

Capítulo 12

El Ejército Nacional y la seguridad humana (sanitaria) en tiempos de pandemia

DOI: <https://doi.org/10.25062/9786287602595.12>

Mario Geovanni Contreras Guineme
Carlos Rodrigo Surraco

Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"

Resumen: A través de un enfoque metodológico cualitativo, se hizo un diagnóstico de la situación actual de la seguridad humana en materia sanitaria en Colombia y sobre el rol desempeñado por el Ejército como herramienta para la aplicación de esta subdivisión de la seguridad humana. Partiendo del informe desarrollado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 1994, y de los datos arrojados por diferentes ministerios, se estableció que en Colombia la deficiencia de las políticas públicas en materia de salud, la imposibilidad de algunas poblaciones para acceder a los servicios de salud y la aparición de nuevas pandemias en el territorio son los principales factores que dificultan la aplicación de este concepto. Como resultado del trabajo, fue posible inferir que en Colombia subsisten grandes brechas de desigualdad frente a la prestación de servicios de salud; por ende, el Estado debe seguir trabajando de la mano con instituciones como el Ejército Nacional, para poder garantizar este derecho.

Palabras clave: Covid-19; pandemia; seguridad humana; prevención y seguridad sanitaria

Mario Geovanni Contreras Guineme

Coronel Ejército de Colombia. Profesional, Ciencias Militares. Especialista, Administración de Recursos Militares para la Defensa Nacional, CEMIL. Especialista, Seguridad y Defensa Nacionales, ESDEG, Colombia. Especialista, Gerencia de Talento Humano, Universidad Sergio Arboleda, Colombia. Estudiante CAEM 2023, Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto", Colombia. Contacto: mario.contreras@esdeg.edu.co

Carlos Rodrigo Surraco

Coronel del Ejército Argentino. Bachiller, Relaciones Internacionales, Colegio Militar de la Nación. Licenciado, Estrategia y Organización, Instituto de Enseñanza Superior del Ejército Argentino. Profesor universitario para la enseñanza media y superior, Facultad del Ejército Argentino. Estudiante CAEM 2023, Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto". Contacto: surracoc@esdeg.edu.co

Citación APA: Contreras Guineme, M. G., & Surraco, C. R. (2023). El Ejército Nacional y la seguridad humana (sanitaria) en tiempos de pandemia. En E. A. Salamanca Rodríguez & J. A. Serpa Hernández (Eds), *Seguridad humana y construcción de patria en defensa de la vida* (pp. 325-358). Sello Editorial ESDEG. <https://doi.org/10.25062/9786287602595.12>

SEGURIDAD HUMANA Y CONSTRUCCIÓN DE PATRIA EN DEFENSA DE LA VIDA

VOLUMEN II: SEGURIDAD SANITARIA, AMBIENTAL Y PERSONAL

ISBN impreso: 978-628-7602-53-3 (obra completa)

ISBN digital: 978-628-7602-57-1 (obra completa)

ISBN impreso: 978-628-7602-55-7 (Volumen II)

ISBN digital: 978-628-7602-59-5 (Volumen II)

DOI: <https://doi.org/10.25062/9786287602595>

Colección Seguridad y Defensa

Sello Editorial ESDEG

Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes prieto"

Bogotá D.C., Colombia

2023



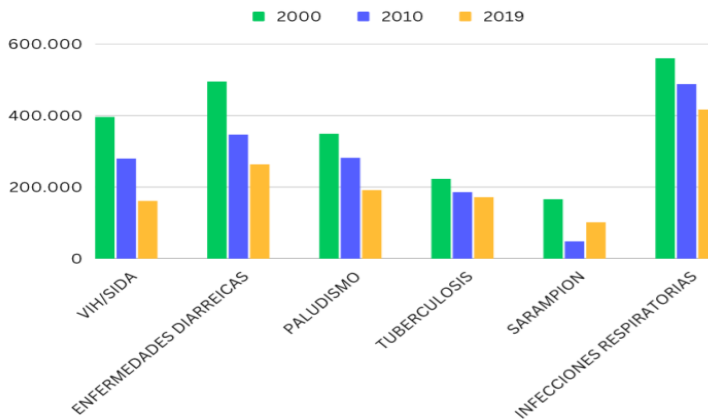
Introducción

A través del informe desarrollado en 1994 por el PNUD, se ha identificado a la seguridad en materia de salud como uno de los siete componentes más importantes de la seguridad humana. En este informe, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha destacado varios factores que son considerados una amenaza para la salud a escala mundial, tales como las enfermedades contagiosas y las de origen parasitario.

Es así como se logró determinar en el análisis realizado por el PNUD (1994), que la tuberculosis, las infecciones respiratorias, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las enfermedades diarreicas son las responsables del aumento en la tasa de decesos de los países en desarrollo, por lo cual se convierten en una amenaza directa a la salud de la población.

A pesar de que este informe fue realizado hace más de 20 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha corroborado, a través de las Estadísticas Sanitarias Mundiales (2021), que, pese al avance de la tecnología, la investigación y la medicina, un gran número de estas enfermedades siguen siendo las principales causas de muertes prematuras, no solo en países en vía de desarrollo, sino en el mundo entero, como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Principales causas de muerte prematura de los países, en función de sus bajos ingresos (número de decesos por año registrado).

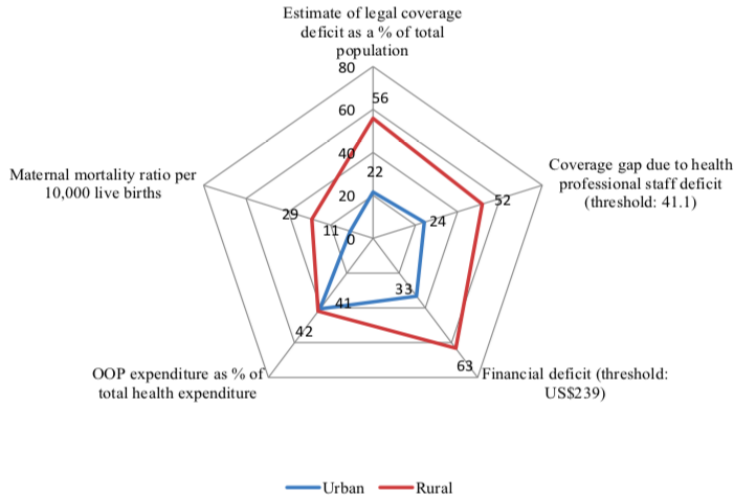


Fuente: datos extraídos de: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2021 (OMS), en concordancia con las estimaciones de salud a escala mundial (2019). Esperanza de vida y principales causas de muerte y discapacidad por sexo, por país y por región; 2000-2019. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (2020).

Hoy en día, este tipo de enfermedades sigue afectando la salud de millones de personas alrededor del mundo; sin embargo, también es preciso anotar que diversos organismos especializados de la ONU, como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (en inglés, FAO, por las iniciales de Food and Agriculture Organization), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS han determinado que son las zonas rurales las más vulnerables frente a estas enfermedades.

A través del informe *Datos mundiales sobre las desigualdades en materia de protección de la salud rural: nuevos datos sobre los déficits rurales en la cobertura sanitaria para 174 países* (2015), la OIT ha revelado que las mencionadas zonas son las más afectadas en cuanto a la prestación de servicios de salud se refiere, y por ende son sus comunidades las más perjudicadas por tal tipo de enfermedades. Lo anterior, ya que sobre estas poblaciones recae la mayoría de déficits legales y financieros relacionados con el acceso a la salud, como se muestra en la figura 2.

Figura 2. El déficit mundial en el acceso efectivo a los servicios de salud, poblaciones urbanas y rurales (2015) (porcentajes).



Fuente: Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries (datos mundiales sobre las desigualdades en materia de protección de la salud rural; nuevos datos sobre los déficits rurales en la cobertura sanitaria para 174 países) (Organización Internacional del Trabajo, 2015).

Nota: Estimate of legal coverage deficit as a % of total population = Estimación del déficit de cobertura legal como % de la población total. Maternal mortality ratio per 10,000 live births = Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos. OOP expenditure as % of total health expenditure = Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud. Financial deficit (threshold: US\$239) = Déficit financiero (umbral: US\$239). Coverage gap due to health professional staff deficit (threshold: 41.1) = Brecha de cobertura por déficit de personal profesional de la salud (umbral: 41,1).

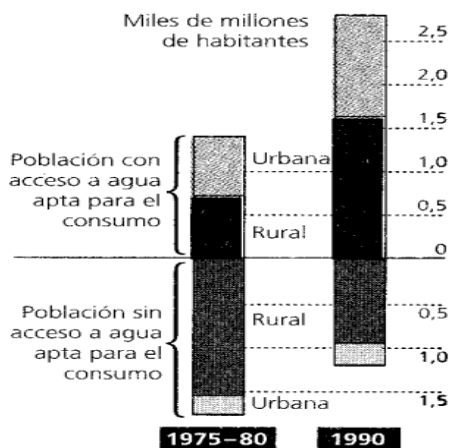
Según los resultados recopilados por la OIT en este informe,

[...] los derechos fundamentales a la salud y la protección social siguen sin cumplirse en gran medida para las poblaciones rurales. Los problemas detrás de estos desarrollos van desde legislación faltante o fragmentada hasta brechas en la implementación, lo que resulta, por ejemplo, en graves déficits en la prestación de servicios en áreas rurales. (OIT, 2015, p. 13)

Por tanto, como ya se mencionó, el PNUD ha destacado la existencia de factores externos que incrementan las posibilidades de que las poblaciones rurales se vean más afectadas por este tipo de enfermedades; en especial, las pertenecientes a países en vía de desarrollo, puesto que la falta de agua potable en zonas

rurales —muchas de estas, desconocidas y desprotegidas por los gobiernos—, los altos índices de pobreza, los conflictos armados internos y la imposibilidad de acceder a los servicios de salud, por falta de personal médico e infraestructura, son algunas de las razones por las cuales este tipo de enfermedades cobran un mayor porcentaje de víctimas en estas zonas alejadas (PNUD, 1994). Por tanto, dichos factores, muestran que se debe hacer una distinción específica entre las zonas urbanas y rurales, por cuanto estas últimas se hallan en evidente desventaja, respecto de las primeras, en materia de seguridad en salud, como se muestra en la figura 3.

Figura 3. Más de 1.000 millones de personas en los países en desarrollo todavía carecen de agua apta para el consumo.



Fuente: Informe sobre desarrollo humano 1994 (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo).

Es indispensable señalar que la problemática planteada ha puesto cada vez más en alerta a la comunidad internacional y a los gobiernos de todo el mundo, al ir estrechamente relacionada con la aparición de nuevos virus y bacterias que afectan directamente la salud de toda la población global, pues se propagan rápidamente, y generan, en algunos casos, pandemias. Un claro ejemplo de ello es que “desde el advenimiento de las primeras sociedades hasta el momento presente la humanidad ha tenido que lidiar con la propagación de grandes pandemias, tales como: la peste bubónica, el tifus, la viruela, la gripe española, el VIH, el cólera” (Arbeláez Campillo et al., 2020, p. 134).

Diversos autores, como Kreibohm (2020), afirman que "una pandemia es una epidemia que se extiende en el tiempo y en el espacio, y afecta a gran cantidad de individuos, para la que no existen ni tratamientos ni vacunas conocidos" (p. 290). A lo largo de la historia, el mundo se ha visto obligado a enfrentar las consecuencias de la propagación de enfermedades desconocidas y carentes de tratamiento; tal es el caso, por ejemplo, de 1) la peste negra y 2) la gripe española.

La primera de estas pandemias se desarrolló en 1347, y correspondió a la propagación de una infección bacteriana, la cual se originó en el continente asiático y se expandió rápidamente a otros continentes. Ante la carencia de datos específicos, se estima que más de 80 millones de personas fallecieron debido a esta infección. Por su parte, la gripe española se presentó a partir de la propagación de un virus. Esta tuvo lugar en 1918, y "las cifras de mortalidad causada por dicha pandemia de gripe, según diversos autores, van desde 20 hasta 200 millones" (Murillo, 2011, p. 464).

En consecuencia, como factores determinantes y comunes a estas dos pandemias encontramos que la falta de higiene, la carencia de agua potable y de acueductos idóneos, la desinformación y los escasos avances médicos fueron elementos clave para que la peste negra y la gripe española se propagaran sin control alguno, y así generasen un alto impacto negativo en la población.

Bajo esta misma línea, en 1994 el VIH/sida era la enfermedad que más inquietaba a la comunidad internacional, debido a la ausencia de sintomatología en algunos pacientes, su difícil tratamiento y su difícil diagnóstico; los escasos avances médicos que el personal de la salud había conseguido para controlar su propagación no eran suficientes y se reflejaban en las estadísticas de contagio. Sobre esto, el PNUD expresó en su informe que "otra fuente creciente de inseguridad en materia de salud para ambos sexos es la difusión del VIH/SIDA. Se cree que hay unos 15 millones de personas con reacción serológica VIH positivo, 80% de ellas en países en desarrollo" (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 1994, p. 32).

El surgimiento del VIH/sida como pandemia significó retos importantes para los países de todo el mundo, pues el desconocimiento de los medios de propagación de la enfermedad, su sintomatología y la ausencia de un tratamiento definitivo contribuyeron a que los pacientes infectados fueran estigmatizados y rechazados por la comunidad. Además, el pánico social generado por la falta de información obligó a la comunidad internacional a trabajar en el desarrollo

de avances médicos, con el fin de determinar las características del virus y sus posibles tratamientos.

Con el tiempo, esta pandemia se ha transformado en un problema público, el cual ha exigido a los gobiernos transformar sus políticas públicas en materia sanitaria; ello, con el fin de garantizar a los pacientes y la población en general un adecuado acceso a la salud, en pro de garantizar sus derechos fundamentales.

Sobre lo anterior, autores como Ruiz y Barajas (2020) han planteado que

[...] como fenómeno de salud pública, la lucha contra el SIDA planteó exigencias de responsabilidad y liderazgo a los Estados y los organismos internacionales. El contagio entró a ocupar renglón importante dentro de la lista de las preocupaciones que requieren respuestas a través de políticas públicas y cooperación internacional, tanto en la prevención como en el tratamiento y la previsión de eventualidades futuras. (p. 289)

Hoy en día, las políticas públicas son una herramienta clave para enfrentar crisis sanitarias como la desarrollada a partir de la propagación del VIH/sida. A través de estas es posible estructurar sistemas de atención completos y eficientes, que faciliten el acceso de toda la población (sin distinción alguna) a los servicios médicos adecuados. Ello, con el fin de implementar estrategias de prevención y tratamiento de la enfermedad.

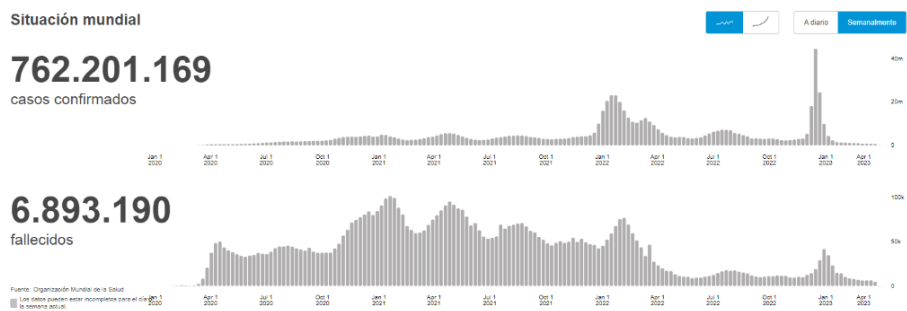
En concordancia con lo expuesto, "la meta de lograr el fin de la pandemia es teóricamente alcanzable. La frase 'fin del VIH/SIDA' no se refiere a la erradicación completa del virus, sino a la desaparición de la enfermedad como un problema de salud pública" (Ruiz & Barajas, 2020, p. 292).

Sin embargo, sería recientemente una nueva pandemia la encargada de poner en alerta a todas las naciones del mundo, las cuales, sin esperarlo, se enfrentarían a uno de los más grandes retos para la salud pública en el último decalustro. Esta emergencia sanitaria correspondió a la propagación del virus actualmente conocido como SARS-CoV-2.

Ante la declaración por parte de la OMS de la pandemia del Covid-19, el 11 de marzo de 2020, y la cual respondía a la expansión y contagio del SARS-CoV-2 (Huamán-Saavedra, 2020), se hizo evidente que la aparición de esta nueva enfermedad contagiosa, se constituirá en una nueva amenaza para la salud a escala mundial y, por ende, en un obstáculo para garantizar la seguridad humana, pues se extendió con rapidez por el continente asiático, y luego, por la mayoría de los países del mundo, para un total de 54 países afectados, lo que generó un escenario de emergencia de salud pública digno de la preocupación internacional, a

tal punto que ha sido considerada una de las más graves ocurridas en los últimos siglos (Ramos, 2020).

Figura 4. Tablero de la OMS sobre el Covid-19.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Tablero de la OMS <https://covid19.who.int/>

Tal como se refleja en las estadísticas de la OMS, la pandemia ha registrado una rápida propagación desde su aparición, en 2020, pues los números en el mundo entero se han elevado hasta un total de 762.201.169 casos confirmados de Covid-19, hasta marzo de 2023, incluidas 6.893.190 muertes (OMS, 2023), como se muestra en la figura 4.

Dicha situación refleja la complejidad a la que se tuvieron que hacer frente muchos de los países tanto de Primer Mundo como los subdesarrollados, buscando estrategias de contingencia e implementando los mejores dispositivos de prevención posibles en el plano institucional (Diez Mayrena, 2021). Como la pandemia del Covid-19 constituía una amenaza a la seguridad y defensa de los Estados, muchos de los gobiernos se vieron obligados a acudir a la declaración de estados de emergencia. A través de dichos mecanismos se buscaba la participación de todas las instituciones gubernamentales a fin de contrarrestar la propagación epidemiológica presentada e impedir el avance del virus, con el fin de salvaguardar la población en general.

En Colombia, la pandemia generada por Covid-19 representó un gran reto para el gobierno de turno, el cual debió adoptar nuevas estrategias sanitarias, para evitar la propagación del virus y garantizar la seguridad de la población. Ante la emergencia sanitaria, decretada por el presidente de la República (Decreto 417 de 2020), las Fuerzas Armadas (FF. AA.) y la Policía Nacional se vieron obligadas a reestructurar sus actividades y enfocar la prestación de su servicio a la atención humanitaria.

Por consiguiente, las necesidades de una reacción inmediata por parte de todos los países afectados motivaron a que el papel de la Fuerza Pública en el mundo entero trasmutase a atender nuevos problemas que afectan la seguridad y defensa nacional. Como los eventos a los que se enfrentan hoy los ejércitos del mundo son imprevistos (Sosa, 2020), se han venido cambiado las doctrinas militares e impulsado a los gobiernos a capacitar a sus instituciones para responder ante escenarios de catástrofes sanitarias, por lo que las Fuerzas Militares (FF. MM.), luego de las lecciones aprendidas con la pandemia por Covid-19, pueden llegar a jugar un importante papel y contribuir a lograr el objetivo de garantizar la seguridad en materia sanitaria en un escenario similar.

Ante la necesidad de una reacción inmediata frente a la crisis, las FF. MM. se posicionaron como un elemento de apoyo para la aplicación de las políticas públicas emergentes en el interior de cada Estado. Tal situación se presentó a lo largo de todos los continentes, donde, orgánicamente, cada institución debió adecuarse a los requerimientos propios de cada país para enfrentar la pandemia. Elementos como la geografía, los índices de pobreza, la falta de vías de acceso, la extensión del territorio y la imposibilidad de abastecimiento por parte de ciertas comunidades fueron determinando los roles que desarrollarían las FF. MM. como soporte fundamental de la crisis dentro de sus países de origen (Red de Seguridad y Defensa de América Latina, 2020a,b).

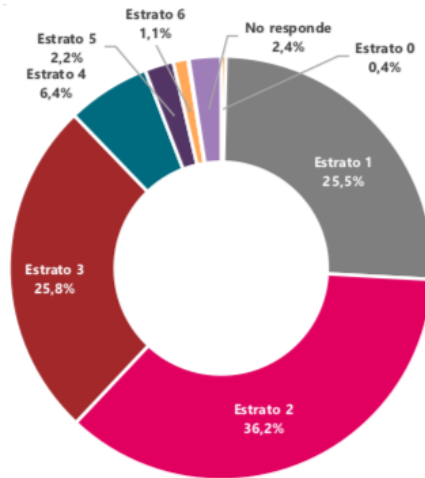
Sobre esto, la Red de Seguridad y Defensa de América Latina (2020b), a través del informe *La labor de Fuerzas Militares en contexto de crisis (Covid-19)*, recalcó que

[...] cuando observamos lo que sucedió en América Latina y en los países estudiados de Europa y de África occidental, vemos que las estrategias de respuesta se eligieron con carácter de urgencia y el uso de las fuerzas armadas se definió de acuerdo con las capacidades operativas nacionales. En países donde las fuerzas militares tienen una capacidad logística más desarrollada hubo una intensa actividad en el transporte de equipos médicos y personas, por ejemplo. En países donde existe inseguridad alimentaria, el papel en la distribución de alimentos fue recurrente. Cuando se implementó la cuarentena obligatoria, la necesidad de personal que supervisara la medida llevó a la participación militar en patrullas y puntos de control en muchos de los casos. (p. 2)

Por otra parte, las problemáticas impuestas por el Covid-19 y los factores de riesgos identificados por el PNUD (1994) evidencian que en Colombia son las

poblaciones rurales las que requieren mayor atención por parte del Gobierno nacional —respecto de la prestación de servicios de salud—; esto, debido a los retos geográficos, políticos, económicos y de seguridad, entre otros, que representan esas zonas, como se muestra en la figura 5.

Figura 5. Distribución de las defunciones por Covid-19 total, según estrato socio económico.

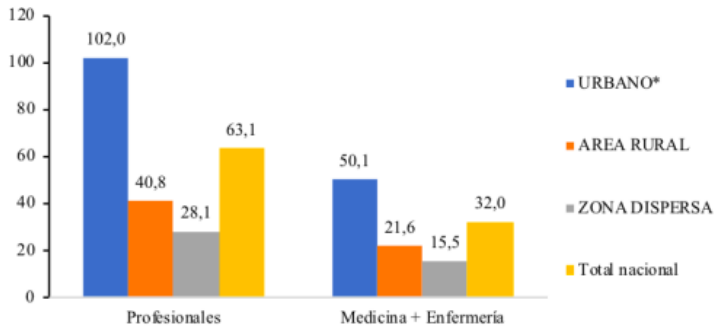


Fuente: DANE, Estadísticas Vitales-CNPV 2018 Pr. Cifras preliminares.

Nota: total, nacional del 2 de marzo de 2020pr al 11 de julio 2021pr

Un claro ejemplo de lo anterior es la ausencia de doctores y de enfermeras (personal de la salud) en las zonas más alejadas de los cascos urbanos en Colombia. Esta situación se evidenció en el informe realizado en 2018 por el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, y a través del cual se demostró que las zonas rurales en Colombia se hallaban en gran desventaja frente a las zonas urbanas, respecto a la prestación de servicios de salud para la población que las compone, como se muestra en la figura 6.

Figura 6. Densidad estimada de profesionales del área de la salud, según tipo de municipio. Colombia, 2016 (por 10 mil habitantes).



Fuente: estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. MSPS (2018).

De esta situación se derivan diversas problemáticas para el sector salud y los administrados, pues la ausencia de este personal se traduce en la imposibilidad de que los habitantes puedan recibir una atención médica adecuada que permita prevenir la propagación de enfermedades contagiosas o parasitarias, entre otras. Así mismo, sin el personal de la salud adecuado, es imposible darles diagnóstico ni tratamiento, de una manera oportuna y efectiva, a las enfermedades ya existentes dentro de la comunidad.

Además, la falta de infraestructura hospitalaria en las zonas rurales en el país y el mal estado de las vías que otorgan el acceso a estas zonas se han constituido en un gran obstáculo para garantizar el derecho fundamental al acceso a la salud de todos los colombianos, el cual se encuentra señalado en nuestra Carta Magna, en su artículo 49, y en la Convención de los Derechos Humanos y que frente a estas situaciones se fractura e impide el buen vivir de las personas.

Por lo anterior, los factores descritos representaron un reto para el Gobierno nacional, pues garantizar que estas zonas pudieran contar, mínimo, con elementos de protección personal para Covid-19, suministros de medicamentos adecuados para tratar el virus, personal de la salud que atendiera los casos presentados, infraestructura para prestar una adecuada atención médica y garantizar los procesos de vacunación no fue fácil y necesitó el apoyo de las FF. MM. para salvaguardar los derechos fundamentales de los colombianos.

Aquí es donde cobra mayor importancia el papel desarrollado por el Ejército Nacional, toda vez que este cuenta con una amplia capacidad operacional y personal capacitado para el desarrollo de actividades en estados de emergencia.

Lo anterior, debido a factores como: 1) la amplia presencia de esta institución a lo largo del país, 2) su capacidad para operar en zonas de difícil acceso, 3) su capacidad para implementar un control de acceso fronterizo y control del orden público y 4) su capacidad para operar vehículos aéreos, terrestres y fluviales que permiten llevar a cabo actividades de abastecimiento de alimentos y de insumos médicos, entre otros.

Es así como en el presente documento se hará un análisis del rol que desarrolla el Ejército Nacional en Colombia para apoyar la aplicación de la seguridad humana en materia de salud evaluando los mecanismos adoptados por la institución para lograr dicho objetivo, teniendo como precedente la pandemia de Covid-19 y los factores que se presentan en el interior del país (en zonas rurales), como los altos índices de pobreza, la falta de personal médico en ciertas zonas del país y la escasez de infraestructura que dificulta la prestación de los servicios, entre otros.

Estos factores motivaron a realizar la investigación bajo un enfoque metodológico cualitativo, y donde el objetivo de la investigación es la evaluación del rol del Ejército Nacional y la seguridad sanitaria en tiempos de pandemia en Colombia. De acuerdo con el diseño de investigación planteado se configuraron tres objetivos específicos: 1) identificar la incidencia de los ejércitos en el mundo, en la región y en Colombia como elemento de apoyo para la aplicación de la seguridad sanitaria en tiempos de pandemia; 2) analizar los factores de riesgo para la aplicación de la política de seguridad sanitaria en zonas de conflicto donde no es posible la aplicación de la seguridad humana, y 3) evaluar las políticas públicas en materia de seguridad sanitaria que han buscado reducir los riesgos o amenazas ante una posible futura pandemia y cómo el Ejército Nacional serviría de apoyo a estas.

Conceptualización de la seguridad en materia de salud

Para realizar un diagnóstico de la seguridad en materia sanitaria en Colombia, es indispensable empezar definiendo el concepto de seguridad humana. Esta noción tomó fuerza y visibilidad internacional a partir de la publicación del informe sobre el desarrollo humano realizado por el PNUD en 1994; sin embargo, el concepto ha sido sometido a varias interpretaciones a través del tiempo.

A la luz de diversos exponentes, podemos afirmar que la seguridad humana puede ser definida a través de una interpretación amplia o restringida, la cual será determinada por el origen de las amenazas que ponen en riesgo la seguridad de la población o el Estado en general.

Los autores que acogen una interpretación restrictiva o tradicional afirman que la seguridad humana es un concepto garante frente a amenazas que provienen fuera de los Estados, como los ataques militares, las migraciones masivas y la seguridad internacional en general (Mack, 2005). En contraposición, el concepto amplio de la seguridad humana se extiende más allá del Derecho Internacional Humanitario (DIH) y los conflictos fronterizos, pues la aplicación de esta noción incluye las amenazas que surgen del interior de los mismos Estados, y así se establece una distinción entre la *seguridad humana* y la *seguridad nacional*, cuyo principal enfoque de protección es el individuo (Mack, 2005). Esta última interpretación fue la acogida por el PNUD en su informe de 1994.

Sobre el particular, autores como Mack (2005) han expuesto que

[...] los impulsores de la seguridad humana están de acuerdo en que el individuo, antes que el Estado, debe ser el referente de la seguridad. A pesar de ello, no hay consenso en lo que respecta a la naturaleza de las amenazas sobre el individuo que deben considerarse. Los promotores de un concepto amplio de seguridad humana proponen que entre estas amenazas se incluyan el hambre, la enfermedad, la polución y otros daños, además de la violencia. No obstante, los críticos se oponen a ello, tanto por razones de tipo metodológico como pragmático. (p. 12)

Bajo un concepto amplio, los diferentes cambios sociales, políticos y económicos que ha enfrentado la sociedad a escala mundial han llevado a que el concepto de seguridad sea extendido más allá de la defensa de los propios Estados y sus fronteras, para convertir al individuo en su principal sujeto de protección, pues "lo importante es la protección del derecho humano a la vida y por lo tanto aquí aparece la nueva percepción de la seguridad como prevención de riesgos y peligros que afectan, sobre todo, a la salud, a la vida, etc." (Fernández, 2005, p. 90).

Partiendo de lo anterior, y a efectos de este escrito, adoptaremos el enfoque amplio del concepto de la seguridad humana presentado por el informe del PNUD de 1994, mediante el cual se ha establecido que la seguridad humana

[...] en primer lugar, significa seguridad contra amenazas crónicas como el hambre, la enfermedad y la represión. Y, en segundo lugar, significa protección contra alteraciones súbitas y dolorosas de la vida cotidiana, ya sea en el

hogar, en el empleo o en la comunidad. Dichas amenazas pueden existir en todos los niveles de ingreso y desarrollo de un país. (p. 26)

Según el informe del PNUD (1994), y adoptando el concepto amplio, podemos dividir las amenazas que afectan a la seguridad humana en siete categorías: "i) seguridad económica, ii) seguridad alimentaria, iii) Seguridad en materia de salud, iv) seguridad ambiental, v) seguridad personal, vi) seguridad de la comunidad y vii) seguridad política" (p. 28).

En el presente caso, centraremos nuestra investigación en las amenazas subyacentes que afectan la seguridad en materia de salud. Por tal motivo, procederemos a definir en qué consiste esta categoría de la seguridad humana, sus características y sus principales subdivisiones. Lo anterior, a fin de establecer unas bases conceptuales claras que nos permitan realizar un diagnóstico de la seguridad sanitaria en Colombia.

Por medio de su Constitución (1946), la OMS ha sido clara al exponer que la salud es un concepto que se extiende más allá de la ausencia de enfermedades en un individuo, por cuanto esta debe entenderse como la capacidad plena que tiene un sujeto para gozar de un bienestar íntegro que incluya sus aspectos físicos, mentales y sociales, entendidos como un derecho fundamental que cada Estado debe garantizar a sus ciudadanos en pro de la paz y la seguridad (p. 1).

Para los principales exponentes de la seguridad humana, la salud es un tema primordial en la agenda, pues, según muchos, es el pilar fundamental de los derechos que esta busca proteger y garantizar. Autores como Fernández (2005) afirman que

[...] el centro vital de la seguridad humana se puede definir como la supervivencia, los medios de vida y la dignidad. Una mala salud – enfermedades, lesiones, incapacidad y muerte- son amenazas críticas a la seguridad humana. Algunos problemas de salud están especialmente relacionados con la seguridad humana: las crisis sanitarias en los conflictos y las emergencias humanitarias, enfermedades infecciosas y los problemas relacionados con la violencia, la pobreza y la desigualdad, pero no son los únicos. (p. 174)

Ahora bien, partiendo de todos los conceptos abordados previamente en este capítulo, podemos definir que la seguridad humana en materia de salud consiste en que cada Estado, por medio de políticas públicas de acción y prevención, pueda instituir los medios idóneos necesarios para mitigar las amenazas provenientes de patógenos y enfermedades no patológicas, y proteger a los ciudadanos de las situaciones cotidianas pertenecientes a cada país que afectan su

acceso al derecho fundamental de la salud, como la pobreza, la falta de personal sanitario e insumos médicos y el desconocimiento de zonas rurales, entre otros, pues dicho tipo de factores impiden que toda la población pueda gozar de salud plena en los ámbitos físico, mental y social.

Respecto a sus características, la seguridad humana en materia sanitaria cuenta con dos núcleos esenciales: 1) acción y 2) prevención (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 19). El primero busca enfrentar las amenazas ya existentes que afectan la salud de la población, como la aparición y permanencia de enfermedades contagiosas tales como el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades respiratorias, el VIH/sida y el Covid-19, entre las más relevantes, y que aumentan los índices de muertes prematuras en los países. Así mismo, actúa frente a otros factores sociales que afectan la salud, como la falta de personal sanitario y prestación de servicios relacionados, estableciendo programas de atención médica al alcance de todos.

Por otro lado, el segundo núcleo se encarga de establecer programas de prevención que permitan disminuir, a futuro, los riesgos inminentes a la salud. Estas futuras amenazas pueden provenir de nuevas enfermedades o de factores sociales desarrollados en el interior de cada Estado; por tal motivo, su función es establecer cursos de acción temprana, que permitan desarrollar protocolos ante la aparición de nuevas epidemias y pandemias. Así mismo, busca desplegar programas enfocados en mejorar aspectos sociales críticos, como

[...] el pasivo prestacional de los hospitales, la ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología, la falta del sistema integral de información en salud, la debilidad en procesos de articulación departamento/municipio, las limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud, desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda, entre otros. (Ministerio de la Protección Social, 2005, p. 15-16)

En este punto, es válido recalcar que el instrumento idóneo para lograr los objetivos establecido por el Ministerio de Protección Social es la estructuración de políticas públicas robustas y eficientes en materia sanitaria. Sobre esto, Franco y Álvarez (2008) han expuesto que

[...] la política es la obtención y el ejercicio del poder. La forma en que éste sea utilizado por el Estado, por el gobierno o por los actores de la sociedad civil definirá las relaciones y la red de fuerzas sociales comprometidas –o no– con las demandas ciudadanas y los derechos humanos. La salud pública depende

en gran medida de la política y de los actores que actúan en función de ella.
(p. 280-281)

De esta apreciación, surge la necesidad de que los Estados reestructuren sus políticas públicas con el fin de garantizar a su población el derecho fundamental a la salud. Dicha reestructuración debe ser elaborada con base en las características y deficiencias presentes dentro de cada país, partiendo de sus cambios sociales, políticos y económicos, entre otros.

En este punto, es indispensable destacar que la seguridad humana en materia de salud cuenta con diversas subdivisiones, las cuales se hallan sujetas a las características propias de cada Estado, y a las que se puede considerar amenazas directas a la salud de sus administrados.

En Colombia, la seguridad sanitaria tiene las siguientes subdivisiones, que representan una amenaza a la seguridad:

1. La ausencia y deficiencia de las políticas públicas en materia de salud.
2. La imposibilidad de la población de zonas rurales y de conflicto armado para acceder a los servicios de salud.
3. La aparición de nuevas pandemias que afectan la salud de la población colombiana.

Situación actual de la seguridad en materia de salud en Colombia

Partiendo de lo expuesto previamente, realizaremos un diagnóstico de la seguridad humana en materia de salud en Colombia tomando en cuenta las subdivisiones presentadas en el apartado anterior. Ello, con el fin de establecer cuáles son las deficiencias que presenta el país en el área de la salud, y para las cuales el Gobierno deberá desarrollar nuevas estrategias y cursos de acción, con el fin de garantizar a la población un acceso pleno y eficiente a los servicios de salud.

Situación actual de las políticas públicas en materia de salud

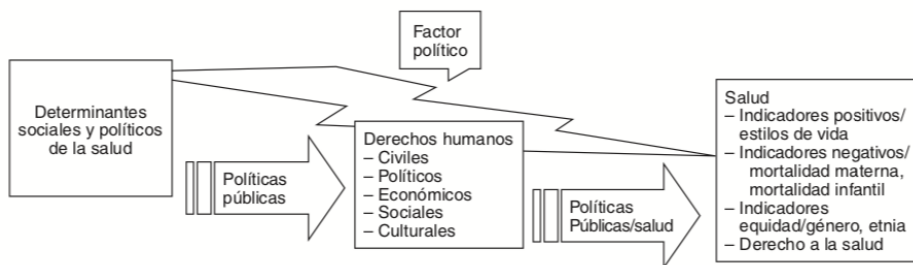
Para determinar la situación actual de las políticas públicas en materia de salud en Colombia, debemos empezar reconociendo que estas son "un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y

encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática" (Velásquez, 2009, p. 156).

Tal como se abordó en el capítulo anterior, las políticas públicas son la herramienta más apropiada y eficiente para darle garantía y aplicación a la seguridad humana, pues son las encargadas de establecer los mecanismos para proteger los derechos políticos, económicos, sociales, civiles y culturales de todos los administrados.

En materia de salud, esto no es la excepción, ya que dichos instrumentos son capaces de identificar las problemáticas propias de esa área y determinar los caminos de acción y prevención necesarios para garantizar la salud como un derecho fundamental de la población, como se muestra en la figura 7.

Figura 7. El factor político y su influencia sobre la salud.



Fuente: Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud (Franco & Álvarez, 2009, p. 283).

En Colombia, la salud se encuentra a cargo del Estado; por ende, el Gobierno ha seleccionado al Ministerio de Salud y Protección Social como el principal departamento administrativo encargado de desarrollar políticas públicas, programas y planes de acción para garantizar que todos los ciudadanos colombianos tengan acceso a la salud con los estándares de calidad apropiados. Lo anterior, en concordancia y cumplimiento con lo establecido por la Constitución Política de Colombia (1991) en su artículo 49.

Una vez abordado lo anterior, es indispensable analizar el desarrollo e incidencia actual de las políticas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, con el fin de identificar sus ventajas y debilidades, y estructurar un panorama de la situación actual de la salud en el país.

Las políticas públicas desarrolladas y reguladas por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (MinSalud, 2005), cuentan con tres objetivos

esenciales: “mejorar el acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención en salud y generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas” (p. 19). Es decir, esos tres ejes estratégicos pueden entenderse como: 1) accesibilidad, 2) calidad y 3) eficiencia.

Como primer eje, la *accesibilidad* busca garantizar que toda la población dentro del territorio nacional tenga la oportunidad de acceder a la prestación de servicios de salud, tomando en cuenta factores culturales, económicos, geográficos y organizacionales de cada comunidad.

Por ende, según la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (MinSalud, 2005), las políticas adoptadas deben estructurarse tomando en consideración

[...] los términos de distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas, [...] la capacidad de pago, de los costos de acceso al lugar de la atención, y de la prestación del servicio, [...] los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios. [...] y las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios. (p. 20)

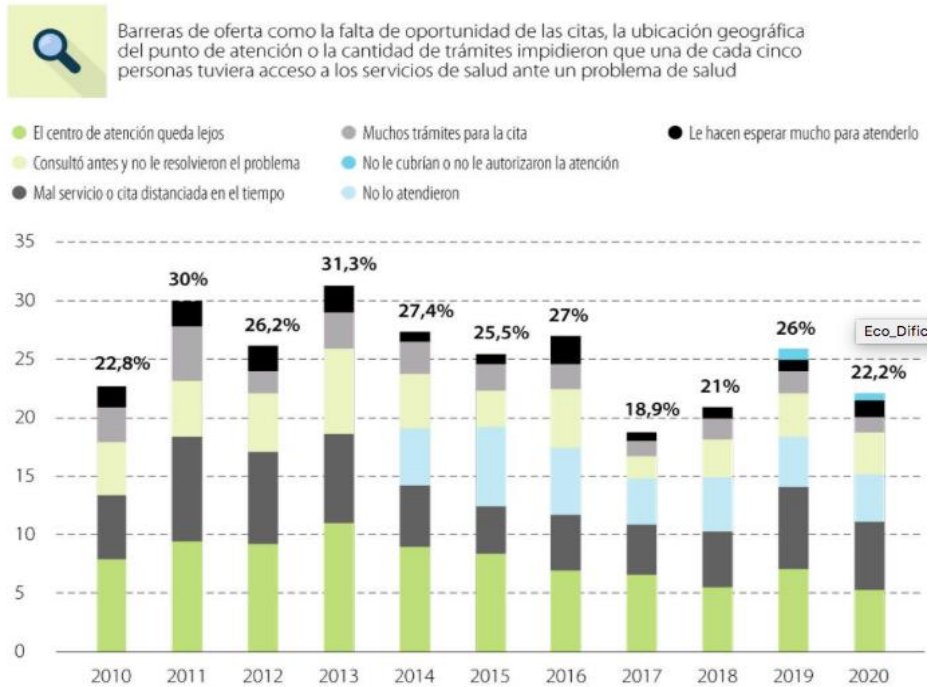
A pesar de que el ministerio ha desarrollado estrategias para fortalecer e incrementar las redes de prestación de servicios y ampliar la cobertura de diversas enfermedades y su tratamiento, en pro de garantizar un total acceso a los servicios de salud, las políticas adoptadas no han sido suficientes, como se muestra en la figura 8.

En concordancia con esta afirmación, en su Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2022) logró establecer que “para el año 2022, el 94,7% de las personas a nivel nacional manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)” (p. 4).

Sin embargo, a pesar de que gran parte de la población se encuentra afiliada a servicios de salud, Gaviria (2022) recalcó que

[...] según los resultados de este informe, uno de cada cinco pacientes en Colombia no han podido acceder a los servicios de salud debido a dificultades comunes e históricas como son la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites para llevar a cabo cualquier proceso médico. (p. 1)

Figura 8. Principales dificultades para acceder al sistema de salud (2010-2022).



Fuente: Consejo Privado de Competitividad.

Nota: gráfico LR-AL. Gaviria (2022).

Esto deja a la vista que un gran número de ciudadanos afiliados a los sistemas de salud no es suficiente para afirmar que estos tengan acceso a ella. Siguen destacándose factores como la falta de citas médicas, la lejanía de los centros de prestación de servicios y la no autorización de la atención médica. Estas situaciones, para el año en curso, siguen incidiendo en que un gran número de colombianos no pueda acceder a este servicio en el país. Se hace evidente, pues, la necesidad de mejorar las estrategias y políticas públicas en cuanto al acceso al sistema se refiere. (Piedrahita, 2019).

Como segundo eje, encontramos la calidad en la atención de los diferentes servicios de salud. Este debe entenderse "como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario" (MinSalud, 2005, p. 24).

Si bien el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de estas políticas, ha incluido estrategias para mejorar el talento humano en salud, impulsado una cultura ética en el personal prestador del servicio y establecido procesos de evaluación al servicio ofrecido, en los últimos años las denuncias presentadas por los colombianos ante la Superintendencia Nacional de Salud por la baja calidad de la atención médica ha venido en aumento.

Sobre esto, Cabrera (2018) afirma que

[...] la Superintendencia Nacional de Salud confirmó que siguen en aumento las quejas de los colombianos, exigiendo una mejor calidad del servicio médico en diferentes regiones del país [...] En el 2014 el total de quejas fue de 230.225; en el 2015 la cifra alcanzó las 325.322 denuncias; en el 2016 fue de 467.759; en el 2017 el registro llegó a 483.431, mientras que en este año 2018 se tienen 317.862 para un total en este periodo de 1 millón 824 mil 599 reclamos. (p.1)

Estas cifras han puesto en evidencia que muchos colombianos no se encuentran conformes respecto a la calidad del servicio de salud que reciben por parte de los prestadores de dicho servicio. La problemática debe ser tenida en cuenta por las autoridades encargadas de la elaboración de políticas públicas, para que todos los ciudadanos, sin importar la región donde residan o sus ingresos económicos, puedan recibir una atención médica de alta calidad.

Finalmente, como tercer eje encontramos la eficiencia. Cuando hablamos de la prestación de servicios de salud, este eje se refiere "a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos" (MinSalud, 2005, p. 16).

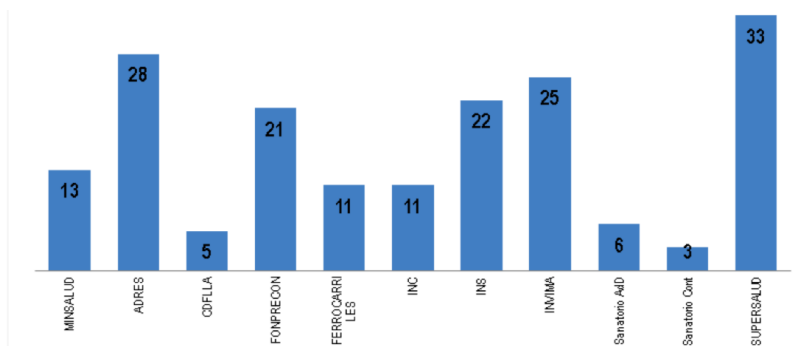
Desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han planteado diferentes estrategias para generar una mayor eficiencia en la prestación de servicios de salud, a fin de optimizar los recursos asignados a esa área, y así prestar el servicio con los más altos estándares de calidad a la población colombiana.

El Plan Nacional de Prestación de Servicios de la Salud instituyó diferentes estrategias y líneas de acción para mejorar las redes, al igual que estructuras como clínicas y hospitales, en todas las regiones del país; así mismo, buscó estrategias para incentivar a los prestadores del servicio a ofrecer un mejor servicio y diseñó diferentes modelos de rendición de cuentas por parte de estas empresas y entidades.

Si bien dichas estrategias no han sido en vano, Colombia presenta un alto índice de corrupción, lo cual ha generado que los fondos destinados a la salud

no sean bien administrados por parte de las autoridades nacionales y regionales encargadas. Según la Corporación Transparencia por Colombia (2023), en su informe #01-2023, Colombia sigue ubicado como un país con alta presencia de corrupción, lo cual representa un gran reto para el gobierno, ya que tal tipo de conductas está afectando directamente a los ciudadanos, pues la desviación ilegal y desmedida de fondos dificulta que el Estado pueda garantizar a sus administrados sus derechos fundamentales (p. 1), como se muestra en la figura 9.

Figura 9. Riesgos de corrupción en el sector salud y protección social.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales-Grupo de Desarrollo Organizacional.

Esta desafortunada situación ha tenido un impacto negativo dentro del sistema de salud, pues la desviación de fondos solo imposibilita garantizar la seguridad humana en materia de salud y vulnera directamente los derechos de los colombianos. Sobre el tema, Manrique y Eslava (2011) sostienen que

[...] la ley 100 de 1993 en Colombia aumentó los recursos con los que contaba el sistema de salud antes de su promulgación. Sin embargo, el aumento de los mismos se ha dado en mayor proporción en la cobertura que en el acceso real a los servicios alcanzados. De esta manera los resultados en salud no han sido los esperados. De ahí se deduce que los recursos no han llegado a los usuarios del sistema debido a la corrupción. Este fenómeno ha sido causa de muertes maternas, muertes infantiles y muertes por enfermedades crónicas que habrían podido ser evitadas, si se hubieran hecho las inversiones indicadas con los recursos disponibles. En otras palabras, los que se han apropiado de estos recursos son los responsables directos de estas muertes. De tal manera que el país ha perdido no solo el dinero que no se sabe dónde está, sino las vidas de los sujetos que no tuvieron acceso a los tratamientos oportunos

o a las actividades de promoción y prevención, para evitar dichos desenlaces en salud. (p. 312)

Para terminar, actualmente Colombia cuenta con políticas públicas en materia sanitaria; aun así, se requiere que estas sean reestructuradas para garantizar una verdadera seguridad humana en la materia, pues la ausencia de políticas robustas correspondientes a garantizar y proteger la salud como un derecho fundamental ha prolongado la existencia de problemáticas en este sector, las cuales históricamente han generado una deficiencia en la prestación de servicios de salud y, por ende, han comprometido el acceso de los colombianos a este derecho fundamental.

Situación actual del acceso a la salud para las poblaciones de zonas rurales y de conflicto armado

Actualmente, en el país existe una gran brecha de desigualdad entre las zonas urbanas y las rurales; las poblaciones más alejadas de los cascos urbanos suelen presentar altos índices de desempleo, pobreza y violencia; además, su ubicación geográfica, sus condiciones ambientales y la alta presencia de grupos armados en dichas zonas han dificultado el acceso de los organismos estatales a esas comunidades.

En materia de salud, las zonas rurales se encuentran en gran desventaja frente a las grandes ciudades, pues factores como los mencionados dificultan que los habitantes de dichas áreas puedan acceder a la prestación de servicios de salud de forma adecuada.

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de su Plan Nacional de salud Rural (2018b) ha reconocido que

[...] si bien a nivel nacional el país ha alcanzado cobertura universal (95% de la población está afiliada), existen aún rezagos importantes en algunos territorios del país. Dicho rezago se concentra, por lo general, en los municipios con un alto grado de ruralidad y dispersión poblacional, con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, y en algunas ocasiones, con un alto grado de incidencia del conflicto armado. (p. 8)

Tomando en cuenta lo expuesto por el ministerio, hemos podido identificar tres factores que dificultan la aplicación de la seguridad humana en materia sanitaria en las zonas rurales de Colombia: 1) el difícil acceso a las poblaciones rurales, debido a la presencia de grupos armados y su ubicación geográfica; 2) la falta de

personal de la salud en estas zonas apartadas, y 3) la carencia de estructuras como hospitales y clínicas e insumos médicos para la prestación adecuada de los servicios de salud (MinSalud, 2018b).

Respecto del primer factor, es importante destacar que Colombia, a diferencia de otros países en Latinoamérica, sufre un conflicto armado interno activo que se ha prolongado por más de sesenta años. A pesar de los diversos procesos de paz que han llevado a cabo los gobiernos en turno, cada día surgen más células pertenecientes a grupos armados, como el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), que ponen en riesgo la seguridad de estas poblaciones.

Respecto a la incidencia de los grupos armados en las zonas rurales, Caselles (2021) afirmó que

[...] el conflicto armado en Colombia es un tema de mucha importancia por el impacto social, económico, político y cultural que produce en las comunidades afectadas, que en su mayoría son las que se ubican en el campo. Este fenómeno, entre muchas de sus consecuencias, afecta las unidades familiares especialmente las rurales hasta el punto de modificarlas internamente, estas comunidades son las más afectadas directamente a causa de diversas acciones que se generan en estos espacios conflictivos y que de algún modo impiden un desarrollo y progreso en el campo colombiano. (p. 8)

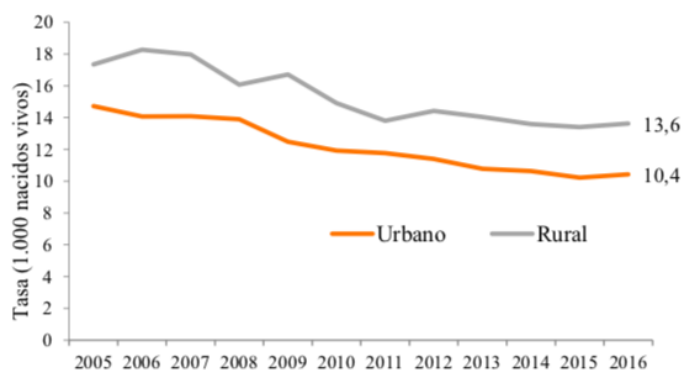
El accionar de estos grupos armados ha limitado la presencia del Estado en esas zonas y ha dificultado que las comunidades de zonas rurales puedan acceder a los servicios de salud, por el riesgo que representa para el personal médico ingresar a dichas áreas para prestar sus servicios. Según Garcés et al. (2020), "las zonas de mayor dificultad de acceso son aquellas en las que hay mayor presencia de actores armados. En estos municipios es común que la población termine confinada y aislada, imposibilitando a la Misión Médica prestar los servicios de salud" (p. 6).

Por otro lado, muchas de las comunidades rurales que carecen de un servicio de salud apropiado se encuentran en zonas de difícil acceso, debido a su ubicación geográfica, y requieren diferentes medios de transporte para poder ingresar a sus territorios. Un claro ejemplo son las poblaciones pertenecientes a Puerto Inírida, Guainía; Puerto Carreño, Vichada, y Mitú, Vaupés, donde solo es posible ingresar a través de transporte aéreo o fluvial.

La falta de atención médica de acción y prevención por estos factores ha traído como consecuencia el aumento de enfermedades contagiosas y no

patológicas en estas comunidades y, por ende, ha aumentado el índice de muertes prematuras en esas zonas, a causa del limitado acceso a la salud con el que cuentan estas poblaciones. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en Colombia es mayor en zonas rurales debido a las carencias que presentan los servicios médicos en dichas comunidades, como se muestra en la figura 10.

Figura 10. Tendencia del promedio urbano-rural en la mortalidad materna, Colombia (2005-2016).



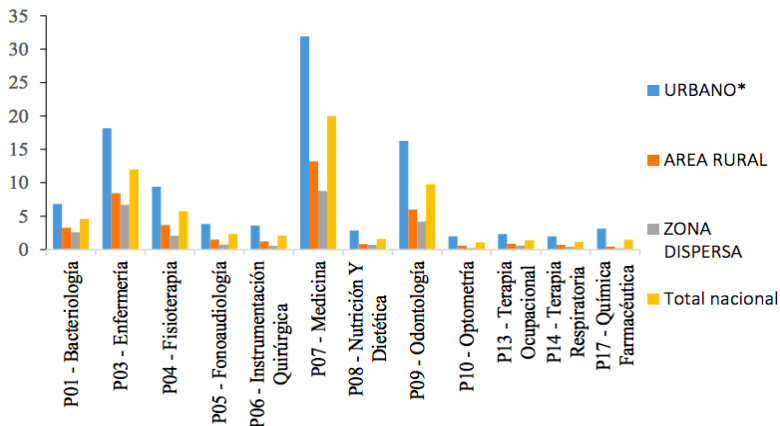
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Salud Rural (2018).

Sobre esto, el Plan Nacional de Salud Rural (2018b) destacó que

[...] a nivel nacional, entre 2005 y 2016 la tasa de mortalidad infantil pasó de 15,9 a 11,1 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Por zona de residencia, sin embargo, existe un exceso de alrededor de tres muertes por cada 1.000 nacidos vivos en la zona rural, en comparación con la zona urbana. Si bien la tendencia es decreciente en ambos casos, la brecha de desigualdad entre las zonas se mantiene a través del tiempo. De nuevo, los resultados sugieren la necesidad de implementar estrategias dirigidas a disminuir la brecha urbano- rural. (p. 10)

Ahora bien, el segundo factor identificado es la falta de personal de la salud en estas comunidades. Sobre ello, el Plan Nacional de Salud Rural (2018b) destacó, respecto a la prestación de servicios médicos, que “las barreras de acceso que enfrentan los ciudadanos de la zona rural del país están fuertemente asociadas al déficit de talento humano en salud en estas zonas” (p. 16).

Figura 11. Densidad estimada de profesionales del área de la salud-desagregado, Colombia, 2016 (por 10 mil habitantes).



Fuente: Estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, MSPS.

Nota: incluye área metropolitana.

La carencia de personal médico capacitado en las zonas rurales interfiere directamente con la aplicación de la seguridad humana en materia de salud, por cuanto reduce la posibilidad de que toda la comunidad pueda tener acceso a revisiones periódicas, a consultas con especialistas, a planes de vacunación, a programas de prevención y a la detección de enfermedades en etapas tempranas, entre otros (MinSalud, 2018b), como se muestra en la figura 11.

Esta problemática solo aumenta el riesgo de muertes prematuras en estas comunidades y vulnera el derecho que tienen todos los colombianos a acceder a la salud, lo que, a su vez, pone en riesgo la calidad de vida de las poblaciones ubicadas en zonas apartadas del país.

Finalmente, como tercer factor, encontramos la ausencia de centros de atención médica y la carencia de insumos y equipos médicos para el tratamiento y prevención de enfermedades en zonas rurales. Por ello, Vargas et al. (2021) han destacado sobre la red pública hospitalaria (Empresas Sociales del Estado [ESE]) que

[...] para 2012, de las 968 ESE habilitadas en el país, 657 (67,9%) estaban en riesgo, y para 2018 fueron 284 (34,1%). La región Andina aportó el 52,8% de las ESE en riesgo y 78,3% de las 23 instituciones liquidadas/fusionadas. De las ESE en riesgo, Antioquia aportó el 16,3% al país y el 33,3% a la región Andina y de las ESE liquidadas/fusionadas aportó el 47,8% al país y el 59% a la región. (p. 1)

Situación actual de las pandemias que afectan la salud de los colombianos

Para establecer cómo se encuentren el país y las políticas públicas en materia sanitaria frente a la aparición de nuevas pandemias que afectan la salud de la población, tomaremos como ejemplo la pandemia más actual que ha enfrentado la población colombiana y mundial: la generada por la propagación del virus SARS-CoV-2, anunciada por la ONU en marzo de 2020.

Factores propios del Covid-19 como su rápida propagación, la ausencia de un tratamiento efectivo, su alto índice de mortalidad y la obligatoriedad de que los hospitales contaran con la capacidad, equipo médico e insumos necesarios para atender a un gran número de pacientes llevaron a que el Estado, las empresas prestadoras de servicios de salud (EPS) y el personal médico adaptaran sus políticas y procesos para garantizar que la población pudiera tener pleno acceso a los servicios de salud durante la emergencia sanitaria.

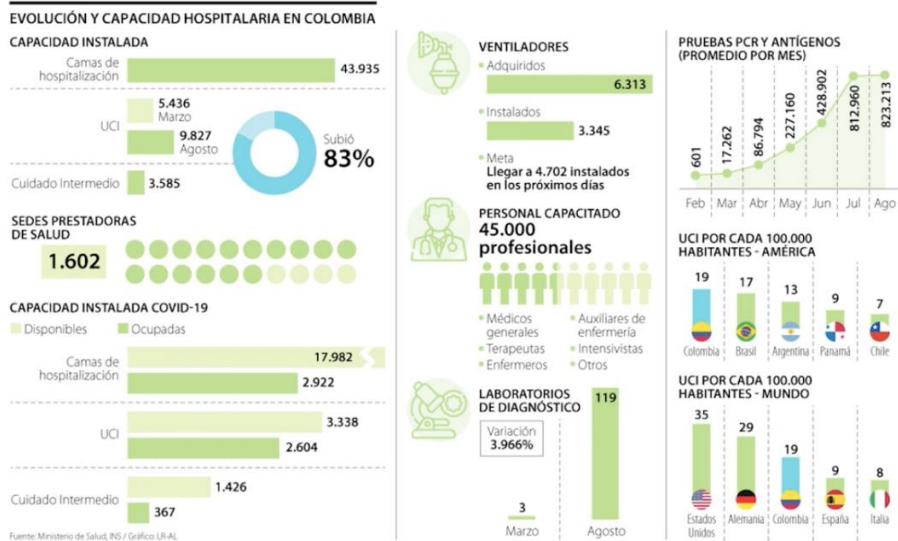
Diferentes medidas adoptadas por el Gobierno nacional, como la instauración de "los procedimientos de atención ambulatoria a poblaciones vulnerables (Resolución 521 de 2020) y el Plan de acción para la prestación de servicios en contención y mitigación (Resolución 536 de 2020)", ubicaron a Colombia como uno de los países de Latinoamérica más eficientes a la hora de enfrentar la crisis. (Ministerio de Protección Social, 2020, p. 1).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020), durante la emergencia sanitaria, las políticas públicas establecidas por el Gobierno nacional fueron eficientes y lograron ampliar en más del 50 % la capacidad hospitalaria instalada en Colombia, como se muestra en la figura 12.

Por otro lado, es importante recalcar el papel que jugó el Ejército Nacional como herramienta para la aplicación de las políticas públicas durante la emergencia sanitaria de 2020, pues "los roles desempeñados por las Fuerzas Militares (FF. MM) transitaron desde el apoyo a la movilidad, pasando por el control del orden público y el apoyo a los procesos de vacunación" (Cerón & Rico, 2022, p. 120).

Para hacer frente a la crisis, el Ejército puso en marcha la Operación San Roque, la cual perseguía cuatro objetivos: "1. Preservar la integridad de la Fuerza; 2. Mantener la capacidad operacional; 3. Desarrollo de operaciones; 4. Asistencia a la autoridad civil y atención humanitaria a la población" (Conferencia de Ejércitos Americanos, 2020, p. 1).

Figura 12. Evolución y Capacidad Hospitalaria en Colombia.



Fuente: Ministerio de Salud INS/ Gráfico LR/AL (2020). <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

Dentro de las medidas y acciones establecidas por el Ejército para proteger a la población civil durante la crisis sanitaria, se debe destacar que la institución, desplegando sus capacidades aéreas, fluviales y terrestres, operó el suministro de alimentos y de elementos de bioseguridad a más de 25 departamentos en Colombia y realizó el transporte y entrega de ayudas humanitarias establecidas por distintos programas gubernamentales, como Adulto Mayor y Colombia está Contigo (Conferencia de Ejércitos Americanos, 2020).

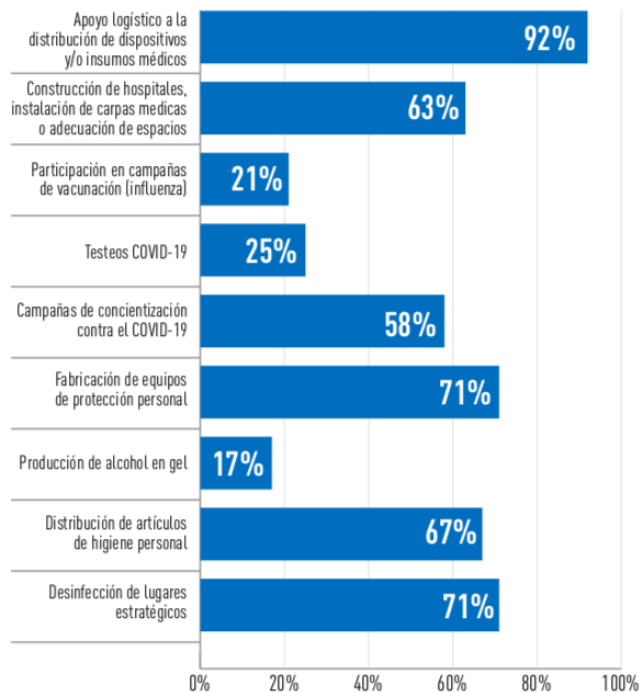
Por otra parte, la institución “estableció más de 3.241 puestos de control en todas las vías nacionales y a nivel fronterizo garantizando el cierre de fronteras en todo el territorio nacional ordenado por el gobierno nacional” (Conferencia de Ejércitos Americanos, 2020, p.1). Ello, como estrategia para evitar la propagación del virus a lo largo del territorio y garantizar el orden público. Así mismo, distintas unidades del Ejército instalaron hospitales reubicables en zonas que no contaban con la infraestructura hospitalaria requerida para atender a la población, y así facilitaron el acceso de más colombianos a los servicios de salud.

Sobre el rol desarrollado por esta institución en la crisis sanitaria, Cerón y Rico (2022) han expuesto que

[...] en Colombia, en particular, dicha participación ha evidenciado nuevos roles para las FF. MM. en el sentido de que proyecten, construyan y desplieguen en el territorio nuevas capacidades relacionadas con el control de nuevos desafíos presentes en los contextos de seguridad. Tales desafíos inicialmente estuvieron relacionados con el proceso de construcción de paz en el territorio, pero en el contexto de la nueva enfermedad y su contagio han mutado hacia situaciones asociadas con brigadas de salubridad, la atención de emergencias y la contención de la población civil en situación de crisis. (p. 126)

Por su parte, la Red de Seguridad y Defensa de América Latina (2020) recalcó las acciones emprendidas en el marco de la pandemia de Covid-19 por los ejércitos de países como Colombia, México, Chile y Ecuador, entre otros. En este informe, se destacó la importancia de esta institución para la asistencia a los sistemas de salud y el abastecimiento de medicamentos y vacunas durante la crisis de Covid-19 (p. 3), como se muestra en la figura 13.

Figura 13. Asistencia al sistema de salud. Porcentaje de países en los que las FF. AA. desarrollaron cada una de las acciones mencionadas.



Fuente: Red de Seguridad y Defensa de América Latina. *La labor de las Fuerzas Militares en Contexto de Crisis Covid-19 N.º 2* (2020b).

Una vez acotado lo anterior, podemos afirmar que la labor realizada por el Ejército Nacional durante la pandemia de Covid-19 en Colombia pone en evidencia que la institución es una herramienta indispensable para aplicar las políticas públicas establecidas en el marco de emergencias sanitarias, como las pandemias.

Finalmente, cabe anotar que si bien Colombia, a través de la gestión realizada por el Gobierno nacional durante la pandemia, logró marcar la diferencia frente a otros países de Latinoamérica, “no existe en ningún país una norma permanente y general de política pública en salud, ni un marco regulatorio para situaciones generadas por virus o pandemias, ya que se considera que estos fenómenos se presentan entre grandes intervalos de tiempo” (Hernández, 2021, p. 20); por ende, se deben desarrollar estrategias encaminadas a mejorar de forma integral el sistema de salud, por medio de políticas públicas que garanticen que toda la población pueda tener acceso a dichos servicios en caso de una nueva pandemia.

Reflexiones y conclusiones

Una vez anotado todo lo anterior, podemos sacar las conclusiones que se listan seguidamente.

En Colombia persiste una brecha de desigualdad entre las zonas rurales y las urbanas, frente al acceso a servicios de salud. Las zonas más alejadas de los cascos urbanos y con mayor presencia de grupos armados tienen un limitado acceso a estos servicios. Factores como los altos índices de violencia, la falta de agua potable, el difícil acceso a estas zonas, debido a sus características geográficas, y el desconocimiento de dichas poblaciones por parte del Estado dificultan que las comunidades rurales puedan gozar plenamente de ese derecho fundamental, y fragmentan así los presupuestos constitucionales y dificultan la aplicación de la seguridad humana en materia de salud.

Actualmente Colombia no tiene políticas públicas robustas que generen planes de acción y prevención eficientes para que la población pueda gozar plenamente del acceso a la salud y sus derivados. Elementos como la ausencia de infraestructura sanitaria (hospitales, clínicas y centros de atención médica), la falta de personal de la salud en algunos territorios del país, la ausencia de medicamentos en algunos municipios, la baja capacidad de los centros de atención médica para atender a todas las personas que lo requieren y la corrupción en el

sector salud ponen en evidencia que las políticas públicas desarrolladas por el Gobierno carecen de eficiencia para garantizar la seguridad humana en materia sanitaria en Colombia.

El Ejército Nacional es una herramienta fundamental para dar cumplimiento a las políticas públicas sanitarias y lograr la aplicación de la seguridad humana en esta materia. Factores como su presencia a lo largo de todo el territorio colombiano, su capacidad operacional fluvial, terrestre y aérea y sus recursos técnicos y humanos facilitan el cumplimiento de estas políticas ejerciendo programas que garantizan la protección de la población civil y facilitando su acceso a servicios de salud; especialmente, en las zonas más apartadas de los cascos urbanos.

Colombia ha venido realizando un trabajo importante para enfrentar las pandemias que actualmente afectan la salud de los colombianos. Si bien el país logró desarrollar estrategias efectivas para combatir emergencias sanitarias, como la generada por el virus SARS-CoV-2, es evidente que dichos eventos son impredecibles y, por ende, Colombia debe estructurar mejores políticas sanitarias que permitan mejorar la capacidad hospitalaria y la atención médica para todos sus usuarios, con el fin de garantizar que ante una nueva pandemia se tengan los medios necesarios para atender la crisis y garantizar una seguridad humana en materia de salud en estos casos.

Agradecimientos

Quisiéramos expresar nuestro más profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que contribuyeron de manera significativa a la realización de esta obra académica. Sus aportes valiosos fueron decisivos para la culminación de este proyecto. En primer lugar, deseamos agradecer a la doctora María Antonieta Corcione, directora de tesis, por su orientación, sabiduría y paciencia a lo largo de este proceso. Sus valiosos consejos enriquecieron y guiaron el desarrollo de la investigación.

A quienes brindaron un incondicional apoyo durante la cursada académica, con sus debates y reflexiones colectivas esenciales para el desarrollo del trabajo final, gratitud sincera para Camacho Osma Merly Yohana, Maldonado Linero Clemente Rafael y Vásquez Mora Juan Felipe.

Referencias

- Alvarado Rueda, S. I., Mejía Sepúlveda, G. M., Moreno Bermúdez, D. R., Ortiz Calderón, L., Salgado Rios, L. T., & Sánchez Rentería, S. (2021). *Aumento del acceso a pruebas clínicas en zonas rurales por medio de dispositivos de bajo costo*. Universidad de los Andes.
- Andrew, M. (2005). El concepto de seguridad humana. 30(90)
- Arbeláez Campillo, D. F., Adreyeuna Dudareva, M., & Rojas Bahamón, M. J. (2020). Las pandemias como factor perturbador del orden geopolítico en el mundo globalizado. *Cuestiones Políticas*, 36(63), 134-150.
- Bran, L., Valencia, A., Palacios, L., Gómez, S., Acevedo, Y., & Arias, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Colombia, 2013-2017. *Hacia. Promoc. Salud*, 25(2), 29-38. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>
- Constitución Política de Colombia [Const]. Julio 6 de 1991 (Colombia).
- Caselles Ortiz, J. L. (2021). *Incidencia del conflicto armado sobre el desarrollo rural en el municipio de Convención, Norte De Santander durante el periodo* [Monografía]. Universidad de Pamplona.
- Cerón Rincón, A., & Rico Venegas, Y. (2022). Nuevos roles militares y otras medidas asociadas a la gestión del riesgo en relación con la pandemia de la COVID-19 en Colombia. *Ciencia y Poder Aéreo*, 17(1), 116-127. <https://doi.org/10.18667/cienciaypoder-aereo.745>
- Conferencia de Ejércitos Americanos, Ciclo XXXIV. (2020). *CEA y Coronavirus* (pp. 1-16). Ejército Nacional.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Estadísticas Vitales – EEVV Defunciones por COVID-19 2 de marzo de 2020pr al 11 de julio de 2021pr* (Boletín de defunciones por COVID-19) [Boletín Técnico]. DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2023). *Comunicado de prensa Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV)* (pp. 20-10) [Comunicado].
- Diez Mayrena, J. C. (2021). La capacidad militar de las fuerzas armadas y los derechos fundamentales de las personas en el contexto de la respuesta frente a la covid-19. *Revista de Ciencia e Investigación en Defensa (CAEN)*, 2(1), 20-30. <https://doi.org/10.58211/recide.v2i1.50>
- Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. (2018). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Fernández Pereira, J. P. (2005). *Seguridad Humana*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Franco Giraldo, Á., & Álvarez Dardet, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 280-286. <https://tinyurl.com/27aeu774>

- Garcés, I. C., Ramos, S. M., Quiceno, N., García, M. A., Ochoa, M., Bedoya, E., & Ruiz, L. E. (2020). Experiencias de la misión médica en Colombia. Voces en medio del conflicto armado. *Rev Gerenc Polit Salud*, 19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.emmc>
- Hernández Carrillo, E. M. (2021). *Política pública sanitaria en Colombia en tiempos de pandemias*. Universidad Militar Nueva Granada.
- Huamán-Saavedra, J. J. (2020). La pandemia del COVID-19. *Revista Médica de Trujillo*, 15(2), 53-54.
- International Labour Office. (2015). *Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. (Datos mundiales sobre las desigualdades en materia de protección de la salud rural: Nuevos datos sobre los déficits rurales en la cobertura sanitaria para 174 países)* (N.o 47; pp. 1-58). <https://tinyurl.com/3jzpa2mc>
- Kreibohm, P. (2020). Tres pandemias en la historia. *Relaciones Internacionales*, (58), 289-294.
- Gaviria, N. (2022, 10 de junio). Uno de cada cinco pacientes reportó inconvenientes para acceder al sistema de salud. *La República*. <https://tinyurl.com/svpufmm>
- Mack, A. (2005). El concepto de seguridad humana. *Papeles*, 30(90), 11-18.
- Manrique Villanueva, L., & Eslava Schmalbach, J. (2011, diciembre). Auscultando la Corrupción en la Salud: Definición y Causas. ¿Qué Está en Juego? *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(4), 308-314.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *La Salud es de Todos* (Rendición de Cuentas N.o 1; Informe de Gestion 2018, pp. 1-109). MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Plan Nacional de Salud Rural*. MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Medidas para afrontar la covid-19 tras un mes de su llegada al país. *Boletín informativo* N.o 131. MinSalud.
- Murillo, G. (2011). Recordando a la gripe española. *Med Int Mex*, 27(5), 463-466.
- Organización Internacional del Trabajo. (2015). *Datos mundiales sobre las desigualdades en materia de protección de la salud rural: Nuevos datos sobre los déficits rurales en la cobertura sanitaria para 174 países*. <https://tinyurl.com/mp7jptpc>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos, Constitución OMS*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023) *Tablero de la OMS sobre el coronavirus (COVID-19)*. <https://covid19.who.int/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Reporte Situación Covid-10 Colombia*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1994). *El Informe Sobre Desarrollo Humano 1994*. PNUD.

- RCN Noticias, & Cabrera, D. (2018, octubre 2). *Aumentan las quejas de los colombianos contra las EPS*.
- Red de Seguridad y Defensa de América Latina (REDAL). (2020a). *La labor de Fuerzas Militares en contexto de crisis COVID-19*. Boletín N.o 1, 1-15. https://www.resdal.org/assets/Boletin_COVID.pdf
- Red de Seguridad y Defensa de América Latina. (2020b). *La labor de las Fuerzas Militares en contexto de crisis COVID-19*. Boletín N.o 2, 1-25). https://www.resdal.org/assets/resdal-boletin_covid-19n2_esp_final.pdf
- Ruiz, A. M., & Barajas, E. (2020). VIH/SIDA, la pandemia del cambio de milenio. *Revista Medicina*, 42(2), 183-297.
- Sosa, M. A. (2020). Reflexiones: las Fuerzas Armadas Argentinas en tiempo de pandemia. *Boletín Informativo del Grupo de Jóvenes Investigadores*, 2.
- Tapia, M. A. B., & Sierra-Zamora, P. A. La empleabilidad de las fuerzas armadas por los Estados en una nueva época. El caso peruano¹. *Ética Militar y Fuerza*, 131.
- Corporación Transparencia por Colombia. (2023). *Comunicado # 01-2023*.
- UNDP. (1994). Report, Chapter 2: "New Dimensión of Human Security", P22, in http://hdr.undp.org/reports/global/1994/en/pdf/hdr_1994_ch2.pdf
- Vargas Peña, G. S., Ruiz Sánchez, L. E., & Martínez Saldarriaga, L. A. (2021). El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.erph>
- Velásquez Gavilanes, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". *Desafíos, Bogotá (Colombia)*, (20), 149-187.