

**JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN EL CONTEXTO DE TERRIROTIOS RURALES  
DURANTE PANDEMIA: UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

**NATALIA MILAGROS CATALÁN GARCIA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO: ESPECIALISTA EN  
BIOÉTICA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA  
ESPECIALIZACIÓN EN BIOÉTICA**

**BOGOTA**

**30 DE JUNIO DE 2022**

# JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN EL CONTEXTO DE TERRIROTIOS RURALES DURANTE PANDEMIA: UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA

## Resumen

Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), un porcentaje importante de la población colombiana está distribuida en zonas rurales. Precisamente en estas áreas habitan las poblaciones con mayor nivel de pobreza. Generalmente estos grupos poblacionales tienen como principal actividad económica la agricultura, sin embargo factores como el acceso ineficiente a servicios públicos, salud, educación y recreación, contribuyen al aumento de los niveles de pobreza, situación que se ha visto favorecida por el conflicto armado, desplazamiento forzado, y demás hechos violentos que han acompañado la historia de Colombia.

Sumado a esto, el contexto de la pandemia por Covid-19, ha empeorado el panorama en este grupo social pues los determinantes sociales que se ven vulnerados, predisponen al desarrollo de la enfermedad y de inequidades, aumentando finalmente la brecha entre ricos y pobres.

Teniendo en cuenta lo anterior, el siguiente trabajo tiene por objetivo principal realizar un análisis del principio de justicia distributiva propuesto por Beauchamp y Childress y la Declaración de Derechos Humanos propuesta por la UNESCO, teniendo como centro de referencia el territorio rural en el contexto de la pandemia por Covid-19, partiendo de las experiencias personales a lo largo del ejercicio del Servicio Social Obligatorio y de acuerdo a lo anterior, establecer posibles cursos de acción bajo una perspectiva bioética a partir de los dilemas surgidos.

**Palabras clave:** Justicia distributiva, zona rural, pandemia, Declaración de Derechos Humanos, determinantes sociales, inequidades.

## Introducción

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda elaborado por el DANE en 2018, el 15.8% de la población colombiana está localizada en zona rurales, porcentaje que corresponde al 7'624.842 personas, lo cual representa una cifra significativa para el país. A pesar de que el 84,2% restante habita en centros poblados y cabeceras municipales, la población rural históricamente se ha caracterizado por sus altos niveles de pobreza (DANE, 2018).

Este hecho se ha visto afectado por el desinterés del Estado en estos territorios, lo cual se ha traducido en infraestructura precaria en estas zonas, cobertura deficiente y en algunos casos inexistente de servicios públicos, abandono institucional que ha generado como consecuencia inversión deficiente en educación, tecnología, recreación y demás. Todo lo anterior sumado al conflicto armado, desplazamiento forzado, y la concentración de la propiedad privada a manos de los poderosos; hechos que han caracterizado la historia en los últimos años, ha generado brechas sociales, lo cual ha acrecentado las barreras entre ricos y pobres, que si bien disminuyó en el último año según El Espectador, aún existen diferencias significativas en comparación con cifras prepandemia en 2019 (El Espectador, 2021).

En el contexto actual de la pandemia por Covid-19 (que en el caso de Colombia experimenta su quinto pico), donde la variante omicron posee un comportamiento altamente contagioso y donde en este momento, la susceptibilidad a contraer la infección es similar en todos los grupos poblacionales sin distinción del nivel de recursos; aquellos sujetos que habitan en condiciones de hacinamiento, conviven con malas condiciones de salubridad, y poseen servicios de salud deficientes, presentan mayor riesgo de complicaciones, desenlaces desfavorables y muerte.

## Desarrollo

Aunque la posibilidad de una pandemia estaba lejos del imaginario colectivo, el 2020 sorprendió al mundo con el advenimiento del Covid-19, poniendo de rodillas al universo, pues ni los gobiernos, ni la sociedad, ni los profesionales sanitarios estaban entrenados para esta situación. Como consecuencia de este hecho, la economía decreció, los equipos de salud experimentaron una carga física y mental inimaginable, se apagó la vida de millones de personas y muchos de los sobrevivientes experimentaron secuelas físicas, psicológicas y económicas que aún persisten. Todo esto conllevó destacó al replanteamiento los sistemas sanitarios, económicos y sociales que operaban con normalidad hasta ese entonces.

A pesar que toda la población se vió afectada por el SarsCov2 sin distinciones, fueron precisamente los miembros de los estratos más bajos quienes experimentaron las peores consecuencias más devastadoras ya que los esfuerzos realizados hasta ese entonces para establecer sociedades más equitativas vinieron al piso, pues la desigualdad entre ricos y pobres se hizo más evidente, la pobreza creció significativamente, y se alcanzaron niveles de pobreza extremos, no observados hace más de dos décadas.

Por ejemplo, según cifras del Banco Mundial en su informe titulado *Resumen del año 2021 en 11 gráficos: la pandemia de la desigualdad*, en el 2021 el Covid-19 desencadenó impactos desproporcionados en los pobres y vulnerables, incluyendo la recuperación económica desigual, acceso inequitativo a vacunas, aumento de pérdidas de ingreso y disparidad en el aprendizaje (Banco Mundial, 2021).

A nivel personal, durante el desarrollo de mi pregrado la idea de la existencia de las desigualdades en Colombia siempre estuvo presente, teniendo en cuenta que los recursos no eran distribuidos de manera equitativa entre la población, hecho

que podía percibir incluso en la región de donde procedo, sin embargo no fue sino hasta el desarrollo de mi Servicio Social Obligatorio donde las inequidades e injusticias fueron tan evidentes que tuve que experimentarlas cara a cara, que si bien era un asunto relevante, en el momento histórico de la pandemia se hizo mas visible, teniendo en cuenta que al igual que en mi situación, muchas de las plazas ofertadas presentaban condiciones precarias para sus habitantes y para los profesionales de salud asignados, la ausencia del Estado en estas zonas era absoluta, y la población desconocía el panorama nacional relacionado con la pandemia por Covid-19. Fue precisamente esta experiencia, la cual se convirtió en la motivación principal para estudiar de manera juiciosa el campo de la bioética, en el afán de entender la situación social de la población que allí habitaba y poder dar respuesta a los dilemas éticos a los cuales me ví enfrentada y en ese momento fueron difíciles de resolver teniendo en cuenta mi falta de conocimiento y acceso a la información propias de este momento.

Situaciones que los habitantes tenían arraigadas a su rutina como la falta de agua potable y alimentos, falta de conectividad y acceso a internet y comunicaciones, las vías de acceso en mal estado, un centro de salud sin implementos para el tratamiento de patologías de atención primaria, sumado a las pobres garantías laborales de los profesionales de salud que se traducían en sobrecarga laboral, bajos salarios, y falta de acceso a las compensaciones establecidas por la ley, generaban renuncias frecuentes de los trabajadores, entorpeciendo el manejo multidisciplinario de los principales problemas del territorio, a pesar de ser un número de población importante. Sumado a esto, los saberes ancestrales de la comunidad chocaban con la medicina occidental generando conflictos en la relación médico-paciente. Estos hechos se agrababan con la pandemia pues la desinformación, el miedo, y la no comprensión del proceso salud-enfermedad ponían en riesgo la salud y el bienestar de la población.

Algunas de las historias más impactantes que viví a lo largo de aquellos meses fueron las siguientes:

- Al llegar a la plaza, me informaron que era la única médica en años en aceptar la asignación del Ministerio, pues tan pronto los profesionales de salud conocían las instalaciones y condiciones para el ejercicio de su labor, optaban por renunciar sabiendo las sanciones que esto acarrearía.
- Al no tener acceso a internet ni telecomunicaciones por la carencia de servicios públicos, no podían realizarse llamadas, por lo cual realizar las remisiones era complejo pues los pacientes sólo podían ser aceptados en instituciones de mayor complejidad si se podía establecer contacto con la institución receptora.
- La población no contaba con áreas de recreación ni esparcimiento, y el proceso de aprendizaje en la virtualidad no pudo llevarse a cabo teniendo en cuenta la falta de herramientas para desarrollar esta alternativa educativa, lo cual afectó significativamente la salud emocional de la población infantil y adolescente.
- Al no contar con vías de acceso adecuadas, los pacientes solo podían ser remitidos si la crecida del río permitía el paso de la ambulancia de un municipio a otro.
- Teniendo en cuenta que la población poseía saberes ancestrales arraigados, no estaban de acuerdo con muchos de los tratamientos establecidos por el médico tratante por lo cual la adherencia a los planes terapéuticos no era óptima, lo cual generaba complicaciones de patologías básicas.

Todas las situaciones previamente mencionadas son ejemplos de la violación al principio de justicia distributiva propuesto por Beauchamp y Childress en su libro *Principios de Ética Biomédica*, y a los Derechos Humanos propuestos en la Declaración de la UNESCO.

Con respecto al principio de justicia distributiva abordado por Beauchamp y Childress (1999) en su libro *Principios de Ética Biomédica*, se puede definir la misma como la distribución equitativa de los derechos y deberes en la sociedad,

cuya violación conlleva a escasez y competitividad. Por tanto uno de los objetivos principales consiste en disminuir o erradicar aquellas formas injustas de distribución, dando a todos los individuos una oportunidad justa cuando se presenten desventajas inevitables en comparación con el resto de las personas. Por otro lado, estos dos autores exponen que la violación a la justicia distributiva no sólo tiene que ver con dificultades de acceso a servicios de salud sino también al alto costo de seguros adicionales, exclusión de ciertas patologías dentro del plan de salud, etc (Beauchamp y Childress, 1999, p.312).

Otras perspectivas que tienen que considerarse en relación a estos principios son las siguientes: la primera relacionada con el derecho al acceso igualitario a la atención sanitaria y la segunda con el derecho un mínimo decente de atención. Igualmente se debe saber de que forma se administrarán los recursos de asistencia sanitaria, para lo que Daniels (1985) argumenta que en la toma de decisiones se deben tener en cuenta varios aspectos como la clase de servicios que existirán en la sociedad, quien los recibirá, quien los repartirá, como se distribuirán las cargas de financiación y a partir de esto determinar cuanta asistencia sanitaria distribuir, que clase de asistencia brindar y para que problemas invertir.

En el caso de las zonas rurales, particularmente en Morcote, lugar donde desarrollé mi año rural, el principio de justicia distributiva se ha visto vulnerado a lo largo de los años pues el Estado enfoca su atención en grandes urbes al considerarlas fuentes principales de producción y desarrollo, ignorando aquellos territorios cuya actividad agrícola constituye el primer eslabón en los procesos de producción, como en mi territorio, donde las cosechas de maíz, papas, y demás tuberculos son cultivados para luego ser vendidos a otros municipios y sitios alejados y de esta forma establecer una forma de sustento estable. Igualmente los recursos económicos son desviados a aquellos territorios urbanos, los servicios básicos como salud y alcantarillado son de mala calidad, se realiza una inversión mínima para tecnologías y programas de promoción y prevención, y el acceso a

estas zonas es complejo teniendo en cuenta las inadecuadas vías de acceso. Por otro lado, debido a la falta de comunicación, la circulación de falsos mitos y el pobre acceso a los insumos necesarios, se dificulta el proceso de atención primaria, secundaria y terciaria de las principales patologías en salud.

En relación a la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos propuesta por la UNESCO (2005) la cual teniendo en cuenta los problemas éticos derivados de la medicina, las ciencias de la vida, y las tecnologías, consagró los principios para regir el respeto por la dignidad de los individuos, los derechos humanos y las libertades fundamentales (Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005, Artículos 1 y 2), es evidente que en las zonas rurales, sobretodo en el contexto de pandemia, no fueron tenidos en cuenta:

- Artículo 3: Relacionado con la dignidad humana y derechos humanos, el cual es vulnerado ya que la ausencia del Estado y la distribución inequitativa de recursos se convierte en una forma de discriminación hacia el territorio.

También se viola el derecho de acceso a la información pues como en mi caso, al no contar con servicio de internet y comunicaciones, la información era transmitida de manera tardía, el proceso de educación virtual no pudo llevarse a cabo, la circulación de mitos erróneos dificultaba el conocimiento del proceso de salud-enfermedad lo cual se traducía en bajas tasas de vacunación, movimientos antivacunas y demás. Igualmente el derecho a la salud también se vió limitado pues la falta de recursos e instalaciones impedía el tratamiento de patologías de baja complejidad, además de dificultar la realización de medidas de atención primaria adecuadas y de un manejo multidisciplinario óptimo. Por otro lado se vulneraba el derecho al saneamiento básico ya que estas poblaciones, al poseer sistemas ineficientes de acueducto y alcantarillado, presentaban alta transmisión de enfermedades por vectores entre otras (Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005, Artículo 3).

Otro de los artículos incluidos en la Declaración de la UNESCO que no se cumplía corresponde a la igualdad, justicia y equidad. Esto teniendo en cuenta que los habitantes de estos territorios son tratados de manera inequitativa, sus opiniones no son tenidas en cuenta, no poseen participación significativa en la toma de decisiones con respecto a su territorio, las políticas sanitarias son excluyentes, y la inversión en estos territorios es escasa o nula (Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005, Artículo 10).

- Artículo 14: correspondiente a la responsabilidad social y salud

No se aplica en el territorio teniendo en cuenta que las medidas de promoción y prevención primaria, secundaria y terciaria se consideraban irrelevantes, no se garantizaba la atención médica de calidad, y oportuna, las poblaciones vulnerables como mujeres gestantes, niños o personas de tercera edad no recibían un enfoque diferencial, tanto que en algunos casos Comisarías de familia o demás entes reguladores debían intervenir para que los derechos de estos grupos fueran priorizados sobre el resto de la población. (Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005, Artículo 14).

Teniendo en cuenta mis experiencias vividas a lo largo de ese año y los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de la especialización en bioética, pude establecer las siguientes propuestas y cursos de acción para poder garantizar de la mejor manera posible el cumplimiento del principio de justicia distributiva y velar por el establecimiento de los Derechos humanos consignados en la Declaración del 2005 en estos territorios los cuales incluyen:

- Verificación directa de las necesidades de la población por parte de los entes departamentales, municipales, y nacionales teniendo en cuenta la recopilación directa de experiencias y necesidades de la población y de acuerdo a lo anterior establecer un presupuesto flexible para solventar tales

necesidades, realizando una revisión periódica que verifique el porcentaje de cumplimiento de cada una de las necesidades previamente establecidas, y el porcentaje de satisfacción de los habitantes, priorizando especialmente a poblaciones especiales como niños, mujeres embarazadas, población de tercera edad ya que poseen necesidades diferentes y por tanto se debe aplicar un enfoque diferencial.

- Multidisciplinariedad del equipo de salud que incluya enfermeros, médicos, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas y demás, donde se garanticen las condiciones laborales de cada uno de los miembros del equipo, incluyendo salarios adecuados, jornadas de trabajo justas, tiempo de ocio y recreación y retroalimentación periódica de los objetivos laborales propuestos.
- Inversión en infraestructura sanitaria, educativa, tecnológica, recreacional, con el fin de que los pobladores reciban una educación, salud, entretenimiento adecuados. Esta medida reduce a largo plazo las inequidades en salud.
- Presencia de comités de ética de manera permanente, caracterizados por la multidisciplinariedad donde se tengan en cuenta especialmente aquellos casos en los cuales haya conflicto entre los principios bioéticos y buscar soluciones adecuadas donde se garantice la autonomía, libertad y bienestar de las personas.
- Campañas informativas sobre el desarrollo de la enfermedad, el pronóstico y tratamiento, no solo en el caso del COVID-19 sino otras enfermedades de alta prevalencia en la población, haciendo hincapié en las medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, particularmente la vacunación como herramienta para frenar la transmisión y contagio de enfermedades.

- Capacitación a la población en actividades laborales, recreativas y de autocuidado, para incrementar las herramientas de trabajo, recreación y cuidado personal y así permitir la existencia de sustento para cubrir sus necesidades básicas y las de su familia y coexistir en un entorno armónico.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta todos los aprendizajes y experiencias adquiridas a lo largo del desarrollo de mi año rural y especialización en bioética, puedo concluir planteando que los conceptos de pobreza y desigualdad no solo atañen al universo bioético sino también a la sociedad en general, en cuanto suponen una vulneración a la dignidad del hombre, y en general de la sociedad, impidiéndole ejercer su ciudadanía y libertad.

A pesar de que la pobreza y las desigualdades hayan marcado a Colombia a lo largo de la historia, el desarrollo de la pandemia por COVID-19 ha favorecido estas desigualdades, que han aumentado de manera significativa alcanzando incluso índices de pobreza extrema no vistos en décadas, que si bien han impactado todos los niveles socioeconómicos, las zonas rurales se han visto más afectadas pues el Estado las ha invisibilizado haciendo que la inversión en materia de salud, educación, accesibilidad y tecnologías sea escasa.

Teniendo en cuenta el enfoque bioético, la justicia distributiva y los derechos humanos establecidos en la Declaración de la UNESCO, estas poblaciones han sido vulnerados de manera evidente, por lo cual resulta necesario replantear la labor y alcances del Estado, de las organizaciones gubernamentales e incluso de los individuos para que de esta forma se establezcan alternativas con enfoque bioético que puedan dar solución a esta problemática de manera multidisciplinaria, con el objetivo de disminuir los niveles de pobreza y desigualdad social, además de propender por una asistencia sanitaria adecuada y mejorar los determinantes sociales en todos los niveles ya que de esta forma los individuos podrán vivir de manera digna y ejercer sus derechos y deberes de manera óptima.

## Referencias Bibliográficas

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018). Censo Nacional de población y Vivienda 2018. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/donde-estamos>
2. El Espectador. Pobreza en Colombia: estas son las cifras de 2021 (2021). Recuperado de: <https://www.elespectador.com/economia/pobreza-en-colombia-estas-son-las-cifras-de-2021/>
3. Banco Mundial. Resumen del año 2021 en 11 gráficos: La pandemia de la desigualdad. Recuperado de: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2021/12/20/year-2021-in-review-the-inequality-pandemic>
4. Beauchamp, T y Childress, J. (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Masson, S.A.
5. Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos. 19 de octubre de 2005.
6. Daniels, N. (1985). *Just Health Care*, Cambridge University press, New York.