del Instituto Nacional de Salud (INS), con corte a 31 de enero de 2021, la letalidad por COVID-19 en el departamento del Chocó (2,9 %) se ubicó 4 puntos porcentuales superior a la media nacional (2,5 %) (INS, 2020).

Dentro los protocolos de vigilancia epidemiológica y clínica de la COVID-19, la incapacidad de rastreo y seguimiento oportuno de los casos, tiene un impacto negativo en las tasas de morbi-mortalidad, porque además de proporcionar información demográfica (edad, raza/etnia, sexo, ubicación geoespacial), desde las investigaciones epidemiológicas de campo y las historias clínicas, es posible saber quiénes son más propensos a enfermarse gravemente, qué tipo de atención médica recibieron los pacientes y si se han recuperado, si tienen o no cobertura en salud, o si presentan dificultades socioeconómicas para cumplir con el aislamiento, situación en la que el Estado debe realizar una afiliación de oficio bajo el principio de cobertura universal y transferir un apoyo económico, tal como lo contempla el Decreto 1374 de octubre de 2020.

La urgencia de contener y mitigar la propagación del SARS-CoV-2 debe ser compatible con las medidas destinadas a la satisfacción de los derechos de las poblaciones más vulnerables, así mismo deben ser adecuadas y proporcionales ante la magnitud de la epidemia, priorizando bajo una perspectiva de derechos humanos, la atención de estas

poblaciones que se encuentran en circunstancias de vulnerabilidad, pues son ellas quienes resultan más afectadas por la crisis sanitaria. A partir de lo anterior, se han identificado algunas situaciones determinantes para la garantía de acceso a derechos tanto para el personal sanitario y asistencial, como para la población afrodescendiente, en general, en el departamento del Chocó.

De acuerdo con los reportes del Departamento Administrativo de Estadísticas (DANE), el Chocó está habitado por unas 534.826 personas, en su mayoría comunidades étnicas, distribuidas en el 96 % de la superficie continental y agrupadas en territorios colectivos de 683 comunidades negras (64 consejos comunitarios mayores) y en 125 resguardos indígenas (Plan de Desarrollo, 2020-2023). Son cerca de 369.558 personas que están ubicadas en las partes medias y bajas de los principales ríos; Atrato, San Juan y Baudó. De acuerdo con este sistema estadístico, Quibdó, la capital del departamento del Chocó, tiene el mayor índice de pobreza monetaria con el 58 % y tiene uno de los mayores índices de pobreza multidimensional (59.6 %) en el país (DANE, 2018).

Frente al resto del país, el departamento de Chocó está en graves condiciones de desigualdad, lo cual afecta la prestación de servicios públicos y la atención en salud. Al ser un departamento habitado casi en su totalidad por comunidades étnicas, la desigualdad tiene repercusiones aún más profundas, pues reproduce y estabiliza lo que han denominado discriminación institucional. El abandono de años de comunidades afrodescendientes en este departamento las pone en especial riesgo durante la pandemia del SARS-Cov-2/ COVID-19. Ciertamente, la enorme distancia que tienen para recibir servicios de salud adecuados en casos graves, visibiliza su vulnerabilidad social.

La prestación del servicio de salud en Quibdó carece de una articulación efectiva entre los diversos actores del subsistema (EAPB, IPS, ARL, Entes Territoriales). Esto representa una limitación para garantizar un seguimiento oportuno a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), primera línea de respuesta ante esta contingencia. En la única institución pública de mediana complejidad, Nueva ESE Hospital San Francisco de Asís, existe escasez de profesionales cualificados como intensivistas, terapeutas respiratorias y personal de enfermería entrenados en cuidados intensivos, perfiles profesionales clave para atender los casos graves que se presentan por COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1774, 2020).

Todo lo anterior, aunado a la necesidad de personal asistencial para responder ante un colapso por la desatención a la vigilancia epidemiológica rutinaria para eventos de interés en salud pública como Malaria, Dengue, Tuberculosis, Desnutrición Infantil y morbilidad materno-perinatal, en general; del programa de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles y en los servicios de prevención y tratamiento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) como obesidad, hipertensión y diabetes, todas precursoras de la enfermedad renal crónica, (SecSaludChocó, 2019).

Esto último, en consonancia con las recomendaciones iniciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 521 de 2020, donde se dispone reducir al mínimo la atención no urgente en centros sanitarios mientras se supera la contingencia haciendo uso de la entrega de medicamentos a domicilio, seguimiento telefónico y/o virtual, tele orientación en salud, teleapoyo y otros mecanismos que requieren intermediación de las tecnologías de la información. Un lineamiento, a todas luces, carente de enfoque diferencial étnico-territorial, entre otros, porque los territorios rurales dispersos como el departamento del Chocó, donde en promedio solo el 5.3 % de los hogares cuenta con conectividad de internet (DANE, 2019) y no se cuenta con de cartografía social con enfoque étnico, lo cual imposibilita tener sistemas de información geográfica robustos.

No es sorprendente que parezca existir una correlación entre los niveles de interrupción de los servicios de tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y, en general, de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad con la evolución del brote de COVID-19 en el país, ya que, con base en la evidencia disponible, las personas que viven con ECNT tienen mayor probabilidad de enfermar gravemente por COVID-19 y morir por esta causa. Para el caso específico del departamento del Chocó, según el Instituto Nacional de Salud con corte al 31 de diciembre de 2020, se han registrado 171 muertes confirmadas por COVID-19 en 24 de los 30 municipios; principalmente, en Quibdó 55.0 % (94), Bahía Solano 4.1 % (7), Acandí 4.1 % (7), Tadó 4.1 % (7) e Istmina 4.1 % (7). El promedio de edad de los fallecidos fue de 64.5 (*de 15.5*) años, siendo 68.4 % (117) personas mayores de 60 años, y el 21.6 % (37) entre 41 y 60 años. El 3.01 % (5) es población indígena y 76.6 % (131) es población afrodescendiente. Del total de fallecidos, 40.4 % presentaron por lo menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes la hipertensión 32.4 % y la diabetes mellitus 24.6 %.

La tasa de mortalidad por ECNT para 2017 fue de 28.2 por 100 mil habitantes, mientras que a nivel nacional fue de 32.8. En el análisis de la morbilidad por eventos precursores, la prevalencia de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial es inferior a la media del país con una tendencia a la disminución entre 2009 y 2017. En este contexto, se esperaría que el impacto de las enfermedades crónicas en el comportamiento de la mortalidad por COVID-19 para el departamento del Chocó, fuera similar o inferior a la media nacional. Sin embargo, mientras que a nivel nacional solo el 22.4 % de los fallecidos por esta causa, tiene antecedente de hipertensión y 11 % de diabetes mellitus; en el Chocó 32.4 % y 24.6 % respectivamente.

Es importante anotar, teniendo en cuenta el subregistro y las limitaciones metodológicas por la baja notificación de los casos, que al evaluar el comportamiento de la razón

de letalidad de los casos (CFR, por su acrónimo en inglés)²³, este indicador tiene un peor desempeño en los municipios con alto índice de ruralidad a saber: Juradó (50 %), Nóvita (25 %), Lloró (23 %), Río Quito 10 % y Río Iró (8 %). *A priori*, estos hallazgos pueden dar cuenta de que las repercusiones de las ECNT en el desenlace de la COVID-19 no están solo mediadas porque estas personas están más propensas a enfermarse gravemente por el virus, sino que muchas personas encuentran barreras en el sistema para acceder al seguimiento y tratamiento de sus enfermedades de base por las debilidades propias del sistema de salud local, mismas que se profundizan con las directrices nacionales que, en marco de la pandemia, desconocen la realidad del territorio.

2.2 Condiciones del sistema de salud

En términos de las condiciones de salud, los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 muestran que las personas que pertenecen a los grupos étnicos negro, raizal, afrocolombiano y palenquero indicaron en menor medida haber tenido alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización en los 30 días anteriores al censo. Sin embargo, entre las personas que estuvieron enfermas y acudieron a un centro médico, en la población afrocolombiana fue menor la proporción de personas que indicaron haber sido atendidas en comparación con la población sin pertenencia étnica (Tabla 20).

Tabla 20. Diferencia de medias condiciones de salud.

Variable	Total	AFROCOLOMBIANA	Sin Pertenencia	
	(1)	(2)	(3)	(2)-(3)
Enfermo	0.105	0.101	0.105	-0.004***
	(0.307)	(0.301)	(0.307)	(0.000)
Atención médica	0.975	0.954	0.977	-0.028***
	(0.157)	(0.210)	(0.151)	(0.000)
N	41.958.572	2.974.838	38.459.411	

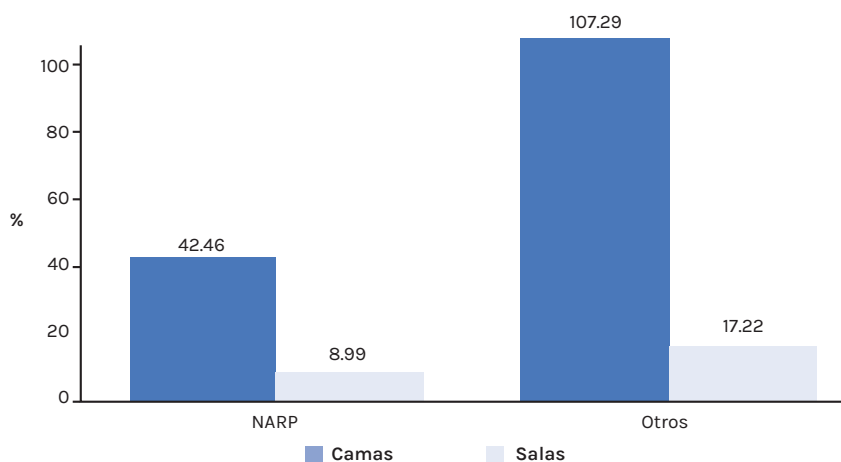
Fuente: Elaboración propia con información del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018–DANE.



23 Para evaluar la proporción de personas infectadas que tienen un desenlace mortal se utilizan dos medidas: la razón de letalidad de la infección (IFR, por su acrónimo en inglés), que estima la proporción de muertes entre todas las personas infectadas, y la razón de letalidad de los casos (CFR, por su acrónimo en inglés), que estima la proporción de muertes entre los casos confirmados (4).

Ahora bien, lo expuesto con anterioridad está relacionado con las diferencias en capacidad instalada en los lugares donde se ubican dichas poblaciones. Pues, tal como se evidencia en la Gráfica 21, en los municipios donde más del 75 % de la población es afrocolombiana²⁴, es menor la capacidad instalada de las IPS tanto en camas²⁵ como en salas²⁶. En los municipios con mayor población afrocolombiana hay tan solo cerca de 42 camas y 9 salas por cada 10.000 habitantes; por su parte, en los demás municipios del país hay en promedio 107 camas y 17 salas por cada 10.000 habitantes, aproximadamente.

Gráfica 21. Capacidad instalada de camas y salas por cada 10.000 habitantes en el año 2020, municipios afrocolombianos* vs. Otros.



Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota. *Municipios afrocolombianos: municipios con más del 75 % de población Afrocolombiana, Raizal y Palanquera.

Entre los municipios analizados, Bogotá tiene el mayor promedio de camas (23.512) y de salas (2.386) por cada 10.000 habitantes. Por su parte, los municipios de Quibdó y Cartagena se encuentran por encima del promedio en camas y salas por cada 10.000 habi-



24 Vigía Del Fuerte, Luruaco, Repelón, Barranco De Loba, María La Baja, Guachené, Guapi, López, Padilla, Puerto Tejada, Timbiquí, Villa Rica, El Paso, Moñitos, Quibdó, Acandí, Atrato, Bahía Solano, El Cantón Del San Pablo, Cértegui, Condoto, Istmina, Medio San Juan, Nóvita, Río Iró, Río Quito, Riosucio, Sipí, Tadó, Unguía, Unión Panamericana, El Charco, La Tola, Magui, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Roberto Payan, Santa Bárbara, Tumaco, San Onofre, Buenaventura, Providencia.

25 Incluye: Adultos, Cuidado Agudo Mental, Cuidado básico neonatal, Cuidado Intensivo Adulto, Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Pediátrico, Cuidado Intermedio Adulto, Cuidado Intermedio Mental, Cuidado Intermedio Neonatal, Cuidado Intermedio Pediátrico, Farmacodependencia, Institución Paciente Crónico, Obstetricia, Paciente crónico con ventilador, Paciente crónico sin ventilador, Pediátrica, Psiquiatría, Salud Mental, SPA Básico Adultos, TPR, Trasplante de progenitores hematopoyéticos, Unidad de Quemados Adulto y Unidad de Quemados Pediátrico.

26 Incluye: Partos, Procedimientos, Quirófano y Sala de Cirugía.

tantes. En cuanto a camas, Cartagena (825.14) supera a Quibdó (734.95) y la situación se invierte para el caso de las salas (Quibdó: 215.41 y Cartagena: 97.95).

En relación con los profesionales de salud, los departamentos del pacífico colombiano y el departamento de Bolívar presentan brechas significativas en la cantidad y calidad del recurso humano dedicado a la prestación de salud tanto a nivel intradepartamental como regional. Estas diferencias son más notables entre los departamentos del Chocó y Valle del Cauca. Estas brechas no solo se sostienen en el número de profesionales, sino que se amplían en el tiempo. Además, advierten una alta y positiva relación con el producto interno bruto, la inversión en educación y los niveles de pobreza y desigualdad. Es decir, que los departamentos más pobres, con menor desarrollo económico y baja inversión en educación son los que tienen menores capacidades instaladas en el sector de salud, lo que significa la reproducción de círculos viciosos de desigualdad y desprotección.

A nivel general, se observa que el departamento del Chocó tiene el menor número de profesionales en cualquier área de la salud, mientras que Bogotá es la ciudad con mayores profesionales por cada 10.000 habitantes, seguido por Bolívar. En la Tabla 21 se observa que el Chocó tiene el menor número de profesionales en bacteriología, con una cifra de 1.8 bacteriólogos por cada 10.000 habitantes, seguido por el departamento Bolívar, para un total de 4.81 profesionales por cada 10.000 habitantes versus 8.89 en la ciudad de Bogotá.

Tabla 21. Bacteriólogos(as) por cada 10.000 habitantes.

Año	Chocó	Bogotá	Bolívar
2011	1.62	8.72	4.95
2012	1.72	8.56	4.9
2013	1.82	8.67	4.93
2014	2.01	8.61	4.87
2015	1.86	8.66	4.93
2016	1.87	8.66	4.89
2017	1.8	8.89	4.81

Fuente: Elaboración propia con información del Observatorio de Talento Humano. Ministerio de Salud y Protección Social.

En relación con el número de enfermeros, el Chocó presenta el menor número en la región del Pacífico. La Tabla 22 muestra que en este departamento solo existen 6 profesionales de enfermería por cada 10.000 habitantes. Este resultado contrasta con el Valle del Cauca, donde el número de enfermeros por cada 10.000 se duplica en relación con el Chocó. Con una participación un poco inferior se ubican Nariño (10.11), Cauca (9.09) y Bolívar (9.27). Estos resultados coinciden con lo observado en el centro y sur de América

y el Caribe, acorde con la OMS se presentan 13.8 enfermeros por cada 10.000 habitantes, y contrasta con los resultados del norte del continente donde hay en promedio 110.7 enfermeras por cada 10.000 habitantes.

Tabla 22. Enfermeros por cada 10.000 habitantes.

Año	Chocó	Cauca	Nariño	Valle del Cauca	Bogotá	Bolívar
2011	4.37	5.66	6.67	8.59	17.53	7.32
2012	4.74	6.5	7.6	9.11	18.46	7.66
2013	4.99	7.08	8.41	9.76	18.97	8.12
2014	5.29	7.73	9	10.22	19.72	8.22
2015	5.28	7.99	9.29	10.44	20.15	9.35
2016	5.81	8.63	9.64	11.44	21.12	9.67
2017	6.32	9.09	10.11	12.03	22.11	9.27

Fuente: Elaboración propia con información del Observatorio de Talento Humano. Ministerio de Salud y Protección Social.

En la Tabla 23 se presentan las estadísticas descriptivas para los profesionales en medicina. En primer lugar, se observa que en el departamento del Chocó desde el 2011 hasta el 2017, el incremento de médicos por cada 10.000 habitantes ha sido negativo. Mientras que en el 2011 había 5.82 médicos, en el 2017 la cifra se redujo a 5.64 médicos. Incluso, en el año 2014 se presentó la reducción más importante en todo el periodo analizado. Segundo, en todos los departamentos del Pacífico con excepción del Chocó se presentó un crecimiento positivo de los profesionales en medicina, no obstante, dichos incrementos fueron muy bajos en comparación del crecimiento poblacional, en parte explicado o inducido por las migraciones externas.

Tabla 23. Médicos por cada 10.000 habitantes.

Año	Chocó	Cauca	Nariño	Valle del Cauca	Bogotá	Bolívar
2011	5.82	9.8	10	17,86	32.73	13.56
2012	5.14	10	10.5	18.17	33.08	13.74
2013	5.23	10.6	10.8	18.95	34.3	14.7
2014	5.54	11.1	11.5	20.04	35.04	15.19
2015	4.62	11	13	18.8	35.69	16.97
2016	5.21	11.3	12.8	20.38	37.2	17.36
2017	5.64	11.9	12.6	21.51	39.49	17.11

Fuente: Elaboración propia con información del Observatorio de Talento Humano. Ministerio de Salud y Protección Social.

En tercer lugar, se observan unas brechas amplias entre cada uno de los departamentos de la región. Mientras en el 2011, en el Chocó había 5.82 médicos por cada 10.000 habitantes, en el departamento del Cauca, Nariño y Valle del Cauca se observaron 9.8, 10 y 17.68 respectivamente, profesionales de salud, es decir, que no solo algunos departamentos duplican a otros en términos de cantidad de médicos, sino que, en algunos casos, dicho valor se triplica y cuadruplica. Especialmente, en el 2017 los departamentos del Cauca, Nariño y Valle del Cauca presentaron un crecimiento positivo, este último logró incrementar su participación con 21.51 médicos, seguido por Nariño (12.6) y Cauca (11.9), en contraste del Chocó que el número de médicos se redujo quedando en 5.64.

Las estadísticas anteriores ponen en evidencia que Colombia enfrenta importantes retos en términos de acceso a servicios y calidad a la atención



El derecho a la salud se encuentra consagrado en varios artículos de la Constitución Nacional



Artículo 44

donde se estipula como un derecho fundamental de los niños



Artículo 46

como parte de la protección especial a la vejez



Artículo 47

en la protección de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos



Artículo 48

como parte del derecho a la seguridad social



Artículo 49

que define los servicios públicos en salud y saneamiento ambiental



Artículo 50

que establece la atención gratuita a los menores de un año

La jurisprudencia se ha encargado a lo largo de los años de desarrollar el derecho a la salud como un derecho de carácter fundamental por su conexidad con el derecho a la vida y, luego, de manera independiente. En observancia a su carácter fundamental, nace la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Por tanto, el Estado colombiano ha adquirido una serie de compromisos relacionados con la garantía del derecho a la salud de sus ciudadanos y la no discriminación racial. Entre

estos compromisos se encuentra la de abstenerse de discriminar por motivos de raza en el goce del derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales de salud. La acción que deviene de este compromiso es de desencadenar todos los procesos necesarios para eliminar la discriminación racial en todas sus formas para garantizar el derecho a la salud (Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, art. 5e, 1965).

Seguidamente, el Estado se ha comprometido a implementar acciones afirmativas a favor de la población afrodescendiente con el objetivo de promover y conservar un entorno saludable para las comunidades. Este entorno debe entenderse en un sentido amplio, incluyendo la protección del medio ambiente, así como la puesta en práctica de tecnologías y prácticas saludables, las medidas para alcanzar un entorno laboral saludable, el acceso al saneamiento básico y a la información pública sobre salud (Protocolo de San Salvador, arts. 10 y 11, 1988).

En lo concerniente a la jurisprudencia constitucional, la Sentencia T-760 de 2008 se refirió de manera amplia a distintos tipos de prácticas, normas y procedimientos que afectaban de manera grave los derechos a la salud y a la seguridad social de los colombianos y profirió un conjunto de órdenes estructurales para tratar de resolver esta crisis. La Corte, además, ha proferido un número importante de autos de seguimiento a dicha sentencia, a través de los cuales ha verificado el avance en el cumplimiento de sus órdenes.

En algunos de estos autos de seguimiento se encuentra evidencia importante sobre las enormes dificultades que encuentran las personas que habitan en zonas con alta presencia de población afrocolombiana para acceder a servicios de salud. En este sentido, en el Auto 354 de 2014, la Defensoría del Pueblo alertaba sobre cómo la regional del departamento del Chocó señalaba que las EAPB, en este departamento, se negaban de manera frecuente a autorizar el traslado de pacientes a otros lugares del país para recibir tratamientos no disponibles en este departamento. Igualmente, dicho auto señala que la Defensoría del Pueblo alertó sobre el mal estado en que se encontraba el Hospital Departamental San Francisco de Asís, de Nivel II, ubicado en la ciudad de Quibdó. De acuerdo con el Ministerio Público, en este centro asistencial se evidenció:

i. Inseguridad administrativa y jurídica por la suspensión temporal ordenada por la Procuraduría del interventor designado por la Supersalud, quien fue reintegrado en virtud de una acción de tutela resuelta a su favor. ii. No se cuenta con contratos vigentes para algunas especialidades. iii. Falta de pago de salarios a profesionales de planta. iv. Carencia de la mayoría de medicamentos lo que impide la entrega de los mismos oportunamente. v. Falta de ambulancias medicalizadas que cubran las necesidades de la población de ese departamento. vi. Falencias en la protección, custodia y archivo de historias clínicas, situación que acreditó con las fotografías incorporadas en el anexo 1 de este auto. vii. Demostró que la infraestructura del hospital está en pésimas condiciones, tal como se evidencia en el anexo número 2 de esta providencia [...]

De forma posterior, la Corte Constitucional realizó una inspección judicial al Hospital San Francisco de Asís de Quibdó y constató, de manera directa, el mal estado de este centro asistencial y las dificultades que enfrentan las personas de la región en materia de servicios de salud. Especialmente, en el Auto 413 de 2015, la Corte enfatizó la importancia del hospital, debido a que es el centro asistencial de mayor complejidad en todo el departamento, por lo que tiene un número de usuarios potenciales de casi medio millón de personas. Así mismo, la Corte también adujo que pese al trabajo de 18 interventores distintos durante un período de casi 8 años no había sido posible alcanzar mejoras sustantivas en el centro hospitalario, que sufre importantes deficiencias administrativas y presupuestales, así como de infraestructura y personal, en detrimento de los derechos de los pacientes. Posteriormente, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la liquidación de la E.S.E. Hospital San Francisco de Asís (El Tiempo, 2016).

En consecuencia, es posible concluir que la población afrocolombiana ubicada en zonas como el departamento del Chocó enfrentaba, antes de la pandemia de COVID-19, importantes retos para garantizar su acceso a servicios de salud. Sin duda, la pandemia ha agravado esta situación, al poner mayor estrés y demanda de servicios sobre un sistema que, como se evidenció en el caso del Hospital San Francisco de Asís de Quibdó, se encontraba en condiciones de deterioro.

A ello se suma que, según afirman académicos de la facultad de economía de la Universidad de los Andes, las poblaciones étnicas de Colombia encuentran otros retos particulares en materia de salud de cara a la pandemia, como el hecho de encontrarse a distancias más amplias de los centros hospitalarios que cuentan con más camas de cuidados intensivos que el resto de la población (UniAndes, 2020). En este orden de ideas «[...] las UCI están a 198.53 km para poblados indígenas y a 81.49 km para poblados de comunidades negras». Esta situación se ve agravada por la ausencia de vías de comunicación rápidas que acerquen a las comunidades étnicas con los centros poblados donde se encuentra la prestación de estos servicios de salud especializados. Es así que las personas deben desplazarse largos trayectos para recibir atención médica. Así, por ejemplo, para los 75 consejos comunitarios repartidos a lo largo de la costa de Nariño, que no cuentan con atención más allá de la más básica disponible en sus puestos de salud, la única opción para que atiendan a un paciente con complicaciones es llevarlo a Pasto, la capital de ese departamento en el suroccidente colombiano (UniAndes, 2020).

De otro lado, el Fondo de Población de las Naciones Unidas ha llamado la atención sobre el impacto que la pandemia de COVID-19 puede tener sobre las poblaciones afrodescendientes en América Latina, entre otras, en el área de la salud. En este sentido, la institución ha llamado a los Estados de la región a prestar atención a ciertos aspectos clave, entre ellos la ausencia de datos desagregados por género, raza y etnia en los registros del comportamiento epidemiológico, la necesidad de garantizar la vigilancia y atención de las enfermedades crónicas que sufren las personas afrodescendientes, la existencia de discriminación y desigual-

dad en el acceso a servicios de salud que afectan a este grupo, la pobreza y rezago en el goce de varios derechos económicos y sociales, como la vivienda, la salud y el empleo, la falta de aseguramiento de la población afrodescendiente en la región, las dificultades en el acceso a agua potable y a saneamiento por parte de ciertas comunidades de ascendencia africana, la necesidad de seguir garantizando el acceso a otros servicios de salud, como la salud sexual y reproductiva y los servicios de promoción y prevención, y la necesidad de velar por la salud mental de las personas de este grupo poblacional (UNFPA, 2020).

2.3 Riesgo para la garantía de los derechos a la salud y al trabajo digno para la población sanitaria y asistencial, y la comunidad afrodescendiente en general en el contexto del SARS-Cov-2/COVID-19, en el Departamento del Chocó

Los servicios de salud prestados por el Estado o los particulares, para lograr su satisfacción plena, deben cumplir con el componente del derecho fundamental a la salud de accesibilidad económica y el principio de equidad, en aras de que estos se encuentren al alcance de todos, incluyendo a los grupos sociales más desfavorecidos, para que las personas de escasos recursos no sufran la imposición de cargas económicas desproporcionadas. El Estado debe adoptar las medidas necesarias para promover las condiciones de igualdad de grupos discriminados y marginados, y proteger especialmente a las personas que, por sus condiciones de vulnerabilidad, se enfrentan a una situación de debilidad manifiesta. Por lo que es fundamental valorar la capacidad económica de las personas a la hora de prestar los servicios de salud e impedir la pasividad o inacción de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y demás instituciones, con el propósito de evitar obstáculos a las personas de menores ingresos y/o ayudarlos a superarlos (Corte Constitucional, 2004).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a través de la Observación General No. 14 (2000), en la que se fijó el alcance del disfrute del más alto nivel posible de salud (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12), ha señalado que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

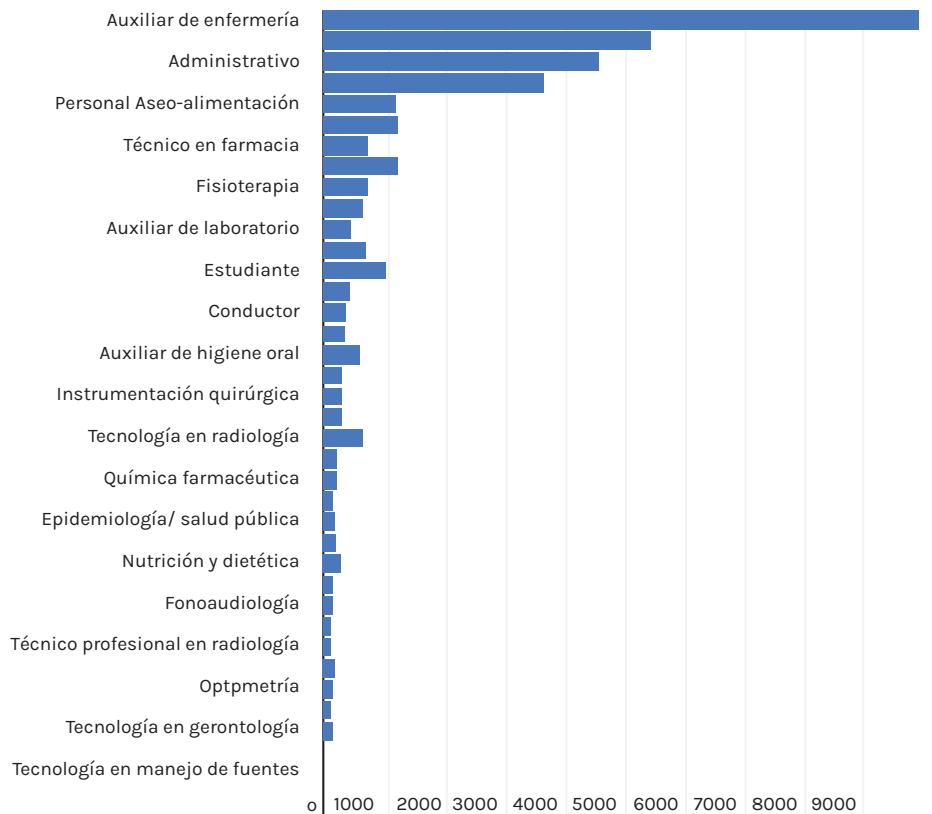
En el mismo sentido, dichos elementos esenciales son reproducidos por el artículo 6 de la Ley estatutaria 1751 de 2015, que desarrolla el artículo 49 de la Carta Política. Expresamente, el artículo 18 de la referida ley estatutaria establece: Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

Para quienes se encuentran en la primera línea de combate contra el COVID-19, la infraestructura que permita su protección es vital en aras de evitar los contagios y el estrés derivado de esa situación. De hecho, un mes después de ser declarada la pandemia por COVID-19, que ya contaba con más de 84.000 contagiados en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó por la cantidad de personal médico infectado por el SARS-Cov-2, debido a la falta de capacitación y experiencia en el tratamiento de patógenos respiratorios, así como las debidas limitaciones para acceder a los equipos de protección y suministros en la atención de los pacientes.

En la región de las Américas, cifras recientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) muestran que casi 570.000 trabajadores de salud se han enfermado y más de 2.500 han fallecido por el virus, números que representan la mayor cantidad de profesionales sanitarios infectados en el mundo. En países como Canadá, los trabajadores de salud representan más de una cuarta parte de todos los casos de Covid-19 notificados, mientras que en Estados Unidos (EE.UU.) y México representan uno de cada siete casos. Estas últimas dos naciones son casi el 85 por ciento de todas las muertes por la enfermedad en los profesionales sanitarios de la región. En Brasil, hasta finales del mes de mayo, el Ministerio de Salud reportaba unos 31.790 profesionales de la salud contagiados, 99.768 casos con sospecha del virus y otros 114.301 trabajadores sanitarios en observación.

En Colombia, hasta el 17 de enero de 2021, se han notificado 34.673 casos confirmados acumulados en trabajadores de la salud (50.9 % mujeres/ 49.1 % hombres). De estos: 9.903 en auxiliares de enfermería; 5.396 en profesionales de la medicina, 4.530 en personal administrativo; 3.620 en enfermeras y enfermeras profesionales y 1.132 en personal de mantenimiento (aseo y alimentación). Por la dinámica de contagio, 47.6 % (16.514) se han asociado a la prestación de servicios de salud, de los cuales, 68 han sido validados como casos fatales (MinSalud, 2021).

Gráfica 22. Distribución del total de casos por profesión, corte 17 de enero de 2021.



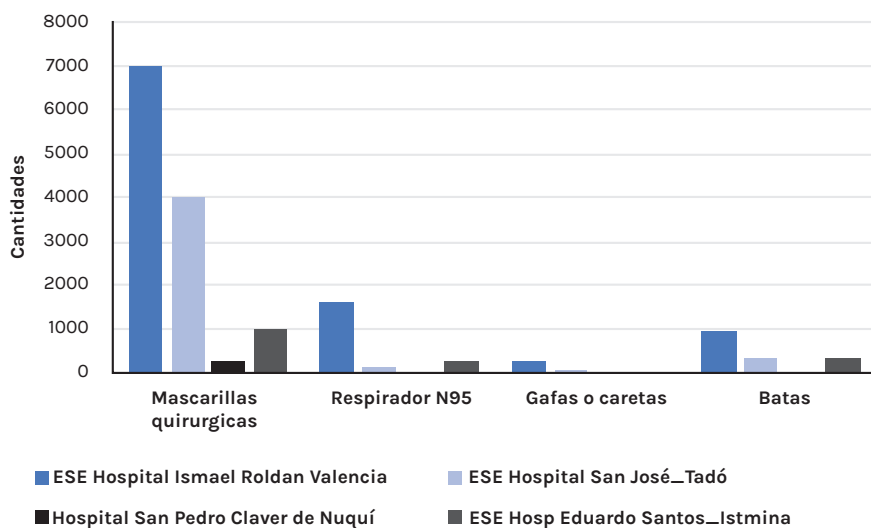
Fuente: Instituto Nacional de Salud, 2021.

Estas cifras obligan a garantizar la capacitación eficaz en el control de infecciones y mantener suficientes suministros de Equipos de Protección Personal (EPP) para todos los trabajadores de la salud, incluidos aquellos que no atienden directamente a los pacientes como el personal administrativo y de servicios generales, porque debe ser una prioridad para gestionar la respuesta.

Según el informe técnico «Capacidad de respuesta en salud del departamento del Chocó frente al COVID-19 y recomendaciones prácticas» de la Universidad Tecnológica del Chocó con corte al 27 de abril de 2020 (Quiroz y Quinto, 2020), las principales IPS públicas del departamento del Chocó reportaron que la mayoría de estos insumos básicos son insuficientes e incluso, en algunos casos, inexistentes. Al evaluar cuatro IPS públicas de baja complejidad, las cuales fueron seleccionadas por tener alta cobertura y representatividad subregional, se identificó que la mayor proporción de Equipos de Protección Personal (EPP) disponibles se concentraron en el Hospital Ismael Roldan Valencia de Quibdó y se evidenció la urgente necesidad de mascarillas o respiradores N95, gafas o caretas y batas manga larga anti fluido en todas las IPS (ver Gráfica 23).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2020), con relación a los Elementos de Protección Personal (EPP) en la lucha contra el COVID-19, recomienda como mínimo el uso de mascarilla quirúrgica, caretas o gafas, bata manga larga anti fluido y guantes no estériles en el personal de salud que entra en contacto directo con pacientes y en procedimientos que generan aerosoles, exige el uso de respiradores o mascarillas N95 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

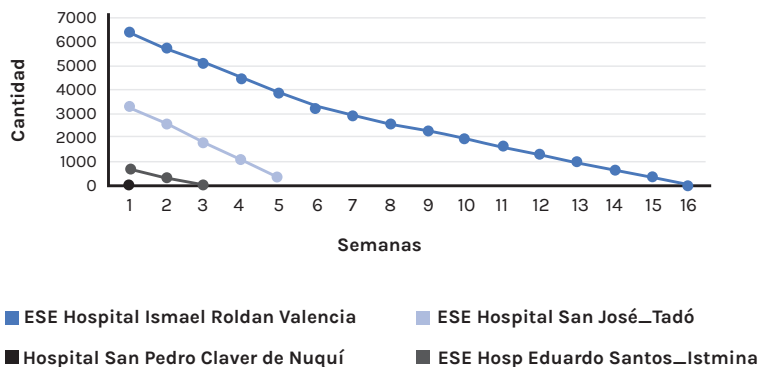
Gráfica 23. Cantidad de EPP según IPS públicas del departamento del Chocó –corte 23 de abril del 2020.



Fuente: Quiroz y Quinto, 2020.

Con corte a 25 de abril de 2020, teniendo en cuenta el número de profesionales de salud por turnos, en promedio de ocho horas al día y la utilización correcta de estos insumos, se estimó que la duración promedio entre todas las IPS de respiradores N95 y batas desechables sería menor a una semana, siendo la situación más crítica para el Hospital San Pedro Claver de Nuquí. Por ejemplo, para las mascarillas quirúrgicas (un elemento básico de protección personal) se evidenció que la mayor duración de este insumo estaba disponible en el Hospital Ismael Roldan Valencia de Quibdó con un plazo máximo de 16 semanas para su agotamiento. En el resto de los hospitales evaluados se esperaba que este elemento se agotara menos de cinco semanas (ver Gráfica 24). Durante el desarrollo de este estudio, se envió un cuestionario de seguimiento a todos los gerentes de hospitales públicos del departamento para evaluar la evolución en la capacidad de respuesta en cuanto a EPP, pero solo fue diligenciado por el Hospital San Roque de El Carmen de Atrato que, con corte al 4 de febrero de 2020 y acorde con el comportamiento del evento, cuenta con disponibilidad de insumos para 8 semanas.

Gráfica 24. Cantidad de mascarillas quirúrgicas según duración en semanas en IPS públicas del departamento del Chocó —corte 25 de abril del 2020.



Fuente: Quiroz y Quinto, 2020.

En términos de talento humano en salud, en el Chocó solo se reportan 16,6 profesionales por 10.000 habitantes, una cantidad insuficiente teniendo en cuenta que la OMS tiene la meta de 44.5 profesionales por cada 10.000 habitantes para 2030 con base en la agenda para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esto, además de ser una cantidad insuficiente para responder a las demandas de atención en salud, tiene una distribución inequitativa si se comparan las cinco subregiones del departamento, dado que la mayoría de estos profesionales se concentran en Quibdó, capital del departamento que representa la mayoría de la población de la Subregión del Atrato (Quiroz y Quinto, 2020).

Esta situación se empeora al discriminar por competencias y perfiles de formación porque el Chocó, en comparación con ciudades como Bogotá, tiene insuficiente personal médico, de enfermería y bacteriología; perfiles clave para responder a esta pandemia. Para el año 2017, en el Chocó se reportaron solo 5.6 médicos por cada 10.000 habitantes, mientras que en Bogotá esta cifra es seis veces mayor, aproximadamente 40 médicos por 10.000 habitantes.

La cantidad insuficiente del personal genera el incremento en las cargas laborales en diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en el departamento del Chocó, como lo evidenció un análisis a partir de las estadísticas de la Secretaría de Salud del departamento del Chocó (2017-2019), mediante el software WISN (*Workload Indicators of Staffing Need*), que midió indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario. Particularmente, en el sector público, el déficit de personal se manifestó en un aumento de la carga de trabajo estándar. Para este análisis se examinaron las cifras sobre tiempo laborable disponible, actividades por servicios y extramurales con base en el número de pacientes hospitalizados, intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas, así como en el número de defunciones anuales.

En el caso de la Nueva ESE Hospital San Francisco de Asís, un indicador WISN menor a uno, representó un déficit con respecto a la planilla de personal contratado. En su momento, se requerían 51 enfermeras y 57 médicos adicionales para responder con oportunidad y calidad a la demanda de servicios de salud. Esta situación es similar en la mayoría de los hospitales públicos del Departamento Chocó. Además del insuficiente personal cualificado y el desabastecimiento de equipos de protección personal, hasta abril de 2020, el personal de salud de las IPS públicas del departamento enfrentaba retrasos en el pago de salarios y prestaciones sociales, siendo el Hospital San José de Condoto, la IPS con mayor número de meses adeudados, un total de 24 meses. Como se expuso anteriormente, el cuestionario de seguimiento fue enviado a todos los gerentes de hospitales públicos, pero no se obtuvo respuesta.

Acorde con la información disponible, en el departamento del Chocó, la crisis sanitaria por el COVID-19 ha develado, aún más, las brechas históricas que tiene en materia de salud en comparación con departamentos de otras regiones, las cuales están relacionadas con capacidades limitadas para la prestación de servicios de salud en términos de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, calidad y oportunidad de la atención médica, talento humano en salud y disponibilidad de herramientas tecnológicas e infraestructura.

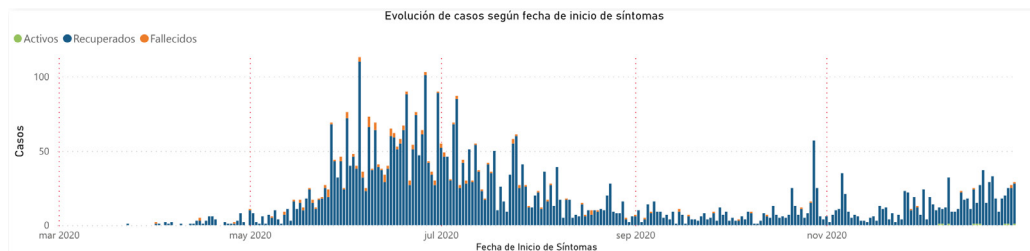
De igual manera, a pesar de los esfuerzos del orden departamental con la creación de herramientas tecnológicas, se ha evidenciado capacidad limitada de respuesta por parte de los entes territoriales municipales para garantizar sistemas robustos de información y vigilancia epidemiológica, que son clave para el rastreo, seguimiento y aislamiento oportuno de los casos confirmados, probables y sospechosos; así como debilidades desde el ente territorial departamental para inspeccionar, vigilar y controlar los aseguradores y prestadores de servicios de salud [Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios (EAPB); las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Administradoras de Riesgos Labores (ARL)], quienes son los responsables directos de las condiciones laborales en las cuales el personal de salud desempeña su función.

Con base en los datos abiertos del Instituto Nacional de Salud, el mayor número de casos nuevos por día se presentó entre junio y julio con un comportamiento a la baja entre agosto y octubre, así como con un ligero repunte entre la primera y tercera semana de noviembre. Un comportamiento similar presentó el número de muertes nuevas por día (ver Gráfica 25) y el número de reproductivo efectivo (R_t)²⁷ que persistió en zona de peligro y mitigación en

27 El Observatorio Nacional de Salud del INS hace, desde el inicio de la pandemia por COVID-19 en Colombia, la estimación del número reproductivo efectivo (R_t) de forma empírica, a partir de los casos diarios sintomáticos según fecha de inicio de síntomas. Este valor depende, entre otras cosas, del número promedio de veces, por unidad de tiempo, que un individuo infeccioso se encuentra a un individuo susceptible durante el día. El R_t ha sido un indicador clave de seguimiento de la velocidad de transmisión de la epidemia a lo largo del mundo. Sin embargo, a medida que avanza la epidemia y que una mayor proporción de población ha estado en contacto con el virus (como se evidencia con los estudios de seroprevalencia) su utilidad para generar reglas de decisión (como mantener un R_t cercano a 1) disminuye y debe ser complementado con su valor ajustado (como el R_0 de los modelos), que excluyan el papel de la disminución de la población susceptible en la velocidad de transmisión. Ver más: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-rt.aspx>

el mismo período, cuando lo ideal es permanecer en zona de supresión. Esto da cuenta de la incapacidad para prevenir y contener el contagio, en parte por la inacción de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para garantizar accesibilidad al diagnóstico oportuno, rastreo y seguimiento de los casos sospechosos y confirmados, así como por la comunicación poco asertiva del riesgo con base comunitaria y las dificultades económicas que impiden a la ciudadanía acatar las medidas de control social.

Gráfica 25. Incidencia de casos de COVID-19 en el departamento del Chocó por día Corte 31 de diciembre, 2020.



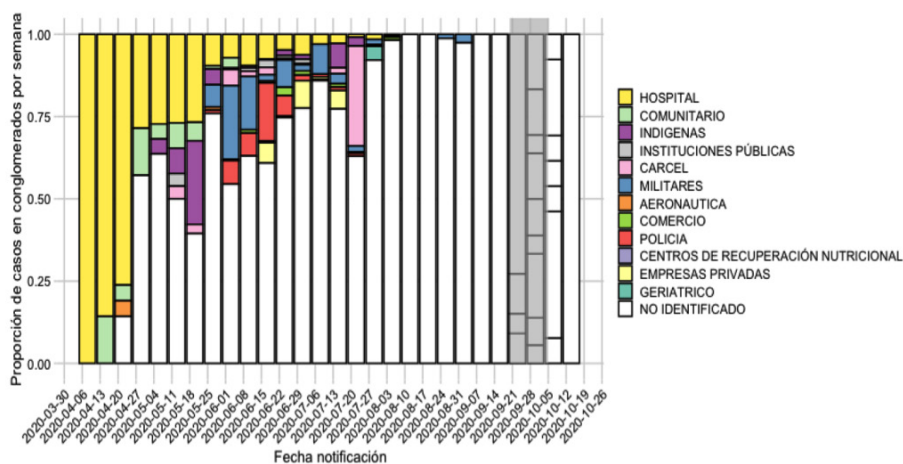
Fuente: Instituto Nacional de Salud, 2020.

Un conglomerado se establece cuando dos o más personas son detectadas como casos confirmados de COVID-19 dentro de un período de 14 días desde el inicio de los síntomas en la misma área geográfica, el mismo lugar y/o con vinculación epidemiológica. Pueden ser del tipo comunitarios en espacios abiertos como las plazas de mercado, asentamientos no formales, personas en situación de calle, acopio de transportadores como mototaxistas, etc., o institucionales en espacios cerrados como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Acorde con la evidencia disponible y el lineamiento «*Orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la Covid19*» (INS, 2020) deben ser identificados e intervenidos oportunamente porque representan gran impacto en el control de las cadenas de transmisión del virus.

El aumento desproporcionado de estos y su permanencia en el tiempo, específicamente para el caso de las IPS, representa limitaciones en la planeación, implementación, evaluación y seguimiento de los planes de contingencia que, entre otras cosas, deben incluir los protocolos de vigilancia de ausentismo laboral y el monitoreo del uso adecuado de elementos de protección personal por parte de las áreas de talento humano de las IPS y de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las que el gobierno nacional en la Resolución 666 de 2020 delegó la responsabilidad de asistir técnicamente la implementación de los protocolos de bioseguridad al interior de las IPS haciendo énfasis en la necesidad de identificar oportunamente los casos, gestionar los riesgos potenciales por exposición laboral al virus y, en articulación con las EAPB, vigilar la salud de las y los trabajadores expuestos al riesgo laboral de COVID-19.

Una particularidad en la dinámica de contagio en el departamento del Chocó es que acorde con la fecha de notificación (ver Gráfica 26), los brotes se han originado principalmente en conglomerados de las Fuerzas Militares y de Policía y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Este fenómeno puede ser reflejo de inacción por parte de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) para garantizar disponibilidad de equipos de protección personal a estos grupos poblacionales de alta movilidad, los cuales están mayormente expuestos al riesgo de contagio.

Gráfica 26. Comportamiento de conglomerados en departamento del Chocó, corte 12 de octubre de 2020.



Fuente: Grupo de Análisis de Datos Chocó, 2020.

De hecho, diversos medios de comunicación han alertado sobre esta situación. El 22 de abril de 2020, la columna de la Silla Vacía, «Principal hospital del Chocó: sin UCI, sin plata y medio cerrado», denunció irregularidades en la prestación de servicios por malos manejos según denuncias de los trabajadores de salud. «Tenemos tapabocas elaborados artesanalmente, donaciones de algunas instituciones o pequeñas empresas; una que otra bata, la lavandería entró en paro y no había sábanas», dice Cilia Marina Perea, enfermera jefa del hospital. Sandro Caicedo, médico internista del San Francisco, relató que los insumos que había eran insuficientes, pues no alcanzarían más de quince días. Además, debido a las deudas que tiene el hospital con proveedores, la compra de elementos de bioseguridad está difícil (Silla Vacía, 2020).

El 20 de enero de 2021 en la columna de Johana Gil escribió: «Hay escasez de guantes y medicamentos como sedantes para pacientes críticos en el único hospital de segundo nivel de esa región del país», también denunció el atraso del pago de los salarios de octubre, noviembre, diciembre de 2020 y enero de 2021 para 430 trabajadores del Hospital San Francisco de Asís de

Quibdó (Chocó), así como la falta de insumos médicos en pleno rebrote de la pandemia por COVID-19. Kelly Mena, auxiliar de enfermería, aseguró que *«los empleados no aguantan más meses sin salarios, ni trabajar en estas condiciones porque están en riesgo sus vidas. Hay diez compañeros contagiados de la COVID-19. Tantos pacientes COVID que estamos manejando en este momento y no tenemos guantes. A veces nos toca hacer procedimientos así. Tenemos a varios compañeros infectados. Conseguir guantes es un privilegio. No aguantamos más. Nuestras neveras están vacías y el pago se quedó en promesas»* (RCN Radio, 2021).

Las anteriores cifras y relatos exponen el incumplimiento en la obligación estatal de procurar la disponibilidad del servicio de salud en aras de mejorar el estado de la salud en la población afrocolombiana, y eliminar la diferencia entre el sistema de salud del departamento del Chocó y el resto de la población colombiana. El incumplimiento de esta obligación de poner a disposición los bienes y servicios en salud se extiende a otros servicios básicos, como el acueducto y alcantarillado, que figuran como factores externos esenciales para el pleno goce del derecho fundamental a la salud, que según el DANE (2018), mientras que el promedio nacional del déficit en la categoría de servicios básicos es del 11.94 %, el índice más alto del país es el del departamento del Chocó, que se encuentra en un 66.61 %, siendo casi siete veces mayor que el promedio nacional.

De cara a la pandemia por el COVID-19, el suministro de insumos de bioseguridad de mascarillas, guantes y batas, como tener en cuenta los conglomerados de instituciones de salud que dieron origen a los brotes de contagio, fueron nulos por parte de las ARL para salvaguardar el derecho fundamental a la salud del personal médico y asistencial, y de la comunidad en general. Los esfuerzos hechos por el gobierno nacional en Chocó todavía no son suficientes para aliviar la crisis y generar una situación de salud menos precaria en términos de disponibilidad. Sin embargo, no solo los esfuerzos deben estar encaminados en crear la disponibilidad del servicio, esta debe entrelazarse con la accesibilidad, puesto que de nada sirve poner a disposición una infraestructura o insumos de bioseguridad, si la población que lo necesita no puede acceder a ella (Comité de derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

Así mismo, según el Comité de derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) (2000), el componente de calidad del derecho a la salud, además de apuntar a que los establecimientos, los bienes y servicios de salud sean aceptables, accesibles y disponibles, se deben encontrar en adecuado estado desde el punto de vista científico y médico. Lo anterior se refiere a que el personal médico debe estar capacitado y los establecimientos de salud deben contar con suficiente dotación en buen estado y con condiciones sanitarias adecuadas.

Ante lo anterior, el sistema de salud que sostiene la pandemia por COVID-19 en el departamento del Chocó es precario, puesto que no existen ninguno de los elementos esenciales para garantizar el derecho fundamental a la salud. Ante este panorama, el Estado colombiano no ha cumplido con los compromisos que ha adquirido a nivel internacional y reafirmado mediante sus políticas públicas, los cuales son necesarios para mitigar las afectaciones en las vidas de la población afrocolombiana.

2.4 Condiciones laborales, en el marco de la pandemia por SARS-Cov-2/COVID-19, y la salud mental de los trabajadores afrocolombianos de la salud. El caso de la Nueva Ese Hospital San Francisco de Asís

En términos de salud mental, la pandemia por COVID-19 supone grandes desafíos: las afectaciones en relación la salud mental de la población general secundarias al confinamiento, padecer COVID-19 y las muertes de personas cercanas y no tan cercanas, así como el impacto psíquico en los profesionales de la salud (OMS, 2020; World health Organization, 2020).

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, estudios realizados en China hablan de la presencia de síntomas relacionados al miedo y la ansiedad en aproximadamente 16 % de la población. Los profesionales de la salud no son inmunes a los efectos que provoca ejercer la medicina en medio de una pandemia, tal es así que en centros hospitalarios de China, entre 15 % y 23 % del personal sanitario presentaron síntomas de ansiedad y trastornos mal-adaptativos como resultado del estrés laboral (Ren *et al.*, 2020).

Los niveles de agotamiento emocional de enfermeras y médicos se han puesto de manifiesto en estudios en Francia, Italia y España. Entre los profesionales sanitarios españoles e italianos, los estudios señalan el agotamiento emocional y las crisis de ansiedad como los principales síntomas. En Brasil, a pesar de la falta de datos, el Consejo Federal de Enfermería (COFEN) señala que el agotamiento físico y mental son los principales síntomas de *burnout* (Baqui *et al.*, 2020).

En un estudio realizado en Ecuador, en el que se convocaron a médicos y enfermeros pertenecientes a establecimientos del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se concluyó que, durante la pandemia del COVID 19, los profesionales de salud ecuatorianos estuvieron expuestos a altos niveles de estrés laboral presentando síndrome de *burnout* moderado a severo en cerca del 95 % del personal evaluado, siendo más frecuente en médicos que en enfermeros, en personal asistencial joven y en mujeres (Vinueza, 2020).

Desde el inicio de la contingencia sanitaria, quienes ejercen labores de cuidado en los servicios de salud a nivel mundial se han visto enfrentados a uno de los mayores retos profesionales de toda su carrera. La pandemia ha dejado al descubierto todas las fallas de los sistemas de salud en el mundo, especialmente en Latinoamérica porque la capacidad de respuesta estructural y de recursos humanos se ha visto seriamente afectada. De esta forma, además del riesgo implícito por exposición al coronavirus, la gran carga de trabajo y las demandas psicoemocionales a las que han sido expuestos los trabajadores de salud representan uno de los retos más evidentes en términos de los factores de riesgo psicosociales para el sector salud en el mundo (Juárez-García, 2020).

Las condiciones laborales para los trabajadores de la salud a nivel país son particulares porque el sistema de salud colombiano, como ya se ha reiterado, desde hace varios años está en estado crítico. La pandemia por COVID-19 se instala sobre la base de un sistema de salud deficitario en relación con los recursos (físicos, financieros, humanos, de equipamiento, etc.). Esta crisis se ha ahondado debido a la dificultad que supone prestar un servicio con calidad en condiciones donde el flujo de recursos es escaso, además del constante aumento de las agresiones al personal de salud, dado que estos son quienes dan la cara a los usuarios cuando hay fallas en la prestación del servicio.

Con el advenimiento de la pandemia de COVID-19 se ha empezado a describir la estrecha relación entre la prestación de servicios de salud y el síndrome de *burnout* (López *et al.*, 2020). El síndrome de desgaste profesional es el padecimiento mental más estudiado en los trabajadores de la salud a nivel mundial, el mismo es definido por la OMS como: *Un síndrome que resulta de estresores crónicos del trabajo que no han sido afrontados exitosamente. Se encuentra caracterizado por tres dimensiones: 1) sentimientos de deterioro de energía o agotamiento, 2) distanciamiento mental del trabajo o sentimientos negativos o indiferencia relacionada al trabajo; y 3) eficacia profesional reducida.* El síndrome de desgaste profesional es el resultado de un proceso en el que el trabajador se ve expuesto a una situación de estrés laboral crónico (al menos 6 meses continuos) y en el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces, generando una respuesta acumulativa y a largo plazo.

Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2017), señala que los principales factores psicosociales de estrés durante una pandemia para personal que se encuentra en la primera línea de emergencia (trabajadores sanitarios, personal de laboratorio, trabajadores funerarios, operadores de ambulancia, empleados de limpieza y manejo de desechos, policías, militares, bomberos, entre otros) son: el temor por el bienestar propio o de la familia y los compañeros, falta de equipos de protección personal, aislamiento, falta de apoyo social o de tejido social, tensión entre los protocolos de seguridad establecidos y el deseo de cuidar o ayudar a personas. Estos factores se traducen en estrés negativo, estado de ánimo bajo, baja motivación, mayor fatiga y repercusiones como la depresión, la ansiedad y otros efectos graves en la salud mental que dificultan mantener estilos de vida saludables, aumentan la exposición al estigma social, la discriminación e incluso violencia por otras personas.

En el departamento del Chocó, la situación para el subsistema de salud no ha sido diferente, diríamos que ha sido mucho peor, sumando a las condiciones de inequidad en términos de salud con respecto al resto del país, aunado a una pandemia que lo pone en jaque y con nula capacidad de respuesta frente a las exigencias que el contexto actual supone; tal es el caso del Hospital San Francisco de Asís, el único hospital público de segundo nivel de todo el departamento del Chocó, el mismo que a través de los años viene sufriendo múltiples intervenciones por parte del Estado por las fallas en su funcionamiento en relación

con la poca o nula sostenibilidad a nivel financiero, poca disponibilidad de insumos, no remuneración a sus empleados y un sinnúmero de problemáticas que acompañan su historial.

El Departamento del Chocó, ubicado en la Región del Pacífico y habitado por mayoría de población afrodescendiente, actualmente, se ubica como uno de los departamentos más empobrecidos del país con un nivel de incidencia de pobreza multidimensional²⁸ de 45.1 %, cuando la media nacional es de 19.6 % (DANE, 2018). En cuanto a la pobreza monetaria y la pobreza monetaria extrema, en las que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) establece una línea de ingresos mínima para determinar si una persona se considera pobre, la entidad definió que las líneas de pobreza más bajas se presentaron en los departamentos del Pacífico colombiano, a saber: Nariño (\$225.119); Chocó (\$222.032) y Cauca (\$213.930), con una incidencia de pobreza consecuente en el 41.4 % de la población de Nariño, 50.5 % en los habitantes del departamento del Cauca y el 61.1 % de la población chochoana.

Lo descrito anteriormente es muy importante para comprender el contexto laboral en el que están inmersos los trabajadores de la salud seleccionados para este estudio, ya que otro de los factores estudiados en el marco de la pandemia, ha sido la profundización de las inequidades por temas étnico-raciales. Un estudio reciente realizado en comunidades afroamericanas encontró que los participantes negros, que vivían por debajo de la línea de la pobreza y contaban con bajos conocimientos sobre salud, presentaban más probabilidades de sentir menos preocupación por la infección de COVID-19, consideraban que no se infectarían y a su vez estaban menos preocupados por el brote (Baqui *et al.*, 2020).

Igualmente, los participantes con menor conocimiento sobre salud confiaban más en la respuesta del gobierno para el abordaje de la situación frente al virus (Baqui *et al.*, 2020) ethnicity, comorbidities, and symptoms. Methods: We conducted a cross-sectional observational study of COVID-19 hospital mortality using data from the SIVEP-Gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe. Este hallazgo evidencia la mayor vulnerabilidad en la cual se encuentran ciertas comunidades, como las étnicas, por diversos determinantes sociales, que como se identificó en otro estudio realizado en este mismo país, genera disparidades étnico/raciales sustanciales frente a la infección y mortalidad por este virus que los afecta de forma desproporcionada (Tavares y Betti, 2021). A su vez, en dicho país, a pesar de que solo 20 % de los condados son de comunidades negras, se ha establecido que las personas de esta etnia/raza representan el 52 % de los diagnósticos de COVID-19 y el 58 % de las muertes por COVID-19 cuando se compara con la media nacional (Holmes *et al.*, 2020).



28 El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) es un índice compuesto de cinco dimensiones de calidad de vida entre los cuales no se incluye el ingreso. Su ventaja está en la posibilidad de analizar múltiples dimensiones de la pobreza que pueden ser experimentadas simultáneamente por un hogar. En Colombia, el IPM consta de cinco dimensiones, todas las cuales se miden a nivel de hogar: i) condiciones educativas, ii) condiciones de la niñez y juventud, iii) salud, iv) trabajo y v) condiciones de la vivienda y servicios públicos domiciliarios. Estas dimensiones se dividen en 15 variables y un hogar con privaciones en al menos 5 variables (que representan el 33 % de las privaciones) se considera en condición de pobreza multidimensional (DNP, 2011).



Después de la edad, ser negro, mulato o mestizo es el segundo mayor factor de riesgo para morir por COVID-19 en Brasil, debido a las desigualdades sociales y falta de accesibilidad a los servicios de salud a los que se ve expuesto esta población, mismas que se profundizaron por la crisis sanitaria (Baqui *et al.*, 2020). Para Akerman, investigador de la facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, la pandemia evidencia la forma como la vida y la muerte están instrumentalizadas por el sistema debido a la distribución desigual de los bienes materiales que generan disparidades estructurales en el acceso a los servicios y equipos de salud entre las distintas regiones del país.

Para hacer un análisis de la situación, es clave entender que la población afrodescendiente de Colombia tiene una carga importante de factores a nivel psicosocial, tal como lo es el trauma histórico que se define como un trauma colectivo infligido a un grupo de personas que comparte una identidad o afiliación (etnia, nacionalidad, religión, etc.) (Borda Bohigas *et al.*, 2015). Este se caracteriza por el legado transgeneracional de los eventos traumáticos experimentados y se expresa a través de diversas respuestas psicológicas y sociales.

Vivir en territorios dispersos, como el Chocó, con el abandono sistemático del Estado que han sido atravesados por la violencia (Ej.: ocupación ilegal de la tierra, despojo, masacres y desplazamientos forzados, etc.) ejercida desde el aparato estatal y los grupos al margen de la ley desde hace décadas y que permanecen hasta el día de hoy, generan un impacto social en la población que afecta la dinámica familiar y la vida en comunidad, lo cual se configura como un riesgo psicosocial que hace parte de la vida de los trabajadores, incluidos los del área de la salud.

En este contexto, las condiciones laborales de quienes están en la primera línea de batalla frente al COVID-19, en el Hospital San Francisco de Asís, son claramente diferentes con respecto al panorama mundial, regional y nacional. Al impacto psicológico se suman; la falta de recursos ya descritos, el poco soporte social que se ha presentado específicamente en el municipio de Quibdó, las variables ligadas a la inequidad étnico-racial y, sobre todo, la irregularidad en el pago de sus honorarios profesionales.

Todo lo anterior, aunado a las pésimas condiciones laborales que tienen los trabajadores de la salud en el departamento del Chocó, especialmente en el Hospital San Francisco de Asís, supone mayor exigencia psíquica y física para cumplir con los requerimientos mínimos que la pandemia por COVID-19 trae consigo. El impacto a nivel psicológico, el desgaste emocional, la despersonalización y la falta de realización personal son manifestaciones del síndrome de *burnout* que, como ya otros estudios lo han demostrado, se han visto seriamente afectadas por esta crisis sanitaria.

Es importante dar cuenta del estado de salud mental de las y los trabajadores de la salud del departamento; primero para saber cuál es el grado de afectación y cómo se interrelacionan las distintas variables antes enunciadas, así como para emprender las acciones necesarias para cuidar de los que cuidan. La pandemia por COVID-19 ha representado una

oportunidad única para visibilizar las problemáticas arraigadas en materia de salud en el departamento ya que, incluso, en el marco de esta crisis sanitaria no se enfilan los recursos necesarios para paliarlas y generar, de forma urgente, acciones con enfoque diferencial.

En la revisión de la literatura disponible no se encontraron estudios que estimen prevalencia de este síndrome en trabajadores de la salud afrocolombianos. Por tal razón, este estudio descriptivo mixto de corte transversal tiene como objetivo central indagar acerca de un instrumento idóneo para caracterizar el síndrome de desgaste profesional dentro del contexto local y conocer las implicaciones que ha tenido la pandemia de COVID-19, así como la respuesta institucional frente a la presentación de este síndrome, como insumos para identificar oportunidades de acciones de incidencia en la política pública que contemplen estrategias de corto, mediano y largo plazo para disminuir y/o controlar su ocurrencia.

Con el fin de evaluar los efectos de la pandemia en la salud mental de los trabajadores de la salud, se realizó una encuesta anónima que incluyó la escala de Freudenberg (Thomáe *et al.*, 2006) dirigida a los 470 empleados del Hospital San Francisco de Asís, los cuales fueron llamados a participar por e-mail, grupos de WhatsApp previa concertación y autorización de la junta directiva del sindicato de la institución. Adicionalmente, se realizó un grupo focal con 10 participantes a quienes se les aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach *et al.*, 1996). Del total de encuestados: el 10 % (1) son hombres y 90 % son mujeres (9), todos de la etnia negra. La edad mínima de los participantes fue de 24 años y la máxima 39, con un promedio de edad de 34,6 años y una desviación estándar de 5.37.

En cuanto a la distribución por servicios y profesiones, del total de participantes dos (2) son mujeres jefas de enfermería: una (1) del servicio de obstetricia y otra de la unidad de cuidados intensivos para pacientes COVID-19. Tres (3) participantes realizan actividades administrativas en el área de estadística y archivo clínico; una (1) participante labora como auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias y dos participantes laboran en consulta externa, en los servicios de laboratorio y psicología.

Tres (3) de los encuestados tuvieron un diagnóstico confirmado por COVID-19. De estos, dos (2) reportaron demoras en la atención requerida a la Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), así como debilidades en el seguimiento oportuno. La mayoría de los encuestados, 70 % (7), han presentado carencia de materiales de bioseguridad y equipos de protección personal (EPP) en sus lugares de trabajo, entre las que se destacan batas, guantes quirúrgicos y mascarillas N95.

El 60 % (6) de los participantes se han sentido estigmatizados alguna vez por el ejercicio de su profesión en el marco de la pandemia. Los diez (10) participantes han presentado ansiedad, depresión e insomnio en los últimos seis (6) meses. De estos, solo cuatro (4) han recibido atención psicológica particular entre abril y septiembre porque a pesar de haber demandado el servicio a la Adiestrada de Riesgos Laborales, no fueron atendidos.

En cuanto a las prestaciones laborales, hasta el 27 de enero que se aplicó la encuesta, les adeudan 4 meses de salario, primas, retroactivos y recargos para la vigencia del año inmediatamente anterior.

Una de las características del grupo focal está puesta en relación al género: el 90 % son mujeres (9) y el 10 % restante son hombres (1). Lo cual habilitó la aparición de temáticas relacionadas con los desafíos que aparecen con respecto al trabajo femenino y los retos que esto representa. Esto da cuenta del cambio que se ha dado en relación a la inserción laboral mayoritariamente de mujeres en el campo de la salud en el Departamento del Chocó.

Durante el encuentro, una de las participantes hablaba del reto que representa para ellas asistir y cumplir con su trabajo sin una adecuada remuneración siendo madres cabeza de familia, lo expresaba así: *«He visto llorar a mis compañeras porque no tienen que darle de comer a sus hijos, la mayoría son cabeza de hogar, no es mi caso, yo por lo menos tengo a mi esposo, no es lo mismo»*.

Las características psicosociales dentro de las comunidades afrodescendientes en lo que respecta a la configuración y dinámica familiar, donde muchas mujeres son madres solteras y responsables del hogar también inciden en el trabajo. El protagonismo de la mujer afrocolombiana a nivel familiar se puede inquirir desde la matrifocalidad, la poliginia y la familia extensa. La matrifocalidad y la poliginia responden al rol de la mujer negra como organizadora y estabilizadora del parentesco, como principal proveedora de ingresos familiares desde sus quehaceres diarios debido a la ausencia masculina o a su constante movilidad (Lawrence, 2017).

Pero el protagonismo familiar de la mujer negra colombiana no es algo exclusivamente de nuestros días; esto se vivió también durante la trata. La política esclavista permitió que la mujer afro se constituyera de manera sobresaliente en el núcleo articulador del ámbito familiar. Este fenómeno se debió al hecho de que, en los tiempos de la esclavitud, «el hombre negro podía ser vendido solo, perdiendo toda la posibilidad de volver a ver sus hijos y a su compañera y a la familia disgregada a capricho del esclavista, la madre fue la figura aglutinante» (Lozano, 1992).

Son factores que tienen alto impacto en la salud mental de las trabajadoras de la salud en territorios afrodescendientes. El rol activo asumido de invisibilidad, por parte de las mujeres negras, tiene efectos comprobados sobre la salud y la salud mental, configurando así el estereotipo de la mujer negra fuerte. Con estos hallazgos se puede inferir que el ámbito laboral ofrece ese espacio de contención que habilita el florecimiento de la vulnerabilidad que no se puede tener en casa, dicha vulnerabilidad se genera frente a la impotencia de no tener que darle de comer a sus hijos siendo en muchos casos la responsable de asegurar el buen vivir y estabilidad de su familia, primero antes que la propia.

Desde cualquiera de los roles, las personas coincidían en tener muchísimo malestar en lo relacionado al trabajo y el manejo institucional frente a los factores que influyen en el

bienestar laboral, manifestaban su descontento con la falta de remuneración por su trabajo durante los 4 o 5 meses anteriores. Así mismo, se puede inferir que quienes trabajan en el área asistencial sumaban a su descontento la falta de materiales de protección personal y el descuido por parte de la institución al no realizarles pruebas seriadas de COVID-19, dos (2) personas expresaron textualmente:

«No nos hacen pruebas de COVID-19 porque no hay quien haga los turnos si salimos positivos todos para COVID-19».

«Yo aún no se si me ha dado COVID-19 porque nunca me han hecho la prueba, no sé si soy asintomática o qué».

En lo relacionado al lugar o servicio del hospital donde trabajan, se encontró que el 40 % de las personas participantes marcaron la opción otro, que corresponde al área COVID-19 (3) y Ginecoobstetricia (1), 30 % en el área administrativo, 20 % Urgencias y el 10 % en Consulta externa. Esta diferenciación es muy importante dado que las personas que trabajan en el área COVID-19 marcaron mayor miedo, desesperanza y desprotección en lo que tiene que ver con el apoyo institucional y el impacto psicológico ligado a la enfermedad por COVID-19, así lo expresó una de las participantes:

«La salud mental de los trabajadores no le importa a nadie, nadie la ve, me siento muy afectada, me entristece profundamente porque tuve COVID-19, nunca me llamaron de la institución y los jefes ni los directivos y menos los administrativos para saber cómo estaba, siento que mi trabajo como auxiliar de enfermería no sirve».

Las enfermeras y los médicos están especialmente expuestos a los riesgos del síndrome de desgaste profesional porque usualmente trabajan con un alto nivel de exposición laboral, con largas jornadas de trabajo, además de un alto nivel de exigencia y sobrecarga de tareas.

En relación con la variable edad, se encontró que la mayoría de los participantes tenían entre 24 y 39 años. El rango etario tiene correlación con el contexto actual porque los trabajadores y trabajadoras de la salud mayores de 60 años no se encuentran trabajando presencialmente en la institución por ser personal con alto riesgo para las complicaciones secundarias a la infección por COVID-19 como enfermarse gravemente y morir. Lo anterior implica mayor carga laboral para quienes quedan supliendo el vacío que dejan sus compañeras y compañeros, en una de las intervenciones uno de los participantes dijo textualmente:

«No contrataron más gente, nos aumentaron las horas del trabajo y así mismo la carga laboral y encima no nos pagan».



Luego realizamos preguntas más específicas acerca del conocimiento que tienen los participantes sobre el Síndrome de *Burnout* o de «Quemarse por el trabajo o desgaste profesional». Desde el año 2019, el manual diagnóstico de la OMS incluyó el síndrome de «desgaste profesional» como una enfermedad que está ligada completamente a la dimensión laboral. Así que al realizar estas preguntas sobre conocimiento del síndrome de *burnout* nos encontramos con estas respuestas:

«Es un trauma que nos ha afectado a todos debido a la pandemia, nunca nos hablaron ni nos capacitaron acerca de eso, no hay orientación ni acompañamiento».

«Es un síndrome de agotamiento físico y mental frente a lo que se está viviendo, nos aumentan las horas sin remuneración. Esto aquí no para, nos adeudan 4 meses».

«Sí lo he leído superficialmente, lo confundía con estrés laboral, la mayoría de los trabajadores del Hospital San Francisco sufrimos de esto, trabajamos en el área COVID-19 sufro agotamiento, debilidad... ir a trabajar con miedo y exposición al virus».

Maslach y Jackson definieron el *burnout* como «una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización». Además, estas autoras identificaron los tres aspectos o dimensiones del desgaste profesional: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. El cansancio emocional se ha definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación (Maslach *et al.*, 1996).

Desde que se configuró el concepto del síndrome de *burnout*, ha estado circunscrito a ciertas profesiones u oficios que tiene que ver con el cuidado de otras personas (docentes, personal sanitario, etc.), hace algunos años se empezó a medir y a incluir a todas las profesiones.

La pandemia por COVID-19 supone una mayor exigencia para quienes se encuentran en primera línea de atención, se sabe que las profesiones relacionadas con el cuidado desarrollan mayores factores que ayudan a la presentación del síndrome de desgaste profesional. En los antecedentes de las características propias de la población, que hace parte del estudio, se habló de la carga que venía experimentando en todo este periodo, además de los factores que los artículos revisados nombran, se suma la falta de reconocimiento y remuneración de los últimos 4 meses, situación que durante el grupo fue uno de los elementos que ellos reconocen como la mayor fuente de su malestar.

Para entender las dinámicas laborales y las fuerzas que operan para tener mayor o menor estrés laboral y por ende el síndrome de *burnout*, existe el modelo demanda-con-

trol-apoyo social. (Vega Martínez, 2001) que describe y analiza situaciones laborales en las que los estresores son crónicos, haciendo énfasis en las características psicosociales del entorno de trabajo. Ha sido el modelo más influyente en la investigación sobre el entorno psicosocial de trabajo, estrés y enfermedad desde principios de los ochenta, así como el que presenta mayor evidencia científica a la hora de explicar efectos en la salud.

En la década de los setenta, diversos estudios demostraron que se producían efectos en el estado de salud (Ej.: depresión e indefensión aprendida, síntomas de tensión psicológica) y en el comportamiento (Ej.: actitud activa en el trabajo, conducta en el tiempo de ocio, experiencia activa) relacionados ambos, aunque de distinta manera, con dos dimensiones: las intensas demandas psicológicas (cambios, retos psicológicos) por un lado, y la capacidad de control (trabajo monótono, capacidad de ejercer las competencias, altos niveles de autonomía, uso de capacidades), por otro. De otra parte, se había investigado desde la lógica epidemiológica la función modificadora de la relación entre estrés y enfermedad que desarrollaba una tercera variable: el apoyo social.

Así, el modelo de Karasek y Johnson (Martín *et al.*, 2007) contempla tres dimensiones:

- ◆ Demandas psicológicas.
- ◆ Capacidad de control.
- ◆ Apoyo social.

La primera dimensión se define así: Demandas Psicológicas o las exigencias psicológicas que el trabajo implica para la persona. Básicamente hacen referencia a cuánto se trabaja: cantidad o volumen de trabajo, presión de tiempo, nivel de atención, interrupciones imprevistas; por lo tanto, no se circunscriben al trabajo intelectual, sino a cualquier tipo de tarea.

En relación a la situación puntual del Hospital San Francisco de Asís, en el grupo focal, los trabajadores y trabajadoras manifestaron cómo con la llegada de la pandemia por COVID-19 aumentó el volumen de pacientes, así como el grado de dificultad porque al ser el centro de referencia de mayor complejidad para todo el departamento, ellos reciben todos los casos graves de la red pública. Las demandas psicológicas se expresaron en tres cuestiones clave: en primer lugar, por el aumento en las horas de trabajo que se generó debido a la gran cantidad de compañeros ausentes por sus condición de riesgo, patologías crónicas de base o por ser mayores de 60; en segundo lugar, a nivel personal, estas demandas aumentaron por la falta de reconocimiento de sus derechos laborales, expresado en la falta de pago y las responsabilidades con la familia que no se hacen esperar, los miedos propios frente a la posibilidad de tener el virus y la posibilidad de contagio a sus familiares y allegados; y en tercer lugar, por el hecho de no contar con garantías mínimas de seguridad en el trabajo como por ejemplo, no contar con los adecuados elementos de protección personal y apoyo para la gestión del riesgo psicosocial. Los participantes lo relataron así:



«Sí lo he leído superficialmente, lo confundía con estrés laboral, la mayoría de los trabajadores del Hospital San Francisco sufrimos de esto, trabajamos en el área COVID, sufro agotamiento, debilidad, ir a trabajar con miedo y exposición al virus».

«He sentido fatiga, he sentido tristeza frente a lo que pasa en relación a los pacientes y a lo que nos pasa en relación al esfuerzo que hacemos para hacer bien nuestro trabajo y que no nos paguen y no tener insumos».

«Que sentía impotencia de saber que tenemos que trabajar todos los días, me voy a trabajar sin tener con que movilizarnos y sin tener que dejar en las casas para comer».

«Y la ansiedad estaba tan alta que tuve que buscar ayuda psicológica y psiquiátrica, no sabía cómo afrontar lo del COVID en el hospital, todavía estoy en tratamiento con medicamentos y no puedo trabajar en las noches, desde el tratamiento ha mejorado mi ansiedad y sobre todo el sueño».

Al respecto de la segunda, el Control se trata de la dimensión esencial del modelo, puesto que este es un recurso para moderar las demandas del trabajo. Es decir, el estrés no depende tanto del hecho de tener muchas demandas, como del no tener capacidad de control para resolverlas. El control hace referencia a cómo se trabaja, y tiene dos componentes: la autonomía y el desarrollo de habilidades. La primera es la inmediata posibilidad que tiene la persona de influenciar decisiones relacionadas con su trabajo, de controlar sus propias actividades. El segundo hace referencia al grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades: aprendizaje, creatividad, trabajo variado (Vega Martínez, 2001).

La baja capacidad de control que tienen los trabajadores del HSFA se suma a los factores estresores, muchas de las problemáticas o desafíos que enfrentan en lo cotidiano no tienen cómo resolverlas por sus propios medios, la falta de insumos y la falta de recursos (financieros, humanos, estructura, etc.). Ellos expresan que en relación al desarrollo de sus propias capacidades también se ven limitadas en algún punto, de la siguiente manera:

«Ya no siento el mismo ánimo de antes, ya no soy tan animosa como antes, he perdido mucho la motivación».

La función del Apoyo social es la de incrementar la habilidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido, por lo que resulta un moderador o amortiguador del efecto del estrés en la salud. El apoyo social hace referencia al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros, como con los superiores. Tiene dos componentes:

relación emocional que el trabajo *per se* genera y lo relacionado con el soporte instrumental. Tanto el apoyo social como el control son factores que suelen verse muy influidos por los cambios en la organización del trabajo y, de hecho, las intervenciones preventivas que modifican en origen los riesgos psicosociales que, por lo general, afectan conjuntamente a ambas dimensiones (Vega, 2001).

Para nuestro caso de estudio, el apoyo social procede mayormente de los mismos compañeros, ellos refieren que se escuchan activamente, se apoyan y para el momento del grupo focal se encontraban en asamblea permanente, reuniones entre el sindicato y los trabajadores para determinar las medidas a tomar para el mejoramiento de las condiciones laborales. De igual forma, algunas de las trabajadoras expresaron la falta de apoyo por parte de los jefes, refiriendo que su trabajo es poco valorado y se sienten perseguidas. Esto se pudo constatar en que no hay medidas institucionales que ayuden a los trabajadores a tener mayor bienestar laboral, solo hay exigencia. Ellos lo expresan así:

«He tenido apoyo del personal con el que trabajo».

«La salud mental de los trabajadores no le importa a nadie, la verdad me siento muy afectada, me entristece profundamente porque tuve Covid-19 nunca me llamaron de la institución y los jefes ni los directivos y menos los administrativos para saber cómo estaba, siento que mi trabajo como auxiliar de enfermería no sirve».

«Nuestro jefe está constantemente mirando si estamos trabajando o no, sabiendo que no nos han pagado, uno trabaja porque tiene necesidades y si no venimos a trabajar nos cuestionan. Yo soy contratada y en el caso de no poder venir a trabajar me pueden echar, siento que sufro acoso laboral. Tenemos una fe muy grande, un Dios que siempre va adelante».

Cuando se indagó acerca de los síntomas que conocían del síndrome de *burnout*, se encontró que la mayoría de los participantes refieren cansancio emocional, fatiga, baja realización personal y, en algunos casos, síntomas de despersonalización. Así lo expresaban:

«He sentido fatiga, he sentido tristeza frente a lo que pasa con los pacientes y a lo que nos pasa en relación al esfuerzo que hacemos para hacer bien nuestro trabajo y que no nos paguen y no tener insumos».



«La mayoría de los trabajadores del Hospital San Francisco sufrimos de esto, trabajamos en el área COVID, sufro agotamiento, debilidad, ir a trabajar con miedo y exposición al virus».

«Tuve una crisis de estrés, me salieron unas ampollas en las manos, me mejoré y ahora me están saliendo de nuevo, me lo dijo el alergólogo y el dermatólogo».

«Me siento muy afectada, me entristece profundamente».

«Se siente mucha tristeza de todos los compañeros del hospital».

«No quiero levantarme para ir al hospital, para llegar al hospital escuchar a los pacientes decir que los vamos a dejar morir y que los vamos a legalizar por COVID».

«Ya no siento el mismo ánimo de antes, ya no soy tan animosa como antes, he perdido mucho la motivación».

El síndrome de *burnout* es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear. Lo integran tres componentes (Gil-Monte, 2000):

Los 3 componentes del síndrome de *burnout*

1



Despersonalización: se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la distancia personal.



Falta de realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.

2

3



Agotamiento emocional: combinan fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.

En lo que respecta a las manifestaciones clínicas se encuentran las siguientes:

1. **Psicológicas.** Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo).
2. **Somáticas.** Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endocrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicosomáticos.
3. **Organizacionales.** Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

Finalmente, se ahonda en las posibles herramientas brindadas desde la institución para el manejo del estrés laboral y el síndrome de *burnout*. Las y los participantes refieren que a nivel institucional no se está haciendo nada con el tema. De hecho, individualmente algunos marcaron la asistencia a terapia psicológica por sus propios medios y que las recomendaciones de hacer actividades lúdicas por fuera del trabajo no las pueden llevar a cabo, debido a que no tienen los recursos económicos para ello, así lo expresaron:

«Hay una dificultad para hacer actividades fuera del trabajo porque no hay dinero para hacerlo, uno quisiera ir a comerse un helado, ir a un restaurante, pero no tenemos plata para hacerlo».

«Estoy en tratamiento con medicamentos y no puedo trabajar en las noches, desde el tratamiento ha mejorado mi ansiedad y sobre todo el sueño».

«Ya empecé terapia, llevo 2 sesiones».

«La gente en el trabajo no tienen consciencia en lo relacionado a la Salud Mental».

Según la literatura revisada, hay algunas estrategias que se pueden desarrollar en distintos ejes para el mejoramiento del síndrome de *burnout*, que pueden ser llevadas a cabo a nivel individual y grupal (Thomaé, 2006). Para House algunas estrategias en todo lo relacionado al apoyo pueden ser:

1. **Apoyo emocional:** relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.



2. **Apoyo instrumental:** que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
3. **Apoyo informativo:** que le permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
1. **Apoyo evaluativo:** que es una retroalimentación «feed-back» de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permiten procesar su efectividad.

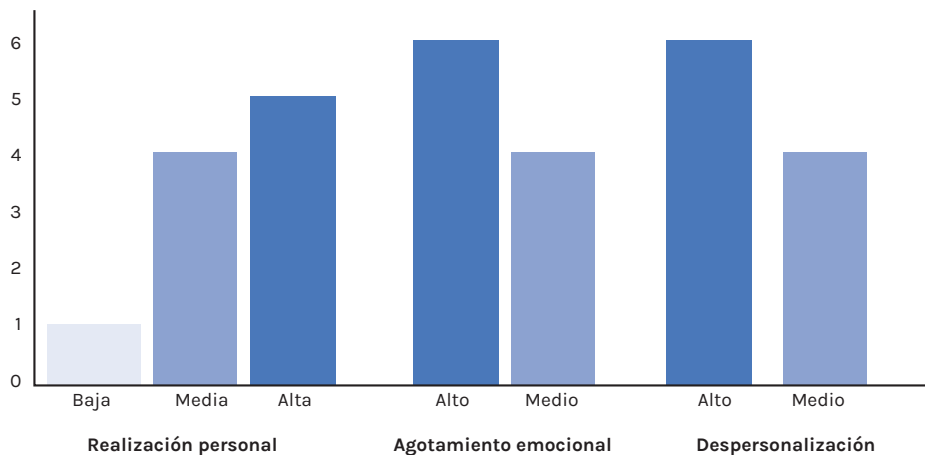
El fortalecimiento de las relaciones de ayuda dentro del trabajo son claves para mejorar el desempeño tanto individual como grupal, generar acciones en pro de estas tienen un alto impacto positivo a nivel psicológico y físico. Al preguntar a los asistentes cuáles herramientas creen que a nivel institucional se pueden poner en marcha, ellos agregaron:

«Se debería aprovechar el recurso del hospital para atención psicológica, salud ocupacional, para que todas las personas que trabajan en el hospital pasen por al menos una consulta, todo el mundo está afectado, es una situación que nunca se había vivido».

«La regularización del pago de nuestros salarios».

Los resultados de las escalas de Maslach y Freudenberger se condicen con los hallazgos subjetivos valorados en el grupo focal, los trabajadores y trabajadoras tienen altos índices de desgaste emocional, despersonalización y un grado de afectación media en la subescala de realización personal, este último se puede inferir por el grado de apoyo social que existe entre compañeros, el miedo que genera la idea de quedarse sin empleo, como bien lo manifestaban en el desarrollo del grupo focal, es común escuchar en los trabajadores de la salud del Chocó la clásica frase «es mejor tener la esperanza de que algún día me paguen, que no tener trabajo» y el nivel de satisfacción personal y gratificación que genera el desarrollar labores de cuidado (Gráfica 27).

Gráfica 27. Encuesta de Maslach IBM- Hospital San Francisco de Asís, 27 de enero de 2021 N=10.



Fuente: Elaboración propia con base en IBM.

De lo anterior, podemos decir que el 100 % de las personas evaluadas presentan síntomas correspondientes al síndrome de *burnout* en un grado de afectación medio y elevado, y que en relación a la realización personal solo 10 % refiere una baja realización personal que se puede entender por las variables expresadas anteriormente. En la escala de Freudenberger ($N=59$), todas las personas encuestadas presentan síntomas de desgaste profesional: 22 (37.9 %) tuvieron una clasificación alta; 16 (27.5 %) una clasificación moderada y 18 (31.03 %) una clasificación leve.

Algunos autores coinciden en que el abordaje del síndrome de *burnout* y su impacto en la salud mental es mejor desde el enfoque grupal, pues la metodología de grupo permite potabilizar la experiencia individual, promover la relación de ayuda, el apoyo entre compañeros, además de mostrarle a un individuo que no es la única persona que está atravesando por dicha situación y permite el autoconocimiento a través del conocimiento de los demás. Para situaciones muy puntuales se recomienda el abordaje individual, pero sin excluir la participación grupal. Para Horacio Cairo (Cairo, 2002) hay diez puntos que previenen la aparición del Síndrome de *burnout* y sus complicaciones, esta información es relevante para el diseño de programas y políticas para la atención a esta población:

1. Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
2. Formación en las emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar al máximo la agenda asistencial.



6. Tiempo adecuado para cada paciente: 10 minutos de media como mínimo.
7. Minimizar la burocracia para mejorar, la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorar la remuneración.
8. Formación continuada dentro de la jornada laboral.
9. Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
10. Diálogo efectivo con los equipos gerenciales.

2.5 Consideraciones finales

En diversos estudios se han encontrado asociaciones entre el síndrome de *burnout* y el incremento de ausentismo laboral, el aumento en la presentación de errores de procedimientos en las prácticas de enfermería y de diagnóstico y manejo en la práctica médica (Juárez-García, 2020) (Vinueza, 2020). La aparición de la pandemia por COVID-19 puso al personal de la salud como la primera línea de defensa, principalmente en los países que, como Colombia, le apostaron a la estrategia de mitigación. Esta estrategia de respuesta sustenta sus decisiones y medidas de control social en función de la demanda de servicios de salud y la capacidad hospitalaria de mediana y alta complejidad, expresado en el porcentaje de ocupación de camas para Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).

Aunque, desde 2019, la OMS incluyó al síndrome de *burnout* en la lista de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) (QD 85 Burn-out), no está catalogado como una enfermedad o trastorno de salud propiamente dicho, sino como un fenómeno ocupacional en la categoría de «problemas asociados con el empleo o el desempleo», así como en el capítulo «factores que influyen en el estado de salud o que necesitan atención de servicios médicos».

Lo anterior está relacionado con la visión psicosocial del fenómeno que lo dimensiona más como una alteración del bienestar psicosocial condicionado por determinantes del entorno laboral, que como una enfermedad dentro del marco teórico hegemónico biologicista. Sin embargo, se sabe que sus efectos comprenden desde trastornos de la salud mental y el bienestar subjetivo, hasta deterioros objetivos de los sistemas musculoesquelético, respiratorio y cardiovascular (Juárez-García, 2020).

Tseng y Babain (2020) han propuesto que la pandemia por COVID-19 dejará cuatro huellas en la humanidad. La primera hace referencia al impacto directo que tiene en la morbi-mortalidad de la población; la segunda es el impacto en las condiciones de salud que no son COVID-19 debido a los recursos limitados y a la concentración de los esfuerzos para responder a la pandemia, *per se*, por COVID-19; en tercer lugar la alta demanda de servicios por implicaciones que representa la interrupción en la atención a pacientes

con diagnóstico de enfermedades crónicas; y la cuarta huella, que se estima como la más severa, tiene que ver con el incremento abrupto de casos de desgaste profesional, trastornos mentales y traumas psíquicos derivados de todos los sucesos sociales y económicos relacionados con la pandemia.

La cuarta ola no exime a los trabajadores de la salud en los que se estiman alta incidencia de depresión, ansiedad severa y estrés postraumático. Por lo anterior, los profesionales de la salud en general y especialmente los del área de la salud mental son los próximos a estar en la primera línea de atención. Esto hace necesario un monitoreo, diseño de estrategias preventivas en el corto plazo, así como en la atención temprana del estrés negativo y el síndrome de *burnout*, como una apuesta clave para minimizar los impactos en la salud mental causados por el COVID-19, principalmente en territorios étnicos donde sistemáticamente se vulneran los derechos.

A lo largo del texto, se ha enfatizado en que los trabajadores de la salud, como primera línea de defensa, están expuestos a condiciones o factores predisponentes para el síndrome de *burnout*, lo que tiene como consecuencia mermar de la salud mental y/o exacerbar trastornos mentales preexistentes por la demanda asistencial desbordada, el aumento en la intensidad horaria, privaciones de sueño motivadas por las exigencias actuales, el riesgo biológico ocupacional, las decisiones de vida o muerte que tienen que tomar diariamente, la respuesta tardía de autoridades, los procesos ineficientes para la gestión de la respuesta al interior de las instituciones de salud, así como los impactos económicos que se viven debido a la cuarentena. En cuanto al rol que juega la gestión de la respuesta por parte de las autoridades, se ha demostrado que los estresores vinculados al síndrome de *burnout* con más *rating* son la falta de equipo de protección personal, el miedo al contagio de COVID-19 y el miedo de contagiar a los familiares.

Hablar del cuidado de la salud mental en los trabajadores afrodescendientes se hace urgente, el mejoramiento de las condiciones laborales más aún, así mismo del entorno, son variables que no actúan por separado. La realización de este acercamiento a las condiciones laborales del personal de salud del Hospital San Francisco de Asís deja de manifiesto que las exigencias laborales que en condiciones previas a la pandemia por COVID-19 eran demasiadas, esta contingencia las agudizó. Sin duda hay una brecha que se profundizó en todo lo relacionado al bienestar laboral desde todas las dimensiones: individuales, grupales e institucionales. Es necesario enfatizar que la falta de remuneración es un gran causante de malestar y estrés laboral mismo que se ha sostenido en el tiempo, la falta de pago es una constante tanto en el HSFSA como en otras instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en el departamento del Chocó.

El mejoramiento de las condiciones laborales por parte del Estado y la institución en sí es el mayor desafío al que se enfrentan los trabajadores; sin embargo, dicho mejoramiento debe partir de los diseños de los puestos, claridad del rol, ajustes en los turnos de trabajo, políticas de recompensas en función del cumplimiento de indicadores, sistema de control

de los riesgos psicosociales, acompañamiento y cercanía a los empleados son algunas de las medidas a ese nivel, tendrían un gran impacto en el bienestar laboral.

El abordaje del síndrome de *burnout* para los territorios y comunidades afro debe ser ampliado y con un enfoque diferencial, puesto que las condiciones de vida son claramente distintas a las del resto del país, deben integrar un reconocimiento de los antecedentes socioculturales y políticos, así como los determinantes y factores psicosociales que tiene esta población.

La naturalización del estrés laboral es una constante que ayuda a la aparición del síndrome *burnout* y las afecciones psicofísicas que se derivan de esta, es importante realizar actividades que estén apuntadas al reconocimiento de las emociones, atención en crisis, primeros auxilios psicológicos, gestión y manejo de las emociones, habilitar desde todas las esferas: individual, grupal y organizacional, dichas actividades.

Dentro de los factores que ejercen impacto en el trabajo en los territorios con mayoría de población Afro, están los ligados a la historia personal y social como es el caso del trauma histórico, el cual se describe como trauma colectivo infligido a un grupo de personas que comparte una identidad o afiliación (etnia, nacionalidad, religión, etc.), que se caracteriza por una transmisión transgeneracional de los eventos perturbadores experimentados y causa diversas respuestas psicológicas y sociales. La trata transatlántica, la esclavización de personas africanas, la colonización, el conflicto armado, el narcotráfico, el empobrecimiento, la falta de acceso a servicios básicos, salud y educación son factores que influyen en el desarrollo de una comunidad y no de manera positiva. El trauma histórico se caracteriza por: a) las sufre la mayoría de la comunidad; b) producen altos niveles de tensión o estrés colectivo; c) generalmente, hay duelos masivos por pérdidas de individuos de la comunidad o por pérdida de tradiciones culturales; y d) son perpetradas por personas externas a la comunidad con una intención destructiva (Borda *et al.*, 2015).

Para los autores, el trauma histórico (en lo sucesivo TH) genera consecuencias en todo terreno: individual, comunitario familiar, etc. Las experiencias traumáticas con las características antes descritas generan una respuesta al TH que se evidencia en tres niveles distintos. En el individuo el TH se asocia con ansiedad, depresión, trastorno de estrés post-traumático (TEPT), duelos, culpa y consumo de psicoactivos; en la familia compromete la comunicación y da lugar a modelos parentales estresantes o inapropiados; y en la sociedad producen ruptura con las tradiciones culturales, gran prevalencia de enfermedades crónicas y ruptura de lazos sociales. En el modelo de Trauma Histórico se destaca la opresión de generaciones previas como un factor perpetuador que favorece la actual aparición de problemas psicológicos, médicos o sociales en estas comunidades.

En el departamento del Chocó y, específicamente, el municipio de Quibdó donde residen la población objeto de este estudio están todas las condiciones dadas desde la historia como territorio para que la comunidad esté pasando por un trauma histórico y sus consecuencias son evidentes, hacen falta estudios para dar cuenta del estado situacional en lo que respecta a este tópico. Pensar en todas estas variables para el caso de estudio es

muy importante para generar las intervenciones idóneas para la resolución de los factores psicosociales que intervienen en el trabajo, con este importante factor diferencial.

En relación al género, es importante destacar que en la descripción sociodemográfica encontramos que la mayoría eran de género femenino, es una variable a destacar por el rol que cumplen las mujeres en las diferentes instituciones, hogar, sociedad y trabajo. Las mujeres negras tienen roles designados por la sociedad y por sus familias como el sostén del hogar, ya se describió anteriormente, pero vale la pena acotar que el estereotipo de la mujer negra fuerte también juega un papel importante en la salud y salud mental de las trabajadoras; definido a partir de la fortaleza física, invulnerabilidad emocional, lucha, perseverancia, autosuficiencia, cuidado y sacrificio personal. (Kennedy y Jenkins, 2018).

El estereotipo de la mujer negra fuerte exige que ella aparezca física y emocionalmente fuerte frente a los demás. Nos es importante tomarlo como un factor del orden psicosocial que ejerce tensión también en el trabajo, sería de gran ayuda tenerlo en cuenta tanto para futuros estudios como para intervenciones.

A pesar de que la muestra elegida para este grupo focal es poca dada las condiciones metodológicas que este tipo de estudios cualitativos exigen, es supremamente valiosa la información aquí recabada, nos permite entender con mayor profundidad las problemáticas desde una visión individual y también grupal. En las personas que hicieron parte del grupo focal es evidente que hay un estrés laboral sostenido y agudizado por la pandemia por COVID-19, la falta de remuneración por sus honorarios profesionales, la poca o nula garantía del cuidado de su salud y salud mental, son factores que ellos destacan como grandes variables que influyen negativamente en el ejercicio de su oficio.

2.6 Falta de acompañamiento al personal sanitario y asistencial comunitario (médicos tradicionales, parteras, curanderos y curanderas)

A medida en que al interior de las comunidades se libra una batalla contra el SARS-Cov-2/ COVID-19 los partos no se detienen ante la pandemia, y lo mismo puede decirse de las parteras tradicionales. Ellas se encuentran trabajando de manera incansable en la primera línea de la respuesta en sus territorios, donde arriesgan su vida y su bienestar para salvar las vidas de mujeres y recién nacidos. De acuerdo con la Asoparupa (Asociación de Parteras Unidas del Pacífico), durante la cuarentena han atendido más nacimientos porque a las mujeres les da miedo ir a hospitales. Las embarazadas tienen dos problemas: el miedo a contagiarse y que muchas no logran trasladarse a los centros de salud por los costos de transporte (El Espectador, 2020).

Durante el año 2020, siete (7) parteras líderes comunitarias murieron a causa de CO-



VID-19, sobre todo por la falta de Equipo de Protección Personal (EPP) y la falta de apoyo, en general, del sistema institucional de salud en Colombia. Dentro de los contextos comunitarios, las parteras brindan apoyo a las mujeres en sus momentos más vulnerables. A pesar de que ellas mismas a menudo enfrentan situaciones de discriminación, acoso sexual y desigualdad salarial. Ahora, estos desafíos se ven exacerbados por el miedo y la incertidumbre que provoca esta contingencia.

De acuerdo con la OMS, en razón de los aportes de la Medicina tradicional (MT) y Medicina Complementaria y Alternativa (MCA)²⁹ a la salud de las personas, su uso se ha globalizado como parte de los Sistemas Sanitarios. Como se pudo determinar en el aparte anterior, en todo el departamento del Chocó no hay un sistema de salud robusto, por eso generalmente son los médicos tradicionales los que han hecho contención de la pandemia en las zonas urbanas marginadas y rurales dispersas afectadas por el conflicto armado, donde la labor de las parteras tiene mayor incidencia. En un principio las organizaciones afrocolombianas instaron a las comunidades negras y afrocolombianas aislarse en la selva a fin de protegerse de la SARS-Cov-2/COVID-19³⁰, mediante la aplicación de sus conocimientos ancestrales naturales para tratar enfermedades. Para estas poblaciones aislarse en la selva es la mejor opción para prevenir que aumenten los contagios de SARS-Cov-2/COVID-19, en sus comunidades.

Por mucho tiempo el personal sanitario y asistencial étnico tradicional (parteras, curanderos y médicos tradicionales) ha sido el único acceso a la salud estatal, pues la mayoría de grupos étnicos, por condiciones geográficas y culturales no están familiarizados con acudir a los hospitales y centros de salud. Sin embargo, la emergencia ha demostrado que la capacitación a los médicos tradicionales en asuntos relativos a la pandemia es nula, sin un relacionamiento directo y fluido con el sistema de salud estatal (The New Humanitarian, 2021).

Una de las principales problemáticas que enfrentan las parteras como médicos tradicionales son las dificultades y tensiones en las relaciones con el Sistema de salud, el cual regula la práctica biomédica y la prestación de servicios de salud en el país. Dichas tensiones, se evidencian a diario en situaciones que suelen confrontar directamente con las mujeres y las familias que atienden. En Colombia, la Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en la salud, dispone, en sus artículos 7, 19, 20, las medidas de regulación nacional de la medicina tradicional en todas sus expresiones haciendo alusión al artículo 7 de la Constitución Nacional. De igual manera, de acuerdo con lo anterior, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde predomina la



29 La OMS, en la Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002–2005, se refiere a la medicina tradicional «como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades» (p.7). Así mismo, en este documento, se refiere a la medicina «complementaria» y «alternativa» (y a veces también «no convencional» o «paralela») para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente» (p.8).

30 Fragmento de la entrevista a «Camila», mujer partera afrocolombiana de Quibdó.

perspectiva convencional o alopática, se ha denominado medicina tradicional a la atención que realizan las comunidades étnicas afrodescendientes, raizales y palenqueras.

Las comunidades afrodescendientes, negras, raizales y palenqueras tienen una relación estrecha con el territorio, considerándolo su fuente de vida sociocultural, espiritual y material; pues es allí donde se estructura su cultura, colectividad, ancestralidad y autonomía. De acuerdo con lo anterior, los sabedores y sabedoras tradicionales son intermediarios para mantener o alcanzar el equilibrio, la armonía y la curación, en este caso, entre la pandemia y las poblaciones. Esto como manifestación de una necesidad de aprendizaje para un pueblo, comunidad o persona. Los conocimientos y prácticas son transmitidos de generación en generación y, en la mayoría de los casos, los futuros sabedores son elegidos desde temprana edad para aprender mediante la convivencia con mayores, médicos tradicionales, sabedores, abuelos y padres. Por ejemplo, en ASOREDIPAR, la Asociación Inter-étnica de Parteros y Parteras del Chocó, el modelo de formación está compuesto por una o un partero expertos y una o un partero semilla; esta última, como estrategia para que la partería pueda incursionar en espacios de formación mediados por las tecnologías de la información.

Reconocer que la partería es un elemento esencial de la identidad étnico cultural de la población afrodescendiente, tal como lo enuncia la resolución 1077 de 2017 *«por la cual se incluye la manifestación «saberes asociados a la partería afro del Pacífico» en la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial del ámbito nacional, y se aprueba su plan especial de salvaguarda»*. El Ministerio de Cultura afirma que los saberes asociados a la partería conforman un sistema de conocimientos y técnicas sobre el cuidado del cuerpo y el uso de las plantas, donde los parteros y parteras, entienden no solo el ciclo reproductivo de las mujeres, sino que tratan enfermedades de la comunidad general.

Las comunidades afrodescendientes del Pacífico han reconocido a las parteras como médicas tradicionales, que conservan los vínculos de territorio con las personas, porque no solo se habla de un conocimiento práctico de las plantas, también es un entramado de la tradición oral, la observación, el acompañamiento, el aprendizaje empírico y un intercambio de saberes entre pares. En este contexto, la partería, como la mayoría de las tradiciones, está basada en la oralidad y espacios propios de enseñanza en la que se vinculan las personas llamadas a ejercer una labor con una significativa carga social.

La ancestralidad y la espiritualidad son otras de las grandes características de la partería, en la multiplicidad de creencias que se pueden encontrar, existe una convergencia entre las figuras religiosas, la naturaleza y el territorio en general, que se acompaña con rezos, oraciones y alabanzas. De ahí que esto cobre una dimensión nueva en los procesos internos de las comunidades, porque afianza su identidad y la conexión con sus ancestros. Cuando las parteras interactúan con todos estos elementos, también reafirman la medicina tradicional y el conocimiento que tienen sobre el entorno, lo que ha permitido que, incluso pese a los procesos de desplazamiento por la violencia en estas zonas, persista el cultivo en espacios domésticos como las casas o azoteas de las parteras y sus practicantes, lo que también se ha



convertido en un ejercicio de resistencia que puede tener impacto positivo en la seguridad alimentaria de su entorno familiar y comunitario. (Agudelo, 2020).

El ejercicio de la partería en el pacífico colombiano presenta una larga tradición en medio de la aceptación social y las dificultades de legitimación de parte de la institucionalidad. Pese a lo anterior, hay aspectos vitales tales como un alto grado de elementos identitarios de tipo sociocultural, de modo que, en las prácticas de las parteras, existe una conjunción indisoluble entre las trayectorias vitales de las comunidades en las cuales estas fueron socializadas, a partir de las cuales han construido una serie de simbolismos que articula lo humano con lo divino, lo natural y lo habitual mediante las prácticas de la partería como tal, en la que confluyen los conocimientos adquiridos por cada una de ellas, de sus ancestros y las bondades de la flora y fauna en el Pacífico colombiano (Agudelo, 2020).

En medio de la pandemia, se ha marcado una diferenciación sin justificación, excluyendo a las parteras, desconociendo garantías laborales, condiciones de bioseguridad y el reconocimiento de que ellas también están en un riesgo de exposición de primer nivel. Esto último ha sido reconocido a nivel internacional como lo hizo el Fondo de Población de las Naciones Unidas, que, en un informe técnico, en medio de la pandemia, declaró que:

Las mujeres representan el setenta por ciento del personal de servicio social y salud en el mundo. Las parteras, las enfermeras y el personal de salud comunitario se encuentran en la primera línea de esfuerzos para combatir y contener los brotes de las enfermedades y requieren de equipo de protección personal (negrilla y subrayado propio). El embarazo y el parto seguros depende de contar con números suficientes de personal de atención de salud calificado, en particular parteras, y de instalaciones adecuadas para poder ofrecer atención esencial y la emergencia de calidad las 24 horas los 7 días de la semana. (UNFPA, 2020).

De la misma manera, la Confederación Internacional (2020) de parteras ha dicho que:

Las parteras son fundamentales para la salud y la protección de las mujeres y los recién nacidos durante el embarazo, el parto y en los primeros días y meses críticos una vez que nace un bebé. Las parteras también desempeñan un papel importante en el acceso de las mujeres a los servicios de anticoncepción y otros servicios de salud reproductiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 83 % de todas las muertes maternas, mortinato y muertes de recién nacidos podrían evitarse con el paquete completo de atención obstétrica. Sin embargo, en la batalla por gestionar COVID-19, los servicios esenciales de salud materna y neonatal han perdido prioridad en algunos países. La Confederación Internacional de Parteras (ICM) ha escuchado a sus Asociaciones Miembros en todas las regiones, y las cuentas de las parteras que trabajan en el frente durante esta pandemia son desgarradoras [...].

Las parteras del Pacífico tienen niveles de exposición comparables a los médicos de primera línea, agravados porque no se les ha dado condiciones de bioseguridad. Este personal sanitario comunitario es quien atiende los casos de nacimientos de las poblaciones, porque muchas de las mujeres tienen miedo a acudir a hospitales por el posible contagio al COVID-19 o no tienen las condiciones para llegar a los centros médicos por las condiciones de la infraestructura de las carreteras o el insuficiente sistema de salud de las zonas. Además, han sido la representación de salud en las zonas alejadas, que a través de la medicina tradicional han encontrado otras formas de combatir los síntomas del virus. Se ha llegado a la situación, en que, al ser portadoras de este conocimiento, las ha obligado a prestar sus servicios, aunque algunas de ellas ya rondan los 80 años.

Empero, esto no ha sido suficiente para ser tenidas en cuenta. Ni antes, ni ahora, aunque la OMS (2010) diga que los sistemas informales de la atención perinatal (incluyendo las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y el propio ordenamiento jurídico colombiano haya reconocido estos sistemas tradicionales de salud como legítimos, las regulaciones expedidas en medio de la pandemia y las medidas concretas de las administraciones han sido excluyentes, vulnerando los derechos de la igualdad y no discriminación. Como una muestra de ello son las resoluciones y decretos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que no han tenido en cuenta a las parteras, dejándolas en una inseguridad sobre las garantías de sus derechos. Por ejemplo, el Decreto Legislativo No. 538 de 2020, que da la autorización transitoria para la prestación de servicios de salud y que permite que se presten servicios en modalidad o complejidades diferentes a las habilitadas e incluso se da paso a que se presten otros servicios de salud no habilitados, no menciona en ningún punto a la medicina tradicional, como tampoco lo hace en el llamado al talento humano para la prestación de servicios de salud.

En la misma línea de exclusión, se manifiesta la Resolución 1172 de 2020, que define los términos y condiciones del reporte de información del talento humano que presta sus servicios a pacientes, en el que, en su artículo 8, da la definición del reconocimiento temporal para el talento humano de salud durante el coronavirus, tampoco hace referencia a las parteras como talento humano de salud. Tampoco lo hace la Resolución 1774 de 2020 que define los perfiles ocupacionales para el reconocimiento económico por una única vez en favor del talento humano.

Como punto a añadir, y que es esencial para seguir demostrando la discriminación a la que están siendo sometidas las parteras, es el Decreto del Plan Nacional de Vacunación, Decreto 109 de 2021, que, en su artículo 7, frente a la priorización de la población objeto, fases y etapas para la vacunación contra el COVID-19 y objetivos de cada fase, que si bien establece en la etapa 2 de la fase 1 (inciso 7.1.2.5), desconoce que las parteras tal como se mencionan en los criterios de la etapa 1, quienes tienen contacto directo con la población contagiada que se encuentra en condiciones extramurales.

Desde lo anterior, se les está vulnerando el derecho a la igualdad y no discriminación, toda vez que no se reconoce el mismo estatus que el talento humano de salud y como consecuencia no se están dando las mismas garantías a nivel prestacional y de bioseguridad,



teniendo en cuenta el nivel de exposición y las condiciones específicas de los territorios de los que hacen parte. En ese sentido, tanto la normatividad del Ministerio del Interior, como las medidas administrativas de las secretarías de salud departamentales, que han estado ausentes de cualquier gestión, como se ha expuesto en los hechos, han omitido los riesgos y han hecho diferenciaciones injustificadas, lo que resulta discriminatorio y vulnerable de los derechos fundamentales de las parteras.

Otro impacto directo, que es necesario mencionar en este estudio, es que las parteras y parteros como médicos tradicionales han visto menguados sus ingresos, donde no se le ha dado algún tipo de subsidio o contraprestación por la labor que están cumpliendo (Quintero, 2020). En ese sentido, tanto el Ministerio de Salud, quien las excluyó en el decreto legislativo No. 538 de 2020 y consecuentemente del reconocimiento económico con la resolución 1182 de 2020 y que en las informaciones presentadas en la respuesta que dio el Ministerio no había giros de recursos específicos a atender a las parteras, sabedoras ancestrales, así como las omisiones de las administraciones locales, impiden que cuenten con recursos suficientes para sostenerse ellos y sus familias³¹. Sumado a que la mayoría de las parteras son personas mayores, lo que hace aún más difícil tratar de conseguir un sustento en medio de la pandemia sobre todo cuando suplen una tarea fundamental, como lo es estar en la primera línea de las zonas urbanas marginadas y rurales dispersas, como se expuso con antelación. Según información proporcionada por ASOREDIPAR, hasta el segundo trimestre de 2020 atendieron más de 200 partos principalmente en las zonas del San Juan y el Darién chocono.

Como se expuso en el apartado «Condiciones de pobreza multidimensional, dificultad de acceso a atención y tratamiento sanitario», el gobierno nacional ha destinado recursos administrativos y financieros para que las aseguradoras jueguen un papel protagónico en la respuesta a la pandemia, es decir que esta se ha dado en clave de aseguramiento bajo la lógica de cobertura universal que no, necesariamente, implica accesibilidad a atención y, no desde la lógica de salud pública, aun cuando se enfrentan al problema de salud pública más relevante de nuestra época.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 fue validado por los ciudadanos y ciudadanas como la expresión concreta de la política de Estado que reconoce la salud como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano, específicamente desde su enfoque diferencial: El derecho a la salud es inherente a la persona, es irrevocable, inalienable e irrenunciable, es igualitario y universal para todos los seres humanos, es atemporal e independiente de los contextos sociales e históricos, por lo cual es un tema de la ética de la función pública, la ética del autocuidado y la equidad (Minsalud, 2013) y desde el enfoque étnico que busca desarrollar de un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad, formuladas desde las particularidades sociales, culturales, religiosas, de género y de etnia, etc.



31 Oficio de respuesta a petición 17 de diciembre Ministerio de Salud.

Distingue entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades (Minsalud, 2013).

Las estrategias de vigilancia epidemiológica con base comunitaria³² como CBPR, o Community Based Participatory Research, implementada en EE.UU., con enfoque de acción-participación como lo han abordado varios países de Latinoamérica (Israel *et al.*, 2010) y han sido adoptadas por Colombia en la Resolución 3518 de 2006 desde la lógica de salud pública, representarían una oportunidad única para su implementación en el marco de esta crisis sanitaria; incorporando personal asistencial comunitario de los territorios étnicos en los equipos básicos de respuesta para desarrollar actividades de rastreo y seguimiento, como complemento en la gestión de la respuesta institucional, garantizándoles prestaciones sociales, herramientas tecnológicas y transferencia de conocimientos. Esta sería una estrategia de salud pública costo-efectiva que no solamente impactaría en la disminución de las tasas de morbilidad grave y mortalidad por COVID-19, sino que serviría de apoyo en la vigilancia de otros eventos de interés en salud pública en los territorios del país, donde las enfermedades endemo-epidémicas profundizan las inequidades en salud.

Según la Asociación Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó (ASOREDIPAR), el departamento cuenta con 881 médicos tradicionales certificados distribuidos a lo largo y ancho del territorio, principalmente y con mayor presencia en las subregiones del San Juan y del Atrato, realizan actividades no remuneradas que aportan al logro de los objetivos de la dimensión «Maternidad segura y la salud sexual reproductiva» del Plan Decenal de Salud Pública y entre 2015 y 2020 han atendido un promedio de 446.4 partos por año.

Para el tema que aquí se desarrolla y en concordancia con el comportamiento del evento COVID-19, específicamente en el municipio de Quibdó, hasta el 31 de enero de 2021 en la comuna seis fue donde se registraron el mayor número de muertes por COVID-19 y según datos de ASOREDIPAR, es donde se asientan la mayoría del personal sanitario comunitario de esta organización. Lo que no es comprensible es porqué este personal se excluyó para desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica comunitaria (ver Figura 1), máxime cuando Quibdó ha registrado medias del número de contactos por casos confirmado entre junio y julio (pico epidémico) inferiores a cinco. Según estudios preliminares del ministerio de salud colombiano, la identificación de más de 5 contactos por caso, puede disminuir la mortalidad hasta un 59 % (IC 95 %:57-62) (Minsalud, 2021).

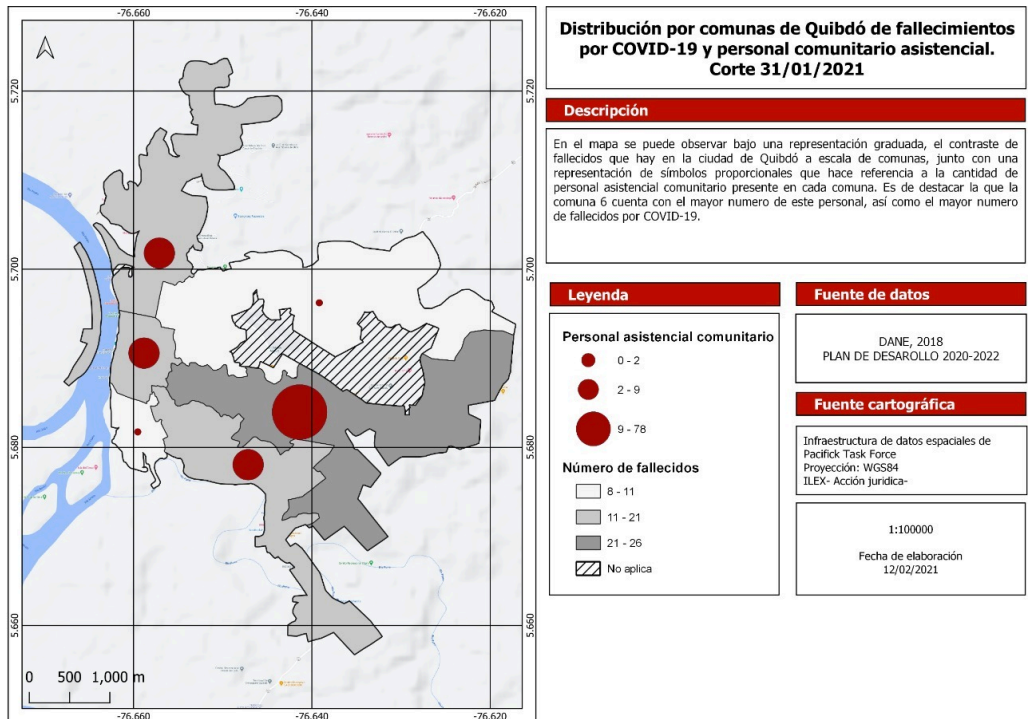


32 La Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC) promueve en la comunidad la identificación y notificación de Problemáticas Colectivas (PCO) que afectan la salud y calidad de vida, para su posterior análisis y gestión de la respuesta. Está orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y/o determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida de las poblaciones organizadas como comunidad que parte de la información recolectada, analizada o construida con ella. Favorece la generación de un conjunto de capacidades en la población que redundan en la construcción de una ciudadanía activa en salud, manifiesta mediante en un progresivo incremento de la participación social y ciudadana, el ejercicio del control social, y la consciencia de corresponsabilidad y solidaridad ante la salud y la calidad de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).



Estudios realizados en China, EE.UU. y Reino Unido concluyen que para garantizar rastreo y seguimiento efectivo ($R_t < 1$), se deben identificar al menos entre 15 y 20 contactos por caso confirmado (Ramanathan *et al.*, 2020); ya que es la medida de salud pública, no farmacológica, más eficiente para impactar los ritmos de contagios. Adicionalmente, es importante mencionar que, del total de fallecidos notificados en Quibdó, con corte al 31 de enero de 2021, el 92.1 % (94) contaba con afiliación a alguna Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB), lo cual pone de manifiesto las limitaciones que estas instituciones privadas han tenido para desarrollar actividades de salud pública como respuesta a esta crisis, tal como lo son la vigilancia oportuna clínica y epidemiológica del evento. La inclusión de este talento humano en salud en sus equipos básicos puede constituirse en un modelo de intervención intersectorial (proveedores de salud comunitarios-empresa privada- entes territoriales), que como se ha demostrado en estudios realizados en África (Betts *et al.*, 2021), impacten los indicadores trazadores de la respuesta.

Figura 1. Distribución de fallecidos por COVID-19 y personal comunitario asistencial, según comunas de Quibdó. (Corte: 31/01/2021).



Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2018; INS, 2021; GEOPORTAL Chocó.

Durante la realización del grupo focal con las mujeres de ASOPARUPA, se evidenció que el lazo social que se teje a través de partería tradicional (personal asistencial comunitario) es innegable, la visión de grupo y el apoyo social que tienen las integrantes, es sin duda un factor protector grandísimo frente a los efectos de la pandemia en la salud mental, la forma en que resignifican su hacer es un factor clave frente al estrés y aislamiento que deriva de la contingencia mundial. Comentaban en el espacio, algunas de las asistentes, que la asociación tiene una fuerza interna muy grande que les ha permitido sostenerse no solo en lo adverso que se presenta el contexto actual, sino también con los desafíos que les representa el territorio, una de las participantes comentaba como ha recrudecido la violencia en Buenaventura y el miedo que les genera esta situación a la hora de movilizarse por la ciudad.

Algo que se deja ver en este grupo, es la cultura del cuidado hacia sí mismas y hacia las demás; ellas relatan la importancia de escucharse, de reencontrarse y al no poder hacerlo de forma presencial, desde la dirección de la asociación se han generado los momentos para que eso suceda, ya sea virtual o presencial con todas las medidas de bioseguridad existentes. Hay una necesidad sentida y comentada por las participantes de que la partería sea reconocida por el Estado, para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, para que ellas puedan además ejercer su labor con toda la seguridad que corresponde, y continúen trasladando sus conocimientos a otras mujeres en las comunidades.

En el marco del reconocimiento y fortalecimiento de la diversidad y riqueza étnica y cultural del país en general, el Gobierno Nacional no ha sido consciente de la necesidad de establecer durante la pandemia políticas verdaderas, programas y lineamientos en salud, que se desarrollen bajo un enfoque intercultural en salud de tal manera que se garantice el respeto, el diálogo, la construcción conjunta y la colaboración entre las diferentes etnias y culturas. Lo anterior requiere modelos de salud incluyentes y pertinentes, así como de mecanismos de coordinación y colaboración entre el personal sanitario, los agentes de la medicina tradicional y las familias y comunidades de los diferentes territorios, con el objeto de promover que las decisiones estatales sanitarias, sociales y económicas, responda al contexto y a la situación de salud de los afrodescendientes en Colombia.

2.7 Acciones y omisiones del gobierno nacional frente a las comunidades étnicas negras en el Plan de vacunación contra el COVID-19 en Colombia

En medio de la contingencia sanitaria, social y económica producida por el COVID-19, la búsqueda de tratamientos y vacunas que ayuden a la inmunización de la población de la manera más efectiva posible ha sido la principal preocupación de los Estados a nivel mundial. En ese sentido, con las novedades de las vacunas que han desarrollado distintas farmacéuticas, se ha puesto en disposición opciones para empezar a vacunar a la población. No obstante, las posibilidades de aplicar de manera efectiva las vacunas depende de cada gobierno y sus capacidades,



lo que determina que hoy en día unos Estados estén más adelantados que otros en sus planes de vacunación e incluso ya tengan varios miles o millones de personas inmunizadas, mientras otros ni siquiera tengan fechas estipuladas para iniciar los planes de vacunación, lo suficientemente estructurados como para tener claridades sobre los procesos, como el caso de Colombia.

Colombia, desde finales del año 2020, empezó a desarrollar y estructurar cómo será el proceso de vacunación en el país, por lo que en este capítulo se evaluarán los desarrollos regulatorios que se tienen hasta la fecha y se analizará si cumplen con las condiciones de poder brindar un acceso universal, enfocado especialmente a reconocer si se tiene en cuenta a grupos vulnerables, como lo es la población afrocolombiana, incluyendo un enfoque étnico-racial. Este análisis responde a lo acontecido entre diciembre de 2020 y enero de 2021 con relación a la reacción del gobierno en el marco de la inmunización de la población y evalúa cuál ha sido la gestión del mismo en términos de garantizar las condiciones necesarias al personal de salud, no solo para brindar atención en el marco de la pandemia sino para garantizar sus derechos fundamentales.

La garantía del derecho a la salud implica, entre otras, tener a la mano todas las condiciones e infraestructura relacionadas con el servicio de salud. Por tanto, es necesario tener a la disposición los establecimientos, bienes y servicios de salud para poder acceder a ellos y gozar de manera plena el derecho fundamental. Así, los Estados deben garantizar el número suficiente de establecimientos, centros de salud óptimos para la atención y dotados de programas de salud (Comité de derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Junto con estas garantías, se debe encontrar disponibles otros factores determinantes, como el agua potable, las condiciones sanitarias adecuadas, el personal médico y profesional acorde con el número de población en el territorio y bien remunerado, y los medicamentos esenciales. Cuando existen grupos de la población para quienes los factores esenciales de la salud no se encuentran disponibles, el Estado tiene la obligación de tomar medidas para remediar esta carencia.

En el caso de la población afrocolombiana, tal como está explícito en los apartados anteriores, no se encuentra a disposición lo indispensable para gozar del derecho a la salud, puesto que en casi todas las zonas de asentamientos mayoritariamente afrocolombianos no se cuenta con los bienes, establecimientos, ni servicios públicos de salud, como tampoco lo están los factores determinantes que rodean este derecho, como el agua potable y el personal médico capacitado, remunerado y suficiente.

Con el objeto de garantizar los derechos fundamentales al personal médico y sanitario en medio de la pandemia, el gobierno tomó una serie de medidas administrativas que, en general, buscan disminuir el riesgo de transmisión del virus durante la atención en salud, evitando la presentación de casos en trabajadores de la salud y del personal que labore en el ámbito de la atención y, por consiguiente, a pacientes que se encuentren en las instalaciones de prestación del servicio. Inicialmente, el 30 de enero de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el «Manual de Bioseguridad para Prestadores de Ser-

vicios de Salud que Brinden Atención en Salud ante la Eventual Introducción del nuevo Coronavirus (NCOV-2019) a Colombia», donde se establecen las medidas de precaución considerando los mecanismos de transmisión, tales como la utilización de mascarillas de alta eficiencia, protección para los ojos o protección facial (caretas), bata limpia de manga larga, guantes en casos de realizar procedimientos, entre otros, igual de importantes como la limpieza rutinaria de las superficies de contacto.

Seguidamente, en febrero de 2020, se ratificaron las «Orientaciones para el Manejo de Residuos generados en la Atención en Salud ante la eventual introducción del virus COVID-19 en Colombia», donde, además de establecer la ruta para el manejo de residuos, establece que «se deberá asegurar el suministro y uso permanente de EPP: gorro quirúrgico, guantes, tapabocas, protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo, batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable, añadir un delantal de plástico), calzado de seguridad». Y «garantizar la capacitación en uso de EPP, medidas de precaución, así como en los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización definidos por el prestador de servicios de salud». Estos lineamientos son promulgados por el Ministerio de Salud y Prosperidad Social.

Así mismo, el 12 de abril de 2020 nace el Decreto 538 de 2020, modificado parcialmente por el Decreto 539 de 2020, por el cual se adoptan medidas en el sector salud para contener y mitigar la pandemia de COVID-19, en el marco del estado de emergencia económica, social y ecológica. En este decreto se otorga la autorización transitoria para ampliar la capacidad instalada de un servicio de salud habilitado, prestar servicios en modalidades o complejidades diferentes a las habilitadas, entre otras disposiciones. Por otro lado, se hace un llamado a todo el talento humano en salud en ejercicio o formación, para que esté preparado y disponible a prestar sus servicios. Este acatamiento al llamado es obligatorio, sin embargo, se encuentran exceptuados: las mujeres en estado de embarazo, ser padre o madre cabeza de familia o cuidador de adultos mayores, tener 70 años o más o tener una enfermedad crónica o condición que represente un alto riesgo para el contagio de COVID-19, salvo, casos de fuerza mayor concertados entre la persona y el prestador de salud.

Es importante resaltar que el personal de la salud que sea llamado a comparecer para prestar sus servicios obligatorios y no se encuentre entre las excepciones, recibirá, por una única vez, un reconocimiento económico temporal durante el término de la emergencia sanitaria. Este reconocimiento no se constituye como salario, y el Ministerio de Salud es el encargado de definir el monto como una proporción del Ingreso Base de Cotización (IBC) según el perfil profesional.

En el caso de los médicos tradicionales y parteras, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió en junio de 2020, las «Orientaciones para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para la población étnica en Colombia», donde se entregan recomendaciones generales para la prevención del contagio para los grupos étnicos, (pueblos indígenas, comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (NARP)

y el pueblo Rrom). En el documento, entre las recomendaciones dirigidas a los grupos étnicos, se encuentra identificar a personas líderes, etnobotánicos, agentes de salud, parteras, sabedores, entre otros, para captar e identificar casos sospechosos de COVID-19, con ellas crear rutas, horarios y delegados para la provisión de alimentos, implementos de aseo, agua potable e insumos médicos, y establecer medidas especiales de protección para los adultos mayores de la comunidad, entre ellos a médicos tradicionales y parteras (en todas sus especialidades), reconociendo su valor ancestral para la pervivencia de la identidad cultural mediante el ejercicio de la medicina tradicional.

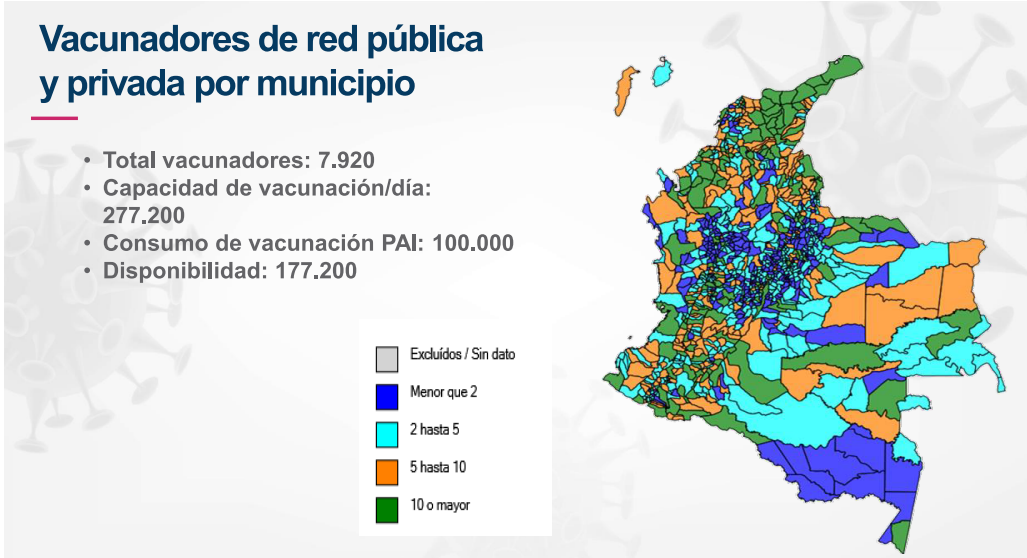
Sin embargo, aunque advierten sobre el uso diario y continuo de elementos de protección personal como el tapabocas, no proveen el suministro de este elemento de bioseguridad, ni proponen el uso de otros, igual de importantes, como las caretas y guantes, puesto que el tapabocas no se considera suficiente para la protección integral del personal que se encuentre en mayor exposición del virus, que en las comunidades étnicas son las parteras, los médicos tradicionales, sabedores, entre otros.

A partir de la Ley 2064 del 9 de diciembre de 2020, se declara de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra el COVID-19 y la lucha contra cualquier pandemia. El articulado de esta norma, se concentran en su mayoría en establecer las donaciones por parte de personas jurídicas o naturales para combatir la pandemia y cómo esto se verá reflejado en ciertos beneficios tributarios que serán regulados y vigilados. No obstante, también se rescata que dispone que el proceso de vacunación será gratuito, a cero costos para los beneficiarios, se deben contemplar la pedagogía necesaria para el proceso de inmunizaciones, garantizando las campañas sobre el funcionamiento de la vacuna contra el COVID-19. Lo que se resalta de esta norma, es su extrema generalidad, no existe mención alguna sobre la necesidad de contemplar un enfoque étnico-racial en la vacunación, ni siquiera en los procesos pedagógicos, teniendo en cuenta las diferencias culturales del país y las características socioeconómicas de los pueblos afrocolombianos.

Igualmente, en diciembre de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó el documento del Plan Nacional de Vacunación, en la que mostró el número de personas elegibles para la vacunación, los criterios de priorización basada en la evidencia, en la que se enfocarían a: adultos mayores, personas con comorbilidades y personal médico, y la determinación de tres fases para iniciar el proceso. También presentó la disponibilidad de vacunas proyectadas para 2021, la logística de la distribución de la vacuna en Colombia, la estrategia de vacunación y algo de especial atención, presentó un mapa de vacunadores de red pública y privada por municipio. Sin embargo, se echaron de menos las estrategias específicas para las regiones en la que la red pública y privada de salud es insuficiente para atender una campaña de vacunación, especialmente la zona de la Amazonía y la región Pacífica donde se encuentran ubicados en mayor concentración grupos indígenas y afrocolombianos. En este panorama, el sistema de salud no cuenta con la capacidad suficiente para atender el plan, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables.



Figura 2. Vacunadores de red pública y privada por municipios.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Las diferencias en capacidad instalada en los lugares donde se ubican las poblaciones NARP, tal como se establece en la Gráfica 28, en los municipios donde más del 75 % de la población es afrodescendiente³³, es menor a la capacidad instalada de las IPS tanto en camas y 9 salas por cada 10.000 habitantes; por otro lado, en los demás municipios del país hay en promedio 395 camas y 63 salas por cada 10.000 habitantes, aproximadamente. El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, por su parte, muestra que las personas pertenecientes a grupos étnicos Negro, Raizal, Afrodescendiente y Palenqueros (NARP), indicaron en menor medida haber tenido alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro quebranto de salud que no haya implicado la hospitalización en los 30 días anteriores al censo.



33 Vigía Del Fuerte, Luruaco, Repelón, Barranco De Loba, María La Baja, Guachené, Guapi, López, Padilla, Puerto Tejada, Timbiquí, Villa Rica, El Paso, Moñitos, Quibdó, Acandí, Atrato, Bahía Solano, El Cantón Del San Pablo, Certegui, Condoto, Istmina, Medio San Juan, Novita, Río Iró, Río Quito, Riosucio, Sipi, Tadó, Unguia, Unión Panamericana, El Charco, La Tola, Magui, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Roberto Payan, Santa Barbara, Tumaco, San Onofre, Buenaventura, Providencia.

el plan. Lo que busca esta vacunación, en alguna medida masiva, es que se disminuya el impacto social y económico que ha generado la pandemia.

Frente al punto más crítico, que es el criterio de priorización y por ende es lo que define qué población recibe primero la vacuna, se establece que el sistema de priorización se sustenta exclusivamente en criterios epidemiológicos basados en los principios contenidos en el decreto, dejando de lado consideraciones como el credo, capacidad económica, género, grupo étnico o condición de discapacidad. Lo que sucede con estos criterios de priorización, posiblemente, *es que existan personas con condiciones de salud o comorbilidades, que no están diagnosticadas o haya información que no está registrada*. Teniendo esto de precedente, sería importante anotar, asunto que no hace el reconocimiento de que las poblaciones afrodescendientes no tienen el mismo acceso al sistema de salud y mucho menos a los canales de información para poder registrar esta información³⁵.

Así mismo, la norma señala que las plataformas MIVACUNA COVID-19 y PAIWEB serán la vía esencial para asignación de citas, la asignación de los puntos de vacunación, el registro del procedimiento, sin prever la brecha digital existente entre las zonas de concentración de la población afro con el resto del país³⁶.

Al respecto, el derecho a la conectividad permite acceder a servicios y derechos esenciales, como la salud, educación y justicia. Estos derechos presentan mayor conexidad gracias a la pandemia por COVID-19, la cual lleva a que todas las personas eliminen la presencialidad como forma de comunicación primaria, y sea llevada a un segundo plano, debido al alto nivel de contagio que esto conlleva. Como consecuencia, el acceso a las redes es imperativo para poder estudiar, trabajar, obtener bienes y servicios como citas médicas, autorizaciones, radicación de acciones de tutelas, quejas, derechos de petición, entre otras muchas herramientas básicas para el desarrollo de la ciudadanía. Sin embargo, el acceso a la conectividad va de la mano al acceso a otros servicios básicos, como la energía eléctrica, la cual, según el DANE (2019) en viviendas de hogares de jefatura de población NARP es del 92.6 %, menos que el total nacional, que es de 96.3 %. Estas cifras demuestran una inicial desigualdad en la posibilidad de acceso a la conectividad, derecho de carácter fundamental para acceder a la ruta de vacunación propuesta por el Plan Nacional.

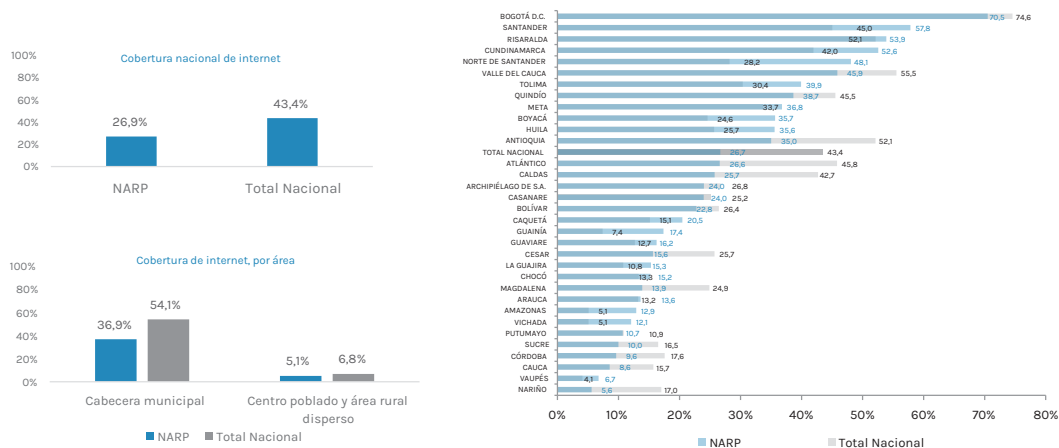


35 Mientras la población afrodescendiente se encuentra en un 21 % en el régimen subsidiado y otro 26 % en el contributivo, los porcentajes de la población blanca/mestiza son mayores, con un 23 % en el primero y un 36 % en el segundo, según cifras de la Organización Panamericana de Salud (2018)

36 Frente a la cobertura de internet, a nivel nacional, solo el 26.9 % de hogares afrocolombianos cuentan con esta cobertura en sus viviendas, mientras que el promedio nacional es del 43.4 %. (DANE, 2019).



Gráfica 29. Cobertura de internet en viviendas con hogares de jefatura NARP frente al total nacional- CNPV 2018.



Fuente: DANE, 2019.

En la gráfica anterior queda plasmada, inicialmente, la disparidad que existe entre la población NARP y el total nacional, en lo concerniente a la cobertura de internet, teniendo que la cobertura en viviendas con hogares de jefatura NARP es del 26.9 %, la cual resulta distante al 43.4 % de la cobertura nacional de internet.

Sumado a ello, la cobertura de internet en los territorios donde se enfoca la investigación como Bolívar, Cartagena, la cobertura de internet en viviendas de población NARP ocupa un 22.8 %, en comparación con el 26.4 % total nacional. En Chocó, Quibdó refiere un porcentaje del 15.2 % de viviendas de población afrocolombiana que tienen acceso a internet, a comparación del 13.3 %, teniendo en cuenta que esta cifra resulta menor por la cantidad de personas afrocolombianas que residen en el territorio, lo cual revela que la cifra es alarmante. Y, por último, Bogotá D.C. revela porcentajes específicos para la ciudad capital, donde un 70.5 % de viviendas NARP cuenta con cobertura de internet, comparado con el 74.5 % del total nacional, que, aunque la cobertura es amplia para la población afro, sigue siendo menor que el total nacional (DANE, 2019).

Con lo señalado, la obligatoriedad del uso de plataformas informáticas mencionadas en el decreto, entre ellas la plataforma aludida anteriormente, «para todos los habitantes del territorio nacional y entidades», resulta altamente inequitativo, debido a que la mayoría de la población NARP no cuenta con el acceso a la conectividad de internet, ni los medios para este acceso. Por último, un aspecto importante de este decreto es que les da la posibilidad a las entidades territoriales para la importación y comercialización de las vacunas contra el COVID-19, sin extender mucho cómo esto afectaría a los entes que no tienen la misma capacidad económica y logística que zonas capitales.

El Decreto 109 de 2021, antes de su sanción, fue objeto de distintas críticas por parte de la Procuraduría General de la Nación, respecto a la ausencia de su enfoque étnico-racial, lo primero es que no se establece la ruta y logística que se requiere para vacunar a la población dispersa o las comunidades étnicas que se encuentran en corregimientos y en zonas alejadas de las áreas urbanas, donde es indispensable tener claro si es viable realizar la vacunación extramural y cuál es el procedimiento de conservación. Segundo, lo que la interpretación, también sustentan los territorios afro, es que no existe claridad respecto a que si las entidades territoriales diferentes a los centros de acopio y distribución regional cuentan con micro planificación. Tercero, no se definen los planes de contingencia para las regiones que tienen dificultades de conectividad. Y cuarto, no cuentan con un plan de socialización del Plan Nacional de Vacunación con las comunidades NARP, esto en aras de conocer las particularidades del territorio y establecer una ruta cercana a estas.

2.8 Recomendaciones

La población afrocolombiana figura entre los grupos con mayor riesgo al contagio a causa de su situación socioeconómica desfavorable y el arraigo a la discriminación, que los hace especialmente vulnerables a las altas tasas de infección y mortalidad, y al acceso desigual a la atención sanitaria. La pandemia del COVID-19 ha agravado las desigualdades estructurales, en lo relativo al acceso a instalaciones, bienes y servicios sanitarios. Esta respuesta contradice la obligación humanitaria de proteger el derecho de todos a la salud y enfrenta a las personas a situaciones de discriminación racial, racismo y otras manifestaciones conexas a la intolerancia.

En cuanto al personal sanitario y asistencial en salud, en los territorios de incidencia para el proyecto se observan brechas amplias en los números de personal por cada 10.000 habitantes, dejando expuesto el problema de acceso al derecho a la salud en el municipio de Quibdó por su poco avance al pasar los años y su bajo número de personal médico y asistencial. Así mismo, el personal médico y asistencial enfrenta un incremento en las cargas laborales para poder responder a la demanda de servicios de salud y retrasos en pagos salariales y prestaciones sociales, dejando expuesta la omisión estatal en el cumplimiento de sus obligaciones para garantizar los derechos fundamentales como la vida, la dignidad humana, el trabajo digno y la salud.

Sumado a ello, la protección del personal sanitario y asistencial en salud para evitar contagio por el COVID-19 es precaria e inexistente contrario con el deber ser, puesto que los Elementos de Protección Personal (EPP) son vitales para evitar los contagios y la ausencia de estos expone al personal al contagio y al estrés derivado de esta situación.

Por otro lado, el personal sanitario y asistencial comunitario (parteras, médicos tradicionales, curanderos y curanderas) enfrenta problemas estructurales y sociales como las precarias vías de acceso o transporte, las lejanías a los establecimientos de salud y los imaginarios

sociales existentes alrededor del contagio; además de las carencias de equipo de protección personal por la ausencia del apoyo, en general, del Sistema Institucional de Salud en Colombia, lo cual tiene como consecuencia el contagio de COVID-19 y, en algunos casos desfavorables, la muerte.

Con observancia a lo anterior, consideramos importante aportar las siguientes recomendaciones para dar paso a la creación de acciones afirmativas alrededor de medidas eficaces en aras de salvaguardar al personal médico/sanitario y personal sanitario y asistencial comunitario en el contexto de la pandemia por COVID-19, y en general.

2. 8. 1 Para la acción legal y la incidencia

- ◆ Realizar incidencia política a través del suministro de información sobre la necesidad de priorización a la población afrocolombiana en los planes de vacunación nacional y reforma de la ruta de vacunación, argumentando sus afectaciones diferenciales, nivel de exposición al contagio, lejanías de residencia, las brechas de servicios públicos e internet, entre otras razones principales.
- ◆ Esta incidencia política debe realizarse con el objetivo de ilustrar a los gestores de política la necesidad de precisar cuál será la logística de la ruta de vacunación, desde su distribución hasta la aplicación de la inmunización en las zonas afro.
- ◆ De igual forma, recalcar que el procedimiento descrito en el Plan Nacional de Vacunación deja por fuera las particularidades de vida de las personas afrocolombianas, violentando sus derechos fundamentales a la igualdad y no discriminación por la ausencia de medidas que criterios étnico-raciales para definirlos.
- ◆ Revisar la constitucionalidad del Decreto 109 de 2021, de cara a la garantía del derecho fundamental a la igualdad y no discriminación, al no priorizar a la población afrocolombiana en la ruta de vacunación, omitiendo los siguientes puntos: primero, no se tiene en cuenta que las poblaciones afrocolombianas no cuentan con la cobertura de seguridad social que el resto de la población; los sistemas de salud de las entidades territoriales con más concentración de población afro cuentan con una infraestructura precaria para atender una campaña de esa magnitud; obvia las condiciones de socialización del plan al no contemplar estrategias específicas, tampoco define cómo se dará inmunización en las zonas apartadas y, por último, contempla mecanismos para acceder a las citas de vacunación mediante las TIC, que ignoran la brecha digital que existe en el país y que está documentada.
- ◆ Reconocer los derechos laborales del personal asistencial comunitario dentro de un modelo de intervención intersectorial e incluyente (proveedores de salud comunitarios-empresa privada- entes territoriales), el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2020 y la Estrategia de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, que como

se ha demostrado en estudios realizados en África (Betts *et al.*, 2021), impacten los indicadores trazadores de la respuesta (rastreo y seguimiento efectivo, morbilidad grave y muerte por COVID-19). Esto, mediante la inclusión de este personal como talento humano en salud, mediante la modificación de las Resoluciones 1774 de 2020 y 1172 de 2020.

2. 8. 2 *Al Gobierno Nacional*

- ◆ Instar a la materialización de un sistema de vigilancia epidemiológico étnico colectivo que no vulnere el derecho a la medicina tradicional étnica, ni sus formas o estructuras de salud propias y que favorezca la prevención, contención y mitigación no solo de la pandemia, sino que represente una oportunidad para conducir mejor la toma de decisiones en la gestión de un modelo de salud propio por parte de las autoridades territoriales como los consejos comunitarios.
- ◆ Promover metodologías interculturales que tengan en cuenta los saberes ancestrales y las medicinas tradicionales con miras a proyectar políticas públicas diferenciales en el marco de la pandemia.
- ◆ Apoyar y promover las iniciativas comunitarias de monitoreo de la pandemia, con el objetivo de tomar en cuenta las realidades territoriales de las comunidades étnicas.
- ◆ Priorizar la implementación de unidades de atención especial en los centros de salud y hospitales de los territorios colectivos de las comunidades negras, afrodescendientes, palenqueras y raizales, procurando contar con personal con experiencia en territorios étnicos.
- ◆ Elaborar un plan de choque tendiente a mejorar los servicios de salud y de acceso a agua potable en los territorios étnicos durante y después de la pandemia.
- ◆ Gestionar metodologías interculturales que tengan en cuenta los saberes ancestrales y las medicinas tradicionales con miras a proyectar políticas públicas diferenciales.
- ◆ Implementar las unidades básicas de atención permanente en salud mental (Psiquiatra-Psicólogos-Trabajador social) con enfoque diferencial en los territorios étnicos del país y énfasis en la región del pacífico colombiano donde se profundizan las inequidades en salud y existe una vulneración sistemática a los derechos laborales de los trabajadores negros de la salud. Esto como una apuesta para la gestión oportuna del riesgo psicosocial que implica el trauma histórico en medio de una emergencia sanitaria y como preparación para el afrontamiento de la cuarta ola de la pandemia, que estima afectaciones graves a la salud mental no solo del personal de salud en primera línea de respuesta, sino de la comunidad en general.

2. 8. 3 *Al Gobierno Departamental*

- ◆ Destinar recursos de los saldos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva para realizar acciones de Gestión de la Salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas que ayuden a contener y mitigar la velocidad de contagio, específicamente mediante la inclusión efectiva de las autoridades étnicas de los consejos comunitarios en los Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM).
- ◆ Incluir a los representantes departamentales y municipales de la medicina tradicional en el equipo interdisciplinar que elabora los Planes de Respuesta Territoriales para la contención y mitigación de la pandemia en los departamentos del Chocó y el Valle.
- ◆ Garantizar la transferencia de conocimientos mediante el fortalecimiento de capacidades en las Instituciones de Salud y el talento humano en salud (formal y no formal) previa adaptación al contexto de los planes y procedimientos de respuesta emitidos por el gobierno nacional.
- ◆ Destinar recursos para realizar cartografía social con enfoque étnico-territorial mediante la apropiación de herramientas tecnológicas a través de la articulación entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y las TIC priorizando los municipios con mayor porcentaje de letalidad.
- ◆ Incluir un enfoque diferencial considerando los determinantes del contexto, entre ellos: alta dispersión geográfica y ruralidad, así como asuntos culturales y baja accesibilidad y aceptabilidad al sistema de salud mediante la implementación de estrategias de comunicación asertiva del riesgo para la promoción de la salud y protección frente al COVID-19. Para lograr esto, se sugiere apoyarse de los diagnósticos hechos por las organizaciones de base tradicional como la red de parteras del Chocó y ASOPARUPA, quienes tiene identificados a médicos y parteras tradicionales por subregiones y municipios. Destinar recursos para involucrar las autoridades tradicionales étnicas o líderes comunitarios.
- ◆ Implementar acciones efectivas de inspección, vigilancia y control a las ARL mediante un trabajo articulado con el Ministerio de Salud y desde el paradigma de prevención en salud pública para proteger la salud mental de los trabajadores de la salud así: i) **prevención primaria**, implementando medidas para minimizar los factores causales o predisponentes, entendiéndose esto como las condiciones estresantes del trabajo que pueden estar enfrentando los trabajadores de la salud actualmente, como la irregularidad en el pago de sus honorarios, la escasez de EPP y la sobrecarga laboral; ii) **prevención secundaria**, enfocándose en monitorear de forma sistemática el fenómeno mediante la estimación de la prevalencia e incidencia en las instituciones de trastornos mentales, así como en la atención de los síntomas por síndrome *burnout*

que preceden trastornos más severos y estables; y iii) **prevención terciaria** que se enfocaría en **tratamientos integrales de rehabilitación** para los trastornos o enfermedades más severas y/o de menor reversibilidad, apostando por abordajes desde la lógica de la salud mental comunitaria.



Referencias Bibliográficas

- Agudelo, A. (2020, 19 de noviembre). Las parteras y su lucha por no desaparecer. *Semana Rural*. <https://semanarural.com/web/articulo/las-parteras-y-su-lucha-por-no-desaparecer/1683>
- Auto 354/2014. (2014, 18 de noviembre). Corte Constitucional (Jorge Iván Palacio Palacio, M. P.) [https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/autos%20especificos/orden%2016/20.%20Auto%20354%20\(2014-11-18\).pdf](https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/autos%20especificos/orden%2016/20.%20Auto%20354%20(2014-11-18).pdf)
- Auto 413/2015. (2015, 16 de septiembre). Corte Constitucional (Jorge Iván Palacio Palacio, M. P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2015/a413-15.htm>
- Babaian J. (2020, 7 abril). The Pandemic's 4th Wave. <https://hcldr.wordpress.com/2020/04/07/the-pandemics-4th-wave/>
- Cameron, L. y Worswick, C. (2003). The Labour Market as a Smoothing Device: Labour Supply Responses to Crop Loss. *Review of Development Economics*, 7(2). 327-341.
- Datar, A., Liu, J., Linnemayr, S. y Stecher, C. (2013). The impact of natural disasters on child health and investments in rural India. *Social Science & Medicine*, 76, 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.008>
- Furceri, D., Loungani, P., Ostry, J.D. y Pizzuto, P. (2020, 8 de mayo). COVID-19 will raise inequality if past pandemics are a guide. <https://voxeu.org/article/covid-19-will-raise-inequality-if-past-pandemics-are-guide>
- Gaiha, R. y Imai, K. (2004). Vulnerability, Persistence of Poverty and Shocks- Estimates for Semi-Arid Rural India. *Oxford Development Studies*, 32(2), 261-281.
- Gerszon Mahler, D., Lakner, C. y Castaneda, A. (2020, 20 de abril). The impact of COVID-19 (Coronavirus) on global poverty: Why Sub-Saharan Africa might be the region hardest hit. Banco Mundial. <https://blogs.worldbank.org/opendata/impact-covid-19-coronavirus-global-poverty-why-sub-saharan-africa-might-be-region-hardest>
- Glewwe, P. y Hall, G. (1998). Are some groups more vulnerable to macro-economic shocks than others? 56,181-206. https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Glewwe_Hall.pdf
- Gobernación del Chocó. (2020, 30 de julio). Plan de Desarrollo “Generando confianza 2020-2023”. <http://www.choco.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-departamental-2020-2023-generando>
- Martorell, R. (1999). The nature of child malnutrition and its long-term implications. *Food Nutr Bull*, 20, 288-292.
- Ministerio de Salud. (2014). Propuesta de operación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria para Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Propuesta-operacion-estrategia-vigilancia-salud-publica-con-base-comunitaria.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). Exposición Ocupacional y ambiental a mercurio en el Departamento de Chocó, Colombia, 2015-2016: informe preliminar. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2021%202016%20num%2011.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020, 24 de octubre). Ministerio lanza tablero de Indicadores para la gestión y seguimiento del PRASS. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministerio-lanza-tablero-de-Indicadores-para-la-gestion-y-seguimiento-del-PRASS.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Lineamientos para kit de elementos mínimos de protección para personal de la salud. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2020/06/LINEAMIENTOS-PARA-KIT-DE-ELEMENTOS-MI%CC%81NIMOS-DE-PROTECCIO%CC%81N-PARA-PERSONAL-DE-LA-SALUD.pdf>
- Ministerio de Salud. (2021, 17 de enero). Covid-19 en personal de salud en Colombia Boletín No. 62. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 6 de octubre). Resolución 1774 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1774-de-2020.pdf>
- Observatorio de Talento Humano. (2018). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJjoiNjc0ZGRmZTEtZmQxMi00Mzg2LWIyNTAtNjR-hYWE5YTZhMjVliiwidCI6ImI2MmYxMjY2LWUzYzctNDhiYi1iZmUwLWUxOTRmZTk3O-Tk2NiIsImMiOjR9>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). “Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales”. CLAP/SMR. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49344>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011, 21 de octubre). Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro (Brasil). https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19>
- Quintero, K. (2020, 5 de junio). La partería en época de COVID-19. El Espectador. <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/parteria-durante-el-covid-19/>
- Quintero Martínez, K.V. (2020, 5 de junio). ¿Qué está pasando en las regiones en medio de la pandemia? El Espectador. <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/parteria-durante-el-covid-19/>
- Quiroz Mena, S. y Quinto Moya, L. (2020, 27 de abril). Informe Técnico. Capacidad de respuesta en salud del departamento del Chocó frente al COVID- 19 y recomendaciones prácticas. [file:///C:/Users/User/Downloads/Informe%20te%CC%81cnico%20-respuesta%20procuraduria%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Informe%20te%CC%81cnico%20-respuesta%20procuraduria%20(2).pdf)
- Roberts Kennedy, B. (2019). African American Women and Depression: Promoting the Need for Culturally Competent Treatment. *BRK Global Healthcare Journal*, 2(1), 1-25. <https://doi.org/10.35455/brk123456>
- Rodríguez-Llanes, J. M., Ranjan-Dash, S., Degomme, O., Mukhopadhyay, A. y Guha-Sapir, D. (2011). Child malnutrition and recurrent flooding in rural eastern India: a community-based survey. *BMJ Open*, 1(2), e000109–e000109. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000109>
- Rosales, M. F. (2014). Impact from in-utero and early-life shocks on human capital formation: Evidence from El Niño in Ecuador. Presented at the Impact from in-utero and early-life shocks on human capital formation: Evidence from El Niño in Ecuador. Seminario CEDE. Facultad de Economía. Universidad de los Andes: University of Chicago, 1–65.
- Universidad Johns Hopkins. (2021). COVID-19 Dashboard by the center of systems. Centro de información de Coronavirus. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- World Health Organization. (2020, 14 may). Substantial investment needed to avert mental health crisis. <https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

Capítulo

3





3. El derecho a la salud y el derecho al territorio de comunidades negras con ocasión de las medidas de confinamiento obligatorio. Caso de estudio: Consejo Comunitario Villa Gloria

3.1 Algunos elementos característicos del derecho al territorio en el contexto Caribe

Como resultado de la tradición culturalmente dominante, la visión institucionalmente preponderante del «territorio» se encuentra asociada al dominio de la «autoridad» estatal. Así, una visión específica del espacio/territorio se traduce en la asignación de «atributos» distintos al mismo, dependiendo de la concepción que se predique de este. Algunos actores podrán tener una visión más «cartográfica» y otros más «figurativa» del espacio/territorio. Ello se proyecta en aspectos tan determinantes como el uso asignado a la tierra, la fauna y la flora; la planeación frente a su manejo; los enfoques frente al tratamiento de riesgos y problemas ambientales.

Sin perjuicio de lo anterior, dentro de las clases de territorio jurídicamente amparados en Colombia, se encuentra el territorio colectivo étnico, que responde a la necesidad histórica y política de reconocer constitucionalmente el derecho de los pueblos indígenas y afrocolombianos a las tierras ancestralmente habitadas. La brecha que surge de la falta de una disposición expresa en favor de los pueblos afrocolombianos en ese sentido, es saneada mediante la Ley 70 de 1993, normas concordantes y la ratificación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que integra el entramado normativo superior aplicable en el país, por causa del bloque de constitucionalidad.

El Convenio 169 presenta una importante distinción entre tierra y territorio al disponer que este último «cubre la totalidad del hábitat de las regiones que los pueblos interesados ocupan o utilizan de alguna otra manera» (Art. 13.2). Este instrumento también busca evidenciar la trascendencia que para las comunidades tiene el espacio anidado, al recalcar que «los gobiernos deberán respetar la importancia especial que para las culturas y valores espirituales de los pueblos interesados reviste su relación» (Art. 13). Igualmente, prescribe el respeto por la integridad, instituciones, valores, prácticas sociales, culturales,



religiosas y espirituales de los pueblos³⁷, lo cual reafirma el reconocimiento de las competencias de las autoridades propias, en cuya titularidad se reconoce la capacidad para representar a sus comunidades y pueblos, en el marco de la garantía del derecho a la consulta³⁸.

De otro lado, la lectura que del artículo 21 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos ha efectuado el Tribunal regional, que se ha nutrido de los fundamentos ontológicos del Convenio 169, afirma que esta norma protege la vinculación estrecha que los pueblos indígenas y otras comunidades o pueblos tribales, como pueden ser las afrodescendientes, guardan con sus tierras, así como con los recursos naturales de los territorios ancestrales y los elementos incorporales que se desprendan de ellos [...] Debido precisamente a esa conexión intrínseca que los integrantes de los pueblos indígenas y tribales tienen con su territorio, la protección del derecho a la propiedad, uso y goce sobre este es necesaria para garantizar su supervivencia³⁹.

Así las cosas, la Corte Interamericana ha reconocido, en una copiosa línea de jurisprudencia sobre el derecho al dominio de las tierras por parte de grupos étnicos en la región, que existe una relación inescindible e incluso determinante de la existencia entre un grupo étnico y el espacio donde construye esa identidad. La territorialidad, además, no es solo cartográfica y nominativa, pues se erige más bien en dinámica de coexistencia, no limitada al espacio finito dentro de los bordes del suelo.

En ese sentido, el territorio entendido desde la concepción de las comunidades negras es una construcción social e histórica de la relación que existe entre las comunidades y su entorno como pares. El territorio no es solo un espacio físico sino un lugar que se habita, donde se relacionan con otros seres humanos y no humanos, vivos y no vivos, donde se ha vivido una historia y desde donde se defiende la vida. Algunas de las voces destacadas en el horizonte teórico referente al sentido de territorio en las comunidades y pueblos afrocolombianos son las de Roldán (2002), Hurtado (2004), Escobar (2010) e igualmente Hoffman (2016). No obstante, es posible identificar ciertos elementos característicos comunes a los documentos jurídicos y teóricos. Efectuada una lectura global, es posible perfilar una idea de territorio étnico colectivo como un espacio que adquiere sentido como tal, bajo el espectro de la relación establecida por un sujeto colectivo étnico con ese lugar. Ese sujeto, además, debe corresponder a una comunidad o pueblo que ha sido signado por fuera de la cultura mayoritaria de una comunidad política determinada.



37 Así lo establece el Convenio 169 en su artículo 5: a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente; b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos.

38 De acuerdo con lo que plantea el Convenio 169, en su artículo 61, los gobiernos deberán: a) consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y, en particular, a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente.

39 Ver el Caso de las Comunidades Afrodescendientes Desplazadas de la Cuenca del Río Cacarica (Operación Génesis) vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2013.

El territorio puede ser descrito también como el resultado de la experiencia, la suma de todos los lugares concretos con los cuales el individuo es involucrado a través del tiempo: en el pasado (experiencias pasadas movilizadas por la memoria), el presente (acción y experiencia directa) y el futuro (proyectos, anticipaciones y expectativas) (Monnet, 1999, p. 112). En relación con las comunidades negras, este concepto de territorio abarca también costumbres, identidad, autonomía y autoridades propias, lengua, etc.

El concepto que conocemos de territorio surge como resultado del desarrollo de décadas de lucha de estas comunidades que han sido registradas en estudios antropológicos y que ha recibido cierto respaldo y reconocimiento institucional desde la Constitución de 1991. Esta constitución definió al Estado colombiano como pluralista y garante de la diversidad cultural de la Nación, estableciendo normativas específicas para la protección de los intereses de grupos étnicos, en particular, los pueblos indígenas y las comunidades afrocolombianas. Sin embargo, con todos los adelantos normativos que resaltan a Colombia como uno de los países latinoamericanos con mayor desarrollo legal para la defensa de derechos territoriales y culturales de los grupos étnicos, la igualdad material es todavía una deuda histórica del país con estas comunidades, que estas normas no han podido saldar.

Este reconocimiento constitucional del derecho al territorio de las comunidades negras fue el fruto de la lucha comunitaria-social que se ganó su lugar en la constituyente de 1991 a través de alianzas con el movimiento indígena y campesino. Los artículos 286 y 330 de la Carta, que parten de la idea de territorio estatal, reconoció la entidad territorial a los territorios indígenas. Por otra parte, el artículo 55 transitorio de la Constitución dispone la creación de una ley por medio de la cual se reconocerá a «las comunidades negras que han venido ocupando tierras baldías en las zonas rurales ribereñas de los ríos de la Cuenca del Pacífico», el derecho a «la propiedad colectiva» sobre las áreas determinadas por la ley, en concordancia. En virtud de este artículo 55 transitorio, nuevamente la lucha de las comunidades negras creó la Ley 70 de 1993.

De una lectura integral de la norma, podría decirse que esta ley define que estos territorios, en principio y previo a su adjudicación, tienen las características geográficas y legales de las tierras baldías, terrenos situados dentro de los límites del territorio nacional que pertenecen al Estado y que carecen de otro dueño. Igualmente, define que estos territorios han sido ocupados colectivamente por comunidades negras que se caracterizan por tener ciertas prácticas tradicionales de producción técnicas agrícolas, mineras, de extracción forestal, pecuarias, de caza, pesca y recolección de productos naturales en general, que han utilizado consuetudinariamente para garantizar la conservación de la vida y el desarrollo autosostenible. Además, establece que este territorio ha sido habitado por un conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbre dentro de la relación campo-poblado, que revelan y conservan consciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos.



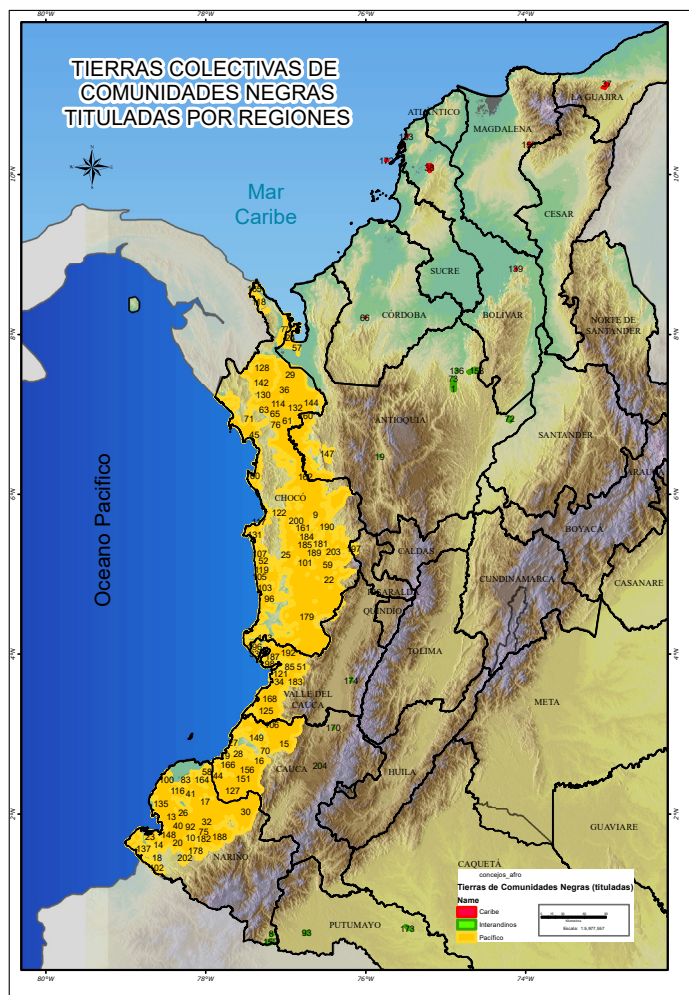
Pero como siempre, la ley se ha quedado corta ante la experiencia humana de relacionamiento con el entorno. En ese sentido, varias voces se han levantado para extender el entendimiento de esta ley con respecto a las necesidades de las comunidades negras en todo el territorio nacional. Se tienen, por ejemplo, las Sentencias T-380 de 1993, T-652 de 1998, T-439 de 1996, T-422 de 1996, T-622 de 2016, entre otras.

Así las cosas, el derecho al territorio recoge no solo el acceso a la tierra *per se* sino que abarca otros derechos que garantizan la vida en él. La Constitución establece que son obligaciones del Estado para garantizar el derecho al territorio y la defensa de la diversidad étnica y cultural de la Nación:

- ◆ La imprescriptibilidad, inembargabilidad e inalienabilidad de los territorios colectivos de las comunidades étnicas (artículo 329).
- ◆ El derecho de consulta previa para la explotación de recursos naturales sobre los territorios colectivos (artículo 329).
- ◆ La autonomía de las formas de gobierno, planeación y organización social (artículo 330).
- ◆ La protección de lenguas y dialectos de grupos étnicos (artículo 10).

Hasta aquí podemos decir que tanto la ley como la jurisprudencia han entendido, con demoras pero con algo de claridad, qué significa el territorio para las comunidades negras, sin embargo después de aproximadamente 28 años de vigencia de la Ley 70 de 1993, la materialización de este derecho no ha avanzado con la velocidad esperada y demandada por las comunidades y, en su lugar, su implementación además de demorada no ha sido uniforme ni ha tenido el mismo efecto en todas las regiones del país donde existen comunidades negras. A la fecha existe una gran diferencia porcentual entre la adjuntación de territorios de comunidades negras en el Pacífico y el Caribe, como se puede ver en la siguiente gráfica. Estas diferencias tienen explicaciones tanto históricas como geográficas y políticas que no son endilgables a las comunidades, sino en la manera en la que se han puesto en marcha las políticas para garantizar este derecho fundamental.

Figura 3. Tierras colectivas de comunidades negras tituladas por regiones.



Fuente: Elaboración propia con datos ANT. Fecha 08 de febrero de 2020.

Como se puede ver en la imagen, en su zona costera, el Caribe tiene a la fecha 3 títulos colectivos, sin embargo, cuenta con al menos 43 Consejos Comunitarios inscritos como se puede ver en el Anexo 2. Según la ANT, en 2020 existían 365 solicitudes de titulación de comunidades negras, de las cuales 218 eran rezago. De ese rezago, en el 2020 solo se atendieron dos consejos comunitarios en el Caribe: Tucurínca en Magdalena, Zona Bananera y Fernando Ríos Hidalgo, Magdalena, Sabanas De San Ángel (ANT, 2020). En el Caribe, al 7 de febrero de 2021 había 193 solicitudes de titulación en proceso, de estas 13 corresponden a Bolívar, como se puede ver en los Anexos 3 y Tabla 24.

Tabla 24. Lista de Consejos Comunitarios con solicitud de titulación.

ID SOLICITUD TITULACIÓN	NOMBRE COMUNIDAD SOLICITANTE
11059	Punta Canoa
11082	Leticia
11060	Pontezuela
11061	Manzanillo del Mar
11062	Los Olivios
11063	Bayunca
11064	Arroyo de Piedra
11069	Marlinda
11072	Puerto Rey
11051	Pua 2
11065	Predio Hacienda Arroyo Grande
11049	Eladio Ariza
11087	Consejo Comunitario Afrodescendiente de Lomas de Matunilla
11068	Comunidad negra el recreo
11067	Aparcar Isla Barú
11058	Tierra Bomba
11029	Tarachica
11078	Consejo Comunitario del Alto Caribona
11050	Santo Madero El Paraíso
11089	Consejo Comunitario Afrocolombiano De Rocha
	Consejo Comunitario Comunidad Negra De Gamero
12779	Consejo de comunidades negras de santa fe “El Chevale”
11054	Consejo Comunitario Antonio Sajón
12871	CONSEJO COMUNITARIO COAFROB
11073	Consejo Comunitario Puerto Badel
11081	Consejo Comunitario Comunidad Negra De Sincerín
11084	Consejo Comunitario Isla Fuerte
11086	Consejo Comunitario Afrodescendiente Mayor De Guamocó

Fuente: Elaboración propia con datos ANT, 2021.

Para explicar el rezago que existe en el Caribe después de aproximadamente 28 años de vigencia de la Ley 70 de 1993, se puede apelar a varias razones: la primera, por falta de operatividad de la ANT que, después de su creación, ha acumulado procesos sin darle trámite efectivo a la mayoría, que según el Decreto 1745 de 1995 no debería ser mayor a 6 meses; la territorialidad Caribe tiene ciertas características que dificultan el proceso de constitución/titulación, por ejemplo, su coexistencia con predios de carácter privado, en zonas de especial interés para la Nación como parques o zonas de baja mar, las tensiones con el sector turístico y hotelero y, en algunos casos, la fortaleza organizativa sigue en construcción. A lo anterior, se suma la falta de coordinación y de formación en temas étnico territoriales entre ANT, territoriales, Ministerio del Interior, alcaldías municipales y gobernaciones de departamento, sobre todo estas últimas.

La falta de titulación constituye una violación directa al derecho al territorio. En la Sentencia T-349 de 2014, expresó la Corte que la falta de titulación provoca diversas problemáticas que ponen en riesgo la integridad social, cultural y étnica de la comunidad indígena. Entre las problemáticas expone: a) la destrucción de lugares sagrados por los colonos invasores; entre otras. Cita también la Corte en Sentencia T-622 de 2016, la relación existente entre el territorio, el ambiente sano, la salud y la superación de la pobreza.

Precisamente, el Premio Nobel de economía Angus Deaton, al referirse a los orígenes de la desigualdad y a la construcción moderna del concepto de bienestar, como una de las formas más contundentes de superación de la pobreza, ha indicado que el objetivo principal del bienestar general en el siglo XX ha consistido en permitir un escape, tal vez el más grande en la historia de la humanidad, el «escape de la pobreza y de la muerte»; donde se entiende que el bienestar —en su acepción más sencilla— representa todas las cosas buenas que le pueden suceder a una persona en su vida y que hacen que su vida sea digna: esto significa que el concepto de bienestar general debe comprender, a su vez, el bienestar material, entendido como calidad de vida —en términos de buena alimentación, educación y seguridad—, e ingreso digno, basado en la garantía de un trabajo estable; mientras que el bienestar físico, psicológico y espiritual está representado por el acceso a la salud, a la cultura, al disfrute del medio ambiente y la legítima aspiración a la felicidad; y en todo caso, a la capacidad —y también a la posibilidad— de participar en la sociedad civil a través de las instituciones democráticas y el mandato de la ley. En consecuencia, este será el estándar de protección teleológico que la Sala tomará como referencia y desarrollará en su argumentación en la presente providencia (Corte IDH, Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador, párr. 147).

En el mismo sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha expresado que:

[...] La falta de acceso a los territorios puede impedir a las comunidades indígenas usar y disfrutar de los recursos naturales necesarios para procurar su subsistencia, mediante sus actividades tradicionales; acceder a los sistemas tradicionales de salud



y otras funciones socioculturales, lo que puede exponerlos a condiciones de vida precarias o infrahumanas, a mayor vulnerabilidad ante enfermedades y epidemias, así como someterlos a situaciones de desprotección extrema que pueden conllevar varias violaciones de sus derechos humanos, además de ocasionarles sufrimiento y perjudicar la preservación de su forma de vida, costumbres e idioma (Corte IDH, Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador, párr. 148).

Es decir, existe una relación inquebrantable entre el derecho al territorio y otros derechos, en especial el derecho fundamental a la salud. Los mismos grupos étnicos y voces desde sectores académicos, gubernamentales, judiciales, entre otros, han reconocido que existe una relación intrínseca entre el territorio que habita un grupo y sus dinámicas, determinantes de su propia existencia y ontología; la existencia misma del colectivo depende del territorio y el territorio, a su vez, existe, porque es asumido como tal por ese grupo. En tal medida, se ha identificado que el ejercicio pleno del derecho al territorio puede llegar a constituir uno de los más cardinales factores dentro de la enunciación de determinantes de la salud de un colectivo étnico.

El derecho al territorio constituye, entonces, uno de los principales determinantes de la salud para muchos grupos étnicos. Constituye un determinante fundamental tanto de la salud en su componente biológico, como en su componente mental, aunque el primero parecer ser más evidente. Sin embargo, como resultado de la aproximación efectuada a un consejo comunitario de la región Caribe del departamento de Bolívar, encontramos que el aislamiento dispuesto en virtud de la pandemia evidenció el impacto de los determinantes de la salud en los factores ligados a la efectividad de la dimensión mental del mismo, en una comunidad que históricamente ha estado desprovista del acceso y goce cierto de bienes y servicios que están constitucional e internacionalmente, pero no materialmente asegurados.

Es significativo el número de instrumentos de derechos humanos que han entendido la relación entre el derecho a la salud y otros como la vida, la dignidad y el territorio. La materialización de condiciones para el bienestar físico, mental y social de una persona, dependen de la satisfacción misma de una gama importante de derechos humanos. Se ha encontrado, así, una relación de dependencia mucho más marcada entre el derecho a la salud y otros tanto humanos, en una ejemplar reafirmación del carácter relacional de los derechos humanos:

Como advirtió vagamente el gobierno nacional en el documento técnico de Orientaciones para la prevención, detección y manejo de casos de Covid-19 para población étnica en Colombia⁴⁰, sin dar ninguna solución efectiva, los grupos étnicos de Colombia



40 Cuyo objetivo es «brindar orientaciones a los grupos étnicos y a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Direcciones Territoriales de Salud, prestadores y aseguradores) para prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 en grupos étnicos». (Ministerio de Salud, 2020, p.3)

(pueblos indígenas, las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (NARP) y el Pueblo Rrom), son poblaciones que se encuentran afectadas en mayor medida por los determinantes sociales de la salud, lo que genera una mayor vulnerabilidad frente al SARS-CoV-2, lo que conlleva a la necesidad de definir orientaciones específicas que permitan la garantía integral del derecho a la salud, especialmente en una situación de emergencia en salud pública. (Ministerio de Salud, 2020, p.3)⁴¹

El impacto del precario o inexistente acceso y goce de servicios relacionados con su territorio y bienes en la salud ha resultado mucho más evidente en relación con la salud mental. Este marco puede, además, ser exacerbado por el sentimiento de «estar de más», efecto de la exclusión arraigada y estructural. Esta situación se ha advertido en los consejos comunitarios de la región Caribe, aunque con menor visibilidad por parte de los actores con incidencia en este panorama, a pesar de su difícil situación.

Estas consideraciones tampoco fueron proyectadas en los documentos de política pública previstos desde el orden nacional o local para la atención de la pandemia, lo cual situó a estas comunidades en una posición de mayor marginalización. En efecto, en primer lugar, el Ministerio de Salud señaló en el documento de lineamientos, publicado en marzo, que las medidas preventivas, de diagnóstico, contención y manejo que se han establecido y se establecerán desde las diferentes disposiciones normativas a la ciudadanía colombiana, aplican en igual medida para los grupos étnicos del país [pueblos indígenas, las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (NARP) y el Pueblo Rrom], no obstante, las acciones deberán ser objeto de adopción y adaptación por parte de las comunidades étnicas y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre ellos los entes territoriales Departamentales, Distritales y Municipales, Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Instituciones Propias de Salud de comunidades étnicas y grupos Étnicos en armonía con las concepciones propias de salud, la sabiduría ancestral y cosmovisión de cada pueblo (Ministerio de Salud, 2020, p.4).

3.2 Medidas del gobierno nacional y local para garantizar el derecho a la salud en los territorios colectivos de comunidades negras

El Ministerio de Salud, tal como se enunció anteriormente, emitió orientaciones de política pública que procuraban la «adaptación» por parte de los grupos étnicos y las entidades integrantes del Sistema de Salud en el contexto de la pandemia, mas no la integración del



41 El Ministerio de Salud aún: «teniendo de presente la situación de vulnerabilidad que viven los grupos étnicos, donde gran parte de ellos (especialmente comunidades indígenas) se hallan en pobreza y pobreza extrema; y considerando que estas poblaciones registran las tasas más altas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en todas las edades; se advierte una letalidad por COVID-19 más alta en relación con la población en general».



enfoque étnico en la política pública, como demandan las normas concordantes. La garantía del enfoque étnico presupone, se ha reiterado, la adopción de medidas particulares que reconozcan e incorporen las reales diferencias existentes entre los grupos étnicos y la sociedad cultural y políticamente dominante, como resultado del reconocimiento del principio de diversidad étnica a nivel nacional y el respeto del pluralismo cultural que subyace a esta definición. Efectivamente, a través de uno de los apartados subsiguientes, el ministerio recomendó a los grupos étnicos, a las entidades territoriales, a las entidades prestadoras de servicios de salud, «tengan en cuenta estas orientaciones para la elaboración y adaptación de sus planes de contingencia y medidas de respuesta para contemplar las especificidades de la atención a la salud de los grupos étnicos, con especial énfasis en los pueblos indígenas» (Ministerio de Salud, 2020, p.5).

El primer documento emanado de la administración nacional dirigido a los grupos étnicos en el país fue el de «Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población étnica en Colombia». Este contiene tres líneas de recomendaciones: una primera titulada «recomendaciones dirigidas a los grupos étnicos»; otra denominada «recomendaciones dirigidas para los actores del SGSSS»; y una denominada «medidas preventivas y de mitigación Coronavirus (COVID-19)».

Dentro del primer segmento, se relacionan recomendaciones sobre: permanecer en «su territorio» (4.1); limitar o restringir las salidas, ingresos, actividades masivas, el contacto con personas con síntomas o enfermas con COVID-19 (4.2, 4.3, 4.5, 4.6, 4.7) o establecer «medidas especiales de protección para los adultos mayores de la comunidad (4.11)»; «integrar acciones que promuevan la vigilancia comunitaria enfocadas a la identificación oportuna de casos sospechosos» (4.8); desarrollar acciones, comunicaciones y garantizar el acceso a la información en la comunidad (4.9 y 4.10); y evaluar que las personas ajenas a las comunidades que ingresen a los territorios de grupos étnicos, en virtud de la extrema necesidad o de acciones institucionales del Estado colombiano, estén en óptimas condiciones de salud (sin síntomas de Infección Respiratoria Aguda (IRA) o Coronavirus (COVID-19) o de otras enfermedades infecciosas, con esquemas de vacunación completo, entre otras (4.4).

Las recomendaciones específicas recaen sobre: i) orientaciones generales para la prevención del contagio en los grupos étnicos, en el que esencialmente se adicionan observaciones en relación con la limpieza y desinfección del entorno, medidas de higienes y limpieza básicos y «mantener los espacios limpios y ventilados»; orientaciones en caso de que una personas presente síntomas compatibles con Coronavirus (COVID-19); estrategias de información y educación en salud; y orientaciones generales para la atención en salud que serán enunciadas en su extensión por su relevancia en la materia:

4.14.1. Disponer de personal de salud al interior de la comunidad, capacitado para garantizar una atención diferenciada respetando los usos y costumbres de los grupos étnicos.

4.14.2. Permitir, en el marco de la atención integral en salud, el acceso de los equipos sanitarios para la atención de las personas sospechosas de contagio, atendiendo el uso de prácticas tradicionales, siempre y cuando estas no representen un riesgo para la salud e integridad del paciente.

4.14.3. Facilitar y establecer una ruta de comunicación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para facilitar el acceso de un acompañante y/o traductor si así se requiere.

Por su parte, las recomendaciones generales dirigidas a los actores del sistema se centraron, en términos literales, en los siguientes aspectos:

- i.** Reforzar la importancia de establecer protocolos y adecuados canales de comunicación y notificación, así como monitoreo frente a la identificación de casos nuevos o sospechosos del virus.
- ii.** Monitorear el comportamiento de los casos de síndrome de la gripe y síndrome respiratorio agudo severo, así como, al tiempo, monitorear los rumores, llamas y redes sociales sobre los casos sospechosos.
- iii.** Sensibilizar tanto a profesionales de la salud como a los grupos étnicos sobre las circulares, resoluciones y lineamientos, dispuestos por el Ministerio de Salud y la Protección Social frente a la situación de los grupos étnicos.
- iv.** Promover la capacitación de recursos humanos, de cara, específicamente, a la identificación y realización de acciones oportunas.
- v.** Difundir materiales pedagógicos a los profesionales de salud de las respectivas entidades prestadoras del servicio de salud, incluyendo las IPS de Salud Indígena.

Por su parte, en el documento de «Orientaciones para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población étnica en Colombia», emitido en junio de 2020 por el Ministerio de Salud, se esboza una suerte de recomendaciones, alrededor de los siguientes puntos:

- i.** Lineamientos y orientaciones;
- ii.** recomendaciones generales para los grupos étnicos;
- iii.** orientaciones generales para la prevención del contagio en los grupos étnicos [pueblos indígenas, las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (NARP) y pueblos Rrom];
- iv.** orientaciones para la detección temprana de casos sospechosos de COVID-19;



- v. orientación para el manejo de casos sospechosos de COVID-19;
- vi. recomendaciones dirigidas a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En el acápite titulado «lineamientos y orientaciones», se relacionan dos documentos de recomendaciones al respecto del componente mental de la salud, puntualmente:

- ◆ Recomendaciones para la promoción de la convivencia y la armonía espiritual y del pensamiento (salud mental) durante el brote de COVID-19 en población indígena. En Protección de la Salud Mental durante el brote de COVID-19. Caja de herramientas.
- ◆ Recomendaciones para la promoción de la convivencia y la salud mental durante el brote de COVID-19 en población Rrom. En Protección de la Salud Mental durante el brote de COVID-19. Caja de herramientas.

Sin embargo, no se hace alusión a documento alguno equivalente para las comunidades afrocolombianas. Seguidamente, en los demás segmentos se reafirmaron y ampliaron, en buena medida, las orientaciones propuestas en el documentos publicado en marzo, exceptuando algunas como: «recordar que, si no tienen jabón de manos se puede utilizar el jabón de la ropa o plantas que utilicen para la limpieza» (6.2.2.5); «no escupir en el piso o expulsar saliva a otra persona» (6.2.2.9); «se puede contar con el acompañamiento a distancia de las o los sabedores ancestrales para apoyo espiritual, cantos, rezos, rituales, etnobotánica, (entre otras prácticas propias) que ayuden a la atención de las personas, familiares, allegados y comunidad, en general» (6.2.5.14); «las prácticas culturales contribuirán al manejo de los síntomas siempre y cuando estas no representen un riesgo para la salud e integridad del paciente» (6.2.5.15).

Otro de los aspectos que resultan relevantes frente a la interacción con los colectivos es acerca de las estrategias para la educación, como generadoras de espacios de contingencia y prevención de contagios masivos. En relación con este punto, en el documento de «Orientaciones» puntualmente se especifican las que tienen que ver con el componente mental de la salud:

- ◆ Promover prácticas culturales que sean provechosas para la salud, la producción de alimentos, preparación de comidas, manejo de plantas medicinales, elaboración de artesanías, fortalecer la oralidad mediante relatos, cantos y enseñanzas, entre otras, al interior de las viviendas (6.2.7.4.5);
- ◆ incentivar acciones dirigidas a la promoción de la salud mental y la convivencia social en el marco de las acciones de prevención y control del COVID-19 (6.2.7.4.7);
- ◆ mantener las acciones que contribuyan a la armonía espiritual y del pensamiento de las comunidades, deben contemplarse los rituales de armonización, sanación, pagamento, entre otros, siempre y cuando no impliquen aglomeración de personas (6.2.7.4.8).

Así mismo, frente a las recomendaciones generales para las entidades que integran el sistema de salud, se destacan:

- ◆ Propender por la afiliación de toda la población de los grupos étnicos al SGSSS (7.1.1).
- ◆ Priorizar en los planes de contingencia departamentales y municipales el desarrollo de acciones transversales y focalizadas para grupos étnicos (7.1.5).
- ◆ Evaluar en los espacios intersectoriales de análisis y monitoreo de COVID-19, la situación de grupos étnicos y articular con los sectores competentes la atención integral a las necesidades que se identifiquen en los grupos étnicos (7.1.6).
- ◆ Fortalecer estrategias de vigilancia comunitaria para captar información de manera oportuna y monitorear necesidades en salud y de otro tipo identificadas por los grupos étnicos (7.1.7).
- ◆ Adecuar y promover las actividades previstas en Atención Primaria en Salud para la prevención y el manejo de casos probables y confirmados de COVID-19 para grupos étnicos en los contextos urbanos y rurales (7.2.6.).
- ◆ En el caso de las comunidades indígenas, la atención en salud debe prestarse en lo posible con profesionales y técnicos en salud indígenas, y a su vez dichas acciones deben coordinarse con los sabedores y médicos espirituales reconocidos en cada pueblo indígena en los diferentes puntos de atención en las comunidades rurales en coordinación con las autoridades, líderes o gestores comunitarios. (7.2.8.)

Si bien se reconoce en un par de apartes del documento que los grupos étnicos están más expuestos que la generalidad de la población a los efectos de los factores determinantes sociales de la salud, se precisó que las medidas direccionadas a la prevención, diagnóstico, contención y manejo «aplican en igual medida para los grupos étnicos del país», lo que se evidencia en el contenido mismo del documento, en el cual se reproducen, bien de manera idéntica o bajo algunas variaciones contextuales, las recomendaciones generales previstas para el grueso de la población nacional. En efecto, el Ministerio de Salud reconoce que estas medidas deben ser adaptadas y adoptadas por los grupos étnicos y actores del sistema; pero la mayor parte de las medidas recomendadas constituyen sugerencias sobre restricciones en la realización de acciones que se han identificado como contagiosas.

Resulta preocupante no observar lineamientos puntuales para la orientación de las actuaciones institucionales, a fin de encarar y balancear favorablemente las circunstancias que históricamente han alejado a los grupos étnicos del goce efectivos de aquellos factores determinantes sociales de la salud.

Se debe hacer énfasis en los aspectos cuyos lineamientos de política estén centrados en acciones, dirigidas a los grupos étnicos, como «disponer de personal de salud al interior de la comunidad», contenido en el documento técnico de marzo, o, incluso, «incentivar

acciones dirigidas a la promoción de la salud mental y la convivencia social en el marco de las acciones de prevención y control del COVID-19»; o «recordar que, si no tienen jabón de manos, se puede utilizar el jabón de la ropa o plantas que utilicen para la limpieza», denotan serias fracturas en la comprensión del alcance de la obligación de adoptar medidas diferenciales; puesto que, de un lado, esa obligación supone identificar, concebir y disponer los medios necesarios para revertir disparidades históricas como la falta o excesiva lejanía de centros de atención médica frente a muchas comunidades; circunstancias que ubican a la población de muchos grupos étnicos en situaciones de extrema vulnerabilidad frente a la pandemia. Igualmente, la falta de visión sobre la importancia de la medicina y médicos tradicionales para estas comunidades, denota la falta de acercamiento de la institucionalidad oficial con la realidad de las comunidades negras del país.

En virtud del principio constitucional de igualdad, al Estado le corresponde disponer de medidas para lograr que las comunidades en mayor riesgo, por las mencionadas causas históricas descritas en detalle en los capítulos 2 y 3 de este compendio, puedan acceder a un mínimo de bienes y servicios que garanticen menores posibilidades de contagio o afección, como son la provisión de agua y elementos básicos para el aseo, en caso de que no existieran medios para su provisión.

A nivel local se efectuaron varias solicitudes de información sin respuesta; sin embargo, en la página de internet de la Alcaldía Distrital se encontraron publicados varios decretos, algunos de los cuales básicamente ampliaban el ámbito temporal de los actos administrativos precedentes, pero contenían órdenes generales para el abordaje de la contingencia, por parte de las entidades distritales competentes. Así, el primer decreto identificado con indicaciones más específicas sobre el desarrollo de actuaciones administrativas tendientes a la atención de pandemia fue el Decreto 0695 del 1 de julio de 2020. A través de este se reafirmó la orden de aislamiento preventivo obligatorio en el Distrito de Cartagena, exceptuando, entre otras, las siguientes actividades y/o acciones relacionadas con el ámbito de desempeño económico por parte de las comunidades negras de zonas costeras en el Caribe, especialmente en Cartagena, como es el caso del Consejo Comunitario Villa Gloria:

La cadena de producción, abastecimiento, almacenamiento, transporte, comercialización y distribución de: (i) insumos para producir bienes de primera necesidad; (ii) bienes de primera necesidad –alimentos, bebidas, medicamentos, dispositivos médicos, aseo, limpieza, y mercancías de ordinario consumo en la población–, [...], y (iv) alimentos y medicinas para mascotas, y demás elementos y bienes necesarios para atender la emergencia sanitaria, así como la cadena de insumos relacionados con la producción de estos bienes. (p.8)

[...]

La comercialización presencial de productos de primera necesidad se hará en mercados de abastos (diferentes al mercado público de Bazurto).

La comercialización de los productos de los establecimientos y locales gastronómicos, incluyendo los ubicados en hoteles, únicamente mediante plataformas de comercio electrónico y por entrega a domicilio.

Las actividades de la industria hotelera para atender a sus huéspedes, estrictamente necesarias para prevenir, mitigar y atender la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19. (p. 20)

Dentro de los presupuestos generales para la autorización de estas excepciones se destacan la identificación y acreditación «del ejercicio de sus funciones o actividades», además de que «las empresas y establecimientos» que lleven a cabo las actividades cobijadas dentro de las excepciones, «deberán garantizar a sus trabajadores y colaboradores el transporte desde sus hogares y hacia su lugar de trabajo, y viceversa». Además, dictamina la norma, que «los empleadores deberán hacer previamente el registro de sus trabajadores a través del link establecido en la página web dispuesta por la Alcaldía de Cartagena».

Con posterioridad, en la finalización del aislamiento preventivo obligatorio irrestricto, fue expedido por el gobierno distrital el Decreto 0826 del 31 de agosto de 2020, «por el cual se ordena el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable en el distrito de Cartagena, desde las 00:00 del 1 de septiembre de 2020 hasta las 00:00 horas del 16 de septiembre de 2020, y se dictan otras disposiciones», se dispone: «RESTRINGIR para garantizar la efectividad del aislamiento selectivo y focalizado, con arreglo a la variación en el comportamiento de la pandemia del COVID-19, las siguientes actividades y áreas autorizadas por el Ministerio del Interior y Ministerio de Salud y Protección Social»:

- ◆ La prestación de servicio a la mesa en establecimiento y locales gastronómicos que no cuenten con espacios al aire libre, los cuales únicamente podrán prestar sus servicios mediante plataformas de comercio electrónico, por entrega a domicilio y por entrega para llevar.
- ◆ Las actividades de la industria hotelera en la zona insular de todo el Distrito de Cartagena.
- ◆ La permanencia en las playas y el ingreso de bañistas al mar en todo el Distrito de Cartagena, permitiéndose exclusivamente el uso de playas como espacio de tránsito peatonal.
- ◆ El desembarque en la zona insular de naves de cualquier calado o especificación destinadas a actividades turísticas, recreativas o deportivas.

Estas medidas impactan aún más la garantía y materialización del derecho al territorio como quiera que afectan de manera directa la autonomía de las formas de gobierno, planeación y organización social (Constitución Política, art. 330) de los mismos. Las condiciones de vida de las comunidades negras costeras ubicadas en Cartagena, como quiera



que estas derivan sus ingresos, en su mayoría, de la actividad turística y hotelera, se han visto reducidas debido al distanciamiento y las restricciones a la movilidad, tal como se ha mencionado en varios apartes de este texto.

Estas medidas han generado pérdida alta de empleo/ocupación informal y con ello una disminución de los ingresos monetarios de las personas que integran estos consejos comunitarios. Las personas afrocolombianas se concentran en el mercado informal o en ramas económicas como el sector servicios (restaurantes, hoteles, entre otras), que fueron las más afectadas durante la crisis y que incluso siguen estando inactivas. Las actividades que principalmente contribuyeron al crecimiento negativo fueron el comercio, servicios de comida, transporte y reparación de vehículos. Incluso, mientras las actividades de servicios y comercio disminuyeron en un 37 % y 34 %, respectivamente; las actividades financieras o inmobiliarias presentaron un crecimiento positivo, del 1 % y 2 %, respectivamente (DANE, 2020). Las personas que habitan los consejos comunitarios costeros del Caribe, en especial los ubicados en zonas como La Boquilla, Manzanillo del Mar, Barú, Islas del Rosario, devengan su sustento del sector turístico.

3.3 Medidas gubernamentales con incidencia en los territorios colectivos de comunidades negras y el sector turístico

i. Medidas en relación con tierras y territorios.

En la Circular externa 21 del 16 de marzo de 2020, sobre las recomendaciones para atender el proceso de construcción de los planes de desarrollo territorial, el Ministerio del Interior estableció que los concejos municipales y las asambleas departamentales pueden acudir a medios electrónicos, a fin de proteger la salubridad pública. En consecuencia, la medida insta a las gobernaciones y alcaldías a adoptar estrategias alternativas de socialización y participación de la ciudadanía, como lo sería la utilización de herramientas tecnológicas y los medios electrónicos disponibles, tales como, las plataformas de las administraciones públicas, emisoras radiales, redes sociales y canales locales de televisión, etc. Al tener presente que el porcentaje de conectividad a internet para las personas o territorios afrodescendientes es bajo, se desconocen si los mecanismos de socialización y construcción de proyectos territoriales garantizaron la participación en los procesos de construcción de los planes de desarrollo para dicha comunidad.

Mediante el Decreto 461 de 2020 se autorizó temporalmente a gobernaciones y alcaldías a la reorientación de rentas y la reducción de tarifas de impuestos territoriales, con el fin de reasignar, con base en criterios de eficiencia y urgencia, las necesidades más prioritarias en el marco de la pandemia. Asimismo, con el Decreto 512 expedido el 2 de abril de 2020 se autorizó temporalmente a las gobernaciones y

alcaldías para realizar movimientos presupuestales, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. Sin embargo, no se pronuncia este decreto sobre las limitaciones que representa el artículo 286 de la Constitución Política, en relación con los Consejos Comunitarios de Comunidades Negras ya que, según este, son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. La situación es aún peor para aquellos consejos comunitarios no titulados, como es el caso de la mayoría de consejos del Caribe.

Como es bien sabido, aunque el objetivo de la Ley 70 de 1993 es posicionar a los consejos comunitarios de comunidades negras como autoridades autónomas y entidades étnicas territoriales, en la práctica, se presentan tensiones y disputas con las administraciones municipales, grupos armados y otros actores por las regulaciones del uso de la tierra, además, de los intereses influidos por el Estado y/o por el capital (Hincapié, 2013, p.9).

Los Consejos Comunitarios han sido creados y regulados bajo la misma lógica de otras entidades administrativas estatales (Hincapié, 2013, p.9) como las Corporaciones Autónomas Regionales y/o de Desarrollo Sostenible, las cuales en materia de función ambiental cumplen funciones similares, como «la de aprovechar y conservar los recursos naturales y planificar el desarrollo económico, social, ambiental del territorio. Sin embargo, su participación en la asignación de recursos es nula» (Cuesta y Hinestroza, 2006, p.82).

Este tema es objeto aún de debate y acciones de incidencia y legales para su pronta revisión como quiera que establece una limitación altísima para la defensa y planeación del territorio, sobre todo en el contexto actual de emergencia por la pandemia. En la dimensión política del etnodesarrollo, los consejos comunitarios deben articularse a la estructura institucional de los gobiernos municipales, en tanto que, a diferencia de los grupos indígenas, los territorios negros no son entidades territoriales constitucionalmente reconocidas. De esa manera, la participación de los territorios en los procesos de planificación y gestión de las políticas públicas locales depende de las relaciones de fuerza instituidas con las instancias de gobierno municipal. El ejercicio de una ciudadanía activa por parte de las organizaciones de los consejos comunitarios, en defensa de los derechos territoriales, les ha permitido ganar algún espacio de participación ciudadana.

Por lo tanto, para planificar el desarrollo regional desde una perspectiva multicultural es necesario profundizar en esta construcción de ciudadanía que, de acuerdo con Kymlicka (2009), requiere un reconocimiento simbólico, esto es, profundizar el reconocimiento como grupo étnico a través de la titulación de los territorios; establecer mecanismos de acceso al poder político a partir de instancias de representación política y participación ciudadana, y, finalmente, acceso a la administración pública en tanto acciones afirmativas, empoderamiento en la

toma de decisiones e incluso la administración de los servicios públicos (Garzón, y Moreno, 2018).

Por otra parte, el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Social, con el Decreto 640 del 11 de mayo de 2020 sobre el Registro Único de Predios y Territorios Abandonados (RUPTA), creó un instrumento que permite a las personas víctimas de desplazamiento forzado a causa de la violencia obtener, a través de una medida administrativa, la protección de las relaciones de propiedad, posesión u ocupación sobre inmuebles, que hayan dejado abandonados.

Sin embargo, de cara a estas medidas sociales y fiscales enfocadas en el territorio, es preciso recordar que el limbo jurídico en que se encuentran algunas comunidades por falta de inscripción, constitución y/o titulación solo se convierte en un limitante para acceder a este tipo de ayudas.

ii. Medidas frente al sector turístico.

Dentro de las medidas relacionadas con COVID-19 con incidencia en el sector turístico, se encuentra la Circular Externa No. 011 del 10 de marzo de 2020 sobre las recomendaciones para la contención de la epidemia por el nuevo coronavirus (COVID-19) en los sitios y eventos de alta afluencia de personas. Por medio de la Circular Externa No. 11 del 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social y el de Comercio, Industria y Turismo incluyeron tanto los deberes de los responsables de la organización de eventos o de los sitios de alta afluencia de público, como de las personas que pretendan asistir a eventos o a sitios de alta afluencia de público. Dentro de las recomendaciones para evitar el contagio de una Infección Respiratoria Aguda (IRA), se prohíbe la alta afluencia en los sitios y eventos que eran muy concurridos, mientras que se introducen medidas de higiene para evitar la propagación de dicha infección.

Por su parte, en la Circular Externa No. 012 del 12 de marzo de 2020, sobre las directrices para la contención de la Infección Respiratoria Aguda por el COVID-19 en el entorno hotelero, el Ministerio de Industria y Comercio y el Ministerio de Salud y Protección Social emitieron recomendaciones análogas a las establecidas en la Circular Externa No. 011 del 10 de marzo de 2020, pero aplicadas al objetivo de evitar el contagio de una Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el entorno hotelero. Así las cosas, la Circular Externa No. 012 de 2020 contiene un total de 22 recomendaciones y todas están enfocadas en el entorno hotelero.

En términos de turismo, cabe prestar especial atención al Decreto 397 de 13 de marzo de 2020 por el cual se establece un beneficio en la presentación y pago de la contribución parafiscal para la promoción del turismo, destinada a mitigar los efec-

tos económicos del Coronavirus COVID-19 en el territorio nacional. Por medio del mencionado acto administrativo, se decretó la presentación y pago de la Contribución Parafiscal para la Promoción del Turismo. Los sujetos pasivos de la Contribución Parafiscal para la Promoción del Turismo tendrán plazo para presentar y pagar las liquidaciones privadas correspondientes al primer trimestre del año 2020, hasta el día 29 de julio de 2020.

La Circular 001 del 14 de marzo de 2020 se relaciona con los lineamientos para la prevención de la propagación del COVID-19, en espacios de uso cultural (bibliotecas, casas de la cultura, museos, teatros, parques arqueológicos, archivos públicos, Instituto Caro y Cuervo y escuelas taller). Teniendo en cuenta la Circular Externa No. 11 del 2020, el Ministerio de Cultura determinó las acciones que deben seguir los responsables de los espacios culturales públicos. Además de mencionar los espacios culturales a cargo del Ministerio de Cultura que estarían cerrados desde el 14 de marzo, en la circular se enlistan 9 recomendaciones principales para los espacios culturales en el territorio a cargo de municipios, departamentos, resguardos indígenas y comunidades afrocolombianas. De modo que la Circular No. 001 del 14 de marzo de 2020 es de las primeras en establecer no solo recomendaciones sino también el cierre de establecimientos.

Mediante el Decreto 557 del 15 de abril de 2020 se adoptaron medidas transitorias en materia de turismo y registros sanitarios para las micro y pequeñas empresas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. Se decretaron condiciones relacionadas principalmente con: presentación de la declaración y pago del valor recaudo del impuesto nacional con destino al turismo como inversión social; destinación transitoria de los recursos del impuesto nacional con destino al turismo; incentivos económicos para guías de turismo; derecho de retracto, desistimiento y otras circunstancias de reembolso; y tarifas diferenciadas del registro ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

Por medio de la Resolución 453 de 2020 se adoptó como medida sanitaria preventiva y de control: la clausura de los establecimientos y locales comerciales (de esparcimiento y diversión; de baile, ocio y entretenimiento y de juegos de azar y apuestas tales como casinos, bingos y terminales de juegos de video) y la suspensión del expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro de los establecimientos. Sin embargo, con respecto a la clausura temporal de establecimientos, la Resolución 453 de 2020 establece que esta medida no será aplicable a los servicios prestados en establecimientos hoteleros.

Por medio del Decreto 420 del 18 de marzo de 2020 se impartieron órdenes para expedir normas en materia de orden público en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19. En otras palabras, el Decreto



420 de 2020 estableció instrucciones que deben ser acogidas por las alcaldías y gobernaciones en el ejercicio de sus funciones en materia de orden público en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19, al decretar medidas sobre el particular. Entre las medidas establecidas se encuentran, principalmente, las siguientes: prohibición de consumo de bebidas embriagantes y reuniones y aglomeraciones y toque de queda de niños, niñas y adolescentes.

Sin embargo, el Decreto 420 de 2020 también incluyó otras instrucciones en materia de *orden público* que inciden en el turismo. Una de ellas es «impedir el servicio de transporte terrestre automotor de pasajeros por carretera (intermunicipal), carga y modalidad especial». También, algunas instrucciones del Decreto 420 de 2020 siguen considerando que ciertas actividades no deben ser suspendidas si son prestadas en establecimientos hoteleros. De forma más concreta, el literal 4.4 del Decreto 420 de 2020 establece que: en el evento del cierre al público de establecimientos y locales comerciales gastronómicos, dicho cierre no podrá extenderse a la oferta de sus productos mediante plataformas de comercio electrónico y/o por entrega a domicilio, ni a los restaurantes ubicados dentro de las instalaciones hoteleras, los cuales solo podrán prestar el servicio a sus huéspedes.

A través del Decreto 593 del 24 de abril de 2020 se impartieron instrucciones frente al mantenimiento del orden público, específicamente atinentes al aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, a partir de las cero horas (00:00 a.m.) del día 27 de abril de 2020, hasta las cero horas (00:00 a.m.) del día 11 de mayo de 2020, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19, con excepción de actividades comprendidas en siete grandes grupos que no incluyen actividades relacionadas con el sector turístico⁴².

Mediante el Decreto 686 del 22 de mayo de 2020 se adoptaron disposiciones transitorias en materia de sistemas especiales de importación-exportación,



- 42
1. La ejecución de obras de construcción de edificaciones y actividades de garantía legal sobre la misma construcción, así como el suministro de materiales e insumos exclusivamente destinados a la ejecución de las mismas.
 2. Manufactura de productos: la cadena de producción, abastecimiento, almacenamiento, reparación, mantenimiento, transporte, comercialización y distribución de las manufacturas de productos textiles, de cuero y prendas de vestir; de transformación de madera; de fabricación de papel, cartón y sus productos y derivados; y fabricación de productos químicos, metales, eléctricos, maquinaria y equipos. Todos los anteriores productos deberán comercializarse mediante plataformas de comercio electrónico o para entrega a domicilio.
 3. Actividades físicas y de ejercicio al aire libre: el desarrollo de actividades físicas y de ejercicio al aire libre de personas que se encuentren en el rango de edad de 18 a 60 años, por un período máximo de una hora diaria, de acuerdo con las medidas, instrucciones y horarios que fijen los alcaldes en sus respectivas jurisdicciones territoriales. En todo caso se deberán atender los protocolos de bioseguridad que para los efectos se establezcan.
 4. La realización de avalúos de bienes y realización de estudios de títulos que tengan por objeto la constitución de garantías, ante entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.
 5. Repuestos y accesorios de bicicletas: la fabricación, reparación, mantenimiento y compra y venta de repuestos y accesorios de bicicletas convencionales y eléctricas.
 6. Parqueaderos públicos para vehículos.
 7. Operaciones de juegos de suerte y azar, de apuestas permanentes, chance y lotería.

consumidor, turismo y zonas francas, para mitigar los efectos causados por la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus COVID- 19. Entre las disposiciones que contiene el Decreto 686 de 2020 están las siguientes: ampliación del término para la presentación del estudio de demostración en los programas de sistemas especiales de importación-exportación; renovación del Registro Nacional de Turismo de los aportantes de la contribución parafiscal; suspensión del término de la reparación de bien, reposición del bien o de la devolución del dinero en ejercicio de la efectividad de la garantía; y ampliación del plazo de Presentación Trimestrales.

Mediante el Decreto 789 de 4 de junio de 2020 se adoptaron medidas tributarias transitorias en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica de conformidad con el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020. Es así como el Decreto 789 de 2020 estableció, entre otras cosas, la exclusión transitoria del Impuesto sobre las Ventas (IVA). En particular, en el artículo 4 se decreta la «exclusión transitoria del impuesto sobre las ventas-IVA en la prestación de servicios de hotelería y turismo». Esta exclusión del IVA está prevista en el decreto desde su vigencia hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2020.

Frente a las acciones en turismo en el Caribe, ProColombia junto con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo trabajan en el acompañamiento a las empresas en asesorías para formular estrategias de reenfoque, así como en el diseño de productos y experiencias acordes con el nuevo tipo de consumidor y los cambios de comportamiento de los mercados derivado del coronavirus. Se viene desarrollando el Programa de Formación Exportadora en Turismo, en el que más de 1.200 asistentes de Bolívar, Córdoba y Sucre se han vinculado para preparar a la industria de cara a la pospandemia. La entidad, y de la mano de diferentes entidades del ecosistema turístico de la región, trabaja en la estrategia de reactivación del sector, primero avanzando en la reapertura de la conectividad tanto aérea como terrestre.

En el caso de Cartagena, se pretende resaltar las bondades de la ciudad, con la agencia «Invest in Cartagena» que busca reactivar la economía por medio de la inversión extranjera. Durante la coyuntura del COVID-19, 152 empresas mostraron interés de inversión en el territorio. De estas compañías, 17 oportunidades o proyectos tomaron la decisión de invertir en Cartagena y Bolívar, representando para la ciudad 202 millones de dólares, generando más de 1.370 empleos proyectados.

Sin embargo, hasta la fecha no se conoce con claridad cuál será la participación de las comunidades negras del departamento en estas iniciativas de reactivación del sector turístico. No existen lineamientos claros sobre la operación turística en territorios de comunidades negras, tanto para limitarla y garantizar



la contención de los contagios en estas comunidades, como para buscar alternativas que les permitan a las personas que devengaban sus ingresos de esta actividad, seguir contando con bienes y servicios que le procuren calidad de vida.

Las comunidades se han quejado de que las pocas ayudas que emiten los gobiernos locales se limitan a ayuda alimentaria de baja calidad, olvidando que hay otras necesidades referentes a la salud, educación, renta básica e incluso sostenibilidad y cuidado del medio ambiente.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha resaltado la importancia de que los gobiernos garanticen transferencias monetarias temporales inmediatas (Renta Básica) para satisfacer necesidades básicas y sostener el consumo de los hogares. En ese sentido, varios senadores de la República, en el marco de la pandemia, han propuesto que desde el gobierno se destinen los recursos por el término de tres meses para entregarle un salario mínimo con todas las prestaciones sociales a las personas afectadas por el COVID-19. Dejusticia ha sido una de las organizaciones de la sociedad civil pioneras en promover esta idea, afirmando que, si se establece como transferencia mensual una cantidad entre medio y un salario mínimo para la población en situación de pobreza extrema, pobreza y vulnerabilidad socioeconómica, sería un modelo sostenible. De acuerdo con la información relacionada en el apartado 1, entre la población empobrecida, en situación de pobreza extrema y pobreza y la población vulnerable agrupan un total de entre 3.84 millones a 9.51 millones de familias. Teniendo en cuenta que, según el CENSO 2018, una familia en Colombia está integrada en promedio por 3.1 integrantes, garantizando ingresos mínimos de 0.5 a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV), el costo mensual de una política como la propuesta en el tiempo en billones de pesos y porcentaje del PIB se encuentra en un rango entre 0.16 % del PIB hasta 0.83 % del PIB (Tabla 1). Y para un periodo de tres meses de cuarentena, los costos de la política podrían oscilar entre 0.51 % del PIB y 2.51 % del PIB, según el tipo de población que se incorpore en la política⁴³.

Se esperaba que la ley de presupuesto 2021 fuera el escenario ideal para seguir discutiendo sobre esta iniciativa agregando en la mesa la necesidad de que esta propuesta de renta básica cuente con un enfoque étnico territorial que tenga en cuenta no solo las necesidades alimentarias y de vivienda de las comunidades negras en Colombia sino las condiciones de los territorios en los que habitan, caracterizados, como ya se señaló, por falta de conectividad e instala-



43 Intervención de Dejusticia ante la Corte Constitucional, correspondiente a la revisión de constitucionalidad del Decreto 518 de 2020, «por el cual se crea el Programa Ingreso Solidario para atender la necesidad de los hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad en todo el territorio nacional, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica». Ver más en <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2020/05/Intervenci%C3%B3n-De-creto-518-Ingreso-B%C3%A1sico-PARA-RADICAR.pdf>

ciones eléctricas, de telecomunicaciones y/o bancarias que faciliten el acceso a recursos. Sin embargo, esta propuesta no fue acogida.

iii. Políticas gubernamentales y territoriales focalizadas para población afrodescendiente.

El 25 de marzo de 2020 se promulgaron los lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para la población étnica en Colombia, cuyo proceso estratégico es la transversalización del enfoque diferencial y tiene como objetivo general: «dar orientaciones a los grupos étnicos y a los actores del SGSS (Direcciones Territoriales de Salud, prestadores y aseguradores) para la prevención, contención y mitigación del eventual contagio por Coronavirus (COVID-19)» (PCN, 2020).

Los lineamientos tienen varias debilidades o limitaciones:

- a. La población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera fue estimada a partir de los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, frente al cual se ha encontrado una reducción de la estimación de la población afrodescendientes, equivalente a un 30 %.
- b. El documento ordena: «*priorizar a los profesionales de salud étnicos (indígenas, Negros, Afrocolombianos, Raizales, Palenqueros-NARP y Rrom) en la provisión de capacitación de recursos humanos para la investigación de casos sospechosos de coronavirus (COVID-19)*»; situación que no puede ser posible en la medida que los territorios más apartados tienen únicamente atención básica integral, por tanto, en el contexto de la pandemia, son los miembros de la comunidad a partir de sus respuestas propias han dado solución inmediata a urgencias presentadas. Incluso, medidas de bioseguridad como es el lavado constante de manos, se restringe en la medida que existe escasez de agua potable.

El Ministerio del Interior en el mes de marzo expidió una circular que autorizaba la realización virtual de consultas previas en todo el territorio nacional, el cual fue derogado con posterioridad, pero dejó abierta la posibilidad de continuar con las consultas si las comunidades tenían acceso a medios virtuales o seguían los lineamientos de bioseguridad. Para algunos líderes afrodescendientes, esto puso en evidencia las relaciones de poder por parte del gobierno, que se ven acentuadas por las vulnerabilidades estructurales de las comunidades para realizar procedimientos antidemocráticos en el contexto de la pandemia (PCN, 2020).

Lo anterior produjo pronunciamientos judiciales como el del Tribunal Administrativo de Nariño que frente a la acción de tutela impuesta por organizaciones indígenas y de las comunidades negras del pacífico nariñense, vio las pocas ga-



rantías del espacio y ordenó el respeto al debido proceso y la participación. Solo en la medida que esto se garantizara podría haber audiencia pública. Esto sucedió en el marco de la Audiencia Virtual de Consulta previa para la reanudación de fumigación aérea con glifosato. La audiencia fue realizada en diciembre de 2020 con todas las dificultades y limitaciones que conllevaba.

Sin embargo, el 29 de enero de 2021 esta decisión fue tomada para revisión por parte de la Corte Constitucional, lo que abre la puerta para que se definan las condiciones para la protección de la participación, consulta previa y protección de las comunidades afrocolombianas, indígenas y campesinas que son afectadas con la reanudación de las aspersiones. Además, se da la posibilidad que se revise la resolución 001 de la dirección Consulta Previa del Ministerio del Interior que, si bien fue aludida por los accionantes en la acción de tutela, no fue tomada en cuenta en la parte resolutive de la sentencia del Tribunal de Nariño.

Las condiciones de aislamiento impuestas para contener la pandemia del COVID-19 ha impuesto que muchas operaciones se realicen vía virtual y el Ministerio del Interior pretende que la Consulta Previa sea una de ellas. Es por esto que resulta imperativo hacer seguimiento a esta revisión que realizará la corte del fallo de tutela con referencia 2020-00051-01(9224) del Tribunal Administrativo de Nariño.

Otro de los casos que se presentaron por la nueva normalidad impuesta por el virus y la necesidad de estar conectados todo el tiempo de manera virtual, fueron las dificultades que experimentaron algunas personas de La Boquilla para intervenir en el proceso decidido por el Tribunal Contencioso Administrativo de Bolívar, Sala de Decisión No. 1, con ponencia de Roberto Mario Chavarro Colpas, que declaró la nulidad *ex tunc* (retroactiva) del título de propiedad colectiva de la Comunidad Negra de La Boquilla reconocida en la Resolución No. 467 de 2012, expedida por el entonces INCODER, ahora ANT. Algunos de los miembros de este consejo comunitario intentaron enviar sus intervenciones y coadyuvancias a la sala y se encontraron con rebotes de correos que impidieron remitir los documentos a tiempo, esto se pudo dar por el alto volumen de correos que están recibiendo los juzgado y tribunales en el contexto de la pandemia y también por problemas técnicos de conectividad que de manera regular experimentan estas comunidades. Este es solo otro ejemplo de cómo la conectividad no funciona para todos de la misma manera.

Naciones Unidas (2020) afirma que los grupos armados ilegales y organizaciones criminales han aprovechado la pandemia para expandir su control territorial en los territorios más afectados por el conflicto armado y la pobreza (En PCN, 2020).

3.4 Efectos de la medida de confinamiento en las dinámicas territoriales con incidencia en los estándares para la garantía del derecho a la salud en su componente mental en el Consejo Comunitario Villa Gloria

El Consejo Comunitario Villa Gloria se encuentra ubicado en zona costera del distrito de Cartagena, en un sector que corresponde al corregimiento de La Boquilla, ubicado en la localidad No. 2 de la Virgen y Turística, en la jurisdicción Norte-Este del distrito. Dicho Consejo se ubica en zona que geomorfológicamente corresponde a costas bajas, colindante con el Consejo Comunitario Marlinda, el corregimiento de Manzanillo del Mar y la Vía al Mar. Fue inscrito en el Registro Único Nacional de Organizaciones y Consejos Comunitarios de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Ministerio del Interior mediante resolución No. 343 del 16 de septiembre de 2015.

De acuerdo con providencia dictada en mayo de 2017 por el Consejo de Estado, en el marco de un proceso iniciado mediante demanda interpuesta en abril de 2011 en ejercicio de la acción popular, consta que dicho Consejo Comunitario en 2017 se encontraba integrado por un número de 115 viviendas que albergaban a 445 personas. Igualmente, se precisó que estos «son denominados asentamientos dispersos, de estrato 0 a 1, con más o menos, más de quince (15) años de constituidos» (p. 54).

Según el levantamiento planimétrico efectuado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, la comunidad de Villa Gloria, en el año 2012 contaba con «diez y nueve (19) manzanas, las cuales ocupa[ba]n un área de siete (7) hectáreas más (+) cuatro mil doscientos treinta y dos puntos setenta y cuatro (4232.74M²) metros cuadrados». Se advirtió, además, que entre las manzanas y el mar Caribe existía, para la fecha, un área aproximada de playa correspondiente a «una (1) hectárea más (+) dos mil novecientos ochenta punto ochenta y tres (2980.83M²)» (Consejo de Estado, 2017, p. 51).

Algunas de las disquisiciones sobre la titularidad del dominio atienden a cuestionamientos sobre el origen ancestral y la etnicidad misma del colectivo; sin embargo, el criterio más sólidamente expuesto, condensado en sentencia emanada del Consejo de Estado en el año 2017, alude a su ubicación en una zona de bajamar que, en consecuencia, no es adjudicable dada su naturaleza como bien de uso público y por los riesgos que supone la residencia en una zona de costas bajas.

De acuerdo con la parte resolutive de dicho fallo, correspondía al Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias, proceder, dentro de los tres (3) meses siguientes a la ejecutoria del fallo, a ejecutar «al menos dos (2) reuniones con las comunidades de Marlinda y Villa Gloria con el propósito de socializar el contenido y alcance de la presente providencia» (Consejo de Estado, 2017). No obstante, a la par de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, todo caso que involucre una tensión entre derechos o principios

superiores deberá ser resuelto mediante un ejercicio de ponderación que propenda por la máxima satisfacción de los derechos o mandatos involucrados; al tratarse de grupos en quienes se reconoce la titularidad del derecho a la autonomía, ello implicaría, además, una activa participación de los mismos en la determinación de las consecuencias del fallo. A la par del Convenio 169 de la OIT, «cuando excepcionalmente el traslado y la reubicación de esos pueblos se consideren necesarios, sólo deberán efectuarse con su consentimiento, dado libremente y con pleno conocimiento de causa» (OIT, 1989, 16.2). Esto mismo ha ratificado la Corte Interamericana en su seno.

De otro lado y con información contextual introducida en el transcurso de las entrevistas, en noviembre del año anterior se llevó a cabo un censo comunitario, liderado por representantes de la comunidad, con el propósito de determinar la extensión del mismo, en los albores de las acciones emprendidas para remediar los efectos del confinamiento. Como resultado del censo, se constató que actualmente existe en la comunidad un número cercano a 215 familias, equivalentes a 963 personas. A su vez, en el marco de la acción popular fallada en el año 2017 por el órgano de cierre de la jurisdicción contencioso administrativa se determinó que existía en la comunidad un número aproximado de 115 viviendas que alojaban unas 445 personas (Consejo de Estado, 2017).

Se consignó en el fallo, que constituye la fuente institucional más prolija sobre la comunidad, que esta representa un asentamiento disperso; de un tamaño no superior a las 8 hectáreas; con calles en «muy mal estado»; múltiples viviendas elaboradas con tabla, zinc y madera, muchas de las cuales precisan reparaciones y mantenimiento. De conformidad con oficio allegado al proceso por la Capitanía de Puerto de Cartagena, la comunidad cuenta con «alumbrado público obtenido de forma fraudulenta al igual que el agua potable» (Consejo de Estado, 2017).

Se indicó en la sentencia, a su vez, que solo un reducido número de personas subsisten con un salario mínimo, pues es limitado el número de las mismas que cuentan con un empleo formal. Además, se citaron apartes de un documento emanado de la Procuraduría General de la Nación, titulado «Construcciones Palafíticas. Recomendaciones de política pública para la recuperación del litoral pacífico colombiano», en el cual se pone de presente que las comunidades asentadas en zonas de bajamar regularmente consolidan dinámicas económicas relacionadas con el aprovechamiento de los recursos bióticos presentes en su entorno, como la obtención de peces, mariscos, crustáceos, entre otras actividades relativas, que erigen su entramado cultural. En el mismo sentido, en el referido oficio se aduce que, por ejemplo, «se observó la construcción de varias piscinas para cría de sábalo» (Consejo de Estado, 2017); aspecto que corresponde con algunas de las entrevistas efectuadas en este marco.

Debido a las limitaciones actuales de su territorialidad cuentan con servicios de acueducto y electricidad irregulares y no disponen de servicio de recolección de basuras. El acceso a servicios como el de telefonía móvil e internet resulta deficiente, debido a su ubi-

cación. Así mismo, el centro de atención médica más cercano se encuentra por fuera de la comunidad, a unos cuatro kilómetros de distancia. Cuentan con una institución educativa y un sitio para congregaciones religiosas.

Este panorama demuestra, igualmente, el desconocimiento de cláusulas contenidas en la Ley 70 de 1993 en relación con el desarrollo socio-económico de las comunidades negras y la preservación de su identidad cultural. Cabe traer a colación, en primer lugar, el artículo 47 de la Ley, que ordena al Estado adoptar medidas para «garantizarles a las comunidades negras de que trata esta ley el derecho a desarrollarse económica y socialmente atendiendo los elementos de su cultura autónoma» (Congreso de la República, 1993, art.47). A su vez el artículo 19 de la misma pesca reconoce que las prácticas económicas tradicionales como «el ejercicio de la caza, pesca o recolección de productos, para la subsistencia, tendrá[n] prelación sobre cualquier aprovechamiento comercial, semi-industrial, industrial o deportivo» (Congreso de la República, 1993, art.19). Es decir que las entidades administrativas deben procurar el sostenimiento de este tipo de actividades económicas, cuya conservación requiere apoyo logísticos e institucional, con miras a una próspera ejecución. El impulso de las actividades económicas tradicionales se enmarca dentro de la garantía del derecho al territorio de las comunidades afrocolombianas.

Es pertinente reiterar también que la adecuada prestación de servicios básicos es elemental para garantizar condiciones de higiene y asepsia, por ende, para asegurar la salud, en todas sus expresiones; circunstancias que, igualmente, deben integrar el entramado para la guardia del derecho al territorio.

De manera sintética, en el artículo alrededor de las barreras enfrentadas, en términos de derechos humanos, por parte de los moradores de asentamientos ilegales, publicado en la página del PNUD se subrayó al respecto no resolver el problema de FORMALIZACIÓN de los asentamientos, incluida la tenencia de la vivienda, profundiza o mantiene los problemas en materia de salud pues la no atención formal en materia de saneamiento básico, agua potable y localización de estos asentamientos en zonas cercanas a cuerpos de agua donde la contaminación de la misma pone en riesgo la salud, mantendrá expuesta a la población a enfermedades respiratorias, intestinales y demás enfermedades, producidas por la contaminación y por las inadecuadas condiciones de ventilación y materiales de baños y cocinas de las viviendas.

De esta manera, así la población haya aumentado su nivel de ingreso y el grupo familiar tenga acceso a salud, educación, se haya invertido talento y capacitación, en materia de resolución de conflictos y demás acciones, estos esfuerzos no lograrán el impacto esperado si las condiciones de precariedad en la que vive la población no han variado, a pesar de que haya aumentado ingresos. La formalización del asentamiento y su incorporación formal a la ciudad depende del ente territorial (Lozano, 2016).

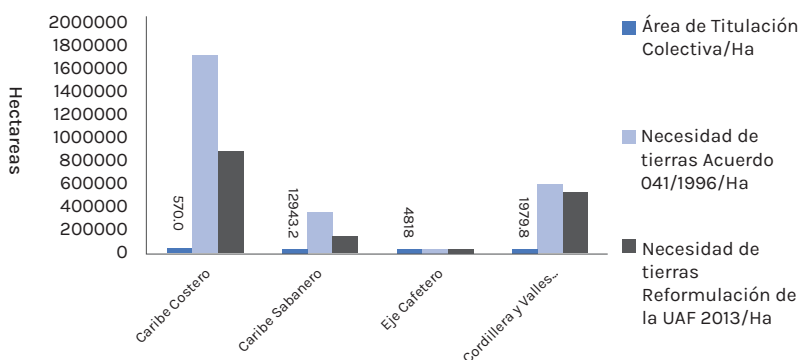


De otro lado, en materia de reconocimiento de títulos colectivos, en Colombia la titulación de territorios ancestrales a comunidades afrodescendientes se estima en 5.7 millones de hectáreas, cuya mayor proporción se encuentra en la región Pacífico, con una participación del 95.3 %. Por su parte, en las regiones Caribe, Andina, Amazonía, Orinoquía e Insular se concentra el 4.6 % del total (Ver Gráfica 30) (Ministerio del Interior, 2019).

Teniendo en cuenta investigaciones académicas y declaraciones institucionales, en el corregimiento de La Boquilla, donde se asienta Villa Gloria, se ha presentado, dentro de los últimos años, un importante patrón de crecimiento demográfico que contrasta con la disponibilidad insuficiente de tierras para sus residentes. Efectivamente, el distrito destacó en el escenario suscitado con la acción popular fallada por el Consejo Estado, que «uno de los factores más importantes en el incremento de los procesos de cambio en las zonas de costa es el rápido crecimiento demográfico y concentración de la población» (Consejo de Estado, 2017, art.48).

Igualmente, el Observatorio de Tierras y Territorios de la Universidad Javeriana determinó, mediante investigación cursada en el territorio nacional, que «la región que mayor necesidad de tierra tiene es el Caribe costero, con un total de 1.724.696 hectáreas, de acuerdo con la UAF de la Resolución 046 de 1996, siendo el 64.3 % de la necesidad total; mientras que, según la medición propuesta a través de la UAF a partir de los estudios de reformulación, se requieren 1.531.590,5 hectáreas» (Duarte, Baltán, Castaño *et al.*, 2020, p.285).

Gráfica 30. Macrorregiones por necesidad de tierras.



Fuente: (Duarte, Baltán, Castaño *et al.*, 2020)

De acuerdo con la información anterior, Bolívar ocupa el segundo lugar frente a la necesidad de tierras en toda la región, departamento en el que se identificaron, a la fecha de elaboración del informe, 19 consejos comunitarios ubicados en los alrededores del

distrito de Cartagena de Indias, integrados por una población equivalente a 13.339 familias, «con un 37 % en la necesidad de tierra total que requiere la macrorregión» (Duarte, Baltán, Castaño *et al.*, p.284).

Además, el número de territorios colectivos titulados y pretensiones de reconocimiento efectuadas en la región Pacífica es considerablemente mayor que en la región Caribe. Lo anterior podría estar determinado de forma significativa por las narrativas alimentadas, entre otros, por los actores institucionales, sobre la falta de legitimidad para la reivindicación de derecho al territorio e, incluso, la falta de identidad étnica, de muchos colectivos afrocolombianos en la región.

En términos globales, la carencia o provisión insuficiente de servicios domiciliarios esenciales, la imposibilidad de acceder a factores como una educación y salud cualificadas (que cumpla con los estándares sobre accesibilidad); la ausencia de alternativas para la manutención adecuada (frente a circunstancias como la limitación de la movilidad y el desempeño de actividades turísticas); y la indeterminación sobre la legitimidad del dominio del territorio habitado, pueden impactar negativamente en el sentido de integración social, que equivale a «la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad» (Keyes, 1998, p.122). Esto constituye un componente cardinal del sentido de bienestar social, como mecanismo de la salud. En consecuencia, se ha sostenido que «las personas sanas se sienten parte de la sociedad» (Blanco y Díaz, 2005, p.583).

Aún más, una comprensión del derecho al territorio que limite su radio a un espacio delimitado por los contornos de una comunidad étnicamente diferenciada puede también resultar contraria a su propia visión de este concepto y, por ende, del desarrollo comunitario. En las narrativas relacionadas, en líneas siguientes, se observa que algunas integrantes de la comunidad denotaron añoranza por la limitación del tránsito y estancia en zonas cercanas, habitadas por otras comunidades negras y costeras, donde comercializaban recursos, tejían redes de parentesco y afinidad y participaban de festividades tradicionales, entre otras actividades de interrelacionamiento social, mediadas insondablemente por el entorno. Se puede observar, en consecuencia, una forma particular de apropiación del espacio y de recrear relaciones ancestralmente encumbradas; en palabras de Monnet, de urdir «territorios de la familiaridad».

Además, cabe mencionar las manifestaciones sobre amenazas por parte de sujetos no identificados que aluden intereses sobre la tierra donde se ubica el consejo comunitario. A esto se suman las decisiones administrativas y judiciales que desconocen el alcance reconocido a través de instrumentos internacionales y la jurisprudencia constitucional sobre el derecho al territorio, a las reivindicaciones y otros derechos en titularidad de las comunidades afrocolombianas, como proyección del principio de diversidad étnica de la Nación. Un ejemplo crítico, es el sentido de la providencia emanada en junio de 2020 del Tribunal Administrativo de Bolívar, mediante la cual se declaró la nulidad de la Resolución



No. 0467 de 2012, «por la cual se adjudican en calidad de tierras de las Comunidades Negras los terrenos baldíos rurales ocupados colectivamente por las comunidades negras del Consejo Comunitario del Gobierno Rural de la Boquilla», próxima a la comunidad negra de Villa Gloria. Esta decisión, a su vez, basada en una revisión del Decreto 0977 de 2001, «Plan de Ordenamiento Territorial del Distrito de Cartagena de Indias», emitido por la Administración Distrital vigente en el momento.

A través de la citada sentencia se adujo que [...] el Corregimiento de La Boquilla en toda su extensión y dentro de ella, el área que fue producto de la titulación colectiva dispuesta en la Resolución No. 0467 del 30 de marzo del año 2012, no corresponde a un terreno de carácter rural, sino a un terreno de carácter urbano, en lo que atañe a su cabecera, y de carácter de suelo de expansión en el resto del área que la circunda, con proyección a convertirse en suelo urbano. (Tribunal Administrativo de Bolívar, 2020). Cabe mencionar que la sentencia se funda en un aparte del Decreto 0977 de 2001, que lleva al traste las obligaciones internacionales del Estado concernientes al derecho al territorio en cabeza de los grupos étnicos afrodescendientes, así como los fundamentos del Incodey y una importante línea de jurisprudencia constitucional en la materia.

Además, actuaciones de esta naturaleza contrastan con el despliegue mayoritario en relación con el uso de la tierra por parte de complejos hoteleros y residenciales, muchos de los cuales están también localizados en áreas de interés ambiental en esta zona costera. Por ejemplo, en septiembre de 2020, a través de un medio de amplia circulación local, se hizo alusión a la autorización de la instalación de un hotel que está bajo construcción en la zona y que cuenta, según la nota, con una autorización emitida por una Curaduría Urbana Distrital. Se lee en el artículo periodístico:

Ahora, un nuevo problema asoma en esta zona, ya que las comunidades y varios ambientalistas de la ciudad denunciaron que un hotel se construye en un punto que divide a ambas veredas, conocido como Punto Icao. Lo más llamativo para los denunciantes es que la obra tiene exhibida una valla con número de radicación y fecha del 28 de agosto del año 2019, emitida por la Curaduría Urbana distrital No. 1 de Cartagena. (El Universal, 2020)

Esto es relevante para la salud individual porque, como ha sido delineado desde el campo de la psicología, el bienestar social es determinante de la salud. Este primero depende a su vez, entre otros factores, de la «coherencia social», definida como la percepción que puede elaborar una persona sobre «la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo» (Keyes, 1998, p.123). La coherencia social está ligada con la confianza que surge de comportamientos sociales que transitan por canales regulares y nos permiten nutrir nuestra capacidad de entender las dinámicas sociales y sentir, al tiempo, que precisamente somos depositarios de ese entendimiento. Se ha dicho al respecto que la gente sana no sólo se preocupa

por conocer el tipo de mundo en el que vive, sino que tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor. Vemos un sentido a lo que pasa y encontramos una lógica en los acontecimientos que nos rodean. (Blanco y Díaz, 2005, p. 583)

Sumado a lo anterior y reforzando la relación existente entre el derecho a la salud y el derecho al territorio, en torno al Concepto Técnico No. 0528 de 2012, suscrito por CARDIQUE, en el mismo fallo se consignó que las personas que habitan allí, lo hacen sin contar con ningún tipo de sistema de recolección de basuras ni servicios públicos, por lo cual sus actividades diarias y residuos producto de las mismas, se disponen sobre estas áreas de manglar y sobre el cuerpo de agua con el cual colindan (Ciénaga de la Virgen) sin ningún tipo de tratamiento, generando contaminación por mala disposición de residuos, creándose focos de virus y con ello enfermedades, considerando que simplemente se manejan al interior de estas áreas basureros y quemaderos a cielo abierto.

Según información relacionada por parte de integrantes del Consejo Comunitario, la mayoría de la población asentada en el referido consejo obtiene sus ingresos de actividades relacionadas con el turismo. Así mismo, se reportó que las construcciones existentes son, en su gran mayoría, viviendas familiares. Casi todas las viviendas están construidas con madera y muy pocas son con muro en bloque de cemento. Desde el punto de vista económico, la calidad de las viviendas se asocia con niveles de pobreza. En este caso, dado que los materiales de piso y paredes no son adecuados, es posible afirmar que dicha comunidad presenta carencias básicas que disminuyen su calidad de vida.

Tabla 25. Análisis de vulnerabilidad (factor interno de riesgo)

Factores físicos
<ul style="list-style-type: none"> *Más de 60 % de las viviendas se encuentran construid[as] con materiales de desechos, como cartón, plástico, madera y zinc. *La altura de las viviendas sobre el nivel del mar es de escasos 20 a 50 metros. *Las calles y vías de ingreso a las comunidades están destapadas y con corrientes [sic] de aguas residuales.
Factores ambientales
<ul style="list-style-type: none"> *Las áreas de conservación natural, como ciénagas y zonas de mangl[e] se encuentran afectadas por la deforestación, tala, sedimentadas y convertidas en botaderos de desechos sólidos. *Las aguas residuales y desechos inorgánicos son vertidos a las calles y zonas de reserva natural. *Los canales [sic] desagüe de las ciénagas hacia el mar se encuentran semi-obstruidos por la construcción de viviendas y complejos acuíferos en los causes de sus correntías [...]
Factores económicos



*Más de 90 de las familias que habitan estas comunidades viven de la economía informal del día a día.

Su capacidad económica en la gran mayoría no aplica el salario mínimo.

*La precariedad económica demuestra la situación física de las viviendas, calles y entornos geográficos de la zona.

*Dentro del SISBEN - Cartagena, se encuentran catalogada[s] de estrato 0 y 1 como zonas dispersas.

Factores sociales

*Miseria en asentamientos humanos en los playones inundables, Marlinda y Villa Gloria.

*Insalubridad, enfermedades gastrointestinales, respiratorias de la piel.

*Inundaciones recurrentes.

*Déficit general de servicios básicos y oportunidades para el desarrollo.

Fuente: Consejo de Estado, 2017, pp.70-71.

Si bien, mediante Decreto 0495 de 2020 se dictaron determinadas medidas y acciones sanitarias en el Distrito de Cartagena con ocasión de la declaración de emergencia sanitaria por causa del Coronavirus (COVID-19), el aislamiento obligatorio inició con la disposición presidencial prevista mediante Decreto 457 de 2020 y aun no contempla medidas focalizadas en territorios con las características de los habitados por comunidades negras, como ampliamente se ha descrito.

Atendiendo esta realidad, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con dos grupos de personas del Consejo Comunitario Villa Gloria, uno de mujeres en edad productiva y otro de personas jóvenes para levantar información de fuentes primarias sobre el estado actual de las comunidades en el marco de la pandemia y la existencia o no de medidas locales/nacionales que atiendan sus necesidades en medio del aislamiento. La estructura global de las entrevistas estaba centrada en la búsqueda de una aproximación más clara a los efectos producidos por la orden de confinamiento dispuesta a raíz de la pandemia generada por el virus SARS-Cov2/COVID-19, en una comunidad afrocolombiana de la zona costera del distrito de Cartagena.

De acuerdo con información contextual introducida en el transcurso de las entrevistas, en noviembre del año anterior, se llevó a cabo un censo comunitario, liderado por representantes de la comunidad, con el propósito de determinar la extensión del mismo, en los albores de las acciones emprendidas para remediar los efectos del confinamiento. Como resultado del censo, se constató que actualmente existe en la comunidad un número cercano a **215 familias**, equivalentes a **963 personas**. Las preguntas concebidas para el ejercicio estuvieron direccionadas a conocer los cambios generados en sus dinámicas territoriales con ocasión de dichas medidas, en razón de los cual las narrativas expuestas en este segmento partirán de las experiencias anteriores y procurarán la visibilización de los cambios ulteriores en su relacionamiento comunitario y con el entorno, en general.

3.5 Fuentes de sustento

«Aquí la gente vive del diario».

(Persona entrevistada)

En primer lugar, las personas participantes fueron interpeladas en relación con las actividades desempeñadas con anterioridad al confinamiento para proveerse y a sus familias el sustento, frente a lo cual, en el primer grupo tres de ellas expusieron que se desempeñaban en labores relacionadas directamente con el turismo, específicamente la realización de masajes y trenzas, la venta de productos alimenticios en la playa, la venta de artesanías.

De las cuatro personas jóvenes integrantes del segundo grupo, una de ellas, hombre joven de la comunidad, manifestó dedicarse a actividades varias relacionadas con el sector turístico (paseos en la playa, visitas a la ciénaga, guía turístico); dos de ellas indicaron que se encontraban estudiando; y dos de ellas trabajaban en servicios domésticos, una alternando con los estudios superiores y la otra de dedicación exclusiva. Las dos jóvenes cursando estudios universitarios indicaron que, previa la declaratoria de confinamiento, laboraban simultáneamente al curso de sus estudios superiores. Una de ellas, como se mencionó, en el servicio doméstico y otra como auxiliar del consejo comunitario. Además, dos de ellas mencionaron ser madres, una de ellas de cuidado exclusivo.

Del primer grupo, integrado por mujeres de mayor edad, la generalidad señaló que sus compañeros se dedicaban a la pesca. En el grupo de personas jóvenes sólo una manifestó convivir con una pareja quien, previa la medida administrativa, se dedicaba a trabajar en el sector de la construcción. Este fue el único caso en el cual se hizo referencia directa o indirecta a una persona que obtuviera un ingreso correspondiente a un salario mínimo mensual con anterioridad a la medida de confinamiento obligatorio. En palabras de uno de los asistentes: «aquí la gente vive del diario».

Posteriormente, al indagar sobre las actividades económicamente productivas a las cuales pudieron dar continuidad durante el aislamiento obligatorio, la voz generalizada fue negativa en ambos grupos. Al respecto, una de las jóvenes ilustró la respuesta tras indicar que su comunidad «vive 100 % del turismo, la pesca, vendedores ambulantes, vendedores de comida en la playa, masajes, tours en la playa, guías, peinados, guías turísticos».

De manera siguiente, se indagó sobre las actividades emprendidas durante la pandemia, frente a lo cual la mayoría del grupo indicó que se dedicaron a la pesca; una de las mujeres manifestó haberse involucrado en la realización de las ollas comunitarias emprendidas por la comunidad para sostener el balance alimenticio; y otra de ellas indicó que continuó exclusivamente vinculada a las labores académicas.

Frente a la indagación sobre las actividades re-emprendidas con la clausura del confinamiento obligatorio, hubo una negativa mayoritaria, fundamentada en la baja reactivación



del turismo en la zona. En general, coincidieron en que se han perpetuado mayoritariamente las actividades relacionadas con la consecución de recursos al interior del consejo comunitario y el intercambio de productos a través del trueque, a causa de la precaria afluencia de turistas y mínima recepción de ayudas por parte de estamentos oficiales. La apreciación extendida en los grupos fue que «lo del turismo está malo». Una de las mujeres participantes agregó que en este momento «no (se) hace la semana completa».

Por otra parte, uno de los asistentes manifestó que actualmente se desempeña como mototaxista y una de las participantes expresó que su esposo se «rebusca» actualmente en la misma labor informal.

3.6 Preocupaciones

«La pandemia ha afectado directamente a todos, tanto a los ricos como a los pobres los ha afectado, pero más a nosotros los pobres, que vivimos del día a día».

(Persona entrevistada)

«La educación y la salud han golpeado mucho a esta comunidad».

(Persona entrevistada)

Al indagarse por las preocupaciones latentes durante el periodo del confinamiento, hubo una fuerte preponderancia por la escasez de recursos para el sustento. Una de las asistentes manifestó que su preocupación principal durante el periodo de confinamiento fue «no poder trabajar como antes, de no poder mantener la casa como antes, de no tener los ingresos». Un joven manifestó en el curso del segundo segmento que «a partir de que empezó la pandemia, todo está demasiado difícil, la economía para nosotros está prácticamente por el suelo».

Esas narrativas fueron conectadas con la exposición de las alternativas empujadas por la comunidad para el sustento digno y autodependiente, siendo la obtención de recursos de fauna del entorno el caso más recurrente. De acuerdo con la información compartida, algunas de las mujeres mayores comenzaron a acompañar a sus compañeros, quienes intensificaron la pesca durante ese periodo; algunas otras se dirigían directamente a pescar animales en la ciénaga; y frente a otras fuentes alimenticias, se hizo mención exclusiva al arroz que, se explicó, en muchos casos se obtenía a través del intercambio comunitario.

Otra de las preocupaciones recaladas concernió al acceso a clases por parte, tanto de estudiantes en ciclo escolar como en las que cursaban estudios superiores. Esta fue la primera causa de preocupación aducida por las jóvenes con hijas e hijos dentro de los pri-

meros años de edad. Una de las jóvenes participantes, a su vez, vinculada a una institución de educación superior, explicó en relación con las clases de sus hijos que «fue complicado (el progreso de las clases) porque necesitábamos mucho el internet y por los medios económicos no pud[er]o garantizar eso, y la señal es muy mala».

Aparte de los aspectos enfáticamente relacionados con los procesos formativos, se trajo a colación, por parte de un número plural de asistentes, la preocupación por la situación general de las niñas, los niños y adolescentes, frente a factores como su estado emocional, sus posibilidades de esparcimiento, los riesgos generados por el mayor tiempo disponible, la falta de recursos para su formación y entretenimiento y su seguridad. Por ejemplo, una de las participantes de mayor edad, en el grupo, señaló: «no todo el mundo tiene celular, nosotras tenemos y los niños vienen a hacer las tareas; todos los niños no han estado en las clases virtuales; el riesgo que pueden correr los jóvenes sin estar haciendo nada. Y lo que hacen mientras tanto es la calle, salen en la comunidad».

Por su parte, una de las madres, con dos niños a su cargo, indicó que sus preocupaciones frente a este dos versan en «la alimentación, la educación, la salud, porque a veces no tengo plata para ir al puesto de salud; en la educación porque no tengo celular»; la alimentación, nos indicó, está siendo sustentada con apoyo de sus progenitores. Así mismo, mencionó que sus hijos constantemente entran en confrontaciones en el hogar, ya que «como solamente hay un solo televisor [...] ellos pasan es peleando; antes era más controlado, ya no es lo mismo; acá en la comunidad todos los niños juegan en la calle». Otra de las madres participantes advirtió que sus hijos también retaban sus disposiciones en relación con la contención en el hogar, pero que estos salían en ocasiones, ante lo cual ella había optado por «por cogerles la ropa y ponerle seguro». Estos relatos podrían apuntar al surgimiento de tensiones al interior de los hogares por carencia de elementos para la lúdica y el esparcimiento. Esta primera, además, agregó, frente al acceso a las clases, que «el mayor es el que está en el colegio donde tenían las clases virtuales y se me dificultaba mucho; las tareas, las clases, porque no tengo teléfono, no tengo internet y mi mamá me prestaba a veces el teléfono de mi hermanito y yo era la que le hacía las tareas».

Así mismo, fue común la preocupación sobre el acceso a un servicio de salud cualificado. Las personas que recalcaron su desazón por el particular expresaron que el centro de salud más cercano a la comunidad era distante (localizado a 4 km de distancia) y su operación insuficiente. Una de las réplicas más concluyentes al aproximarnos al estado de garantía de dicho derecho fue que «no ha existido atención de nada en ningún ámbito de salud. A los hipertensos y a los diabéticos les mandaban la receta pa' que fueran a reclamar la receta y ya. Las autorizaciones son virtuales, y es un poco difícil. Por medio de la cooperación en la comunidad prestamos los celulares, piden las autorizaciones donde la Sra. Gloria». Otra de las participantes, una mujer joven que expresó tener un diagnóstico de diabetes, subrayó que la atención hasta el momento se ha restringido al seguimiento telefónico, sin que haya tenido una posibilidad accesible de recibir exámenes de control.



Por último, también fueron varias las declaraciones explícitas sobre posibles afectaciones a la salud mental de las personas asistentes, por situaciones de estrés y temor. Lo anterior, debido al estrés ocasionado por el desarrollo de las clases virtuales sin los insumos necesarios para su apropiada ejecución (con énfasis en las difíciles condiciones de acceso a internet); estrés por la situación de reclusión; miedo por el padecimiento de la enfermedad; miedo por la latencia de las amenazas en contra de lideresas y líderes del consejo comunitario por parte de actores presuntamente relacionados con los intereses en el uso de la tierra en la que está asentada la comunidad. Puntualmente, se sostuvo, frente los factores mencionados, lo siguiente:

«A mí me afectó mucho el estrés que tuve con las clases, uno siempre trataba de dar lo mejor de uno en las clases, uno no aprendía muy bien así virtual; yo tuve que aprender sola, porque a los profesores no les entendía muy bien, yo, por medio de las clases virtuales; me salió como una carnosidad (en el ojo) y cuando paso muchas horas en el teléfono ha hecho que me duela la cabeza bastante».

Otra de las declaraciones estuvo direccionada al padecimiento individual del virus y la consecuente propagación en la comunidad:

«Le tengo miedo al COVID, me muevo en la comunidad y a veces voy a La Boquilla; uno no va a saber quién tiene el virus y traer ese virus a la comunidad sería fatal».

Así, también una de las asistentes expuso:

«Hemos tenido también problemas emocionales, bajos; el encierro nos mata; nosotros no estábamos acostumbrados sino a estar libre’, vamos a fiestas, nos vamos a La Boquilla, Manzanillo, hacíamos ollas comunitarias. Nos han amenazado a los líderes de la comunidad, por el problema del territorio, por ser parte del consejo comunitario. Nosotros hemos denunciado a la Fiscalía esta situación, y la policía viene a hacer monitoreos y la seguridad interna».

3. 6. 1 Territorio no cartográfico

En relación con el sentido del que son revestidas las relaciones territoriales en muchas comunidades negras y grupos étnicos en general, se presentaron también varias manifestaciones al respecto de las afectaciones generadas por la imposibilidad de tener un contacto más cercano entre las y los integrantes de la comunidad y desarrollar varias de las actividades asociadas con su identidad, dentro del espacio acostumbrado para el efecto.

Por ejemplo, una de las participantes del grupo de personas más jóvenes expresó que: «antes uno salía como a bailar, como con el parche de la comunidad, salíamos un grupito a bailar, pero, ¡ahora con la pandemia!; salíamos a las comunidades cercanas; o aquí a veces traían un picó de champeta, reggaetón, vallenato. Yo también salía con los niños un rato, a la playa, a comer helado; pero tenemos como temor de salir, de contagiarnos y traer enfermedades a los niños; aquí hay muchos niños». De ahí es posible evidenciar una inquietud recurrente por la posibilidad de contagio, no sólo personal, sino también comunitario. Hubo un recurso repetido a la intranquilidad por «llevar el virus a la comunidad».

De otro lado, también se evidenció que las relaciones sociales estrechas no estaban demarcadas por las fronteras del espacio donde se asienta la comunidad, pues existen lazos familiares y sociales de significativa intimidad con comunidad costeras y/o afrocolombianas cercanas a la zona. Por ejemplo, una de las entrevistadas explicó: «nosotros nos integrábamos con las costumbres de otros pueblos, en Punta Canoa, el festival del marisco, va con la celebración de Semana Santa; el festival de la patilla en Puerto Rey (patilla y melón son en agosto); en Zapatero, el festival del melón; en Manzanillo se celebran el cumpleaños de Manzanillo en enero con festividades de Toro». A todos esos espacios asistían con regularidad para socializar y también comercializar productos como «fritos» y artesanías.

A raíz de las órdenes de mandatarios nacionales, departamentales y locales para contener la propagación del virus y garantizar las medidas de aislamiento, no solo se suspendieron las actividades turísticas que sustentaban a buena parte de la población del Consejo Comunitario, sino que también cambiaron las formas de interacción al interior de la comunidad misma. De acuerdo con información reportada por la representante legal del Consejo Comunitario mediante acercamiento inicial, los patrones, formas y efectos de la socialización se vieron afectados por virtud de dichas medidas administrativas.

Es fundamental tener presente que, de acuerdo con las Naciones Unidas, existe una relación dinámica entre la garantía plena y consistente del grueso de los derechos y principios de raigambre fundamental y la conservación de una positiva salud mental y bienestar individual. Los factores subyacentes al goce de estos derechos pueden tener sustantiva incidencia en la salud mental (Naciones Unidas, Human Rights Council, 2020), por ende, la valoración de un aspecto determinante en la salud mental de un segmento de una comunidad que pertenece a un grupo étnico, nos dará una visión panorámica de ese componente de la salud que, al tiempo, nos aproximará a la comprensión de la situación de dicho grupo frente al goce de otros derechos fundamentales en titularidad de la colectividad. La valoración de este escenario, a la vez, nos podrá acercar a una comprensión tangencial de la dirección asumida por las instituciones distritales y estatales, en general, sobre el tipo de atención que precisan estas comunidades.

3. 6. 2 *Algunas consideraciones generales sobre el derecho a la salud mental*

Inicialmente, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos abarcó un número plural de elementos cardinales para el logro de un «nivel de vida adecuado» por parte de toda persona, entre los que destacamos, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios⁴⁴. Con posterioridad, mediante el PDSEC se dispuso que a los Estados parte correspondía, entre otras obligaciones, reconocer «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12) y, por tanto, adoptar medidas pertinentes para la prevención y tratamiento de enfermedades, así como la «creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad» (ONU y ACNUDH, 2008, p.13).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha reconocido que la realización de este derecho presupone la garantía de otros tantos, como el derecho al agua, a un nivel de vida adecuado, a una vivienda adecuada, a no ser objeto de discriminación, a la intimidad, al acceso a la información, a la participación y a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones (ONU y ACNUDH, 2008). Ello se proyecta indefectiblemente, además, en la obligación de asegurar un núcleo básico de servicios y bienes que integran los componentes materiales esenciales del derecho a la salud. Dicho concepto, en palabras del Comité 2, corresponde a «factores determinantes básicos de la salud», que han sido relacionados en los siguientes términos por el organismo encargado:

- ◆ Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- ◆ alimentos aptos para el consumo;
- ◆ nutrición y vivienda adecuadas;
- ◆ condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres;
- ◆ educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
- ◆ igualdad de género.

Cabe aquí enfatizar el cardinal lugar de la participación activa frente a las decisiones atinentes a la salud, tanto en las instancias nacionales como comunitarias (ONU y ACNUDH, 2008) consideradas las obligaciones emanadas de los mandatos constitucionales concernientes al reco-



44 Específicamente lo establece así el artículo 25.1: Toda persona tiene derecho 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 sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

nocimiento del pluralismo y la diversidad cultural de la Nación, por el especial enfoque de esta investigación en las obligaciones que redundan en beneficio de los grupos étnicos.

En este documento se acentúa el desarrollo de las causas que articulan los denominados «determinantes sociales» de la salud. Se arguye decididamente que las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. (OMS, 2011). Es más, el Comité advierte que «la mala salud puede ser tanto causa como consecuencia de la pobreza» (Naciones Unidas, 2004); discernimiento con base en el cual el mismo organismo manifiesta que «para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana» (subrayadas por fuera del texto original) (Naciones Unidas, 2004).

En ese sentido, también se plantea que, incluso en situaciones de escasez presupuestal, es injustificable la «falta de protección legal o de hecho» hacia personas que integren sectores vulnerables de la población, en lo que concierne al acceso al sector de la salud. Esa obligación debe entenderse ligada a la importancia reconocida a la prestación de servicios de salud, así como a la luz del sentido atribuido a la accesibilidad, como condicionante de la satisfactoria garantía del derecho (ACNUR y Naciones Unidas, 2000, párr.18).

Por su parte, en el artículo 5 de la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Racial se prescribe que la obligación de prohibir y eliminar la discriminación racial por parte de los Estados, debe cobijar, especialmente, «el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales», entre otros enunciados en dicha cláusula. Por tanto, se deben considerar inadmisibles a la luz del Sistema de las Naciones Unidas las acciones u omisiones que redunden en la discriminación de personas integrantes de grupos vulnerables frente al acceso a la salud pública, la asistencia médica y la seguridad social, así como otros servicios sociales. Se entiende que esas actuaciones pueden acelerar patrones históricos y estructurales de marginalización, que conlleven a una más profunda afectación de sus derechos.

A pesar de la evolución evidenciada en la materia, el despliegue normativo alrededor del componente físico del derecho no se equipara con la correspondiente a la dimensión mental del mismo. Esa brecha ha sido reconocida incluso en el seno de la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, dada la marcada distinción en la disposición, tanto de esfuerzos jurídicos como administrativos, para el alcance de este último componente, en la generalidad del globo⁴⁵.



45 Mediante informe presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas en marzo de 2017, el entonces Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental adujo que no obstante el reconocimiento de la salud mental como una dimensión esencial de la salud: «nowhere in the world does mental health enjoy parity with physical health in terms of budgeting, or medical education and practice». (Naciones Unidas, 2017, párr. 5).



La OMS advierte la necesidad de reconocer en los grupos étnicos uno de los segmentos que precisarían una atención diferencial. Así mismo, es prudente mencionar que en la resolución WHA65.4, adoptada en la 65a Asamblea Mundial de la Salud, también se puntualizó que las afectaciones a la salud mental pueden constituir, para las niñas y los niños, el reflejo de quiebres en aspectos como el desarrollo individual, la identidad, las relaciones sociales, la disposición frente a los procesos formativos, entre otros, inherentes a su formación como participantes activos de la sociedad. Al respecto, Cardozo, *et al*, (2015) plantean la importancia del contexto social en el bienestar humano, en cuestión, ha permitido reconocer las necesidades históricas, de circunstancia y cultura, impactando en la vida personal, familiar, en comunidad y en sociedad (p.237).

Para concluir este aparte, es relevante anotar que, con excepción del apartado previamente descrito de la CEDR, no se encontró una referencia específica a las condiciones generales para la satisfacción de este derecho en cabeza de la población afrodescendiente. Mientras que la Observación General No. 14 sí introduce algunas pautas generales para la garantía de ese derecho en titularidad de los pueblos indígenas, elude mención alguna a las condiciones relativas para la población afrodescendiente⁴⁶. En todo caso, los parámetros generales para la comprensión del derecho a la salud mental en cabeza de grupos étnicos son escasos en las esferas previamente aludidas, en razón de lo cual, esta investigación se apoya en los aportes aplicables desde la psicología, los estándares normativos generales sobre los derechos de los pueblos y grupos afrodescendientes y el campo de los derechos territoriales.

Efectuada la revisión general de los parámetros administrativos previstos tanto en el ámbito nacional como distrital, resulta preocupante no observar lineamientos precisos para la orientación de las actuaciones institucionales, a fin de encarar y balancear favorablemente las circunstancias que históricamente han alejado a un variado número de colectivos étnicos afrocolombianos del goce efectivos de aquellos factores determinantes sociales de la salud.

Los documentos que integran los lineamientos de política pública en la materia adolecen, en ambos casos, de una adecuada incorporación del enfoque étnico. Sea lo primero mencionar que los documentos nacionales están basados en estimaciones resultantes del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, frente al cual se ha encontrado una reducción de la estimación de la población afrodescendientes equivalente a un 30%. Luego, si bien se reconoce que los grupos étnicos están más expuestos que la generalidad de la población a los efectos de los factores determinantes sociales de la salud, tal aseveración



46 Se establece *in extenso*: el Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. (Naciones Unidas, 2017, párr. 27)

deviene inane al concebir que «las medidas preventivas, de diagnóstico, contención y manejo que se han establecido y se establecerán desde las diferentes disposiciones normativas a la ciudadanía colombiana, aplican en igual medida para los grupos étnicos del país». El entramado para la garantía del enfoque étnico se redujo, así, «a la adopción y adaptación por parte de las comunidades étnicas y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)» de dichas medidas.

Aspectos como que los lineamientos de política públicos estén centrados en acciones, dirigidas a los grupos étnicos, como «disponer de personal de salud al interior de la comunidad», contenido en el documento técnico de marzo; «incentivar acciones dirigidas a la promoción de la salud mental y la convivencia social en el marco de las acciones de prevención y control del COVID-19»; «recordar que, si no tienen jabón de manos se puede utilizar el jabón de la ropa o plantas que utilicen para la limpieza» o incluso indicarles a través de un documento de política pública «no escupir en el piso o expulsar saliva a otra persona», denotan serias fracturas en la comprensión del alcance de la obligación de adoptar medidas diferenciales, inserta en el artículo 13 constitucional, e incluso demuestran una infantilización de las comunidades.

La obligación de asegurar igualdad material, emanada del referido artículo superior, supone identificar, concebir y disponer los medios necesarios para revertir disparidades históricas como el acceso lejano a centros de atención médico de calidad, provisión adecuada de servicios públicos o garantía de alimentos e insumos de higiene adecuados; circunstancias que ubican a la población de muchos grupos étnicos en circunstancias de extrema vulnerabilidad frente a la pandemia.

Se extraña, además, el cumplimiento del presupuesto de consultar previamente y de manera informada la adopción de medidas con incidencia en colectivos étnicamente diferenciados, como resulta de copiosa jurisprudencia constitucional. Esta situación fue equivalente en el escenario local donde, además, no se hizo alusión alguna a las características, necesidades y pautas precisas para la garantía plena del derecho a la salud de las comunidades afrocolombianas asentadas en el distrito, en ninguno de los decretos publicados en la página de la Alcaldía Mayor de Cartagena.

También se omitieron medidas para la contención de los efectos de las disparidades históricas anotadas en el contenido del texto, con definitiva incidencia en el riesgo acentuado de la comunidad frente a los efectos de la pandemia, tanto con incidencia en el derecho a la salud, como en el derecho al territorio y otros vitales para la subsistencia misma del colectivo. En general, el distrito enfatizó sus esfuerzos en el sector formal de la economía, incluyendo los segmentos dedicados formalmente al turismo. Los grupos étnicos afrodescendientes de la ciudad, constituidos bajo la forma de consejos comunitarios, fueron obviados de los parámetros de política pública dirigidos a la atención de la pandemia, en detrimentos de sus ya lamentables condiciones con respecto al derecho a la salud, la garantía del derecho al territorio y otros concernientes.



3.7 Recomendaciones

3.7.1 *Gobierno nacional*

- ◆ Diseñar un documento de política pública, que cumpla con la CPLI, dirigido a la atención, prevención y contención del virus, que incorpore debidamente el enfoque étnico y recoja todas las necesidades que para los grupos étnicos resultan de las dificultades para la garantía de los determinantes de la salud.
- ◆ Integrar, en los documentos institucionales, medidas orientadas a la garantía de la salud desde todas las dimensiones de este derecho.
- ◆ Garantizar la provisión de vacunas, dentro de la primera línea de priorización, para las personas que dentro de las comunidades ejercen roles en relación con el cuidado físico, mental y social, entendida y determinada su función en la garantía de la salud de sus comunidades, desde todas las dimensiones reconocidas.
- ◆ Es preciso fortalecer la incidencia y ejecutar acciones dirigidas a la Agencia Nacional de Tierras para que responda por las demoras en los procesos de constitución y titulación en el Caribe. Esta iniciativa puede ejecutarse a través de un litigio estratégico que determine:
 - a. Selección de mínimo tres consejos comunitarios del Caribe que compartan características y tiempos fallidos de respuesta por parte de la entidad.
 - b. Recolección de información relevante para demostrar la violación al derecho fundamental al territorio, información y participación debido a las demoras presentadas en el proceso de constitución y titulación liderado por la Agencia Nacional de Tierras. Es preciso determinar si es posible iniciar una estrategia de litigio de alto impacto para impulsar el trámite de los procesos de titulación del Caribe. Una iniciativa que podría servir de modelo es la usada por ANZORC para proteger los derechos de los campesinos por las demoras de la ANT en la resolución de las solicitudes de conformación de las tres ZRC en los territorios de Sumapaz (Cundinamarca), Losada-Guayabero (Meta) y Güejar-Cafre (Meta).
 - c. Es preciso hacer trabajo de incidencia ante las entidades y las altas Cortes a fin de fortalecer la participación plena de las comunidades en la toma de decisiones que afectan sus territorios. En ese sentido, en el marco de la revisión del fallo de tutela con referencia 2020-00051-01(9224) del Tribunal Administrativo de Nariño, Ilex Acción Jurídica remitirá una intervención ciudadana para explicar a la Corte las consecuencias de implementar audiencias virtuales en procesos de consulta previa y la amenaza que esto representa al derecho de participación de las comunidades teniendo en cuenta las limitaciones estructurales que se han señalado en este documento.

3. 7. 2 *Gobierno distrital y departamental*

- ◆ Llevar a cabo campañas, integradas por medidas eficientes, complejas y prolongada duración, al interior de los consejos comunitarios del distrito, para determinar las condiciones actuales de salud de sus integrantes, bajo todas las dimensiones de este derecho.
- ◆ Diseñar e implementar planes de corto, mediano y largo plazo, que aseguren la reactivación económica del sector y el aprovisionamiento de alimentos y recursos esenciales para la nutrición y manutención adecuada de la población, con base en el enfoque étnico, de género, etario y de derechos humanos.
- ◆ Determinar los consejos comunitarios con dificultades o carencia de servicios públicos domiciliarios esenciales y asegurar su adecuado aprovisionamiento.
- ◆ Empezar procesos formativos en relación con los medios, herramientas, recursos e instituciones competentes para la prevención, contención y atención del virus en los consejos comunitarios del distrito.
- ◆ Garantizar la provisión de insumos para la higiene y desinfección en los consejos comunitarios del distrito.
- ◆ Garantizar la participación de las comunidades en las políticas públicas que se adoptarán para la mitigación de los efectos socioeconómicos del virus y asegurar la CPLI frente a los casos pertinentes, así como la provisión de vacunas, dentro de la primera línea de priorización, para las personas que dentro de los consejos comunitarios ejercen roles en relación con el cuidado físico, mental y social, entendida y determinada su función en la garantía de la salud de sus comunidades, desde todas las dimensiones reconocidas.
- ◆ Fortalecer la conversación sobre afectaciones en la salud mental de los consejos comunitarios de comunidades negras a través de las secretarías de participación y salud de cada municipio. En el marco de esta investigación, se encontró que el derecho a la salud, en especial la salud mental, se ha visto seriamente afectado en estas comunidades y este tema puede ser inédito, por las construcciones racistas alrededor de las comunidades negras y personas negras, al ser considerado un problema inexistente que aqueje a esta población.
- ◆ Es necesario construir redes con las organizaciones de la sociedad civil que vienen abogando por la creación de una renta básica bajo el argumento de que el programa de Ingreso Solidario es insuficiente para que esta renta se extienda a zonas de difícil acceso y se acople a las necesidades de las personas afrocolombianas en territorio. Si bien la iniciativa no ha tenido acogida ni ha contado con voluntad política para implementarse, es importante que las organizaciones afrocolombianas hagan parte de esta discusión.



Referencias Bibliográficas

- Agencia Nacional de Tierras. (2020). Informe de Gestión 2020. https://www.agenciadetierras.gov.co/wp-content/uploads/2021/01/Informe_gestiOn_2020.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012). Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador. Fondo y reparaciones. Sentencia de 27 de junio de 2012. Serie C No. 245. Párr. 147 y 148. https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_245_esp.pdf
- Cuesta, J. y Hinestroza, L. (2017). Análisis jurídico de las funciones de los consejos comunitarios en territorios colectivos de comunidades negras. En *Justicia*, 32, 160-181. <https://doi.org/10.17081/just.22.32.2910>
- Duarte, C., Baltán, C., Castaño, A., Espinosa, A., Gómez *et al.* (2020). Transformaciones y necesidades contemporáneas de las territorialidades rurales afrocolombianas. Los casos del Caribe continental, insular y el eje cafetero. Instituto de Estudios Interculturales (IEI). Pontificia Universidad Javeriana-Cali. https://books.google.com.co/books/about/Transformaciones_y_necesidades_contempor.html?id=h_UCEAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra: Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: UNAULA.
- Garzón, N. y Moreno, A. (2018). “Desarrollo regional étnico-territorial: un análisis desde los consejos comunitarios de comunidades negras del Pacífico colombiano”, en *Sotavento MBA*, 31, 68-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.18601/01233734.n31.07>
- Hoffmann, O. (2016). Divergencias construidas, convergencias por construir. Identidad, territorio y gobierno en la ruralidad colombiana. *Revista Colombiana de Antropología*, 52(1), 17-39.
- International Confederation of Midwives. (2020). Protecting Midwives to sustain care for women, newborns and their families in the COVID-19 pandemic. <https://www.unfpa.org/es/node/24328>
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2020). Orientaciones para la Vigilancia de Salud Pública de la Covid19. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia%20VSP%20COVID-19%2023072020.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2020). Número reproductivo efectivo Rt Nacional. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-rt.aspx>
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2021) Covid-19 en Colombia. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- Monnet, J. (1999). «Las escalas de la representación y el manejo del territorio», in: NATES B. (comp.), *Territorio y cultura: del campo a la ciudad. Últimas tendencias en teoría y método*. Abya Yala (Quito), Alianza Francesa de Manizales, Universidad de Caldas, 109-141. <https://territorioyculturapuj.files.wordpress.com/2010/07/las-escalas-de-la-representacion-y-el-manejo-del-territorio-j-monnet1.pdf>
- Naciones Unidas. Asamblea General. (2003, 22 de diciembre). Resolución aprobada por la Asamblea General el 22 de diciembre de 2003 [sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/58/508/Add.2)] 58/173. <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/58/173>
- Naciones Unidas. (2020, 15 de abril). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de marzo de 2017, presentado al Consejo de Derechos Humanos 35º período de sesiones 6 a 23 de junio de 2017. <https://undocs.org/es/A/HRC/44/48>
- Naciones Unidas (ONU)- Habitat. (2020). Vivienda y Covid-19. <https://www.onuhabitat.org.mx/index.php/vivienda-y-covid19> y <https://www.ohchr.org/sp/issues/housing/pages/housingindex.aspx>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1989). Convenio 169. El Derecho de los Pueblos Indígenas a la Consulta Previa, Libre e Informada. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/7602.pdf>

Sentencia T-736/2004. (2004, 5 de agosto). Corte Constitucional (Clara Inés Vargas Hernández, M.P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-736-04.htm>

Sentencia T-7607/2008. (2008, 31 de julio). Corte Constitucional (Manuel José Cepeda Espinosa, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Sentencia T-379/2015. (2015, 23 de junio). Corte Constitucional (Alberto Rojas Ríos, M.P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-379-15.htm>

Sentencia T-474/2019. (2019, 11 de octubre). Corte Constitucional (Guillermo Guerrero Pérez, M.P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-474-19.htm>

United Nations Humans Rights Council. (2020). Reporte al Human Rights Council Forty-fourth session, A/HRC/44/48. <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session44/Pages/ListReports.aspx>

Universidad de Los Andes. (2020). La cara étnica de la pandemia en Colombia. <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/41164/nota-macroeconomica-24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXO 1. Estadísticas sociales Regiones de Colombia.

	Pobreza Multidimensional 2018	Vida en general	Salud	Seguridad	Trabajo	Ingreso
Caribe	33.5	8.24	8.11	7.33	7.27	6.64
Oriental	16.4	8.21	7.89	7.57	7.45	6.76
Central	19.0	8.45	8.11	8.12	7.53	6.89
Pacífica (sin Valle del Cauca)	33.3	7.60	7.27	6.97	6.77	5.87
Bogotá	4.3	8.32	8.01	6.94	7.27	7.21
Antioquia	17.1	8.49	8.33	8.29	7.72	7.21
Valle del Cauca	13.6	8.33	8.13	7.44	7.68	6.82
San Andrés	8.9	8.41	8.09	7.33	7.60	7.75
Orinoquía- Amazonía	30.1	7.97	7.74	7.48	6.78	6.29
Total Nacional	19.6 %	8.26	8.02	7.51	7.38	6.83

Fuente: Construcción propia con base en DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2018) y Pobreza Multidimensional (2018).

ANEXO 2. Lista de CCN Inscritos ante la Dirección de Asuntos de Comunidades Negras del Ministerio del Interior a fecha 07 de febrero de 2021.

Nombre consejo comunitario	¿?	Fecha de ¿?	Fecha de ¿?	Departamento
CONSEJO COMUNITARIO “MA KANKAMANÁ” DE LA COMUNIDAD NEGRA DE SAN BASILIO DE PALENQUE	377	6/10/11	3/05/18	Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS AMANZAGUAPO	365	4/04/11	04/29/2019	Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO ELADIO ARIZA	186	07/14/2016		Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO FLAMENCO	117	09/23/2013		Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE VILLA GLORIA VEREDA DEL CORREGIMIENTO DE LA BOQUILLA	343	09/16/2015		Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE TIERRA BOMBA	2	2/05/16	10/24/2017	Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE TIERRA BAJA MI TERRITORIO ANCESTRAL	148	12/16/2014	6/05/18	Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE PUERTO REY	143	7/05/17	4/11/19	Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO DE CAÑO DEL ORO	156	07/31/2017		Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRA LOS OLIVOS	144	06/29/2016	12/18/2017	Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO DE ALEJANDRO DURAN DIAZ	133	06/29/2016		Bolívar
CONSEJO COMUNITARIO MARCELINO OCHOA ALVAREZ “CATELO”	8	01/15/2014	06/29/2016	Cesar
CONSEJO COMUNITARIO MANUEL SALVADOR SUAREZ ALMENARES	6	01/14/2014	10/25/2017	Cesar
CONSEJO COMUNITARIO JOSE PRUDENCIO PADILLA	1	01/14/2014	10/12/18	Cesar
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE GUACOCHE - LOS CARDONALES	2	01/14/2014	8/05/19	Cesar

Nombre consejo comunitario	¿?	Fecha de ¿?	Fecha de ¿?	Departamento
CONSEJO COMUNITARIO CARLOTA REDONDO DE ALVAREZ DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL PERRO	5	01/14/2014		Cesar
CONSEJO COMUNITARIO ARCILLA CARDON Y TUNA	3	01/14/2014		Cesar
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS DE LA JAGUA DE IBIRICO	45	6/04/13		Cesar
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES LA PALMITA-COAFROPAL	40	05/22/2013		Cesar
CONSEJO COMUNITARIO JULIO CESAR ALTAMAR MUÑOZ DEL CORREGIMIENTO DE LA LOMA DE CALENTURA DEL MUNICIP	7	1/01/14	06/30/2017	Cesar
CONSEJO COMUNITARIO LOS ARAPIOS "CONCOARAPIOS" DE LAS COMUNIDADES NEGRAS DEL MPUI DE TIERRA ALTA	426	08/22/2012	05/17/2018	Córdoba
CONSEJO COMUNITARIO BOCAS DE URE EDUARDO MARCELO	58	6/11/13	05/30/2019	Córdoba
CONSEJO COMUNITARIO MANUEL ZAPATA OLIVELLA "CCMZO"	2	2/07/13	06/17/2015	Córdoba
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS DE LA CUENCA DEL RIO BROQUELES	118	09/23/2013		Córdoba
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL RIO TAPIAS	101	05/18/2018		La Guajira
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA MORENOS DE MORENEROS	383	11/10/11	5/04/18	La Guajira
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA LOS TRECE CRUCE DEL ARROYO EL TOTUMO AL PIE DEL MONTEDE	384	11/10/11		La Guajira
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA LOS PALENQUES- CORREGIMIENTO JUAN Y MEDIO	385	11/10/11	4/02/18	La Guajira

Nombre consejo comunitario	¿?	Fecha de ¿?	Fecha de ¿?	Departamento
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA LA NUEVA ESPERANZA DE LOS NEGROS -VEREDA LA SIERRA CORRE	386	11/10/11	5/04/18	La Guajira
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA JOSE PRUDENCIO PADILLA, TERRENOS BALDIOS- CORREGIMIENTO	387	11/10/11		La Guajira
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL PREDIO CARMEN - CORREGIMIENTO JUAN Y MEDIO	388	11/10/11		La Guajira
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE CASCAJALITO- CORREGIMIENTO JUAN Y MEDIO	389	11/10/11	5/04/18	La Guajira
CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL CORREGIMIENTO DE SEVILLA				Magdalena
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS DE GUACAMAYAL ZONA BANANERA DPTO DEL MAGDALENA	392	12/02/11	09/21/2017	Magdalena
CONSEJO COMUNITARIO CONCOMORI	81	11/11/14		Magdalena
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS RINCON GUAPO LOVERAN DE PUEBLO VIEJO	376	6/10/11	07/23/2015	Magdalena
CONSEJO COMUNITARIO COCONADERIA	80	11/11/14		Magdalena
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS "OBATALA"	27	04/18/2013		Magdalena
CONSEJO COMUNITARIO JOSE ISABEL ERAZO MARQUEZ	106	11/11/14		Magdalena
CONSEJO COMUNITARIO DE LAS COMUNIDADES NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS FERNANDO RIOS HIDALGO	79	11/11/14		Magdalena
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS DE ARACATACA JACOBO PEREZ ESCOBAR	360	02/22/2011	06/18/2020	Magdalena

Nombre consejo comunitario	¿?	Fecha de ¿?	Fecha de ¿?	Departamento
CONSEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS AFROCOLOMBIANAS RAIZALES Y PALENQUERAS DEL MUNICIPIO DE G	212	10/11/17	7/09/19	Atlántico

Fuente: Elaboración propia, 2021.

ANEXO 3. Lista de Consejos comunitarios de comunidades negras del Caribe con solicitud de titulación a 7 de febrero de 2021.

OBJECTID	ID SOLICITUD TITULACIÓN	ID CONSEJO COMUNITARIO	NOMBRE COMUNIDAD SOLICITANTE	CÓDIGO DEPARTAMENTO
156	11199	20397	Consejo Comunitario Asoservivir	47
166	11042	20250	SUTOGUE POLO NUEVO AFROETNICO	8
167	11044	20252	MAGEN DE MI	8
168	11043	20251	JUNDENO KU TU	8
169	11046	20254	AFROPIOJO	8
170	11041	20249	KUSUTO MA-GENDE COKUMALU	8
171	11059	20267	Punta Canoa	13
172	11082	20290	Leticia	13
173	11060	20268	Pontezuela	13
174	11061	20269	Manzanillo del Mar	13
175	11062	20270	Los olivios	13
176	11063	20271	Bayunca	13
177	11064	20272	Arroyo de Piedra	13
178	11069	20277	Marlinda	13
179	11072	20280	Puerto Rey	13
180	11051	20259	Pua 2	13
181	11065	20273	Predio Hacienda Arroyo Grande	13

OBJECTID	ID SOLICITUD TITULACIÓN	ID CONSEJO COMUNITARIO	NOMBRE COMUNIDAD SOLICITANTE	CÓDIGO DEPARTAMENTO
185	12790	20204	Casacajalito	44
186	12792	20199	Juan y medio	44
187	12791	20202	Moreneros	44
188	11153	20351	MARTIN LUTHER KING "CONCOMARTINLUTHER"	23
192	11189	20387	Comunidades negras de Sevilla	47
193	11186	20384	Comunidades negras Rincón Guapo Loveran	47
194	11049	20257	Eladio Ariza	13
200	11123	20330	La Sierra el cruce y la estación	20
201	11087	20295	Consejo Comunitario Afrodescendiente de Lomas de Matunilla	13
202	11165	20363	Cultural de la comunidad negra el negro de Mingueo	44
210	11075	20283	Amanzaguapos	8
213	11068	20276	Comunidad negra el recreo	13
214	11067	20275	Aparcar Isla Baru	13
215	11058	20266	Tierra Bomba	13
216	11029	20237	Tarachica	13
217	11078	20286	Consejo Comunitario del Alto Caribona	13
218	11050	20258	Santo Madero El Paraiso	13
221	11164	20362	Río Tapias	44
222	12788	20196	lye pinto	44
223	12789	20198	CC el predio el Carmen	44
224	11173	20371	Consejo Comunitario de la Comunidad Negra Ancestral Comejenes "Los Santanas"	44

OBJECTID	ID SOLICITUD TITULACIÓN	ID CONSEJO COMUNITARIO	NOMBRE COMUNIDAD SOLICITANTE	CÓDIGO DEPARTAMENTO
225	11177	20375	Pelechua La Cimarrona	44
226	11174	20372	Ancestral de la Comunidad de Cerro Peralta	44
227	11175	20373	CC Ancestral De La Comunidad de Las Palmas. Rafael María Gómez	44
228	11172	20370	Laureano Moscote Lindo	44
229	11171	20369	Comunidad Negra de Matitas "Celinda Arevalo"	44
230	11170	20368	Los 13 Cruces del Arroyo El Totumo al pie de Monte de La Sierra Nevada, Vereda Naranjal	44
231	11169	20367	Comunidad Negra de Cotoprix "Lourdez Muñi"	44
233	11198	20396	CONSEJO COMUNITARIO TORRENTE DEL ARIGUANI	47
240	11241	20437	Consejo Comunitario Del Municipio De Tolu Viejo Socolando	70
253	11183	20381	Consejo comunitario afrodescendientes Gustavo Castro - Comunidad negra el Tablazo	44
254	11184	20382	Fernando Ríos Hidalgo	47
255	11185	20383	Consejo Comunitario Tucurinca Zona Bananera	47
256	11039	20247	Consejo Comunitario Las Trescientas	8
261	11190	20388	Consejo Comunitario Concomori	47
262	11089	20296	Consejo Comunitario Afrocolombiano De Rocha	13
263	11178	20376	Consejo Comunitario Ancestral Geovanny Vega	44
264		20288	Consejo Comunitario Comunidad Negra De Gamero	13
265	12779	20531	Consejo de comunidades negras de santa fe "El Chevale"	13

OBJECTID	ID SOLICITUD TITULACIÓN	ID CONSEJO COMUNITARIO	NOMBRE COMUNIDAD SOLICITANTE	CÓDIGO DEPARTAMENTO
266		20529	Consejo Comunitario El manantial de Caracolí	44
268		20539	Consejos comunitarios Afropeña	44
271		20516	Consejo Comunitario Juana Oyaga de Miranda	20
272	11054	20262	Consejo Comunitario Antonio Sajon	13
274	11187		Consejo Comunitario Jacobo Perez Escobar	47
289			Consejo Comunitario Afropalmar	8
290			Consejo Comunitario Marcelino Ochoa Alvarez "Cátelo"	20
301	12871	20550	Consejo comunitario Coafrob	13
302	11193	20391	Consejo comunitario Concafum	47
304			Consejo comentario José Manjarrez Ariza	44
305			Consejo Comunitario ancestral de la comunidad Negra de Campana Antonia Solano	44
306			Consejo comunitario negros Ancestrales de Tabaco	44
307	12774	20526	Campesinos y Pescadores de la Comunidad Negra de la Vereda Leticia	23
308	12851	20545	Consejo Comunitario Ancestral de la comunidad de Monguí "La Guayabita"	44
311	11120	20327	Consejo Comunitario La Victoria De San Isidro Coafrovis	20
316	11122	20329	Consejo Comunitario De La Jagua De Ibirico (Coacneja)	20
317	11126	20333	Consejo Comunitario La Palmita Coafropal	20
318	11157	20355	Consejo Comunitario de Comunidades Negras de Uré	23

OBJECTID	ID SOLICITUD TITULACIÓN	ID CONSEJO COMUNITARIO	NOMBRE COMUNIDAD SOLICITANTE	CÓDIGO DEPARTAMENTO
322	11073	20281	Consejo Comunitario Puerto Badel	13
323	11074	20282	Consejo Comunitario Benkos Bioho	70
324	11081	20289	Consejo Comunitario Comunidad Negra De Sincerin	13
325	11084	20292	Consejo Comunitario Isla Fuerte	13
326	11086	20294	Consejo Comunitario Afrodescendiente Mayor De Guamocó	13
328	11136	20343	Consejo Comunitario Amada Cabas Gutiérrez	20
329	11137	20344	Consejo Comunitario Modesta Guzman	20

Fuente: Elaboración propia, 2021.



Conclusiones generales

La información recolectada tanto primaria como secundaria, la información recabada de las respuestas a los derechos de petición enviados y el análisis estadístico del comportamiento de la pandemia y la respuesta institucional en territorios afro, específicamente Quibdó, Cartagena y algunas zonas de Bogotá, nos llevan a concluir que los efectos de la crisis causado por el COVID-19 sí han tenido un comportamiento diferencial negativo en relación con las personas y comunidades afrocolombianas, derribando esa idea de que esta pandemia no tiene estrato ni raza. Se puede afirmar que el COVID-19 ha afectado mayoritariamente la gente afrocolombiana, indígena y empobrecida en tanto confluyeron factores históricos, económicos y sociales, además de las deudas del Estado con estas comunidades por décadas que exacerbaron su exposición al virus.

Hay una estrecha relación entre las posibilidades de superar el virus y la muerte y el acceso a servicios de salud efectiva y oportuna. Se demostró a lo largo de este escrito, que en las zonas habitadas en su mayoría por personas afrocolombianas, existe un déficit considerable de acceso a camas UCI, profesionales de la salud, conectividad, condiciones sanitarias y una invisibilidad estatal de la importancia de la medicina y las(os) médicas(os) ancestrales que han expuesto casi que dolosamente a estas comunidades a la muerte, siendo todas estas consecuencias negativas de las condiciones adversas anunciadas previsibles.

En efecto, la población afrocolombiana tiene mayores condiciones de pobreza y marginalización, relacionadas en este caso con carencias básicas que aseguren unas condiciones mínimas de vida digna y de protección frente al impacto del COVID-19. Existe suficiente evidencia estadística para afirmar que en los territorios con alta presencia de población afrocolombiana versus sin pertenencia étnica hay diferencias significativas en las condiciones de vida. Se observó que las diferencias entre ambos grupos no solo se mantienen, sino que se ampliaron en el tiempo. Para la población afrocolombiana, las condiciones más críticas se advierten en los indicadores de servicios inadecuados y hogares con alta dependencia económica. Indicadores necesarios para disminuir los riesgos de propagación y contagio del COVID-19.

Las desventajas que tiene la población afrocolombiana limitan las posibilidades para mitigar el efecto negativo frente al choque que se produce por el efecto conjunto de sus características socioeconómicas y su condición étnica-racial. Así mismo, las medidas utilizadas adoptadas por las autoridades públicas para atender la crisis sanitaria y económica han tenido también importantes impactos sobre la población afrodescendiente, en algunos casos, ampliando la brecha de desigualdad que les afecta y poniendo en riesgo sus derechos fundamentales.

En lo que toca con el personal médico y sanitario, se identificaron serias amenazas a la garantía de sus derechos al mínimo vital, salario digno y salud. En el marco de esta investigación se evidenció cómo la reducida disponibilidad de personal médico en sus distintas especialidades ha aumentado la carga laboral de los que están atendiendo la crisis en Chocó.

Esto ha implicado serias consecuencias en su salud mental, debido a que a la incertidumbre de la exposición constante al virus, se suma la inestabilidad laboral y altos niveles de estrés en el lugar de trabajo. Igualmente, se identificó poca o nula accesibilidad a material de bioseguridad como caretas, máscaras, entre otros. Esto quiere decir que además de las condiciones estructurales desventajosas que enfrenta el personal médico de estas zonas, tampoco han contado con los elementos mínimos necesarios para evitar su propio contagio.

Otro de los temas que llama poderosamente la atención en esta investigación, es la nula protección que reciben por parte del Estado las(os) médicos tradicionales que se han encargado de hacer frente a la pandemia en los lugares más apartados y donde no existen centros de salud. Estas personas se han enfrentado al virus sin contar con implementos de bioseguridad mínimos, ni reconocimiento de honorarios por su labor, lo que amenaza también la disponibilidad de un mínimo de ingresos para garantizar su sustento. En el marco de esta investigación se llama la atención sobre la urgencia de equiparlos(as) con el personal médico de la institucionalidad tal como lo dispone la Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en la salud. En sus artículos 7, 19, 20, acoge las medidas de regulación nacional de la medicina tradicional en todas sus expresiones haciendo alusión al artículo 7 de la Constitución Nacional. Es imperativo que esto alcance reconocimiento material más allá del formal establecido en la ley.

En lo que toca con derechos territoriales se estableció la clara relación existente entre el territorio y la salud, ambos entendidos como derechos fundamentales según el desarrollo de jurisprudencia nacional e internacional. De manera secuencial, se estudiaron los componentes del derecho al territorio y las amenazas que ha representado para su garantía las demoras en los procesos de titulación de comunidades negras del país, en especial del Caribe. Se analizó cómo la falta de titulación expone aún más a estas comunidades al virus, en tanto esta limitación en el reconocimiento restringe también su acceso a ayudas estatales y de autoridades locales. Se hace especial énfasis en las limitaciones que tienen los consejos comunitarios al no ser reconocidos como entidades territoriales, en relación con el manejo de recursos destinados para atender esta crisis y a las limitaciones de su participación en la planeación del territorio.

En un aparte de este texto, se hace énfasis sobre la necesidad de atender las afectaciones a la salud mental de las personas que viven en estos territorios. El COVID-19 ha puesto en la mesa de la discusión internacional las grandes amenazas que ha representado el aislamiento, la incertidumbre y la falta de herramientas para la supervivencia con relación a la salud mental, donde las comunidades negras no son la excepción. Se estudia el caso del Consejo Comunitario Villa Gloria, llegando a la conclusión de que las limitaciones en el sector turístico han reducido sus ingresos monetarios y con ello su capacidad de supervivencia, de conseguir alimento y acceder a servicios básicos, sino también a sus niveles de socialización.

Adicionalmente, la respuesta institucional no es suficiente. Por un lado, no hay registro efectivo de ayudas específicas para la comunidad negra, ni políticas con enfoque étnico-racial

territorial precisas. Por último, en vista de que esta situación no cuenta con información suficiente a nivel oficial, hay muy pocas iniciativas en las políticas públicas que buscan la sensibilización frente a la necesidad de materializar los derechos ya reconocidos de estas comunidades y brindarles garantías para que puedan defender las vulneraciones de las que son víctimas, como unas rutas eficientes y claras para acceder ayudas siendo conscientes de las limitaciones de sus territorios.

Análisis de dos pandemias: Racismo y Crisis de la salud pública en Colombia.

**«Análisis de los impactos del COVID-19 para la garantía de los derechos a la salud,
locomoción y territorio de la población afrocolombiana»**

hace parte de la serie editorial Voces Inclusivas.

Fue compuesto en caracteres Perpetua y Baskerville.

La edición estuvo al cuidado
de ILEX-Acción Jurídica y Editorial Cuatro Ojos.

