

Entrevista a Deisy Arrubla Sánchez

Por Claudia Patricia Sierra Pardo
y Luz Alexandra Garzón Ospina

DOI: 10.15446/ts.v24n1.100252

219

Médica y cirujana general. Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Universidad del Rosario. Especialista en Evaluación Financiera, Económica y Social de Proyectos, Universidad de los Andes. Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Grupo de investigación de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social de la misma universidad. Integrante de la Dirección de Conocimiento de la Comisión de la Verdad.

CPSP: Lo primero que quisiéramos pedirte es que nos cuentes ¿quién es Deisy Arrubla? y ¿cuál ha sido tu trayectoria académica y profesional?

DAS: Diría que soy una mujer nacida en un barrio de Bogotá, en una época bastante congestionada del país que son los años setenta y con una crianza en un barrio particular, llamado Nuevo Chile, y digo particular dado que, para esa época, había manifestaciones de las violencias anteriores, manifestaciones de una sociedad que construía país con sus propios medios. Eso tal vez marca mi vida, me he formado, la primaria y la secundaria, en instituciones públicas, para la formación como médica tuve la posibilidad de entrar a una universidad privada donde siempre fui un poco extraña, tal vez mi forma de ver el mundo era extraña frente a las preguntas que mis compañeras y compañeros tenían frente a la vida, no tanto frente a la clínica, sino más frente a la vida, y parte de eso me llevó a hacer el rural en un pueblito que se llama Suárez (Tolima), con la regional, para ese momento del Espinal, y allí me encontré con la salud pública de frente; justamente una de las personas que más trabajaba conmigo era una compañera trabajadora social, Jacqueline, de la Universidad de Caldas. Entonces eso generó una ruptura en mi manera de concebir el mundo, porque hizo que yo comenzara a habitar espacios que no había habitado; ya para ese momento había elección popular de alcaldes, de modo que espacios como los Concejos de la Alcaldía, el trabajo con el alcalde, el trabajo con

programas como Plan Nacional de Rehabilitación, y generar proyectos y hablar del acueducto, eran cosas que nunca había podido ver en la clínica y que me llevaron a ubicarme en el campo de la salud pública. Posteriormente tuve la oportunidad de estudiar en la Universidad del Rosario, con un programa de integración entre la Universidad del Rosario y la Universidad CES, Gerencia en Salud Pública, y ya con el tiempo, digamos un poco más centrada en preguntas como por qué con todo lo que hacemos esto no cambia, entonces pensé que la razón era porque no sabíamos hacer proyectos, o evaluarlos o algo así, y entonces entré a la Universidad de los Andes a hacer los estudios en evaluación económica y social de proyectos, y posteriormente tuve la posibilidad de hacer un máster en Gestión de Conocimiento con una organización de negocios española —se me escapa ahora el nombre—, y luego cursé el doctorado. Ese es un poco el recorrido. Creo que, tal vez, la pregunta inicial, ¿qué era lo social?, me la hice en el bachillerato, cuando le enseñaban a uno geografía y le hablaban de las instituciones sociales, y qué lugar tenía la salud allí. Así nace esa pregunta por lo social, obviamente en una trayectoria de vida donde lo social jugaba un papel importante alrededor de mi propia vida y de mi familia. Podría decir que conocí el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) a los 14 años, no como una persona que llega al ICBF a recibir un servicio, sino como una estudiante que llega al ICBF a preguntar ustedes qué son y para qué sirven. Asimismo pude conocer el Hospital la Samaritana, el Hospital Cancerológico y en su momento el Hospital Materno Infantil. Entonces esas preguntas han orientado mi recorrido profesional y académico. Al llegar al doctorado me incliné por pensar en particular qué es la política social. Llegué a un grupo de investigación —el grupo que dirigía en ese momento, o dirige aún el profesor Mario Hernández—, sobre el tema de protección social y salud desde una perspectiva histórica, y me interrogué por la política de vejez para ese instante. Pensando que la salud no es solamente el estado físico o incluso el estado mental, sino que la salud implica unas dimensiones que conllevan el bienestar económico, social e integral de las personas. Allí es donde hago el nexo ya más estructurado de lo que significa la vida de los seres humanos, el transcurrir de su vida en un proceso histórico particular con una configuración de sistemas de protección social específicos, como el colombiano, y creo que eso es lo que me impulsa luego para pensar en la política social. Esa ha sido la ruta, diría yo, de la caminada.

LAG: Deisy, muchas gracias por darnos este contexto y mostrarnos el vínculo con las políticas sociales y la vejez. A partir de ese vínculo, ¿cómo analizas la relación entre las políticas sociales y la pobreza?

DAS: Diría que primero hablar con las personas viejas le permite a uno entender lo que ha sido la política social de un país, porque el bienestar que ellos tienen o no hoy, es el resultado de los aciertos y desaciertos de la historia de la política social. En ese camino, hay dos o tres elementos que son centrales para comprender dicha política social. El primero, desde mi mirada tiene que ver con comprender que, en un mundo de capital, en un mundo de mercado, la principal política social es justamente el trabajo, porque es la que nos da la relación con el mercado en general, o con la conformación de capital, pero además esta es la que nos provee un lugar social donde no solamente tenemos un ingreso para la sobrevivencia sino también tenemos un lugar simbólico y social para constituirnos como seres humanos. Entonces, cuando mirábamos justamente el tema del trabajo, en ese horizonte temporal, nos encontramos con dos o tres aspectos que creo que hoy van a ser importantes en el análisis de pandemia y pobreza. Un primer aspecto tiene que ver con esa configuración de lo que ha sido la política para el campo y la ruralidad. Un segundo aspecto tiene que ver con las políticas de la urbanidad en la década de 1970 más enfocadas en el tema de la construcción de casas, edificios y demás; y un tercer punto tiene que ver con las relaciones que se dan entre esas políticas agrarias y políticas como la construcción en lo urbano, y sus relaciones con la seguridad social del país. En este punto creo que no se podría dejar de decir que es justamente una seguridad social que nació a finales de la década de 1940, en 1945 y 1946, dándole la espalda al campesinado; pues si bien siempre se ha indicado la importancia de un seguro campesino, nunca se logró un verdadero seguro social campesino. Me refiero a que esa política de seguridad social jamás logró un verdadero desarrollo, especialmente en un mercado laboral como el de la construcción, los servicios y las manufacturas, donde no llega a existir una verdadera proletarianización, dado que no se da una verdadera industrialización, de modo que esa seguridad social cubre a un renglón muy bajo de la población también en lo urbano.

En resumen, tenemos hoy una población vieja que prácticamente está sin seguridad social en pensión; según datos de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia del 2015, cerca del 70 % de las personas hoy en Colombia no tiene una pensión social, más del 50 % no recibe un

ingreso y esto es diferente entre hombres y mujeres. Las mujeres tenemos tal vez la posibilidad de haber estado un poco más cerca de las familias y eso hace que los hijos y las hijas aporten a la construcción o aporten monetariamente a las mujeres. Más del 50 % de las mujeres viejas en Colombia reciben un aporte de la familia, pero con lo que ello implica: mantener una dependencia económica de hijos e hijas, y además la carga económica para las familias. Estos son elementos importantes desde esa mirada. Sumaría además lo que ha sido el propio desarrollo del salario. Estaba revisando algunos apuntes sobre el tema —hay un texto muy bonito de María Isabel Martínez Chaparro, donde hace un análisis desde 1950 al 2000 sobre cómo se ha comportado el salario— y una de las reflexiones que adicionaría es que justamente el salario, desde la década de 1980, tiene un crecimiento mínimo para las clases obreras, mientras que su aumento es muy alto para directivos e industriales. Entonces María Isabel Martínez nos dice en su libro que para el 2000 un directivo de industria podría tener cerca de 10 veces el salario de un obrero, valor que podría ser casi 100 veces superior si se es un directivo de una empresa muy grande. Esos son elementos que constituyen continuidades y, al llegar al 2020 y enfrentarnos a la pandemia, lo que encontramos es una gran cantidad de hogares con unos ingresos muy bajos, sin capital, sin ahorro, sin tener una retaguardia, un patrimonio en el cual poder sostenerse, que viven al día, y sumado a eso, con una informalidad bastante amplia. Para mí esos son aspectos que hay que mantener en el radar, para mirar hacia atrás, o más bien hacia adelante, y así pensar cómo generar una nueva configuración económica del país. No sé, esto lo dice una médica.

CPSP: Sabemos que tu rol en la Comisión de la Verdad ha sido comentar el conflicto armado y sus impactos en las dinámicas del acceso al derecho a la salud y también las acciones de las misiones médicas, ¿qué nos puedes mencionar al respecto?

DAS: Un primer aspecto, que de hecho vi cuando hice la tesis sobre el tema de vejez, es la relación con el periodo de La Violencia. En ese momento se hablaba de la migración interna, pero hoy podríamos decir que lo que se da es un desplazamiento masivo de poblaciones que llegan a generar una urbanización y el crecimiento de las ciudades; en ese entonces yo rastreaba cómo esas urbanizaciones se daban en lugares muy marginales, muy segregados de las distintas ciudades Medellín, Cali, Bogotá, Barranquilla, con unos relatos de personas que hoy son mayores. Por ejemplo, tengo en mi

mente el recuerdo de una mujer que me hablaba de cómo llegó a Bogotá y se ubicó en el barrio Santa Librada; ella venía con su compañero, embarazada, huyendo de esa pobreza que había quedado en ese momento en el campo, y del temor a la agresión, pues había unos “bandidos” en el territorio. Ella llegó a Santa Librada y se dedicó a carretear arena para las construcciones en Santa Librada; ella no es una mujer que está en el hogar esperando a que el proveedor llegue, no, es una mujer que está carreteando arena, que toda la vida ha trabajado —más de 40 años— y pues hoy tiene que seguir haciéndolo, porque no cuenta con acceso a nada... Entonces creo que el conflicto, en términos de despoblamiento de lugares, de reconfiguración de los territorios desde hace mucho tiempo y de esa reconfiguración urbana, hay que pensarlo en continuo, y dicho fenómeno no es ajeno al repoblamiento que luego se dio desde 1999, en el 2002 y 2003, que son los años de alto desplazamiento, cuando volvimos a encontrar esos escenarios. Tal vez no en Santa Librada, sino en los barrios que quedaban detrás de Santa Librada, es decir los barrios ubicados después de Bosa —o el mismo Bosa—, y donde las dinámicas se vuelven a reproducir, como si no existiera una memoria colectiva que recuerde que, cuando llegaron allí las personas, lograron esos asentamientos. Allí hay personas de muchos lugares, con variadas formas de pensar y nuevamente se reproduce una serie de conflictos en lo urbano que vale la pena mencionar, y que a su vez reproducen nuevas formas de violencias o violencias que se reconfiguran, ese diría yo que es un aspecto central.

Un segundo aspecto —lo conversábamos en estos días— tiene que ver con la carga de enfermedad. Desde hace un siglo se habla de que la salud es una capacidad, ¿no? Las miradas más utilitaristas de la salud plantean que esta es un recurso para afrontar la vida, son las miradas más funcionales, pero funcionan en este instante, porque cuando usted es el que se tiene que enfrentar día a día a trabajar y tiene una lesión severa producto del conflicto armado, de un impacto que recibió, o si perdió su oído por los bombardeos que se dieron en su población, o incluso si tiene una lesión visual, u otras lesiones —relacionadas por ejemplo con el tema de las minas, que ha sido bastante nombrado últimamente—, pues entonces es cuando usted enfrenta esa realidad... allí surge una pregunta sobre ese cuerpo: ¿qué lugar tiene en un mundo de trabajo y en una sociedad donde no hay proceso de inclusión para personas con distintas capacidades, en una sociedad que, entre otras cosas, saca a la persona del lugar de trabajo que tenía?

A eso podemos sumar muchas otras cosas. Por el momento solo agregaría que, desde esa mirada funcional de la salud de las personas, tenemos una reconfiguración, además vemos una baja respuesta institucional, la precariedad de los territorios que las poblaciones han habitado. Cuando hablo de los territorios no me estoy refiriendo solamente a territorios rurales, sino justamente a esos barrios que viven al margen de la ciudad, que incluso estando dentro de la ciudad son el margen, por ejemplo el barrio Santa Fe, el barrio Mártires, o la localidad Mártires, en Bogotá, donde la respuesta institucional es realmente precaria en términos de recursos de salud y educación. También el hecho de que esos pocos recursos hubiesen sido objeto de infracciones a la misión médica aumentó la precariedad; además, cuando los pocos trabajadores de la salud que estaban allí tuvieron que salir —en general trabajadores de la salud de las mismas comunidades, promotores de salud, agentes comunitarios que se habían formado—, bien fuese por la misma dinámica de violencia contra la población como un todo o contra ellos por ser trabajadores de la salud, eso incrementó la vulnerabilidad de las comunidades. Yo solo diría que hay relatos altamente dolorosos, algunos de ellos son públicos. Tengo en mi mente la historia de una mujer que fue víctima de violencia sexual, quien estuvo en un espacio de escucha público de la Comisión de la Verdad y ella compartió su relato, y narró cómo sufre en su cuerpo lesiones directas, lesiones en los genitales, en el recto, también lesiones en la tiroides, producto de la violencia sexual de la que fue víctima. A causa de dichas lesiones, 20 años después ha recibido muchas cirugías, aún hoy debe recibir tratamiento en un sistema de salud cuya mirada está totalmente desintegrada, pues si bien hay muchos especialistas que atienden partes de un cuerpo, nadie se ocupa de la salud integral de la mujer, y de los impactos que derivan de ese acto.

Todas esas son situaciones que persisten, no son ajenas a lo que hoy está sucediendo en las poblaciones. La pandemia nos llega con una infraestructura económica muy poco desarrollada, la cual no es que sea golpeada hoy, no, porque en últimas es una estructura con muy poco pensamiento económico, porque no produce capital social sino capital que se acumula en muy pocos. También llega en un momento cuando hay muchos seres humanos que necesitan procesos de atención en salud, sobre todo en esos territorios donde las personas sufrieron el conflicto armado durante tanto tiempo y de forma tan cruda; creo que esos son aspectos que no hemos considerado todavía como país, desde la propia respuesta de la institucionalidad en salud, pero que con seguridad magnifican los efectos de la propia pandemia.

Esto ocurre incluso en las grandes ciudades con poblaciones que han acumulado una serie de malestares emocionales y que ante momentos como este se reproducen. Me compartía una amiga que, cuando se dio la orden del confinamiento —de hecho ella no lo nombró “aislamiento preventivo”, sino “confinamiento”, una palabra que enmarca una violación a los Derechos Humanos— recordó las reclusiones que generan los actores armados. Entonces hay unas memorias que están presentes, no hemos explorado cómo estallan esos recuerdos y qué es lo que los desencadena; por ejemplo, las personas que han vivido el conflicto recuerdan momentos como sentir el helicóptero volando por encima de las casas, es la memoria de que estuvieron en territorios así y de que aún hay muchos territorios en donde eso es lo que se vive. Yo creo que no hemos integrado los análisis.

LAG: Deisy, cuando pensamos en este tema de pobreza, pandemia, políticas públicas, y desde tu perspectiva como médica y especialista en salud pública, ¿cómo hablaríamos de la construcción de un país en medio de la coyuntura de la pandemia y la pobreza?

DAS: Yo creo que hay dos elementos que me gustaría señalar en esta reflexión. El primero es la respuesta de la política social en términos globales. El Gobierno colombiano se ha movido en tres sentidos: 1) lo que era la emergencia sanitaria *per se*, que es una política social, dado que son las acciones frente a la salud de las personas; 2) las políticas económicas, dirigidas a esas relaciones del mercado, a la reactivación de la economía; y 3) las medidas contingentes ante el desempleo, o más bien ante la caída de los ingresos. Hay otras políticas, por ejemplo, el programa de alimentos en casa o algunos otros aspectos que incentivaban la educación. Creo que con ese marco hay un par de cosas que valdría la pena conversar. En términos de la política sanitaria yo cuestionaría la fragmentación del sistema de salud; lo que vimos es que en el sistema de mercado de la salud fue un obstáculo ante la necesidad de que el Gobierno nacional pudiera tomar decisiones, dado que esas decisiones no pueden reproducirse en el gobierno territorial, los gobiernos locales no tienen acción sobre las Empresas Promotoras de Salud, no tienen vigilancia y control sobre ellas.

Al no poderse dar esas acciones en los gobiernos locales, uno se enfrenta a relatos que dan cuenta de la no atención, de las demoras en la atención, de la no disponibilidad de recursos, todo eso que ha sido bastante nombrado y es relevante. Quisiera resaltar algo que pasa desapercibido, y es toda la

dificultad que se ha tenido y la poca atención que se le ha dado al sufrimiento que trae la pandemia a una persona, a una familia y a un colectivo —llámese barrio, cuadra, etc.—, creo que ese es un elemento menos visible y valdría la pena que no lo perdamos de vista. Estoy hablando por ejemplo de cuando una familia pierde a uno de sus integrantes y alguien llama a preguntar cómo sigue la salud de ese familiar... uno diría que esto es gravísimo para esa familia, por el dolor que puede estar pasando. También está el caso de familias que no han podido tener información sobre cómo están sus familiares, o de personas para quienes el último recuerdo es que su papá estaba más o menos bien y nunca más volvió... En este punto articularía también, por ejemplo, el reporte de la semana pasada sobre los cinco países de América Latina con las más altas tasas de orfandad por COVID-19, y eso vuelve y conecta con lo que hablamos del conflicto armado: nosotros no sabemos cuántos son los huérfanos del conflicto armado. Creo que esa es una pregunta que Colombia tiene que hacerse, en un país donde ya de por sí la jefatura femenina del hogar era alta. ¿Qué va a pasar ahora con todas estas pérdidas, cuando además son más hombres los que han muerto? Creo que todos estos son elementos importantes referentes a cómo afrontar o acercarnos a una política social humana; eso suena raro, suena a partido político, pero no es ese tono que quiero darle, a lo que voy es a que realmente la política social no consiste en distribuir dinero, es pensar en las personas, en cómo esas personas viven, sienten, se perciben, se reconocen... en cómo pueden construir una vida, un tejido social. Por otra parte, diría que el hecho de que no tengamos atención primaria es en parte a causa de la Ley 100 del 93, que es la reforma del sistema de seguridad social, pero también por los ataques a dichos recursos de atención que constituían esa red primaria de atención, es decir a la promotora de salud, a la enfermera comunitaria, ataques en términos de lo que fue el conflicto armado, que hizo que muchos de ellos salieran de los territorios.

La ausencia de la atención primaria en salud se refleja en los territorios, en los diferentes barrios, cuando se dice por ejemplo que debemos mantener el distanciamiento social y el uso del tapabocas, que sigue siendo la principal política para salvar vidas. Sé que la vacuna es fundamental, tal vez es la política más importante a nivel mundial, pero con ella, —aunque se haya implementado hace más de un año— no se logra una transformación cultural en nuestras formas de acercarnos y relacionarnos. En efecto, esta medida apenas abre un poco el mercado, uno se encuentra bares repletos de personas sin el tapabocas y eso es lo que en parte hace que el comportamiento

de la enfermedad tenga ciertos cambios, como la afectación de las personas más jóvenes. Con eso quiero decir que al no haber procesos sociales en los territorios que lleven no a imponer una norma sino a que realmente se den procesos de cambio cultural, va a ser muy complejo el retorno a la universidad o al trabajo, porque finalmente las personas hacen una especie de desobediencia ante algo porque se está imponiendo y no porque haya procesos de reflexión que lleven a pensar en esa categoría del mutuo cuidado y de un cuidado colectivo.

Diría que el segundo elemento que vale la pena puntualizar es qué tanto de la pobreza se debe a la pandemia. Yo percibo que no es tanto, sí hay categorías sociales que se han visto más impactadas más que otras, pero justamente esta mañana revisaba unos daticos: el desempleo en febrero del 2020 era del 12 %, y en junio del 2021 era del 13 %, o sea que aumentó un punto la tasa de desempleo; obviamente este tuvo un mayor pico en abril, mayo, junio y luego empezó a bajar, pero aún no baja del 13 %, y repito que estaba en el 12 % antes de pandemia. La informalidad laboral en promedio estaba en el 46 % el año antes de la pandemia, hoy está en el 46 % para hombres y 48 % para mujeres, es decir que no podríamos afirmar que el grueso de la informalidad sea debido a la pandemia; sí ha aumentado, pero no todo pareciera ser debido a la pandemia, entonces quiero compartir esos datos para señalar que pensar a largo plazo la política social implica entender que no todo es pandemia, pero sí que hay unos ejes los cuales están estructurando la coyuntura actual y que obviamente las transferencias monetarias no arreglan esta situación.

En la encuesta Pulso Social, hay unos datos que simplemente le rompen a uno el corazón. La encuesta del DANE de julio del 2021 muestra que el 60 % de las personas que no reciben ninguna educación son las que peor perciben su condición económica hoy, después de la declaración de la pandemia, es decir que ese 48 % de informalidad podría referirse justamente a esa población, y estos resultados son peores en ciudades como Montería, Santa Marta, Riohacha, Valledupar, Florencia. Por ejemplo, Montería y Magdalena son departamentos que sufrieron de forma muy fuerte el conflicto, que padecieron tomas paramilitares y captación paramilitar de los recursos del Estado. Entonces tendríamos que pensar si esta crisis que se vive en el país y que se manifiesta con más fuerza en esos departamentos tiene conexiones con dichas formas de organización del Estado y del uso de recursos públicos. La capacidad de ahorro de los colombianos es bajísima, en todas las clases sociales y, principalmente, en la clase media; la encuesta de Pulso Social señaló

que el 81 % de las personas que responden y se ubican como clase media no tiene ninguna capacidad de ahorro. O sea que lo que estamos viendo es que las personas en una categoría de menor educación y menores ingresos refieren que su ingreso cayó de manera drástica, mientras que la clase media no tiene capacidad de ahorro, esos son elementos para pensarnos hacia el futuro.

También es importante mencionar la inseguridad alimentaria, el hambre como un factor de sufrimiento en las poblaciones, y básicamente todo lo que se está llamando síndrome post COVID. A este respecto simplemente quiero que decir que cerca del 33 % de las personas dicen que después de haber tenido la enfermedad sienten cansancio o fatiga, pero además esas son las personas con pobreza monetaria. Creo que no hay nada más inhumano que pensar que una persona adolorida, que siente cansancio, fatiga y ahogo tenga que pararse en una calle a vender cosas. Por eso digo que tal vez mi manera de acercarme a una política social consista en cuestionarme por estos puntos que causan dolor y sufrimiento a las personas. No se trata solamente de preguntarse si trasferimos \$76.000 pesos al mes, sino en pensar qué otros elementos, además del monetario, debería incorporar la política, porque las personas con síndrome post COVID deberían tener una incapacidad, deberían poder estar en la casa, tener un salario. En este punto diría que tal vez una de las discusiones, en términos de pobreza —este es mi pensamiento y no representa a la Comisión de la Verdad—, es la idea de una renta básica universal sobre el salario mínimo, porque es inhumano lo que está sucediendo.

Creo que es el concepto de lo que es humano lo que debería mover la política social, no la noción de lo que es más o menos rentable, o más o menos posible, sino realmente lo que es humano para alguien, y definitivamente no lo es acostarse con hambre, ni es humano sentir dolor y tener que estar al sol, que es más o menos el panorama de la gente que trabaja en la informalidad. Incluso para nosotros, no para Deisy Arrubla en este momento, pero por ejemplo para trabajadores de la salud que están trabajando con contrato de prestación de servicios, si no trabajan no comen, y punto, entonces no tienen derecho a recibir atención al síndrome post COVID, no tienen derecho a decir que sienten fatiga. Es más, me atrevería a decir que esto ocurre incluso para los trabajadores salarios, o sea que el síndrome post COVID ni siquiera se está reconociendo y no se está otorgando la incapacidad médica; si usted es secretaria y le toca escribir todo el día pero tiene inflamadas las manos, debería tener incapacidad laboral. Entonces pienso que la política social tiene que empezar a ver estos temas, por eso mi mirada utilitarista de la salud, en términos de que el cuerpo —como las emociones, lo subjetivo,

lo que somos—, es el eje fundamental en una sociedad de mercado. Uno puede decir que es un gran pensador, pero necesita el cuerpo para expresar sus grandes pensamientos, de lo contrario sus ideas no podrían plasmarse en ningún lugar para que otros las conozcan. Creo que un elemento central de discusión es la renta básica, pero pensando también cómo nos vemos humanamente, ante una necesidad muy grande de trabajo comunitario desde abajo hacia arriba, en términos de transformaciones culturales. Lo que nos está fallando es reconocer el valor de la vida y el valor del cuidado del otro, del mío y del otro.

229

CPSP: Deisy, creo que es un muy buen cierre para esta entrevista porque este número de nuestra revista incluye tanto el asunto de las políticas públicas emergentes y de dónde viene la política pública, como una lectura de lo que está sucediendo con la población y con la participación de la población en el diseño y la propuesta de las políticas públicas sociales. Menciona un ejemplo clave que puede ayudarnos a vislumbrar, por ejemplo, lo que sería una política pública emergente, la renta básica; muchos sectores sociales vienen trabajando alrededor de la propuesta, se ha mostrado su viabilidad y están las condiciones dadas para que, con una alta dosis de participación y de escucha de la población y sus organizaciones, el Gobierno nacional decida ir por la vía de la renta básica y, de esa misma manera, identifique otros lineamientos y asuntos de política que pueden convertirse efectivamente en acción institucional. Creo que en últimas esta situación de pandemia nos está permitiendo identificar elementos en la dinámica social que es importante incluir en lo que tiene que ver con la propuesta de acción y de política institucional en distintos escenarios. En la revista también nos llama la atención categorías que mencionas y que son fundamentales para la acción profesional y la formación de trabajadoras y trabajadores sociales, como la de sufrimiento humano, por ejemplo, y las nuevas formas de sufrimiento que se están viendo. Hay muchos ejemplos y problemáticas que la pandemia está poniendo sobre la mesa, que visibilizan la necesidad de comprender de una manera más amplia y diversa lo que nos está dejando esta crisis mundial.

DAS: Patricia y Alexandra, sumaría algo que no es mío, lo escuché mucho de las personas mayores de Ciudad Bolívar y tiene que ver con el reconocimiento del cuidado, de la categoría cuidado, que las feministas han resalado muchas veces. Colombia frente a eso tiene una ley que está anclada a la reforma 797 del 2003, no recuerdo el número de la ley, pero implica poder reconocer el cuidado como categoría, no solo el cuidado experto —el que se da en las instituciones de salud—, sino volver a las ideas de los agentes y organizaciones comunitarias en términos del cuidado. Sin embargo, no se trata de repetir el esquema de las madres comunitarias, porque muchas de ellas llevan 40 años de trabajo y no tienen pensión, no tienen nada; no es repetir esos esquemas de expropiación del trabajo, sino unos esquemas salariales que permitan que el cuidado como categoría tenga un lugar en la generación de empleo. Yo escuché esto varias veces de parte de las mujeres mayores de Ciudad Bolívar y creo que en este ámbito hay mucho que se podría hacer y llegaría justo a las poblaciones que tienen menos niveles de cualificación, pero un gran potencial de trabajo. Lo otro es que ellas también hablaban de la “universidad barrial”, una suerte de universidades intergeneracionales no para la formación profesional, sino como medios de formación y educación popular, en términos de transmisión de saberes entre personas mayores y personas más jóvenes. Creo que hay formas de desarrollar los procesos de intergeneracionalidad. Obviamente también hay que vencer la desconfianza que nos deja el conflicto porque la gente —al menos esa es la experiencia que he vivido un poco—, no quiere reunirse con nadie; en efecto hemos sido tan señalados que hasta ir a una fiesta de matrimonio era objeto de desconfianza. Eso pasa porque en muchos lugares hay que reconstruir el tejido social, y uno pensaría que en Bogotá no, pero Bogotá es una ciudad con mucha desconfianza, donde las personas se pueden caer en medio de una estación de Transmilenio y nadie se acerca a ayudar.

Finalmente, también cabe pensar en el empobrecimiento de otras categorías sociales en este tránsito, por ejemplo, los y las odontólogas y psicólogas. Son actividades más liberales, que hoy son realizadas a través de contratos de prestación de servicios; es un panorama muy complejo, y yo diría que hay una gran paradoja, pues el desempleo de profesionales en esta crisis de salud mental tan grande que tiene el país, creo que nos muestra descarnadamente lo que somos: hoy no debería haber profesionales de la Psicología, del Trabajo Social, dentistas o nutricionistas sin trabajo, y sin embargo están sin empleo. Estas son las ramas de la salud, y por mi formación siempre incluyo a Trabajo Social y Psicología en esta esfera.

Sé que hacen parte de las ciencias sociales, pero, en mi configuración siempre estuvieron cerca al consultorio, entonces todo ello es inaudito, simplemente inaudito.

LAG: Deisy, muchas gracias, has recogido de manera interesante el análisis que queríamos hacer en este número de la revista y me llama mucho la atención la perspectiva del sufrimiento y la lógica de la dimensión emocional, porque también posibilita aproximarnos a varios asuntos que planteas sobre esa construcción cultural del cuidado, por ejemplo, que nos importe la vida de las y los otros, que me importe mi propia vida; también esa lógica vinculada a la formación de nuestros y nuestras futuras colegas en ese trabajo comunitario tiene como base mucho de lo intergeneracional, de los saberes, de lo que ha sido constitutivo; lo que mencionas sobre las personas mayores creo que toma una gran relevancia en el ejercicio de política pública. Por un lado, desde nuestra formación profesional, las preguntas para la academia que nos dejan tus reflexiones genera una gran incertidumbre, pero por otro lado también propicia preguntas, posibilidades y caminos para explorar.

231

