

## CAPÍTULO 8

# VULNERABILIDAD O DIGNIDAD HUMANA: ANÁLISIS DE MEDIDAS TANATOPOLÍTICAS EN COLOMBIA

*Diana Hincapié Cetina<sup>1</sup>*

El lenguaje universal e interamericano de derechos humanos gravita en torno a la noción de dignidad humana, que fuera incorporada en el preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos del año 1948 como una respuesta a la barbarie de la segunda guerra mundial que paradójicamente la Constitución de Weimar de 1919, también incorporaba en su texto, que aunque referida a derechos económicos en forma concreta, ya evidenciaba su espíritu en el texto, sin embargo, precisamente bajo su vigencia se instaló la “barbarie” nazi.

En Colombia la dignidad humana ha tenido un tratamiento de principio fundante del Estado social de Derecho (proyecto societal desde 1991) y derecho subjetivo, cuyo contenido y alcance la Corte Constitucional ha dado por señalar como:

---

1 Abogada, Magíster en Derecho Constitucional y candidata a Doctora en Derecho: Universidad Nacional de Colombia y Universidad Jaén en España y a Doctora en Bioética del Instituto de Investigaciones Bioéticas, Monterrey- México. dmhincapiec@unal.edu.co

“Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo “dignidad humana”, la S. ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones).” (C.C. T-881/02, 2002, p. 16)

Es decir, como el derecho de toda persona a una formulación libre de su proyecto de vida, al desarrollo de unas condiciones materiales de existencia acorde con dicho proyecto y a no ser discriminado o estigmatizado por aquél.

Lo anterior se armoniza con la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos promulgada en el año 2005, a la que se consulta dada la coyuntura de la denominada pandemia de Covid-19, como marco jurídico integrante del bloque de constitucionalidad colombiano, para determinar la materialización de la dignidad humana en tiempos de pandemia.

Incorporan como principio el respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal, orientadas al fomento del conocimiento científico y el acceso a tecnologías. La pregunta que surge es: ¿Dignidad o vulnerabilidad humana como brújula en tiempos de la Covid-19 en Colombia?

El abordaje inicial supone observar alrededor y dar cuenta de la realidad en el país, lo que sugiere que más que dignidad, aquí hay vulnerabilidades, no solo la existencia del virus SARS-Cov2 nos ha hecho vulnerables, ha profundizado o acentuado, visibilizado o puesto en contundente evidencia vulnerabilidades ya existentes, de

vieja data. De modo que pareciera una dicotomía plantear la dignidad-vulnerabilidad como criterio orientador para la formulación de la política en materia de salud pública.

Si nos dejamos seducir por la equiparación de pares opuestos o binarismos, la vulnerabilidad (fáctica) es todo lo opuesto a la dignidad (contrafáctica). En términos coloquiales, a propósito de la dignidad en Colombia, muchos colombianos responderían así: Y si mi proyecto de vida es “no morir en el intento” y si mis condiciones materiales de existencia son: “el rebusque” o “solucionar el alimento del día presente” y si soy discriminado y hasta estigmatizado por esas situaciones, concluirían que el asunto de la dignidad no les aplica a ellos, es excluyente *per se*.

De modo que el proyecto de vida diario del “rebusque” y su consecuente estigmatización, que puede traer a nuestra mente el concepto de Aporofobia acuñado por la filósofa española Adela Cortina, es una realidad contundente.

La relación dignidad-vulnerabilidad ha sido abordada por varios autores, una de ellas Martha Nussbaum quien con su enfoque de capacidades definidas como “lo que es capaz de hacer y de ser una persona” (Nussbaum, 2012, p. 38) y cuya distinción como internas, aquéllas propias de las personas y combinadas como aquéllas que permiten cierta posibilidad de elección o preferibilidad de orientación posibilitan medir a manera de umbral el alcance efectivo de una vida digna. (Nussbaum, 2012, p. 67).

La vulnerabilidad supondría el compromiso o carencia de lo que Nussbaum ha denominado “protección de ámbitos de libertad tan cruciales que su supresión hace que la vida no sea humanamente digna” (Nussbaum, 2012, p. 52).

Sobre la vulnerabilidad, Kottow (2011)<sup>2</sup> desarrolla un interesante estudio en perspectiva latinoamericana, que parte de las diferencias entre la responsabilidad óntica y diacónica, la de Jonas (1979) y Levinás (1974), respectivamente, para con el ser, para con el otro, que encuentro en diálogo con la postura de Ricoeur, más que la de Kant, asociada no tanto a la reciprocidad, sino a la conciencia de las asimetrías incluso más radicales y su deber de reducirlas, pero más que deber, con un sentido de justicia con enfoque diferencial.

La responsabilidad diacónica se orienta hacia la protección porque identificamos al otro en condición de vulnerabilidad y si acudimos al principio de precaución y de prevención, el deber es el de administrar los riesgos de modo que su condición de vulnerabilidad no se profundice o adquiera otros matices. Así logramos que una noción descriptiva se torne prescriptiva.

Para el caso colombiano si se han identificado situaciones de vulnerabilidad y de vulneración de derechos, ese habría de ser el umbral de dignidad. Situaciones que han estado presentes de manera estructural en la vida de las personas, condicionan su posibilidad de elección. Se hace referencia al acceso a servicios de promoción de la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamientos oportunos y adecuados a patologías endémicas locales.

Específicamente ya las autoridades han identificado en lo que denominan el “visor de vulnerabilidad”, que caracterizan como alta, media-alta, media, media-baja y baja, el resultante del cruce de información demográfica basado en el Censo poblacional y de vivienda -CNPV- del año 2018, que incluso identifica hogares en hacinamiento en dormitorios y presencia de adultos mayores, y

---

2 Ver también: “vulnerabilidad: un tema controversial”. Semana provincial de bioética. En: <https://www.youtube.com/watch?v=kDfdNOaFBZ4> recuperado 30 de noviembre 2020.

diagnósticos de enfermedades disponibles en el Registro Individual de Información de Prestadores de Servicios (R.I.P.S) con base en las patologías de consulta desde el 2011, que acordes con la literatura médica predisponen a mayor complejidad en el manejo de casos de contagio del virus SARS CoV2<sup>3</sup>.

Esta información es viable complementarla con la disponible en el Observatorio de Salud de Bogotá, para el caso de la capital colombiana, que muestra cómo los estratos socioeconómicos más afectados por contagios y muertes, han sido los estratos 2 y 3, seguidos del 1 y el 4, en ese orden, recordemos que aquí hay 6 estratos<sup>4</sup>.

De otro lado el Instituto Nacional de Salud reporta la relación de comorbilidades asociadas a los contagios y muertes, de modo que reitera que las enfermedades asociadas a mayor complejidad en tratamiento de casos son la Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) y Obesidad<sup>5</sup>.

Esas enfermedades están asociadas a hábitos y dietas poco saludables de alimentación ya sea por arraigos identitarios locales representados en la presencia variopinta de farinaceos o por falta de acceso a proteínas vegetales y animales, ausencia de ejercicio y de espacios al aire libre para ello.

Finalmente. la información disponible en la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud señala la identificación de territorios nacionales con índice de prevalencia de las enfermedades descritas en el párrafo anterior<sup>6</sup>.

---

3 Disponible en: <http://visor01.dane.gov.co/visor-vulnerabilidad/>

4 Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>

5 Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

6 Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/download/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-diabetes-mellitus-en-colombia-2019/>

Si las decisiones en salud pública se orientan por criterios como la frecuencia y prevalencia de enfermedades en grupos poblacionales, o así ha de ser según se desprende de la Declaración de Alma Ata de 1978<sup>7</sup>, la pregunta que surge es la siguiente: ¿Por qué razón si ya están identificados los hogares, personas y territorios donde hay presencia de factores de riesgo para contagio como: población mayor de 60 años, condiciones socioeconómicas precarias, diagnóstico y en algunos casos tratamiento de enfermedades de alto costo como HTA y DM (entre otras), no se han diseñado políticas de salud pública que mitiguen el riesgo de contagio del virus?

Hasta el momento el gobierno colombiano ha desplazado en los habitantes y residentes en el territorio la responsabilidad de contagio del virus, por ausencia de autocuidado y exposición innecesaria al riesgo de contagio sin protocolos de bioseguridad suficiente y adecuado.

En el ámbito de la salud individual, la falsa dicotomía entre el derecho a la salud individual y el acceso a la prestación de los servicios de salud, que ha sido presentada como la tensión inconmensurable entre derecho humano fundamental vs. derecho prestacional, enfermó de modo incurable, no solo al sistema de salud mismo, sino a los colombianos, la bipolaridad del discurso, la esquizofrenia del paciente-usuario y el encarnizamiento terapéutico sistémico juridizado desde la decisión política de asumir doctrinas neoliberales, formalizadas en la creación legal con un enfoque de aseguramiento y toda su circuito jurídico sistémico devino en prácticas selectivas de eutanasia de la salud.

Durante el año 2019, se interpusieron un total de 207.368 acciones de tutela, mecanismo de protección de derechos fundamentales de raigambre constitucional, que buscan el amparo al derecho

---

7 Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

fundamental a la salud, con una participación del 33,43 % del total de las tutelas, lo que significa que cada 34 segundos un ciudadano incoa una acción judicial en búsqueda de la garantía o efectividad de este derecho. Las solicitudes de servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud presentaron un incremento del 85,32 %, es decir, ni siquiera cumplen con la cobertura del aseguramiento, ni qué decir de las famosas exclusiones o preexistencias, para quienes además de aportar obligatoriamente al Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) adquieren con cargo a su peculio pólizas de salud o planes de medicina prepagada o planes complementarios de salud<sup>8</sup>.

Si la eutanasia está relacionada con una noción de bien morir, no puede ser visto con buenos ojos la negación reiterada, sistemática y sistémica de prestación de servicios que de manera inevitable amenazan gravemente el disfrute de la salud en Colombia.

Precisamente la presencia de co-morbilidades, que por cierto se dan en forma prevalente y casi que exclusiva en poblaciones históricamente discriminadas, como asociadas a mayores agentes de riesgo de contagio en la pandemia sugieren una higiene social como práctica de biopoder estatal como poder sobre la vida.

Foucault señala que la tecnología del poder biopolítico supone mecanismos reguladores en una población global con equilibrios y compensaciones en los procesos biológicos del hombre-especie que se concreta en “hacer vivir y dejar morir”, como aquello sobre lo cual el poder no puede actuar sino global y estadísticamente. (Foucault, 1992, p. 255-257)

---

8 En: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>

Esposito identificó como el vuelco tanatopolítico de la biopolítica, a la política de la muerte no violenta desde el Estado, motivada por los nacionalismos y el racismo (Esposito, 2009, p.135).

Esas lógicas de exclusión han permeado la formulación de política pública sanitaria en Colombia, a propósito de la desatención y/o profundización de la vulnerabilidad como criterio determinante de decisores de política pública, haciendo caso omiso a las vulnerabilidades, que además pueden ser concurrentes y de ese modo profundizan o acentúan asimetrías que incluso se configuran desde la época de gestación en una persona, lo que serían capacidades internas. Quienes fueron producto de un embarazo no deseado, sus madres no accedieron a controles prenatales o a vacunación, o no fueron lactados, tienen mayor riesgo de continuar con esa desatención al no acceder a esquemas de vacunación, programas de nutrición y de crecimiento y desarrollo, que a su vez inciden en lo que Nussbaum llamaría el desarrollo de las capacidades combinadas de una persona.

Hoy día el que han dado por denominar principio de enfoque diferencial, que está a la vanguardia de los discursos de los gerentes públicos, se presenta como el determinante en la formulación de política pública, que cabe notar es un principio de raigambre constitucional, que no han logrado ni comprender, ni asimilar, ni aplicar en materia sanitaria.

El enfoque diferencial como herramienta para los decisores de política pública sanitaria comportaría la focalización del gasto en salud a grupos poblacionales vulnerables, para intervenciones en promoción de la salud y prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento y rehabilitación adecuados de las enfermedades. Lo que en condiciones normales no han efectuado, por lo que ante una crisis inducida por una pandemia los que se contagian y fallecen son los que ya están mapeados sanitariamente y que no han sido intervenidos.



Ese es el argumento de algunos teóricos que retoman al antropólogo norteamericano Merrill Singer quien en los años noventa acuñó el término sindemia y que fuera recogido como propuesta para el abordaje de la pandemia, por varios científicos y en el ámbito latinoamericano propuesto por Fernando Lolas, así:

“Sugiere una interacción entre agentes causales, procesos sociales, estados patológicos, que llevan a una patoplastía compleja. Si hay enfermedades, su presentación es proteica, multiforme. También sus consecuencias. Sindemia puede entenderse como sinergia y epidemia. Pero es mejor tomar la partícula “sin” como indicando fusión de horizontes conceptuales.” (Lolas, 2020, p. 8)

Fusión de horizontes, en el entendido de que la causa de las enfermedades no es solo genética sino ambiental y al acoger el término sindemia en construcción, es decir, como un enfoque heurístico, abordaje que puede darse en materia de salud pública con el acogimiento real de la vulnerabilidad como brújula del principio de enfoque diferencial para la formulación de políticas.

Para Miguel Kottow, la vulnerabilidad ha de ser más que descriptiva (un diagnóstico), prescriptiva, entre otras razones porque hay personas a quienes ya se les infringió daño al estar en condiciones de exposición agravada a riesgos permanente, luego ya la protección sería inocua. (Kottow, 2019), es decir, el criterio regulador para concretar la evitación del mal en casos particulares o de grupos poblacionales, ha de ser la vulnerabilidad, más que la dignidad humana.

Al aplicar esa propuesta a lo vivido en Colombia y al enfoque heurístico de la sindemia, se concreta así:

Metodológicamente no replicar las cómodas dicotomías, aquí expresada como dignidad-vulnerabilidad y en su lugar recurrir a la antinomia, desde George Canguilhem y Roberto Espósito. El pri-

mero de ellos explicita que una “norma extrae su sentido, su función y su valor del hecho de la existencia fue de ella de aquello que no responde a la exigencia que ella atiende” (Canguilhem, 1971, p. 186), es decir, la norma parte de la infracción, así pues, si el ideal regulativo es la dignidad humana, se precisa identificar, reconocer lo contrario a ella que fue lo que se quiso superar en el momento de preferirla como universal y deseable.

La antinomia supone deconstruir lo que nos han dicho que algo es, definimos la dignidad desde lo que no lo es. Así como Espósito realiza las antinomias a las categorías comunidad (desde Im-munitas), lo político (desde lo Im-político) y lo personal (desde lo Im-personal) para proponer la Biopolítica en sentido afirmativo y más recientemente deconstruir la categoría de cuerpo, por su ambigüedad y ambivalencia que oscila en la clásica dicotomía cosas vs. Persona del derecho romano. (Esposito, 2019)

La tarea consiste en deconstruir lo que nos han dicho que es la dignidad y un excelente insumo para ello es la vulnerabilidad, no solo porque es contundente a nuestra vista que es la realidad de muchos países y personas, sino porque pone en cuestión el enfoque triádico que como derecho subjetivo le han querido dar. Reitero lo señalado al inicio de este trabajo y si mi proyecto de vida es no morir hoy; y si mis condiciones materiales son el “rebusque diario” y si he sido históricamente discriminado por ello. Eso en condiciones de pandemia me hace un individuo seleccionado para morir.

Recientemente el Vaticano<sup>9</sup> señaló, al pronunciarse sobre la eutanasia, que no considera de recibo la noción de vida digna asociada a una calidad de vida y a una comprensión errada de la compasión, de modo que no hay muerte digna como hecho del hombre, solo como voluntad de la divinidad y lanzó el aforismo: Incurable

---

9 En: <https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2020-09/carta-doctrina-fe-vida-eutanasia-samaritanus-bonus-sintesis.html>

no significa in-cuidable, que en latín formuló la actualización del “samaritanus bonus” y señaló la necesidad de alimentar e hidratar como cuidado paliativo a los enfermos terminales, evitando ensañamiento terapéutico. Si usáramos toda esa doctrina y la aplicáramos al contexto colombiano posiblemente se concluiría que hay que dejarle a Dios la dignidad humana.

Más que compasión, solidaridad, pesar, conmiseración, condolencia, invito a reflexionar sobre las condiciones de posibilidad de la dignidad humana en un contexto marcado históricamente por las exclusiones desde los nacionalismos, regionalismos, localismos, costumbrismos, religiosismos, en general segregaciones socioeconómicas, religiosas y culturales, mapeadas estadísticamente en el “visor de vulnerabilidad” y demás observatorios de Derechos Humanos, como un inicio de la re(de)construcción de la dignidad hacia una justicia para todos.



## BIBLIOGRAFÍA

Canguilhem, G (1971). De lo social a lo vital. En: lo normal y lo patológico. Siglo veintiuno editores, Argentina, Pp. 185-203.

Esposito, R. (2009). Biopolítica y filosofía: (entrevistado por Lem, V y Vatter.M.) *Revista de ciencia política*, vol. 29, núm. 1, 2009, pp. 133-141 Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago, Chile. En: <https://www.redalyc.org/pdf/324/32414666007.pdf>

Esposito, R. (2019). Las personas y las cosas. Editorial Katz y Eudeba.

Foucault, M. (1992). Del poder de soberanía al poder sobre la vida. En: Genealogía del racismo. De la guerra de las razas al racismo de Estado. Ediciones Piqueta. Pp. 247 – 273.

Kottow, M. (2019). vulnerabilidad: un tema controversial”. Semana provincial de Bioética. En: <https://www.youtube.com/watch?v=kDfdNOaFBZ4> recuperado 30 de noviembre 2020.

Lolas, F. (2020). Perspectivas bioéticas en un mundo en pandemia. *Acta Bioethica*, 26 (1),78. Obtenido <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/57347/60832>

Nussbaum. M. (2012). Crear capacidades centrales. Ediciones Paidós. España.

