

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO



Serie Estado, políticas públicas y ciudadanía

# EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA DEL SARS-COV-2 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

## DETERMINACIÓN, DEPENDENCIA Y DESCOORDINACIÓN REGIONAL

*Gonzalo Basile*  
*Marinilda Rivera-Díaz*  
*[Comps.]*







**EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA DEL  
SARS-COV-2 EN AMÉRICA LATINA  
Y EL CARIBE**

Epidemiología crítica del SARS-COV-2 en América Latina y El Caribe:  
Determinación, dependencia y descoordinación regional / Gonzalo Basile...  
[et al.]; compilación de Gonzalo Basile; Marinilda Rivera-Díaz. - 1a ed.  
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Santo Domingo: FLACSO  
República Dominicana, 2022.  
Libro digital, PDF - (Grupos de trabajo de CLACSO)

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-813-374-4

1. Epidemiología. 2. Virus. 3. Enfermedades. I. Basile, Gonzalo, comp. II.  
Rivera-Díaz, Marinilda, comp.  
CDD 362.10425

Otros descriptores asignados por CLACSO:

Epidemiología / SARS-CoV-2 / Determinación / Dependencia /  
Descoordinación regional/ Desarrollo / Salud pública / Resistencia social  
/ Desigualdad / América Latina

Los trabajos que integran este libro fueron sometidos a una evaluación por pares.



CC BY-NC-ND 4.0



LIBRERÍA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES  
**CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE**

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a [www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana](http://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana)

# **EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA DEL SARS-COV-2 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

## **DETERMINACIÓN, DEPENDENCIA Y DESCOORDINACIÓN REGIONAL**

**Gonzalo Basile  
Marinilda Rivera-Díaz  
(Comps.)**

Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria





## CLACSO

Consejo Latinoamericano  
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano  
de Ciências Sociais

### **Colección Grupos de Trabajo**

**Pablo Vommaro** - Director

### **CLACSO - Secretaría Ejecutiva**

**Karina Batthyány** - Directora Ejecutiva

**María Fernanda Pampín** - Directora de Publicaciones

**Pablo Vommaro** - Director de Investigación

### **CLACSO - Equipo Editorial**

**Lucas Sablich** - Coordinador Editorial

**Solange Victory y Marcela Alemandi** - Gestión Editorial

### **Área de investigación**

**Natalia Gianatelli** - Coordinadora de Investigación

**Cecilia Gofman, Marta Paredes, Rodolfo Gómez, Sofía Torres, Teresa Arteaga y Ulises Rubinschik** -  
Equipo de Gestión Académica

### **Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana**

**Dr. Gonzalo Basile** - Dirección

### **FLACSO República Dominicana**

**Mgster. Cheila Varela** - Directora Ejecutiva

1ª edición: *Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: Determinación, dependencia y descoordinación regional* (Buenos Aires: CLACSO, Santo Domingo: FLACSO República Dominicana, diciembre de 2022).

ISBN 978-987-813-374-4

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723. La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

### **CLACSO**

**Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais**

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacso@clacsoinst.edu.ar> | <www.clacso.org>



# ÍNDICE

## **Gonzalo Basile y Marinilda Rivera-Díaz**

Prólogo | 9

## **PARTE I. EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA DEL SARS-COV-2**

### **Gonzalo Basile**

La tres “D” del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe:  
Determinación, Dependencia y Descoordinación en la  
respuesta epidemiológica | 23

### **Oscar Feo y Gonzalo Basile**

Crónica de una geopolítica anunciada: la arquitectura global  
farmacéutico-financiera en el gobierno de las vacunas de SARS-Cov-2 | 127

## **PARTE II. ESTUDIOS DE CASOS POR PAÍS**

### **Valeria Cotaimich, Pedro Oliva, Liliana Findling, Cecilia Fernández Lisso, Horacio Pereyra, María Soliedad Pavesi, Leandro Gamba, Daniel Godoy y Pedro Orden**

Covid-19 en Argentina: políticas de salud, territorios,  
cuidado y desigualdades | 161

### **Antonio Hernández Reyes, Alexander Coreas, Carlos Bustamante e Inecilia Argueta**

Una mirada a la dinámica sociopolítica desde la Sociedad, el Estado y  
respuesta del Sistema de Salud frente al Covid-19 en El Salvador | 195

**Marinilda Rivera-Díaz**

Desigualdad social y en salud de nuestros adultos mayores: una  
pandemia peor que el Coronavirus en Puerto Rico | 215

**Prasedez Polanco, Josvane Japa Rodríguez, Gonzalo Basile y Sheila Baéz**

República Dominicana: eslabones críticos en la epidemiología del  
SARS-CoV2 en un territorio insular periférico | 229

**Manuel Espinel Vallejo y Paula Re**

Las epidemias de la Covid-19 en España: Una historia del presente | 269

**Marcelo Emilio Parra Gutiérrez e Inti Pacheco Espinoza**

Coyuntura de la pandemia Covid-19 en Bolivia:  
Dos momentos, dos enfoques, dos políticas | 321

**Leny A. Bomfim Trad, Clarice Mota, Diana Anunciação, Leo  
Pedrana, Patrícia Rezende, Sara Mota, Carlos Alberto y Yeimi  
Alexandria Alzate Lopez**

Negacionismo, negligência e necropolítica: A pandemia de Covid-19  
no Brasil e seus reflexos na população negra e indígena | 347

**Camilo Bass del Campo**

Pandemia en Chile y el desbande del modelo neoliberal | 373

**Elba Núñez y María Limpia Díaz**

La salud en pandemia: políticas públicas y estrategias  
de resistencia social en Paraguay | 393

**Sobre las autoras y los autores** | 413

# PRÓLOGO

Gonzalo Basile y Marinilda Rivera-Díaz

Cuando en diciembre del 2019 se comienzan a identificar una cada vez mayor frecuencia de nuevos casos de neumonía infectada por coronavirus (2019-nCoV) en Wuhan, una gran ciudad de 11 millones de personas en el centro de China se activó una alerta epidemiológica en Asia que no tuvo demasiada atención en el mundo moderno occidental en eso que denominamos Norte Global.

El 29 de diciembre de 2019, los primeros 4 casos reportados, todos vinculados al Mercado Mayorista de Mariscos de Huanan (sur de China), fueron identificados por hospitales locales utilizando un mecanismo de monitoreo para “neumonía de etiología desconocida” que se estableció a raíz de la estela del brote de síndrome respiratorio agudo severo (SARS) del 2003 con el objetivo de permitir la identificación oportuna de nuevos patógenos como 2019-nCoV (Qun Li, 2020). La presunción de casos por exposiciones zoonóticas o ambientales estuvo desde el inicio presente.

Así el brote de coronavirus (SARS-CoV-2) pudo ocurrir dentro de la comercialización de animales silvestres (murciélagos, serpientes, otros), con la mayoría de los primeros casos en trabajadores jornaleros chinos en precarias condiciones de protección laboral y sanitaria en el trabajo.

El origen de la enfermedad sea en esta descripción anterior -u otras posibilidades- fue un claro *trasvasamiento* de la naturaleza a la sociedad. Leído en clave de metabolismo entre la Naturaleza y la Sociedad que permite reconocer la interdependencia del ser humano con la naturaleza.

Hasta el momento, se conocen seis especies de coronavirus que causan infección en los humanos. De ellas, hay cuatro (i.e., 229E, NL63, OC43 y HKU1) que generan frecuentes infecciones en el tracto respiratorio superior, con síntomas de resfriado común (Habibzadeh y Stoneman, 2020). Tan sólo dos, junto con el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) identificado, provocaron epidemias (Kim et al., 2020), estos fueron el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS).

Desde la notificación del primer caso de Covid-19 en América Latina y Caribe, se observó un umbral epidemiológico con tasa de ataque significativa de esta novedad virémica para la región en contextos donde ya se sufría de estrés epidemiológicos recurrentes en periodos estacionales con las enfermedades respiratorias agudas. Conjuntamente también una curva ascendente de pánico colectivo, de biopolítica y vigilantismo punitivo, de desprotección social y profundización de procesos de inequidades cimentadas en nuestras sociedades latinoamericana caribeñas por las determinaciones por clase social/etnia/género de la salud, la invisibilidad de la fragilidad de los sistemas de salud con una epidemiología funcionalista-reduccionista basada en conteos de casos aislados/desconectados de los territorios y modos de vida colectiva y una constante toma de decisiones públicas basadas en los expertos de *biomedicalización* radical con terapia de shock.

Así tanto en los marcos de comprensión como en las respuestas a esta emergencia de salud pública fue primando una doctrina del shock (Klein, 2017). La avidez de los mercados y de las élites por convertir todo desastre y emergencia en lucro; tal como postula Klein (2017) prevaleció en la propia declaratoria de un constante narrativa de “*guerra al Covid-19*”, donde se encendieron los motores de un shock.

Donde hay guerra, es difícil considerar la producción de cuidado colectivo de la vida y la salud. El complejo médico industrial farmacéutico fue por demás similar al complejo militar industrial. El filantropocapitalismo sanitario estuvo al acecho y aprovechó cada oportunidad de negocios (Birn y Richter, 2018).

En general, se fueron construyendo situaciones y escenarios donde el análisis y producción de evidencia científica fue en *lógica de espejo* de lo que venía ocurriendo en el Norte global (principalmente

Europa y Estados Unidos), o bien, por modelajes matemáticos de corte predictivos (Imperial College, 2020).

La crisis epidemiológica internacional y regional de SARS-CoV-2 puso a funcionar en plenitud un conjunto de dispositivos que se anidaban en la matriz genética del panamericanismo sanitario en Latinoamérica y Caribe: tanto en sus vertientes biomedicalizadas y de enfermería pública (Granda, 2004) como también en una perspectiva médico-social progresista del siglo XX, que (con)formaron varias generaciones de salubristas latinoamericanos y caribeños.

El gobierno de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 estuvo guiada por la racionalidad inherente a la *biomedicalización* que puso en el centro de la estrategia mundial y regional el clásico control y prevención de infecciones en establecimientos sanitarios (IPCC, por sus siglas en inglés) y la protocolización de la microbiología transferidos a las sociedades. Se colonizaron las lecturas sanitarias, epidemiológicas, académicas y socioculturales de la región (Granda, 2004).

La estructura institucional del Estado, los sistemas y servicios de salud tuvieron arreglos adaptativos internos a partir de las circunstancias de un ambiente externo hipercomplejo epidémico que fue simplificado en expertos, protocolos, fases, cuarentenas e higienismo (Basile, 2020).

Este abordaje fue prevalente en la mayoría de las autoridades en América Latina y Caribe. Es una consecuencia de la marcada influencia que aún tiene el funcionalismo sistémico sanitario, la seguridad sanitaria global y la *enfermología pública* que permeó a la salud pública herencia colonial del Siglo XIX y también a la medicina social del siglo XX (Granda, 2004).

Desde las primeras semanas de la declaratoria de pandemia a nivel global y posteriores epidemias a nivel regional, nacional y local, el Grupo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO<sup>1</sup> rápidamente elaboró un documento de trabajo bajo una matriz de análisis crítico sobre SARS-CoV-2 en siete dimensiones:

1. Caracterización epidemiológica de la pandemia de SARS-CoV-2 y epidemias particulares como de los antecedentes de enfermedades respiratorias,
2. Dinámicas sociopolíticas de la sociedad frente a la epidemia,

---

1 Del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) integrado por 195 investigadores/as de salud internacional, ciencias de salud/ciencias sociales de 28 centros de investigación e instituciones de salud de la región de América Latina y Caribe, de España y Portugal.

3. Dinámicas sociopolíticas del Estado en la respuesta a la emergencia epidémica,
4. Respuesta de los Sistemas de Salud,
5. Análisis de forma comparada de las medidas sanitarias tomadas por los Ministerios de Salud pública y Gobiernos de América Latina y Caribe en periodo 2020-2021,
6. La Geopolítica de Seguridad Sanitaria Global del Norte y la Integración regional y salud internacional; y
7. Describir la pandemia desde la Teoría de Doctrina del Shock y Capitalismo del Desastre.

Esta matriz de revisión sistemática y crítica con dimensiones y categorías de estudios buscaron romper con las *encrucijadas y parálisis* que sufrió el pensamiento crítico latinoamericano en salud (Basile, 2020) especialmente en el primer semestre de la pandemia y las epidemias durante el 2020.

Esta matriz de análisis ya en el primer semestre del 2020 permitió abrir un diálogo epistémico-teórico, pero también epidemiológico crítico y político sanitario de lo que se describía, comprendía y se hacía sobre las epidemias de SARS-CoV-2 en el marco de una pandemia global.

Basados en el uso y revisión sistemática propuesta por la matriz, se realizaron 18 ciclos de diálogos regionales y nacionales de lo que se denominó “*Estudiar la Pandemia desde la Salud Internacional Sur Sur*” con la presentación de estudios de caso de 15 países de América Latina y el Caribe, que terminaron a posterior consolidando un proceso de trabajo en clave multicéntrica de estudio comparado. En estos ciclos de diálogos articulados a la I Conferencia de Pensamiento Crítico en Salud de finales del año 2020, tuvieron más 7500 participaciones virtuales y de 110 invitados/as.

Con el objetivo central de revisar sistemáticamente a partir de una epistemología de la Salud desde el Sur, las disputas epistemológicas y geopolíticas como campo de conocimiento, de metodología y acción sanitaria frente a las epidemias particulares de SARS-CoV-2 en la región.

A sabiendas de la contextualidad regional situada en el Sur (Grossberg, 2006), resultó clave para este trabajo preguntarse y enumerar múltiples interrogantes como aproximaciones del estudio multicéntrico y como diversos puntos de partida desde donde estudiar –describir-caracterizar-analizar:

- En el periodo de origen, evolución y caracterización epidemiológica del SARS-CoV-2 a nivel mundial y en América Latina y Caribe ¿qué relación se plantea con un proceso de metabolismo entre Sociedad y Naturaleza?
- ¿Qué caracterización epidemiológica crítica del Covid-19 como pandemia y epidemias particulares en la región? ¿Qué otras dimensiones pudieran estar en juego desde la epidemiología crítica? ¿Qué papel jugaron en la Respuesta de los Sistemas de Salud? ¿Cuál fue la metodología y geopolítica imperante en el diseño y gestión de la respuesta a las Emergencias de salud pública en Latinoamérica y Caribe?
- ¿Cómo fueron las dinámicas sociopolíticas de la terapia de shock con pánico en la sociedad? ¿Cómo y quién gobernó la curva ascendente de desinformación, temor social y aislamiento individual? ¿Qué rol jugaron la ciencia biomédica, los expertos en especial clínicos y las cuarentenas en el comportamiento individual de respuesta a la emergencia?
- ¿Cuál es la geopolítica sanitaria que primó en las medidas tomadas por los Estados en América Latina y Caribe? ¿Qué niveles de coordinación y cooperación regional Sur Sur se activaron en respuesta a Covid-19? ¿Qué rol tuvo la soberanía sanitaria como estrategia?
- ¿Fue doctrina de shock y capitalismo del Desastre la lógica que hegemonizó la respuesta a Covid-19? ¿Qué papel jugaron la salud global liberal, el filantropcapitalismo y el complejo médico industrial farmacéutico financiero en la producción y acceso a Vacunas?

**Tabla 1. Matriz de Estudio comparado**

<b>Dimensión</b>	<b>Categorías</b>	<b>Preguntas Guía</b>
I. Dimensión Epidemiológica: (Caracterización global/regional/ País del SARS-CoV-2 y enfermedades respiratorias)	1.1 Origen	¿Qué sabemos del Origen de SARS-CoV-2?
		¿Qué determinaciones se encuentran en el metabolismo Sociedad-Naturaleza en el origen de esta pandemia?
	1.2 Epidemiología con y sin números	Tasas de frecuencia y distribución de Covid-19 y de Enfermedades respiratorias Global /Regional / País.
		¿Qué grupos poblaciones se encuentran vulnerados frente a la enfermedad? ¿Qué diferencias y similitudes se encuentran por países, provincias, municipios particulares de cada país?
		¿Qué perfiles epidemiológicos encontramos en cada País/ Región? Ej.: Condiciones de vida como vivienda, hacinamiento, acceso a agua, empleo, saneamiento, otros. ¿Las desigualdades en salud tuvieron impacto en la afectación del Covid-19 en las regiones del País?
II. Dimensión Sociedad y Covid-19: (Dinámicas sociopolíticas de la Sociedad frente al riesgo epidémico)	2.1 Contexto social, político, cultural y económico	¿Cuál es en este momento el contexto social, político, cultural y económico?
	2.2 Circulación de información sobre Pandemia	¿Cuál es en este momento el discurso de los expertos con relación al Covid-19? ¿Cuál es el discurso de los medios de comunicación? ¿Qué discursos son los que más circulan en la sociedad (redes sociales, otros)?
	2.3 Estructura social de los Cuidados /Género / Violencias / Racialización	¿Qué pasa con los cuidados formales e informales y las desigualdades de género? ¿Cómo el proceso de salud-enfermedad del Covid-19 ha exacerbado los cuidados, las desigualdades de raciales, de género y de salud?
		2.4 Participación social y popular / Acciones de sociedad civil (movimientos sociales, otros)

III. Dimensión Estado (Dinámica sociopolítica del Estado ante riesgo Covid-19)	3.1 Organización del Estado	¿Cómo se organizó el gobierno en proceso epidémico de Covid-19? ¿Forma de toma de decisiones y participación democrática de los sectores? ¿Formas de comunicación gubernamental (Ej.: ¿Comunicados, conferencias de prensa, portales electrónicos, distribución de material informativo y equipos en las comunidades)? ¿Relación del Estado y la sociedad durante Covid-19?
	3.2 Securitización: Cuarentenas, Vigilantismo punitivo y Policía médica	Describir dinámica de la securitización. ¿Qué diseño y características tuvieron la cuarentena y medidas de policía médica? ¿Qué rol tuvieron y tienen las fuerzas de seguridad? ¿Y el ejército? ¿Qué tipo de medidas y controles se establecieron (ej. ordenes administrativas, ejecutivas)? ¿Persecución y/o arrestos de migrantes, personas en situación calle, actores sociales o defensores de derechos humanos, otros?
	3.3 Protección social	Sistema de protección social previo Covid-19 ¿Qué políticas de protección social reactivas se implementaron? ¿Universalización o extensión de coberturas? ¿Qué características tuvo la protección social implementada y poblaciones priorizadas?
	3.4 Gestión de la Emergencia de salud pública	¿Cuál es la estructura de gestión de la Emergencia Covid-19? ¿Qué características tienen los Comités de crisis y/o Comités Operativos de Emergencia de Salud Pública? ¿Qué actores hegemonizan estos espacios de gobierno de Emergencia? ¿Cuál es la participación de los grupos sociales en estos espacios de gobierno de Emergencia y comités? ¿Cuáles son los discursos gubernamentales que se utilizan desde estas estructuras de gobierno de la Emergencia?

IV. Dimensión Respuesta de Sistemas de Salud	4.1 Sistema y Políticas de salud /Relación Estado y Mercado en campo de salud	¿Cuáles son las políticas de salud del Estado antes y con SARS.-CoV-3?
		¿Qué modelo de reforma y situación tenía el sistema de salud?
		¿Qué características tuvo la respuesta del Sistema de Salud? ¿Redes de Salud intersectorial e integral? ¿Hospital-céntrico? ¿Qué rol cumplió la atención básica y redes de salud en los territorios, barrios, comunidades?
	4.2 Barreras de acceso	¿Cuáles son las principales barreras de acceso al sistema?
	4.3 Financiamiento Sector Salud y financiamiento Covid-19	¿Cómo se financia el sistema de salud y cómo se distribuyen los recursos?
		¿Qué relación hay entre Estado y mercado en Sector Salud antes y con riesgo epidémico de Covid-19?
	4.4 Distribución de Personal sanitario (médicos/as, enfermeras/os, auxiliares de enfermería)	¿Cuáles son los datos de personal sanitario? Características generales de condiciones de trabajo en Salud.
4.5 Infraestructura pública (Hospitales, Centros de atención, Camas hospitalaria/camas UCI)	¿Con qué infraestructura sanitaria pública y privada se cuenta? ¿Con cuántas camas de hospitalización y de UCI se cuenta en sector público, privado, otros?	
4.6 Infraestructura privada (Establecimientos, Cantidad de camas hospitalización y UCI)		
4.7 Condiciones de trabajo en salud y protección trabajadores de la salud	¿Qué condiciones de trabajo en establecimientos de salud se registran en País? Caracterización y descripción.	

V. Dimensión Doctrina del Shock y Capitalismo del Desastre ante SARS-CoV-2	5.1 Dinámicas de grupos económicos y bloques de poder País	Principales grupos económicos y bloques de poder en País. ¿Cuáles son las dinámicas y políticas de estos actores?
	5.2 Rol del Mercado (Actores del Sector privado) en emergencia Covid-19	¿Qué rol juega el mercado en la emergencia Covid-19? ¿Qué espacios de acumulación de capital abrió la emergencia? ¿Las industrias extractivas (minerales, petróleo, agronegocios) siguieron operando? ¿Cómo interviene la industria farmacéutica en el País?
	5.3 Economía, Empleo y Covid-19	¿Qué pasa con la economía, el empleo y las condiciones de trabajo? ¿Cantidad de personas que quedaron desempleadas o parcialmente empleadas? ¿Qué políticas adoptó el gobierno para atender el impacto de la emergencia en la economía? ¿Qué rol jugaron las multinacionales en las decisiones de cierre o apertura del mercado en los países? ¿Existen diferencias establecidas por parte del gobierno en permisos para apertura a tiendas/compañías multinacionales versus pequeños y medianos negocios? ¿Demandas al gobierno por competencia desleal?
	5.4 Reformas estructurales	¿En este momento el gobierno está planteando reformas estructurales?
	5.5 Programas del Banco Mundial, BID y/o FMI	¿Qué políticas está adoptando en este momento el FMI, el BM o el BIC?
¿Se están planeando políticas de endeudamiento por parte del gobierno?		
VI. Dimensión de Geopolítica: la Integración regional y soberanía sanitaria	6.1 geopolítica, Seguridad Sanitaria Global 6.2. Agenda, Prioridades y Formas de acción, integración y cooperación regional en salud de los Estados en contexto SARS-CoV-2	¿Cuáles son las prioridades de agenda?
		¿Cuáles son las formas de acción, integración y cooperación regional en salud?
	6.3 Redes de coordinación regional de Movimientos sociales, redes de salud internacional sur sur y GTs CLACSO, otros actores de la sociedad	Agenda, Características y Acciones de redes de coordinación regional para afrontamiento Covid-19 desde movimientos sociales, academia, sindicatos, mujeres, otros actores sociales y comunitarios.

Fuente: Elaboración propia

Estos son los estudios y reflexividad que busca abrir esta primera publicación de epidemiología crítica sobre el SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe.

Es importante considerar, que este trabajo fue producido en el periodo entre los años 2020 y 2021, con lo cual los artículos compilados no buscan describir ni responder a la situación epidemiológica

descriptiva analítica tradicional durante la pandemia global y epidemias particulares de SARS-CoV-2, sino todo lo contrario, situar una comprensión regional crítica recolocando la especificidad de estudiar, analizar, problematizar y caracterizar en profundidad las implicancias del SARS-CoV-2 en la salud desde el Sur global.

El presente proyecto de investigación buscó entonces comprender, pensar y problematizar los procesos epidemiológicos críticos y de respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe.

Asimismo, también se pretende estudiar y problematizar los aprendizajes, errores y limitaciones de la epistemología, de las teorías y políticas públicas sanitarias operacionalizadas en la respuesta epidemiológica sobre el SARS-CoV-2.

En una primera parte, se encuentra un marco teórico, sistema categorial y revisión crítica desde las 3 “D” de Determinación Internacional de la Salud, Dependencia sanitaria y Descoordinación regional en la epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe propuesto por el investigador Gonzalo Basile. De igual forma, en este mismo apartado se introduce una revisión y conceptualización sobre las bases de colonialidad en los modelos teóricos y de políticas en la instrumentación de confinamientos y cuarentenas empíricas, vigilantismo punitivo y policía médica, epidemiología funcionalista con expertos clínicos en el gobierno de la salud pública, la transferencia de protocolos de control y prevención de infecciones hospitalarias en la vida en sociedad, los arreglos institucionales de shock sobre sistemas sanitarios mercantilizados y fragilizados, entre otros.

Teniendo el privilegio de contar con un artículo sobre el acceso a Vacunas de SARS-CoV-2, de los autores Oscar Feo y Gonzalo Basile que caracterizan pormenorizadamente la geopolítica de las vacunas en contexto del acelerado complejo médico industrial farmacéutico, el rol de OMS, GAVI y CEPI y las implicancias de la dependencia sanitaria en el Sur global.

En una segunda parte, se encontrarán con estudios de casos abordados desde las dimensiones y categorías de análisis comparado que se describen según la Matriz. Los estudios de casos tienen la complejidad, particularidad y singularidad de cada proceso país y la riqueza de la trayectoria de destacadas autoras y autores latinoamericanos y caribeños.

En el caso de Brasil, las autoras *Leny A. Bomfim Trad; Clarice Mota; Diana Anunciação; Leo Pedrana; Patrícia Rezende; Sara Mota; Carlos Alberto y Yeimi Alexandria Alzate Lopez* introducen un marco de comprensión en la relación entre negacionismo, negligencia y necropolítica en la respuesta al SARS-CoV-2 en la compleja cartografía terri-

torial brasileña especialmente enfocado sobre las poblaciones negras e indígenas del país.

Para Argentina, se realiza una compilación de textos estructurados dentro de un mismo artículo que buscan abordar las diferentes dimensiones y facetas de estudio de la respuesta al SARS-CoV-2 en el territorio argentino.

Para Centroamérica, el caso de El Salvador trabajado por *Antonio Hernández Reyes, Alexander Coreas, Carlos Bustamante e Inecilia Argueta* permite estudiar las dinámicas en la sociedad salvadoreña y las lógicas que primaron en el Estado frente a la epidemia de SARS-CoV-2.

Para el Caribe, *Marinilda Rivera-Díaz* analiza las implicancias de los procesos de desigualdades sociales y sanitarias como determinaciones del SARS-CoV-2 en los adultos mayores de Puerto Rico. Y en la República Dominicana, los autores *Prasedez Polanco, Josvane Japa Rodríguez, Sheila Báez y Gonzalo Basile* trabajan sobre los eslabones críticos de la respuesta al SARS-CoV-2 en un territorio insular periférico y caracterizan las lógicas de la epidemiología y el diseño del gobierno sanitario en la crisis del Covid-19 durante el 2020.

En Bolivia, *Marcelo Emilio Parra Gutiérrez e Inti Pacheco Espinoza* elaboran un análisis en dos momentos de la respuesta al SARS-CoV-2: durante el Golpe de Estado y post-Golpe y recuperación de la democracia en el Estado Plurinacional de Bolivia.

En Paraguay, *Elba Núñez y María Limpia Díaz* caracterización a la salud en la epidemia de SARS-CoV-2 y a su vez mapean las resistencias sociales frente a las medidas gubernamentales.

En Chile, *Camilo Bass* describe las implicancias del neoliberalismo y la respuesta del sistema sanitario chileno en un contexto de protestas y procesos constituyentes en las dinámicas en la sociedad chilena.

Por último, *Manuel Espinel Vallejos y Paula Ré* problematizan la geopolítica del cuidado(s) y los impactos epidemiológicos sobre las sociedades como las graves limitaciones que tuvo el Norte global en la respuesta al SARS-CoV-2 tomando especialmente el estudio sobre el caso de España.

Quizás solo unos pocos de los y las que nos lean adivinarán las dificultades que tuvimos para redactar y compilar esta obra. Publicación que en lo más mínimo busca producir divulgación, o un entusiasmo crítico, sino parir una profunda sinfonía de interrogantes y revisión de “*qué nos pasó*” y *por qué* hicimos lo que hicimos para llegar a transitar el SARS-CoV-2 en Latinoamérica y el Caribe.

Quizás entonces para hacer este tránsito de lectura y discusión, es urgente desembarazarse de toda una serie de taras y secuelas teórico-

metodológicas repetidas como mantras de cientificidad en estos dos años de pandemia de SARS-CoV-2.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Atchison, Christina et al. (2020). Report 10: Public response to UK Government recommendations on COVID-19: population survey, 17–18 March 2020. *Imperial College London*, 20.
- Basile, Gonzalo (2020). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3557-3562.
- Birn, Anne-Emanuelle y Richter, Judith (2018). El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. *Medicina Social*, 11(3), 135-152.
- Granda, Edmundo (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista cubana de salud pública*, 30(2), 0-0.
- Grossberg, Lawrence (2006). Stuart Hall sobre raza y racismo: estudios culturales y la práctica del contextualismo. *Tabula Rasa*, (5), 45-65.
- Habibzadeh, Parham y Stoneman, Emily (2020). The Novel Coronavirus: A Bird's Eye View. *Int. j. Occup. Environ. Med.*, 11, pp. 65–71.
- Kim, Jin et al. (2020). The First Case of 2019 Novel Coronavirus Pneumonia Imported into Korea from Wuhan, China: Implication for Infection, Prevention and Control Measures. *J. Korean Med. Sci.*, 35(5): e61.
- Klein, Naomi (2017). *La Doctrina del Shock: el Auge del Capitalismo*. Buenos Aires, Paidós Editorial. Empiria.
- Qun Li, M. Med et al. (2020). Dinámica de transmisión temprana en Wuhan, China, de neumonía infectada por coronavirus novedoso. *The New England Journal of Medicine*, 29 de enero del 2020.

**PARTE 1**

**EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA**

**DEL SARS-COV-2**



# LAS TRES “D” DEL SARS-COV-2 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

## DETERMINACIÓN, DEPENDENCIA Y DESCOORDINACIÓN EN LA RESPUESTA EPIDEMIOLÓGICA

Gonzalo Basile

### INTRODUCCIÓN

Estudiar la pandemia y las epidemias de SARS-CoV-2 no basta sólo con hacerlo hacia y desde América Latina y el Caribe.

El primer ejercicio que propone este capítulo es que resulta imprescindible trascender el pensamiento, las categorías, las teorías y las bases eurocéntricas panamericanas que sustentaron y se reprodujeron durante toda la crisis epidemiológica internacional del SARS-CoV-2.

Detrás de ese *marco categorial* se esconde aquello que justifica las razones de las determinaciones epidemiológica, la dependencia científico-sanitaria, de la descoordinación regional, de las biomedicalizadas e ineficaces respuestas a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2; en definitiva, a la reproducción de marcos de comprensión basados en considerar como únicos horizontes de actuación los lentes epistémicos y metodológicos del Norte global.

Dicho de otro modo, la crisis pandémica del SARS-CoV-2 permite comprender indisimulablemente la especificidad de los eslabones críticos en la respuesta a nivel regional siendo menester deconstruir -o sea *desmontar, desarmar, paso a paso, lógica-conceptualmente-* el marco categorial epidemiológico eurocéntrico panamericano y buscar construir otros marcos categoriales «desde» el que se pueda repensar

con rigor y en profundidad la crítica respuesta epidemiológica-sanitaria en los territorios y territorialidades latinoamericanas caribeñas en el periodo 2020-2021.

América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo mundialmente periférico dependiente permite observar y estudiar los impactos de una geopolítica de poder y conocimiento epidemiológico activado como verdad totalizante en el afrontamiento de la pandemia global de SARS-CoV-2 en una dinámica regional en el Sur global.

Recuperar la capacidad de preguntar(se), dudar y asumir con humildad el conocimiento sanitario epidemiológico crítico como campo de lo complejo, contingente y multidimensional (Almeida-Filho, 2006). “*La única certeza es la incertidumbre*” plantea Edgar Morin (1999). Comprendiendo el campo del conocimiento bajo la incertidumbre, pareciera útil revisar cómo se observó, estudió y analizó la pandemia global y las epidemias particulares de cada país en América Latina y el Caribe.

Las encrucijadas para la teoría crítica epidemiológica (Breilh, 2010), implica sobre todo en el contexto particular regional interrogarse por las dinámicas de reproducción imperante de una matriz única, positivista, universal y reproducible que fue operacionalizada en el afrontamiento del SARS-CoV-2.

Por esto, el presente capítulo busca caracterizar la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe desde una matriz de comprensión basada en la epidemiología crítica y una epistemología de la Salud desde el Sur elaborada para el estudio de casos comparados regionales (Basile, 2020b). Esta matriz asume para su diseño una combinación metodológica observacional descriptiva y de revisión sistemática y análisis hermenéutico (Almeida-Filho, 2003) para trabajar sobre tres categorías que se identifican con las 3 “D”: *determinación, dependencia y descoordinación*.

Así con el objetivo de revitalizar el pensamiento crítico latinoamericano en salud (Basile, 2020a), sobre todo en el contexto situado regional implica hacer visible la racionalidad de un orden regulatorio científico occidental moderno como guía de la estrategia mundial y regional ante el SARS-CoV-2. Este orden científico moderno puso en operaciones una matriz de dependencia a la epidemiología funcionalista y a una enfermología/salud pública colonizada por la microbiología transferida a las dinámicas de la vida en sociedad; junto con ensayos experimentales poblacionales basados en un nexo entre seguridad nacional, vigilantismo punitivo y salud, bajo la reproducción de una geopolítica basada en parámetros de seguridad sanitaria global.

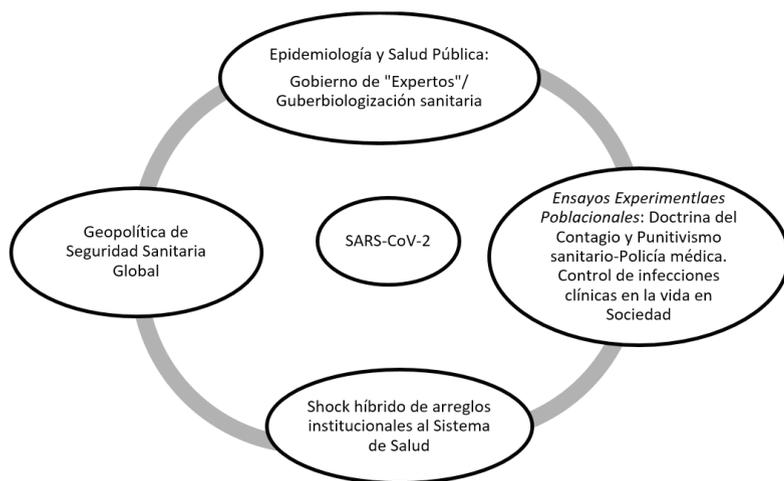
De ahí que más que repetir premisas de la enfermología pública únicas y positivistas (Granda, 2004), este artículo busca aportar una

matriz crítica sobre la revisión de las teorías, las políticas, los lenguajes, las acciones y operativos de respuesta que se activaron en la pandemia y las epidemias particulares de SARS-CoV-2 desde el primer semestre del 2020 hasta finales del 2021.

También revisar el gobierno de las respuestas a las epidemias de SARS-CoV-2 en la región implica estudiar una nueva especialidad tecnocrática que es la consolidación de una tipología: la gestión de los “*expertos*”. Buscando encontrar hallazgos en esta categoría de estudio al interior de la conformación de la estatalidad sanitaria de los comités de expertos, en los comités de emergencias o comités de crisis del Covid-19 tanto a nivel de cada país como en la especificidad regional.

Por último, se busca caracterizar e indagar los procesos de coordinación, cooperación e integración regional en salud en el marco de la respuesta al SARS-CoV-2 preguntándose sobre las bases de dependencia o soberanía sanitaria regional (Basile, 2018).

**Gráfico 1. Matriz de eslabones críticos en la respuesta al SARS-CoV-2**



Fuente: Basile, 2020b.

Sobre esta matriz de análisis de eslabones críticos bajo las tres “D” (ver Gráfico 1), el presente capítulo entonces desarrollará en tres partes una revisión detallada de estos procesos para caracterizar, analizar e interpretar las lógicas que se reprodujeron en el escenario regional en respuesta al ciclo epidémico de SARS-CoV-2.

## PRIMERA PARTE

# LA “D” DE DETERMINACIONES INTERNACIONALES DEL SARS-COV-2 PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

## ENTRE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL METABOLISMO SOCIEDAD-NATURALEZA Y LAS GEOPOLÍTICAS DEL PANAMERICANISMO Y LA SEGURIDAD SANITARIA GLOBAL

*“Nuestra presencia aquí y ahora coincide con la formación de una conciencia global de que los modos de producir, de comerciar, de consumir, de aprender, de relacionarnos con la naturaleza, de comunicarnos, y de hacer cultura, que el Capitalismo mundial ha producido, son lo opuesto de lo que debemos hacer para forjar el bienestar de la humanidad y proteger la vida sobre la Tierra”.*

Jaime Breilh (2012)

Comprender la dimensión general de las crisis epidemiológicas asumiendo una escala de observación basada en la categoría de determinación internacional de la salud, implica hacer visible los evidentes condicionantes hacia una vida saludable en la Periferia (Dos Santos, 2020).

En gran medida frente a un sistema global de reproducción, se suelen enunciar tesis nacionales de afrontamiento. Esto incluye muchas veces ubicar a las determinaciones de las crisis epidemiológicas internacionales exclusivamente a procesos nacionales, territoriales y locales.

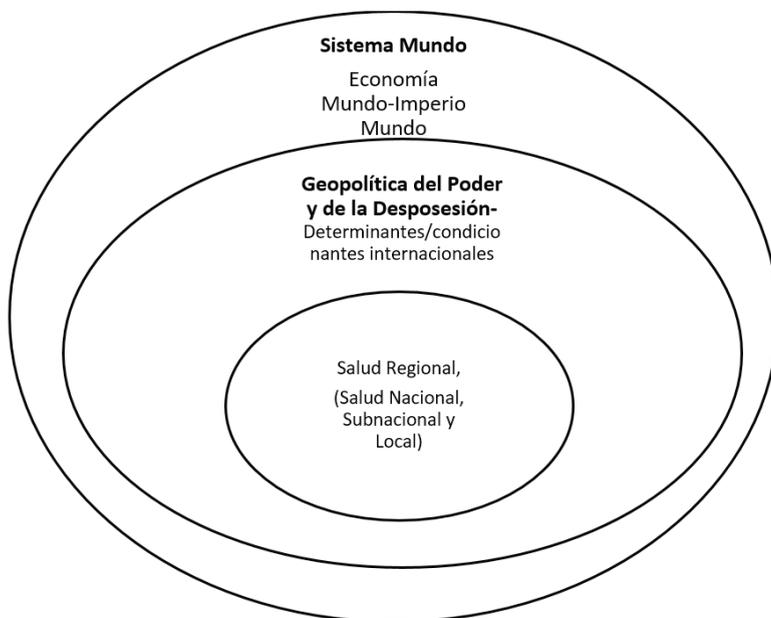
Ahora bien, la irradiación y reproducción de lo que se conceptualiza como *determinación internacional en salud* parte de comprender la complejidad de condicionantes y adversidades entrelazadas en multineveles inherentes al sistema mundo contemporáneo para la especificidad de América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo mundialmente periférico:

- La aceleración financiera extractiva del capitalismo global con la expansión de zonas sacrificiales del desarrollo en el Sur;

- La dependencia a las tecnocracias de salud global liberal y panamericana;
- El lugar de compradores periféricos al complejo médico industrial farmacéutico en la nueva división internacional del comercio y las finanzas;
- Los patrones de reproducción universal de matrices de afrontamiento a emergencias sanitarias (Ej.: cuarentenas empíricas, neohigienismo, biomedicalización);
- La geopolítica de seguridad sanitaria global y la creciente militarización ante las amenazas epidemiológicas para el Norte global.

Como ilustra el gráfico siguiente, estos componentes fueron aplicados a las particularidades territoriales excluyentes e inequitativas latinoamericanas caribeñas, dejando una marca registrada de cada vez más reducidos espacios de autonomía y soberanía sanitaria regional (Basilé, 2020a).

**Gráfico 2. Modelo de Determinación internacional de la Salud**



Fuente: Elaboración propia.

La *determinación internacional de la salud* se expresa entonces en diferentes dimensiones y niveles. Este marco categorial y teórico muestra como *reduccionista* la presuposición que la producción de procesos de salud-enfermedad descansa sobre lo que ocurre sólo *entre y al interior de cada Estado-Nación* como una dinámica de desigualdades globales-nacionales, sin vinculación fundamental o sin reconocimiento de las determinaciones desde las estructuras de poder globales sobre la salud y la vida en el Sur, o en una geopolítica Centro y Periferia (Dos Santos, 2020).

Abrir nuevas escalas de observación, resulta de problematizar que si la unidad de análisis para el estudio de eventos epidemiológicos globales continúa siendo los Estados-Nación, sus fronteras y el *control* de enfermedades, esto presupone de partida subestimar las relaciones de explotación, subsunción y dominación dentro del sistema mundo contemporáneo (Basile, 2018).

En efecto, para estudiar las determinaciones internacionales de la salud es necesario modificar la unidad de análisis en escala espacial y escala temporal de observación pasando a observar, problematizar y monitorear los procesos críticos del sistema mundo moderno en sus cuatro divisiones como marcadores epidemiológicos globales claves:

- Orden superior-inferior jerárquico racial;
- División internacional del trabajo;
- División internacional de la naturaleza;
- División internacional entre Centro y Periferia.

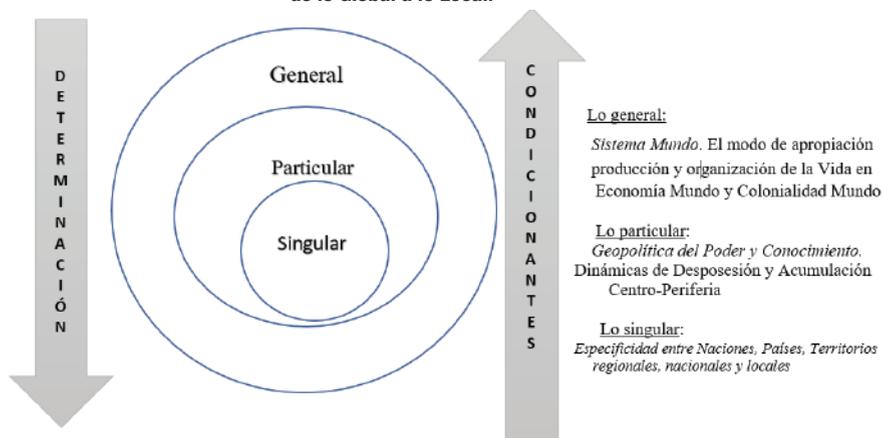
Esto implica asumir un cambio de categorías y de escalas. Las expresiones epidemiológicas que se producen en el capitalismo cognitivo en su fase acelerada, líquida-financiera y extractiva permite discutir con las tesis de Lima Barreto (2011) o la cultura OXFAM como simplificaciones reduccionistas de sólo considerar evidencias de desigualdades globales en salud cuantificadas entre Estados/sociedades nacionales u al interior de estas, siendo solo evidencias sueltas, aisladas y desconectadas. A su vez con una creciente suposición y explosión de informes basados en este enfoque de desigualdades desde un *estructural funcionalismo* de presumir que son “desajustes” que requieren correcciones (Almeida Filho, 2020), invisibilizando los procesos de determinación.

La distribución diferencial de recursos de dominación, explotación y sometimiento se configura como la dimensión general de *determinación* de la salud internacional en el mundo moderno.

El sistema-mundo vigente, globalización mediante, es resultado de un proceso de pliegues que en nuestra región tienen que ver con

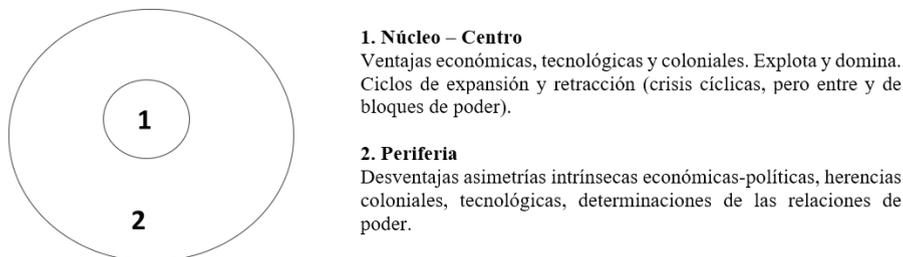
la propia constitución histórica colonial de América Latina y el Caribe, del capitalismo colonial/moderno, líquido y eurocentrado como patrón de poder mundial (Mignolo y Walsh, 2002).

**Gráfico 3. Niveles de Análisis y Explicación del Proceso de determinación de lo Global a lo Local:**



Fuente: Elaboración basado de Breilh (2013).

**Gráfico 4. Niveles de Análisis y Explicación del Proceso de determinación del Centro a la Periferia:**



Fuente: Elaboración basado de Dos Santos (2020).

Estos procesos de determinación internacional siempre son relacionales, nunca determinista.

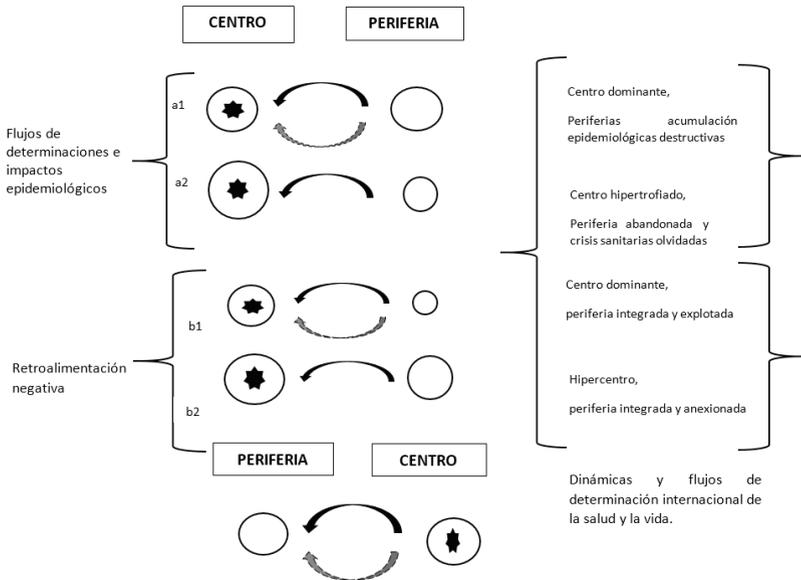
Es decir, por definición la determinación internacional de la salud produce un flujo a nivel general de asimetrías del Centro hacia la Periferia, que también impacta en los conocimientos, saberes, comportamientos, pensamientos, prácticas y políticas de una *dependencia in-*

terna que lo naturaliza y un uso como absorción de lentes epistémicos dominantes del sistema-mundo en el campo de la salud internacional y la epidemiología en el Sur.

Esta dimensión general, ubica un conjunto de teorías, tipologías, marcos de análisis y metodologías que las universidades, campos profesionales y diplomacias sanitarias, espacios de gestión pública de gobierno (Ej.: ministerios de salud, organismos regionales de salud, otros) toman desde un saber-hacer *instituido* eurocéntrico-panamericano como el canon a reproducir, copiar, asimilar y considerar como la ciencia positiva y única. *La imitación y/o la adaptación.*

Estas breves referencias se basan primero en una necesidad teórica de incorporación de la categoría de *determinación internacional de la salud*. Segundo, en una necesidad de problematización contextualizando que “La Ciencia” y los sistemas de conocimientos moderno occidental del sistema-mundo totalizante funciona para una minoría poblacional del planeta, pero tiene una gran capacidad de colonialidad del saber-hacer, pero especialmente y sobre todo de *destrucción*: ecológica, bélica-militar, clasista-racista-sexista y también epidemiológica-sanitaria.

**Gráfico 5. Flujos de Centro periferia en la determinación internacional de la salud**



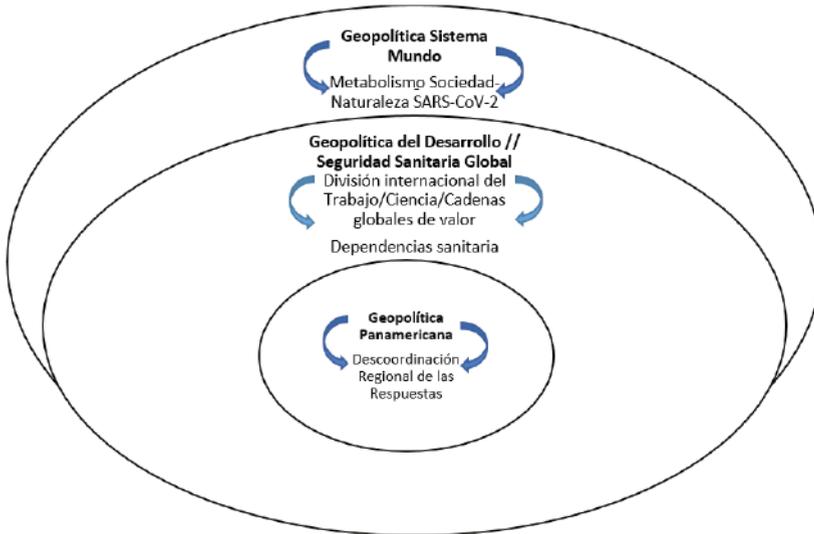
Fuente: Elaboración propia.

El contraste centros/periferias es pues inherente a la expansión mundial del capitalismo realmente existente en todas las etapas de su despliegue desde sus orígenes.

Por último, para operacionalizar esta problematización sobre la *determinación internacional de salud*, se trabaja en esta revisión sobre tres geopolíticas como las proyecciones espaciales de relaciones de poder que inciden, impactan y se reproducen en el campo sanitario:

- La Geopolítica del Metabolismo Sociedad-Naturaleza en la dimensión general de las crisis epidemiológicas como el caso del SARS-CoV-2
- La Geopolítica de los “ismos” sanitarios: el desarrollismo y el panamericanismo
- La Geopolítica de la seguridad sanitaria global

**Gráfico 6. Modelaje de Determinación internacional del SARS-CoV-2**



Fuente: Elaboración propia.

### **GEPOLÍTICA DEL METABOLISMO SOCIEDAD-NATURALEZA EN EL ORIGEN EPIDEMIOLÓGICO DEL SARS-COV-2**

El primer proceso de determinación internacional de la salud a describir parte de una crítica aceleración inédita de acumulación económica, mercantilización y financierización de la vida y de la naturaleza, atravesada por producción de inequidades por género, clase social y étnico-racial.

Deshumanizante exclusión social y acelerada destrucción ecológica son quizás la marca característica del capitalismo líquido cognitivo financiero del siglo XXI y la principal dimensión estructurante de las crecientes crisis epidemiológicas (Breilh, 2010).

Hay múltiples versiones e interpretaciones del origen y evolución del SARS-CoV-2. Aunque más allá de las dinámicas de reproducción social y la epidemiología o virología del virus, todas significan saltos patogénicos del metabolismo sociedad-naturaleza en el siglo XXI (Basile, 2020b).

Para la epidemiología crítica el metabolismo Sociedad-Naturaleza estructura la dimensión general y origen de los procesos socialmente determinados que se manifiestan en modos de vivir, trabajar, enfermar y morir (Breilh, 2010). Donde prima el *antropocentrismo* implica que la acelerada destrucción, manipulación, mercantilización de las sociedades sobre lo natural (madre tierra, ecosistemas), genera de forma cada vez más recurrente y rápida complejos procesos de subsumición y subordinación de la naturaleza a las necesidades de acumulación social que producen transformaciones mutuas de la sociedad en el ambiente, y del ambiente impactando en la sociedad.

La conexión entre lo natural, lo biológico y lo social, no se reduce a un vínculo externo, a algo “natural” o “catastrófico”, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento antes descriptos.

Los cambios en las dinámicas poblacionales de urbanizaciones malsanas y ecológicamente insustentables, la pérdida del equilibrio natural de los ecosistemas, la introducción de especies exóticas, tráfico ilegal o caza, el uso intensivo de agrotóxicos y contaminación de la tierra y agua, el extractivismo acelerado de minerales, la deforestación crítica, la cría intensiva de ganado con uso de antibióticos, los monopolios de cadenas alimentarias de malnutrición, la producción masiva de desechos, en definitiva, una cartografía de territorialidades de acumulación y de desposesión, con una brutal y acelerada depredación de las sociedades sobre la naturaleza siendo la mayor amenaza hoy a la salud colectiva humana en el planeta, sociedades y comunidades (Basile, 2020b).

Sin duda, estas determinaciones socioambientales de la salud y la vida enunciadas se encuentran en formas y modos de reproducción particular en el espacio regional de América Latina y el Caribe. El SARS-CoV-2 es un proceso salud enfermedad determinado por este metabolismo Sociedad-Naturaleza.

**Tabla 1. Revisión comparada de patógenos y procesos destructivos socioambientales – Año: 1994-2019**

<b>Año</b>	<b>Patógeno</b>	<b>Proceso destructivo socio-ambiental</b>	<b>Patogenicidad</b>	<b>Vía de transmisión</b>
1994	Virus Hendra (HeV)	Contacto directo con hospedadores intermedios, deforestación y urbanización, cambios climáticos, hábitos socio culturales.	Virus del género <i>Henipavirus</i> , de la familia <i>Paramyxoviridae</i> . Los murciélagos frugívoros ( <i>Pteropus</i> ) son los reservorios naturales del virus.	Hospedador principal: Zorros voladores (murciélagos frugívoros), hospedador intermedio: Caballos Vía de transmisión: contacto con saliva, fluidos de hospedadores y posibilidad de contaminación ambiental.
1995	H5N1	Comercio ilegal y legal de aves, gestión de macrogranjas de aves, explotación doméstica de aves, contaminación ambiental de patógenos por aves migratorias y aves acuáticas.	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i>	Hospedador principal: Aves acuáticas y aves silvestres. Hospedador intermedio: gallinas, aves de corral.
1999	Nipah virus (NiV)	Deforestación y quema, urbanización, mala gestión de granjas porcinas, modificación de hábitos alimenticios murciélagos, sequías e inundaciones, proximidad a zonas silvestres.	Virus perteneciente al género <i>Henipavirus</i> de la familia <i>Paramyxoviridae</i>	Hospedador principal: Murciélago frugívoros Hospedador intermedio: Cerdos. Vía de transmisión: contacto con animales enfermos o ingesta de palmera datilera
1999-2002	H9N2	Mercados húmedos, propagación en granjas domésticas e industriales, alimentación con piensos (aflatoxinas).	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i>	Hospedador principal: aves acuáticas, aves silvestres. Hospedador intermedio: gallinas, aves de corral.
1999-2002	H7N7	Comercio ilegal y legal de aves, gestión de macrogranjas de aves, explotación doméstica de aves, contaminación ambiental de patógenos por aves migratorias y aves acuáticas.	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i> .	Hospedador principal: aves acuáticas, aves silvestres. Hospedador intermedio: gallinas, aves de corral.
2002-2003	SARS-CoV	Comercio legal e ilegal de animales vivos, en mercados húmedos, ingesta de carne procedente de caza, viajes internacionales.	Virus perteneciente la subfamilia <i>Orthocoronavirinae</i> , familia <i>Coronaviridae</i> .	Hospedador principal: Murciélagos. Hospedador intermedio: Civetas Vía de transmisión: Matanza de animales y contacto con secreciones, cría de fauna silvestre, entre humanos.

2009	H1N1	Comercio ilegal y legal de aves, gestión de macrogranjas de cerdos y uso de antibióticos. Material genético proveniente de una cepa aviaria, dos cepas porcinas y una humana que sufrió una mutación y dio un salto entre especies de los cerdos a los humanos	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i>	Hospedador principal: cerdos. Hospedador intermedio: gallinas, aves de corral, gatos, perros, animales marinos. Hospedador transmisor: Cerdo.
2012-2013	MERS	Desconocido, contacto con camellos y dromedarios.	El virus infeccioso de ARN monocatenario envuelto, de sentido positivo, que ingresa a su célula huésped al unirse al receptor DPP4. La especie es miembro del género Betacoronavirus y del subgénero Merbecovirus.	Hospedador principal: Murciélagos. Hospedador intermedio: Camellos y dromedarios. Vía de transmisión: Contacto directo con camellos y dromedarios, consumo de carne o leche de camello.
2013	H7N9	Comercio ilegal y legal de aves, gestión de macrogranjas de aves, explotación doméstica de aves, contaminación ambiental de patógenos por aves migratorias y aves acuáticas.	Virus influenza de la familia <i>Orthomyxoviridae</i>	
2014	Ébola	Invasión de áreas boscosas, destrucción de bosques y desmonte por emprendimientos multinacionales de extractivismo (minería), fragmentación del hábitat, consumo de carne de hospedadores, alta densidad poblacional en zonas cercanas.	Virus perteneciente a la familia <i>Filoviridae</i> , género <i>Evolavirus</i> . Se identifican 6 especies: <i>Bundibugyo Evolavirus (BDBV)</i> , <i>Sudán Evolavirus (SUDV)</i> y <i>Zaire Evolavirus (EBOV)</i> , <i>Tai Forest Evolavirus (TAFV)</i> , <i>Bombai Evolavirus</i> , <i>Reston Evolavirus (REBOV)</i>	Hospedador principal: Murciélago frugívoro. Hospedador intermedio: Primates no humanos. Vía de transmisión: Matanza, caza de carne e ingesta.
2019 (desde 1960)	Dengue	Urbanización y segregación radical del espacio urbano. Uso intensivo de insecticidas y larvicidas. Artificialización de la naturaleza y producción masiva de desechos.	Virus RNA de la familia <i>Flaviridae</i> , género <i>Flavivirus</i> .	Los huéspedes incluyen primates y los seres humanos. El virus se transmite por la picadura de los mosquitos del género <i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i> . No hay transmisión de persona a persona.

2014	Chikungunya	Urbanización y segregación radical del espacio urbano. Uso intensivo de insecticidas y larvicidas. Artificialización de la naturaleza y producción masiva de desechos.	Virus ARN del género <i>alphavirus</i> de la familia <i>Togaviridae</i> .	Vías de transmisión: Se transmite a través de picadura de mosquito <i>Aedes</i> ( <i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i> ) y raramente por transfusiones o a través de productos sanguíneos o transmisión materno-fetal. Otros huéspedes de vertebrados son los primates, aves, ganado y roedores.
2016	Zika	Urbanización y segregación radical del espacio urbano. Uso intensivo de insecticidas y larvicidas. Artificialización de la naturaleza y producción masiva de desechos.	Es un flavivirus ARN transmitido por mosquitos relacionados con otros de la familia <i>Flaviviridae</i> .	Vías de transmisión: Picadura de un mosquito infectado ( <i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i> ). Se ha aislado en un gran número de especies del género <i>Aedes</i> . También transmisión materno-fetal, sexual, transfusión de hemoderivados, trasplante de órganos y exposición de laboratorio.

Fuente: Elaboración de Paula Re para matriz CLACSO (Basile, 2020b).

Parte de esta revisión sistemática es clave para la comprensión que la determinación de la salud y la vida “*va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. En el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-natural, o social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza*” (Breilh, 2013).

Estos procesos de daños a la vida se asimilan como costos sacrificiales del desarrollo (Machado Araoz, 2012), o costos inevitables del progreso. Estos costos de *sacrificios del desarrollo* continuaron en operaciones durante toda la pandemia de SARS-CoV-2. Se evidencia de forma particularmente violenta en la segregación socioespacial-territorial- con las ‘zonas de sacrificio’ ambiental y social, término adoptado por Marcelo Firpo-Porto (2013).

Estos costos o sacrificios están intrínsecamente vinculados a una *teorización del desarrollo* que es asimilada con analogías al ciclo de la vida del ser humano con una visión lineal de la evolución económica

de las sociedades con etapas naturales que Occidente se encargó de exportar y promover como cultura y hoja de ruta universal para alcanzar un patrón de vida (Rist, 2002).

Con un esfuerzo por generar premisas en el carácter científico de esta teoría del desarrollo, supuso una conceptualización donde todos los Estados se dedicaban a vivir “en desarrollo”. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945 estará asociada a la teoría de los estadios.

Presupone que las unidades de análisis que son las sociedades nacionales y Estados-Nación, se desarrollan todas de la misma manera, pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todas las sociedades y Estados-Nación terminarán siendo más o menos lo mismo sólo que algunos lo hicieron mejor y más rápido que otros. La coartada ideológica de la colonización, o la coartada del engaño.

Wallerstein (2006) dirá: “*este truco de ilusionismo implica que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados*”.

En realidad, la teoría crítica latinoamericana sobre el desarrollo, expresada en múltiples autores como Theotonio Dos Santos (2020), marca que “*desarrollo y subdesarrollo son dos caras de una misma moneda, de un mismo proceso*”. Este flujo de determinaciones globales revela por ejemplo que el “*desarrollo*” en algunas regiones del mundo, es imposible comprenderlo sin que ocurra *subdesarrollo dependiente* en otras (*Ver doctrina panamericana sanitaria*).

Esta prédica y creencia en la teorización del desarrollo se encuentra muy arraigada aún en los actores sociales, sanitarios y políticos en América Latina y el Caribe. La consolidación de la teoría del desarrollo en la región se mantiene como epistemología a partir especialmente de las tesis cepalinas: CEPAL (Comisión Económica y Sociales para América Latina de Naciones Unidas).

Desde los años ´60 en América Latina y Caribe, tomando como hito la cumbre de Punta del Este en el lanzamiento de la Alianza para el Progreso, la *salud* quedará atrapada en los ciclos de teorización del desarrollo, transformándose en un campo de reproducción epistémica de este ideario. En este sentido, la irrupción del *desarrollo* como concepto estructurante de la arena geopolítica del poder y el conocimiento sanitario (Basile, 2019), resulta primordial para comprender por qué por más de medio siglo la forma de cómo se analiza, entiende y mira la salud en los países del Sur, en especial a América Latina y Caribe, tienen bases en las imbricaciones entre *salud y desarrollo* que impactan en la epidemiología de la clasificación de enfermedades, en la transnacionalización de modelos de protección social eurocéntricos, en modelos de atención médica y hospitalaria, en el cuidado, en

el diseño de políticas y sistemas de salud, en la importación de tecnologías sanitarias, en la compra y consumo de medicamentos, en una matriz de la economía del sector salud, en la respuesta a epidemias y emergencias de salud pública, entre otras.

Esta conceptualización se identificará en una primera etapa a la preocupación fundamental de la economía neoclásica que utilizará como unidad de medida del desarrollo el Producto Bruto Interno (PBI) per cápita -también lo hará para el PBI en salud-, para luego articularlo con la relación entre desarrollo y bienestar, bajo la perspectiva de un camino constituido por estadios que deben ser afrontados. Desde los '90 la diseminación de esta tesis de Amartya Sen planteando una aproximación basada en el desarrollo de capacidades y considerando esencialmente a salud y educación como motores de esta conceptualización pone en el centro una “epistemología del bienestar” social como principal objetivo de la teoría del desarrollo (Sen, 1999).

Ahora bien, esta perspectiva, aunque crítica a la visión neoclásica económica, también responderá en sí misma a la matriz que se desprende de la teorización del desarrollo del Norte global (Prats Cabrera, 2006) y sus coordenadas de patrón de poder y conocimiento (Quijano, 1999) eurocéntrico y panamericano en la región.

Esta teorización no es tan sólo enunciativa sino que por décadas determina el diseño de la agenda global y regional de salud pública, tendrá una multiplicidad de expresiones en la salud como asunto internacional y sus dimensiones internacionales, en políticas públicas, en los flujos de transferencia técnico-científica biomédica del Norte al Sur, en la formación sanitaria de los profesionales en el Sur global como también en el plexo de acuerdos globales desde la Declaración sobre el Progreso Social y el Desarrollo(ONU, 1969), Alma Ata-Atención Primaria de Salud(OMS, 1978), pasando por los Objetivos de Desarrollo del Milenio(ONU, 2000), los recientes Objetivos de Desarrollo Sostenible(ONU, 2015), entre otros.

De aquí se desprenden parte de las clasificaciones de la modernidad desarrollista con la categorización de países desarrollados-subdesarrollados, permeando incluso a la salud internacional con las tipologías epidemiológicas (Omran, 1971), entre otras premisas que apenas son estudiadas en profundidad se hace evidente la matriz de determinación internacional y colonialidad sanitaria (Basile, 2020a).

Esta teorización sobre el desarrollo asociado a la epidemiología en la distribución de enfermedades y causas de muerte, a su vez se expandió clasificando con tipologías del Norte a la geopolítica global e incluso a la epidemiología de las enfermedades (Basile, 2020a):

- Enfermedades de países desarrollados;

- Enfermedades de países subdesarrollados (o en vías de desarrollo);
- Enfermedades de países de renta alta-media-baja;
- Enfermedades del nuevo y viejo mundo.

El supuesto proceso de superioridad y centralidad del *mundo desarrollado* expresada en poder geopolítico y técnico-científico tiene implicaciones en lo que se considera con “La Ciencia”, el saber científico occidental situado en las bases de la modernidad, marcando el hecho que el sistema mundo no es un “sistema” del mundo, sino es un sistema que se considera a sí mismo “*el mundo*”.

La persistencia de las visiones económicas del desarrollo en la región, incluso reeditado en los periodo 2005-2015 y 2020-2025, es bueno repensarlo con las reflexiones de Manish Jain (1995) que expresaba que la cooperación sur sur y los procesos de integración regional no tuvieron el efecto deseado de erradicar el sufrimiento y las asimetrías de poder del mundo porque sus fundamentos ideológicos estuvieron basados en un paradigma del desarrollo resultando irónico que quedara sumergido en el mismo paradigma que se suponía que iba a desafiar:

...los dirigentes gubernamentales creían que era posible trabajar dentro del paradigma de desarrollo de la modernidad y simplemente modificarlo o ajustarlo para resolver los problemas de sus naciones... (Jain, 1995)

Esta caracterización del apartado teórico y epistémico es la base para situar el contexto que se dio la propia lectura sanitaria del SARS-CoV-2 en los perfiles epidemiológicos de las sociedades latinoamericanas caribeñas a partir de la cosmovisión eurocéntrica-panamericana donde todo el tiempo se colocó la idea de un recetario a imagen y semejanza de las sociedades del Norte global.

Cuestión epistémica condensada en el *#Quedateencasa*, que por décadas seguramente volveremos a visitar y estudiar sus implicancias geoculturales, geopolíticas y geocoloniales: epidemiológicas, socioeconómicas, sanitarias, demográficas, ambientales.

Bajo esta matriz referencial teórica que se traduce en prácticas y políticas, las respuestas al SARS-CoV-2 como a otros problemas epidemiológicos se trata de sucesivos momentos históricos instrumentales de *imitación*. En definitiva, este proceso de *determinación* también se transforma en un gran artefacto de legitimación y naturalización de la jerarquización de poder y de conocimiento epidemiológico-sanitario que se expresan como condicionantes (ver Gráfico 3 y 4).

## **GEOPOLÍTICA DE LA DOCTRINA PANAMERICANA SANITARIA: UNA TECNOCRACIA MOLECULAR**

*“Yo hablo de millones de hombres a quienes sabiamente se les ha inculcado el miedo, el complejo de inferioridad, el temblar, la genuflexión, la desesperación, el servilismo”.*  
Aimé Césaire (1955)

El segundo “istmo” componente descriptivo de la *determinación internacional en salud* requiere en lo epistémico estudiar el peso significativo aún a nivel técnico operacional de la *doctrina panamericana* en América Latina y el Caribe.

La revisión del panamericanismo sanitario es un ejercicio conceptual sustancial, porque esta geopolítica tiene incidencia directa sobre el nacimiento, crecimiento e institucionalización del regionalismo en la salud pública funcionalista de Latinoamérica y el Caribe.

Desde un punto de vista decolonial es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemonizó la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño desde fines del siglo XIX y durante todo el siglo XX (Basile, 2020a). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de “*las Américas*” como un todo uniforme no pueden comprenderse sin esta matriz panamericana de por medio.

América Latina y el Caribe pasaron de estar bajo la hegemonía económica española e inglesa a integrar la poderosa esfera de influencia económica y política de los Estados Unidos, lo que en más de una oportunidad se tradujo en intervenciones militares directas. A partir de la Primera Guerra Mundial (1914-1919), la inversión económica y la influencia política norteamericanas fueron dominantes. Una respuesta a las tensiones y a los imperativos derivados de la dominación económica de fines del siglo XIX fue la institucionalización del “panamericanismo”. A partir de ese momento, esto fue parte sustantiva de la política exterior impulsada por Estados Unidos.

Desde fines de la década de 1880, el Secretario de Estado norteamericano James G. Blaine (quien ocupó el cargo entre 1889 y 1892 bajo la presidencia de Benjamín Harrison), promovió la creación de una Oficina de las Repúblicas Americanas para asegurar la estabilidad política y comercial del continente. El “panamericanismo” fue definido para Blaine como las relaciones pacíficas entre los Estados, la mediación diplomática en los conflictos, la reducción de la influencia europea en América y el incremento del comercio de exportación todo bajo los intereses estadounidenses.

La doctrina del panamericanismo (Rapoport, 2008) siempre estuvo atravesada por estos intereses de política exterior norteamericana y fue reforzado ya en 1904 con el ideario de la doctrina Monroe. Esta perspectiva panamericana visualiza a la región como un territorio de dominio, explotación y expansión de intereses geoestratégicos, militares, comerciales, y también político-sanitarios.

Por tanto, en los ojos de los EE. UU. el panamericanismo siempre estuvo basado en *sus intereses* de hegemonía en la región, siendo un subcontinente subsumido a sus intereses y prerrogativas incluso con estrategias y políticas colaborativas de *buen vecino*.

Es válido resaltar que el panamericanismo siempre se (auto)describió a sí mismo como un mecanismo para lograr la confraternidad latinoamericana en torno al reconocimiento del liderazgo de Estados Unidos (Martínez, 1957). Será recurrente entonces escuchar la repetición de sus tesis sobre la solidaridad continental y la supuestamente existencia de una *comunidad de intereses de "las Américas"*. De aquí el remanido "*Salud de las Américas*".

Estados Unidos y los países latinoamericanos y caribeños hermanados, comparten factores geográficos, el carácter complementario de sus estructuras económicas, la existencia de hermandad espiritual, problemas compartidos, un destino común y de una comunidad cultural única en oposición a las culturas europeas, orientales y eslavas.

El panamericanismo sanitario desde su nacimiento como marco referencial en el campo de la salud como asunto –primero– colonial y luego internacional, reproduce matrices de intervención basadas en control poblacional masivo como premisa, la policía médica y las fronteras, la militarización de emergencias de salud pública, y otros elementos que se analizan más adelante.

La matriz del panamericanismo sanitario se define desde su trayectoria bajo este ideario: analizar la situación de salud poblacional o de la salud de la región como un todo (la comunidad de "las Américas"), pero siempre pensada y guiada desde oficinas ubicadas en Washington.

En particular, se tratan de manera preferencial, como unidad de análisis principal las enfermedades que traspasan las fronteras de los países, su control vertical y el rol de los Estado-Nación. Una enfermo-logía pública internacional que trae en su genética la tradición militar y de ahí su lenguaje metodológico: "*vigilar*", "*combatir*", "*controlar*", "*erradicar*", "*eliminar*".

Si bien en la superficie está el panamericanismo y sus prácticas y objetivos comunes, en la epidermis continua viva la relación entre colonialidad, enfermedades y comercio.

La creación de lo que denominamos autoridad médica internacional y regional primero con las Conferencias Sanitarias Internacionales, posterior la fundación de la propia Oficina Sanitaria Panamericana (hoy Organización Panamericana de la Salud-OPS) y luego de la 2da guerra mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS); traen en sus engranajes esta epistemología y prácticas biomédico-sanitarias occidentales que se consolidan, regionalizan y globalizan.

El surgimiento de esta tesis proviene de una sanidad marítima en lo que se consideraba el abordaje de enfermedades del Viejo y en el Nuevo Mundo. Episteme que luego será reemplazada progresivamente por el Desarrollo/Subdesarrollo.

La necesidad de proteger los puertos, las inversiones, las plantaciones, las minas y a los viajeros (antes colonos) que participaban en este comercio y sus enclaves productivos, así como el temor a la reintroducción en los Estados Unidos de patógenos, desde América Latina y el Caribe, de enfermedades apenas controladas en ese país, fueron motivos en la conceptualización de la doctrina panamericana sanitaria (Cueto, 2005).

En la región, Estados Unidos se abocó a la tarea de imponer una serie de medidas y cordones sanitarios para impedir el ingreso de enfermedades a través de sus puertos y fronteras: peste bubónica, cólera, beriberi, tracoma, malaria, tuberculosis, anquilostomiasis, y fiebre amarilla. Y es precisamente Estados Unidos de Norteamérica uno de los actores clave del panamericanismo sanitario como doctrina. La relación imperialista geopolítica y comercial de esa nación con el resto del continente latinoamericano caribeño al finalizar el siglo XIX, llevó a la OPS a promover e impulsar el “panamericanismo” (Cueto, 2005).

Es preciso revisar la trayectoria histórica de la Oficina Sanitaria Panamericana (hoy OPS-OMS) primero como una oficina adscripta al Servicio de Hospitales de la Marina de los Estados Unidos (*Marine Service Hospital* por siglas en inglés) para luego pasar a depender de lo que se llamaría el Servicio de Salud Pública. La descripción de los primeros cuatro directores de OSP<sup>1</sup> (OPS-OMS) hasta 1959 es explicativa en este sentido:

---

1 Exdirectores de la OPS-OMS. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14455:former-directors&Itemid=72321&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14455:former-directors&Itemid=72321&lang=es)

1902-1911	Walter Wyman cirujano militar del Servicio de Hospitales de la Marina (Estado Unidos)
1912-1920	Rupert Blue, médico militar del Servicio de Hospitales de la Marina (Estados Unidos)
1920-1947	Hugh Smith Cumming, médico militar del Servicio de Hospitales de la Marina (Estados Unidos)
1947-1959	Fred Lowe Soper, médico de la División Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller (Estados Unidos)

Desde inicios del siglo XX se estará extendiendo la prerrogativa de erradicar las enfermedades tropicales, por las afectaciones a la transnacionalización del comercio y el capital como por la viabilidad de los enclaves productivos de extracción de materias primas en América Latina y Caribe. Con un mandato de cooperación e intervención estatal en el control de enfermedades infecciosas como necesidad clave en el capitalismo periférico, la unidad de Estado -Nación es desde donde se impulsa el surgimiento del panamericanismo de la salud pública (Ferrerías, 2014).

Las campañas verticales sobre fiebre amarilla, tifoidea, malaria u otras enfermedades vectoriales con uso del insecticida DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano), la propagación de programas de inmunizaciones, los intereses de las transnacionales en la producción de materia prima (Guereña, 2012) para abordar enfermedades en los enclaves productivos y cordones urbanos, donde tuvo un rol destacado la Comisión Sanitaria Rockefeller de la Fundación Rockefeller con los iniciáticos ministerios y escuelas de salud pública en Latinoamérica, entre otros procesos. La verticalidad y el autoritarismo que acabaron adoptando estas campañas y acciones de salud internacional panamericana fueron resultado de un proceso que ensayaron diferentes formas de control y eliminación de enfermedades incluso con una gran tradición experimental de ensayo y error.

Al extraer las lecciones médicas de la campaña militar en Cuba en 1898, el general George M. Sternberg diría que la sanidad era fundamental porque más soldados norteamericanos habían muerto víctimas de las enfermedades producidas por las condiciones sanitarias deficientes que por las armas del enemigo. En consecuencia, a partir de la guerra llamada hispanonorteamericana (por Cuba, Puerto Rico y Filipinas), los Estados Unidos tuvieron una participación médica, sanitaria y científica en territorios que no eran propios, en enfermedades especialmente infecciosas conocidas entonces como tropicales

(Cueto, 2005). Cosa que ya ocurría en la relación metrópoli-colonia con Europa.

Desde el colonialismo sanitario las pruebas piloto y estudios experimentales fueron decisivos para el posterior desarrollo de la denominada medicina tropical. Lo trascendente a considerar aquí es que la propia medicina tropical asumió y reprodujo siempre una epistemología en sus conocimientos y prácticas: *los trópicos* (léase el Sur) son los que producen enfermedades, epidemias, muertes en la periferia (luego subdesarrollo), y es el Norte el que debe investigar y dar respuesta a partir de su conocimiento técnico-científico occidental de la biomedicina moderna. Buscar la “cura”. Estas tesis guiarán los programas de enseñanza de salud internacional en el Norte global hasta nuestros días. El *trópico* o los *trópicos* son categorías relacionadas con distintos elementos culturales, sociales, históricos, anatómicos y geográficos. Parte de una denominación *climática*, pero su carga simbólica refiere a la experiencia eurocéntrica en el proceso de colonización y explotación de las regiones periféricas al centro mundial que representaba Europa. En estos términos, *trópico* suele acoplarse a la *exterioridad* o a la *periferia* del Centro global.

Como lo plantea Flor (2015), también las autoridades europeas instrumentalizaron el conocimiento médico para producir un orden colonial racista donde la cultura africana fue culpabilizada de la mala salud de su población, el cuerpo africano fue considerado un reservorio natural de bacterias, virus y parásitos y las escasas intervenciones médicas en minas y plantaciones buscaron aumentar la fuerza productiva del “trabajador tropical” mientras mantenían unas condiciones laborales de explotación y hacinamiento (Packard, 1993). En ese mismo periodo, otra serie de actuaciones médicas trataron de producir un tipo de sujeto colonial medicalizando aspectos como la conducta sexual, la psiquis o el cuidado materno-infantil (Vaughan, 1991). Aunque las diferentes potencias europeas aplicaron distintas políticas de colonialismo sanitario de acuerdo con el país, todas tuvieron premisas de control y biopolítica.

Entonces desde sus inicios como campo (Bourdieu, 2010), la salud internacional panamericana estuvo condicionada por los intereses económicos y geopolíticos del Norte global pero especialmente desde finales del siglo XIX y todo el XX con la preminencia de Estados Unidos.

En resumen, haciendo esta breve genealogía no fue casual que diariamente se encuentren reportes de Covid-19 para *las Américas* donde Estados Unidos fue epidemiológicamente contabilizado y estudiado a imagen y semejanza de la región latinoamericana caribeña.

En definitiva, este tránsito del panamericanismo nunca fue un proceso neutral ni tampoco una simple y loable historia de una organización.

La doctrina panamericana termina constituyendo una hoja de ruta de políticas públicas *posibles* en la salud como horizonte regional, con un arsenal instrumental técnico-sanitario que permea los procesos de gestión y gobierno, junto a un tipo inserción internacional y de valores socioculturales identificados con las sociedades occidentales centrales que signan los marcos teóricos-prácticos de la salud internacional y de la propia epidemiología en América Latina y el Caribe.

### **GEOPOLÍTICA DE LA SEGURIDAD SANITARIA GLOBAL: PATOLOGIZACIÓN Y CONTROL DEL CENTRO A LA PERIFERIA**

La arquitectura de esta primera parte del capítulo se sitúa en una temporalidad específica: la de un capitalismo líquido cognitivo *ecocida* como principal amenaza a la salud colectiva y la vida.

Por último, entonces, se describe un tercer flujo de *determinación* que se consolida a partir de los años 2000 con la creciente biomedicalización de la seguridad global.

Se conoce como la tesis de *seguridad sanitaria global*. Este marco referencial considera que la circulación de enfermedades infecciosas y nuevos patógenos entre las cuales se cuenta a las gripes aviarias, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), el ébola, o actualmente el SARS-CoV-2, son amenazas internacionales y temas considerados de agenda de seguridad nacional especialmente para el Norte global (Basile, 2020b).

Este es un eslabón crítico que se transforma en una tercera *determinación internacional* en un plano instrumental: la geopolítica de la seguridad sanitaria global que fue aplicada como dirección de la respuesta a la crisis del SARS-CoV-2 en el periodo 2020-2021 pero que ya tenía una genealogía en otras crisis epidemiológicas globales.

Esta direccionalidad de la seguridad sanitaria global fue asumida como *gubernamentalidad* tanto por gobiernos de signos políticos diferentes (izquierda-derecha /liberal-nacional populares/Centro-Periferia) a partir de las hojas de rutas de lo que emana de la autoridad médica occidental de pos-guerra conocida como OMS (Organización Mundial de la Salud) pero especialmente de los andamiajes de la salud global liberal bajo el clima de gobernanza sanitaria imperante (Basile, 2018)

La seguridad sanitaria global (Flor, 2018) es un ideario que obliga a los Estados del Sur a tomar una serie de medidas sanitarias que responden más a las vulnerabilidades de los Estados occidentales del Norte global que a las necesidades reales de salud colectiva de sus sociedades (Rusthon, 2011). Parte de un nexo intrínseco entre seguridad

y salud que se convierte en una narrativa dominante dentro del campo de la salud y lo internacional en las últimas tres décadas.

Flor (2018) presenta la emergencia de la seguridad sanitaria global como el producto de un proceso de medicalización internacional: lo denomina *biomedicalización de las relaciones internacionales*.

La expansión de la globalización anclada en el complejo político neoliberal de fines del siglo XX y continuada en el siglo XXI implicó la aparición de problemas que eran cuantitativa y cualitativamente distintos a los de la salud pública internacional durante la Guerra fría.

Esta geopolítica tiene el punto de partida en una interpretación que algunos ubican sus orígenes en el año 1989, cuando el virólogo estadounidense Stephen Morse presentó el término de enfermedad infecciosa emergente (*Emerging Infectious Diseases*, EID). Durante la década de 1990 los expertos en salud y seguridad de los Estados Unidos interesados por este concepto comienzan a medir la amenaza internacional que suponía la emergencia de nuevos virus desconocidos hasta entonces para su seguridad nacional (Flor, 2018). Así inundan la literatura sanitaria de las *enfermedades emergentes y reemergentes y la seguridad nacional*.

A nivel mundial a partir de la consolidación de la irrupción de la *salud global liberal* (Basile, 2018), el actor que vino reclamando considerar que esta denominación de enfermedades emergentes constituía una amenaza para la seguridad nacional de Estados Unidos fue el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, por sus siglas en inglés), argumentando que podían afectar negativamente tanto a sus intereses comerciales internacionales y geopolíticos, como a la salud pública de sus ciudadanos especialmente por dos razones:

- Demográficas y por envejecimiento poblacional;
- Por baja incidencia de nuevas circulaciones virales infecciosas agudas de preocupación.

La actuación del CDC influyó decisivamente en el éxito de un proceso creciente de *securitización sanitaria*, como quedó demostrado al incorporarse en la agenda de seguridad nacional y militar de los EE. UU. (King, 2002) pero sin considerar en lo más mínimo a las causas estructurantes de la aceleración destructiva del metabolismo sociedad-naturaleza que condicionan la aparición de estas nuevas enfermedades antes descritas, o el propio proceso de mercantilización y financierización de los bienes públicos para el cuidado como los sistemas de salud pública (Basile, 2020b).

Como señala Flor (2018), las agencias de seguridad y los centros de investigación de Estados Unidos no dirigieron sus esfuerzos a estu-

diar y transformar los procesos estructurantes de estas enfermedades sino a construir un sistema de vigilancia epidemiológica global que pudiera responder y alertar sobre las amenazas a “su” seguridad (Aldis, 2008).

De ahí la aparición en cadena de los centros de estudios que desde el Norte global centralizaron su trabajo en este marco teórico, geopolítico y metodológico que colonizó la comprensión de las epidemias, pandemias y emergencias de salud pública: *Johns Hopkins Center for Health Security, Global Health and Security Executive Program Harvard Kennedy School and Harvard Medical School, Harvard Center for Risk Analysis, Oxford Centre for Tropical Medicine and Global Health, Global Health Security Index, Walter Reed Army Institute of Research*<sup>2</sup>, entre otros.

Referencia llamativa en este sentido, fue el caso del Centro Johns Hopkins para la Seguridad de la Salud que en asociación con el Foro Económico Mundial de Davos y la Fundación Bill y Melinda Gates organizaron el “Evento 201” (CJHHS, 2019), un ejercicio pandémico de alto nivel realizado el 18 de octubre de 2019 en la ciudad de Nueva York. El ejercicio ilustraba las áreas en las que serían necesarias alianzas público / privadas durante la respuesta a una pandemia severa para disminuir las consecuencias económicas y sociales a gran escala”, dice la página del «Evento 201, a *Global Pandemic Exercised*». La enfermedad escogida como pandemia para el modelaje fue un Coronavirus (CJHHS, 2019).

También jugaron un importante papel los medios de comunicación masiva, al difundir información relativa a las amenazas que suponen las nuevas circulaciones infecciosas, lo que contribuyó a aumentar el temor, la ansiedad y las demandas de protección entre la población estadounidense en lógica de seguridad sanitaria nacional (Wald, 2007).

La seguridad sanitaria global es un concepto modificado dependiendo el contexto, patógeno y quién / qué está en riesgo. Las múltiples gramáticas de seguridad en la narrativa de la seguridad sanitaria mundial implicaron formas y lentes de abordajes desde los casos como el VIH-SIDA, SARS o las gripes pandémicas, el ébola, el zika, entre otras amenazas. Esto sugiere que existe una variación y readecuación reflejada en el lenguaje utilizado para distinguir los diferentes problemas de salud internacional dentro de la narrativa de seguridad sanitaria global (Wenham, 2019).

---

2 ShareAmerica. El Ejército estadounidense tienen un largo historia en detener contagios. <https://share.america.gov/es/las-fuerzas-armadas-de-ee-uu-tienen-un-largo-historial-en-detener-contagios/>

Esta tendencia incluyó año tras año desde los '90 de un creciente protagonismo de intervenciones militares entendiendo a la salud como un problema de seguridad nacional (McInnes, 2006).

La participación militar nacional de China en la preparación y respuesta a brotes de influenza y SARS, la red de vigilancia liderada por militares de Perú en brotes de enfermedades respiratorias agudas o transmitidas por mosquitos en Amazonía, las actividades militares de detección de VIH de Tailandia, el control de vectores militarizados de Brasil y otros países de la región por el Zika y Dengue, la gestión del cólera por las fuerzas armadas en Zambia, los buques e incursiones del Comando Sur en Latinoamérica para la atención médica de enfermedades desatendidas, y la lista continua. Esto es conceptualmente diferente con el cambio en paralelo producido desde la seguridad sanitaria mundial en la participación de militares en cuasi invasiones internacionales para responder a las preocupaciones de enfermedades infecciosas *externas* al Norte global como fue el caso del ébola en Sierra Leona, Guinea y Liberia donde desembarcaron ejércitos de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Francia, entre otros (Burci, 2014).

Es un *modus operandi* con botas en el suelo para combatir la amenaza de una enfermedad. En África esas fuerzas militares comandaron las cuarentenas, la segregación sanos/enfermos y los centros de confinamiento (Honigsbaum, 2017).

América Latina y el Caribe cuenta con una larga tradición desde el paradigma de “defensa civil” como parte de la doctrina regional de *seguridad nacional* donde las fuerzas militares y de seguridad con capacidad operacional intervienen en epidemias y respuesta a desastres, incluso trabajando mancomunadamente al Comando Sur de los Estados Unidos en terrenos de emergencias de salud pública (COE, 2019). El SARS-CoV-2 implicó un salto operacional, logístico y sociocultural en este uso de las fuerzas de seguridad y militares para las respuestas a emergencias de salud pública.

Estos andamiajes y cimientos fueron los que entraron en operaciones en la respuesta al SARS-CoV-2. No hubo sorpresas en las acciones y actuaciones. La novedad estuvo situada en las escalas de aplicación e intervención de este tipo de medidas y modelajes: ya no fue sólo en territorios periféricos dependientes en crisis epidémicas en África o Asia, sino en un desconcertado Norte global alojado entre Europa y Estados Unidos no preparados para respuestas a crisis epidemiológicas infecciosas ni con capacidad de cuidados integrales sobre los perfiles demográficos y modos de vida de envejecimiento; y luego vino su expansión hacia el Sur global.

El discurso del *excepcionalismo* (Ingram, 2013), con o sin fracasos generalizados, estuvo produciendo un cambio sistemático más amplio para la securitización de la salud al *normalizar* el uso de las fuerzas de seguridad (incluso militares dependiendo el país) en la respuesta de emergencias de salud pública como la del SARS-CoV-2 entre el 2020-2021.

El “estado de guerra” a una enfermedad -utilizado en el caso del ébola y actualmente en SARS-CoV-2- puede debilitar gravemente las acciones fundamentales de los servicios de salud pública generales, de atención básica centrada en las comunidades, de la vacunación, de la respuesta a las enfermedades endémicas, de la salud de las mujeres, del cuidado y la protección sanitaria, es decir, produciendo *arreglos de shock* en sistemas de salud con inyección de anabólicos de respuesta pero destruyendo incluso las pocas capacidades que los sistemas sanitarios disponían (Heymann, 2015).

Además, aunque las enfermedades que carecen de una causa microbiana son una grave carga para la salud de las sociedades en muchos lugares del mundo y también en el Sur global, el brote repentino de una enfermedad infecciosa potencialmente letal tiene una mayor capacidad para atraer la atención de las sociedades occidentales y los decisores políticos del sistema-mundo (Basile, 2020b). Especialmente en los países del Norte global, donde las poblaciones están menos acostumbradas a las enfermedades infecciosas que presentan un riesgo de mortalidad.

Por último, la definición de zonas de peligro y zonas de seguridad existe una línea divisoria (borde) que se puede (des)dibujar y luego controlar como una forma de proteger la salud de una población en un lado de la línea de la exposición a los cuerpos enfermos de las poblaciones en el otro lado. Las fronteras entre Estados-Nación fueron y son sitios de modos exclusivos de práctica de seguridad y abandono. Para los gobiernos que enfrentan riesgos de muchos tipos, existe una fuerte tentación de pensar primero en los territorios del Estado-Nación de los que son responsables. Las medidas de bioseguridad relacionadas con la migración y basadas en las fronteras pueden, por lo tanto, servir a un propósito político interno útil para mitigar la ansiedad de las poblaciones dentro de un territorio determinado. Aunque las restricciones de movilidad dificultaron la inserción de personal médico o los traslados de suministros entre países afectados (MacInnes et al., 2020).

Lo paradójico en esta crisis del SARS-CoV-2, fue que los propios países y Estados del Sur global incluyendo a todos los gobiernos de América Latina y el Caribe, implementaron de forma peligrosamente *obsesiva* medidas de seguridad sanitaria que dejaron huellas: aceptaron políticas que pueden instituirse sobre los cuerpos, historias de

vida y movilidades humanas del Sur global. El temor a la llegada de las epidemias desde el exterior se enlazó con el miedo a la inmigración, con lo cual las medidas tomadas sobre la movilidad humana son un instrumental que dejó huellas.

A partir de la geopolítica de la seguridad sanitaria mundial se fue construyendo un régimen de gobernanza global sin considerar en lo más mínimo la acelerada colonización de la naturaleza (Escobar, 2011) y sus impactos sobre la salud colectiva, o la propia reconfiguración y mercantilización de bienes públicos, colectivos y comunes para la vida como por ejemplo la privatización de sistemas sanitarios, la destrucción de la seguridad social, recetas tan presentes y vigentes en América Latina y el Caribe (Basile, 2020b).

La propia autoridad médica internacional de la OMS se encuentra subsumida a las demandas permanentes de EE. UU. y Europa para responder a esta lógica de seguridad sanitaria global. La OMS, como suele suceder en últimos 30 años, asume una función clara de responder a los intereses geopolíticos del Norte global que tiene que ver con su propio origen (Davies, 2008).

Para adecuar el sistema de vigilancia epidemiológico internacional a estas exigencias, las tecnocracias de la OMS revisaron la última regulación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que estaba vigente desde mediados de 1950 con las modificaciones de 1969 y diseñaron una nueva estrategia de identificación, alerta y respuesta a los brotes epidémicos aprobado su última versión de RSI en el año 2005 (Fidler, 2005).

El RSI es un instrumento legal que faculta a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a coordinar las respuestas en materia sanitaria frente a una pandemia, a declaratorias de emergencias de salud pública de interés internacional (ESPII) y tiene como propósito prevenir la propagación internacional de enfermedades. Un reglamento de enfermería internacional.

Este instrumento del RSI desde su internacionalización en los años ‘50 tiene concepciones que traía el colonialismo. Su objetivo principal plantea *“prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional”*.

Así, entre 1995 y 2005 se crearon las dos principales estrategias que componen el actual sistema de vigilancia epidemiológico global que es el GOARN (*Global Outbreak Alarm Response Network*) y las preparaciones pandémicas. Con la Red Global de Respuesta a Alertas de Brotes (GOARN, por sus siglas en inglés), la OMS mantuvo un apa-

rente dominio y éxito en mostrarse como el actor principal para abordar las amenazas de enfermedades para el Norte y responder a estos intereses geopolíticos. Esta estructura se complementa con una serie de ONGN (Organización No Gubernamentales del Norte) y actores no estatales que responden al régimen global de seguridad sanitaria.

Unos años después, el Informe de Salud Mundial de la OMS de 2007 definía el concepto de seguridad sanitaria global como *“el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales”* (OMS, 2007).

De este modo se diseña el vigente sistema de vigilancia epidemiológico global que fue y es considerado como una herramienta geopolítica en manos de los Estados occidentales que los expertos de la OMS contribuyeron a construir (Flor, 2018). Este andamiaje es el que entro en crisis durante el 2020. El descrédito de la OMS en varios países del complejo político liberal (EE. UU., Reino Unido, Australia, entre otros) fue creciente por su supuesta ineficacia para garantizar esta seguridad sanitaria global. Por supuesto que en gran medida la afectación particular de Europa y Estados Unidos implicaron una alerta, financiamiento, sobreatención pública y respuesta global de total prioridad para la seguridad sanitaria por su impacto geopolítico.

Por otro lado, evidencia que hoy esos mismos actores en los tratados de un nuevo RSI actualizado o negociaciones post-pandemia exijan y promuevan “más” seguridad sanitaria global. El ejemplo de ébola en África puede permitir ayudar a comprender que lo descripto anteriormente sobre seguridad sanitaria global no fue sólo una cuestión relacionada al SARS-CoV-2.

La lenta respuesta de la OMS puesta en evidencia en el ébola en África en 2014 tuvo en gran medida como razones el desfinanciamiento crónico de la oficina regional de la OMS en África (IDS, 2015), y además que el propio brote de la enfermedad fue comprendido como un problema olvidado y particularmente africano y no como una amenaza internacional para el Norte global.

Esto hizo que la atención inicial y la respuesta a la emergencia sanitaria en general fuera parcial y de baja alerta mundial. Cuando la enfermedad del ébola comenzó a transformarse en una potencial amenaza sanitaria al Norte global ahí claramente se movilizaron recursos (Honigsbaum, 2017).

Con la Resolución No.2271 se impuso una respuesta internacional de emergencia caracterizada por la creación de un fondo global contra la epidemia, el envío de fuerzas militares occidentales como el

Comando de los Estados Unidos para África (AFRICOM) y el despliegue de la primera misión epidemiológica internacional (Burci, 2014). Estas actuaciones de emergencia contribuyeron decisivamente a cortar la cadena de transmisión, pero también produjeron unos efectos negativos a veces poco analizados en el campo de la salud que señalamos a continuación.

Además de señalar que los medios de comunicación perdieron el interés por informar sobre la enfermedad cuando esta dejó de suponer una amenaza a los Estados occidentales (Sendín y Nieto, 2015); posteriormente, con la declaración del final del brote, la intervención humanitaria militarizada y de seguridad sanitaria se dio por finalizada comenzando así una fase de post-emergencia caracterizada por la retirada de los recursos internacionales a gran velocidad.

Flor (2018) describe pormenorizadamente como los países africanos afectados tuvieron que continuar enfrentando los problemas causados por las propias características de las respuestas a la epidemia como:

- La destrucción de las pocas capacidades de sus sistemas sanitarios;
- La elevada mortalidad entre sus trabajadores de salud;
- La recuperación de los pacientes;
- La culpabilización de la medicina tradicional africana;
- La mala gestión sociocultural de defunciones por ébola;
- La crisis de atención sanitaria de otros problemas desplazados durante la epidemia y
- La recuperación económica de su agricultura y economía nacional.

La securitización sobre la enfermedad desplegó una actuación de emergencia vertical y biomedicalizada que desatendió e ignoró en gran medida los conocimientos y capacidades de las propias sociedades africanas.

La respuesta local al proceso de enfermedad del ébola demostró la importancia del cuidado y la solidaridad desarrollada por las sociedades africanas para responder a las fases de emergencia y post-emergencia de la epidemia. En este sentido actuaciones diversas que señalan tanto la importancia de organizaciones ya establecidas como las autoridades locales y terapeutas tradicionales que contribuyeron a informar, prevenir y coordinar la respuesta en terreno (Tomas, 2015), como las nuevas redes comunitarias que diseñaron programas para

dar seguimiento a la cadena de transmisión y desmentir informaciones falsas que estigmatizaban la cultura y el comportamiento africano (Bajo Erro, 2015).

El refuerzo de una mirada occidentalizada de las sociedades africanas representadas como pasivas y temerosas se conjugó con el desinterés por intervenir sobre las determinantes internacionales de naturaleza política, ecológica o económica de la crisis epidemiológica. La población africana fue representada como un conjunto homogéneo, temeroso y pasivo a merced de la ayuda internacional.

Otro caso testigo de geopolítica de seguridad sanitaria es el asunto internacional del acceso a las vacunas de SARS-CoV-2. Los entramados que actualmente se reprodujeron y gobernaron el Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19 conocido como el “Mecanismo COVAX” de la OMS junto a la alianza GAVI y CEPI. Al estar “en guerra” contra el Covid-19, las vacunas pasaron a ser bienes e insumos claves de seguridad nacional y de geopolítica Norte-Sur (ver Capítulo 2).

En definitiva, la seguridad sanitaria global configura un punto de partida del discurso del *excepcionalismo* (Ingram, 2013), con o sin fracasos generalizados. Este fue produciendo un cambio sistemático más amplio para la securitización de la salud al *normalizar* el uso de las fuerzas de seguridad (incluso militares dependiendo el país) en la respuesta a emergencias salud pública.

La narrativa de seguridad sanitaria mundial y de seguridad sanitaria nacional, que ya se había afianzado en el panorama mundial con la salud global liberal (Basile, 2018), encontró en la “guerra” al SARS-CoV-2 una plataforma de acelerada reproducción global. Este proceso sigue la lógica de titulización de la Escuela de Copenhague, según la cual cualquier problema puede ser percibido como una amenaza a la seguridad “*no necesariamente porque exista una amenaza existencial real sino porque el problema se presenta como una amenaza*”.

Es decir, la clave para esta comprensión de la securitización de la salud no es la ‘amenaza’ real de un patógeno y/o enfermedad sino un acto de narración exitosa -dice Wenham (2019)- *‘a través del cual se construye una comprensión intersubjetiva dentro de una comunidad política para tratar algo como una amenaza existencial para un objeto referente, (generando) el respaldo de medidas excepcionales de emergencia más allá de las reglas que de otro modo estarían obligados’*.

Las repercusiones e implicancias son tangibles para las operaciones de seguridad sanitaria mundial. Se corre el riesgo de poner en peligro de naturalización y aceptación futura por parte de las sociedades del Sur a las nuevas intervenciones de seguridad sanitaria mundial a partir de intervenciones militares, de policía médica, de más Reglamento Sanitario Internacional basado en las premisas del

Norte global. Asociado también en una (re)activación de la capacidad de promulgar medidas extraordinarias que pueden ser siempre necesarias, es decir, una política de la excepcionalidad como nueva regla en la respuesta a las emergencias de salud pública y desastres.

Las determinaciones internacionales de la salud enumeradas buscan complejizar no sólo una caracterización temporal o una lectura técnica sino abrir marcos de comprensión de cómo estos flujos geopolíticos se constituyeron y materializaron en múltiples adversidades entrelazadas para las sociedades y Estados del Sur durante todo el proceso de salud-enfermedad del SARS-CoV-2.

Flujos que ya tenían una genealogía, una trayectoria y una dinámica de reproducción y administración que pareciera con intenciones de tender a profundizarse e institucionalizarse con más panamericanismo, con más seguridad sanitaria global, con más agenda de salud global Centro-Periferia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aldis, William (2008). Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy and Planning*, 23(6), 369-375.
- Almeida-Filho, Naomar (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, 16, e2751.
- Bajo Erro, Carlos (2015). TIC y compromiso para enfrentarse a la amenaza. La epidemia en la sociedad hiperconectada. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola: Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Barreto, Mauricio (2017). Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Ciência y Saúde Coletiva*, 22, 2097-2108.
- Basile, Gonzalo (2018). La Salud Internacional Sur Sur: giro decolonial y epistemológico. *Dossiers de Salud Internacional Sur Sur de Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO*. Febrero 2019.
- Basile, Gonzalo (2020a). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. ISBN 978-84-1352-007-0
- Basile, Gonzalo (2020b). Enfermos de desarrollo: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe. *ABYA-YALA: Revista sobre acesso á justiça e direitos nas Américas*, 4(3), 173-208.

- Breilh, Jaime (2010). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.
- Breilh, Jaime (2012). *Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte*.
- Breilh, Jaime (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (2013): 13-27.
- Burci, Gian (2014). *Ebola, the Security Council and the securitization of public health*. *Questions of International Law*, 10, 27-39.
- Césaire, Aimé (1955). *Discours sur le colonialisme*. Editions Presence Africaine. Paris. <https://www.larevuedesressources.org/IMG/pdf/CESAIRE.pdf>
- Cueto, Marcos (2005). *El valor de la salud*. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, OPS.
- Davies, Sara (2008). *Securitizing infectious disease*. *International Affairs*, 84(2), 295-313.
- Dos Santos, Theotônio (2020). *Construir soberanía: una interpretación económica de y para América Latina (Theotônio Dos Santos-Antología Esencial)*. Buenos Aires: CLACSO.
- Ferreras, Norberto (2014). *El Panamericanismo y otras formas de relaciones internacionales en las Américas en las primeras décadas del Siglo XX*. *Revista Eletrônica da ANPHLAC* (2014): 155-174.
- Fidler, David (2005). *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations*. *Chinese Journal of International Law*, 4(2), 325-392.
- Firpo Porto, Marcelo (2013) *Injustiça ambiental no campo e nas cidades: do agronegócio químico-dependente às zonas de sacrifício urbanas*. En *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 133-174.
- Flor, José (2015). *El Dispositivo de Seguridad Sanitario Global*. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

- Flor, José (2018). La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24.º EVE. *Comillas Journal of International Relations*, (13), 49-62.
- Heymann, David et al. (2015). Seguridad sanitaria mundial: las lecciones más amplias de la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en África occidental, *The Lancet* vol. 385: 9980, 2015, pp. 1884–901.
- Honigsbaum, Mark (2017). Between securitisation and neglect: managing Ebola at the borders of global health. *Medical history*, 61(2), 270-294.
- Ingram, Alan (2013). After the exception: HIV/AIDS beyond salvation and scarcity. *Antipo-de*, 45(2), 436-454.
- IDS -Institute of Development Studies (2015). Global Governance and the Limit of Health Security. Practice Paper in Brief.
- King, Nicholas (2002). Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. *Social Studies of Science*, 32(5/6), 763-789.
- Machado Aráoz, Horacio (2012). Los dolores de Nuestra América y la condición neocolonial. Extractivismo y biopolítica de la expropiación. *Revista osal*, 51-66.
- Martínez, Ricardo (1957). El panamericanismo: doctrina y práctica imperialista: las relaciones interamericanas desde Bolívar hasta Eisenhower. Buenos Aires: Editorial Aluminé.
- McInnes, Colin y Lee, Kelley (2006). Salud, seguridad y política exterior, *Review of International Studies* 32: 1, 2006, pp. 5–23.
- McInnes, Colin, Lee, Kelley, Youde, Jeremy y Enemark, Christian (2020). La bioseguridad y el riesgo para la salud mundial. En *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. : Prensa de la Universidad de Oxford.
- Mignolo, Walter, y Walsh, Catherine (2002). Las geopolíticas de conocimiento y colonialidad del poder. Interdisciplinar las ciencias sociales: Geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. *Perspectivas desde lo andino*, 17-42.
- Omran, Abdel (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), 509-538.
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2007). Informe sobre la salud en el mundo 2007-protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. Ginebra.

- ONU -Organización de las Naciones Unidas (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. [https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgooverview/mdg\\_goals.html](https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgooverview/mdg_goals.html)
- ONU -Organización de las Naciones Unidas (2015). objetivos de desarrollo sostenible. [EN INTERNET: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>]
- Packard, Randall (1993). The Invention of the ‘Tropical Worker’: Medical Research and the Quest for Central African Labor on the South African Gold Mines, 1903-36. *The Journal of African History*, 34(2), 271-292.
- Prats, Joan (2006). Teoría y práctica del desarrollo. Cambios en las variables de la “ecuación del desarrollo” en los últimos 50 años. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (36), 1-17.
- Quijano, Aníbal (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositivo*, 24(51), 137-148.
- Rapoport, Mario (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. *América Latina en Movimiento*. Quito, junio.
- Rist, Gilbert (2002). El desarrollo: historia de una creencia occidental (Vol. 137). Los libros de la Catarata, Madrid, p. 8-28.
- Rushton, Simon (2010). AIDS and international security in the United Nations System. *Health policy and planning*, 25(6), 495-504.
- Rushton, Simon (2011). Seguridad de salud global: ¿Seguridad para quién? ¿Seguridad de qué?, *Political Studies* 59: 4, 2011, pp. 779-96.
- Sen, Amartya (1999). Health in development. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(8), 619.
- Sendín, José y Nieto, Roberto (2015). Medios de comunicación en el tratamiento internacional de la crisis del Ébola. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Tomas, Jordi (2015). Autoridades tradicionales, dinamismo cultural y ébola. Una reflexión. En O. Mateos y J. Tomas (Coord.), *Detrás del ébola. Una aproximación multidisciplinar a una cuestión global*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Vaughan, Megan (1991). *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford University Press.
- Wald, Priscilla (2007). *Contagious: cultures, carriers, and the outbreak narrative*. Duke University Press.

- Wallerstein, Immanuel (2006). Después del desarrollismo y la globalización, ¿Qué? *Polis. Revista Latinoamericana*, (Pág. 13).
- Wenham, Clare (2019). La sobresegurización de la salud global: cambio de los términos del debate, *Asuntos internacionales*, Volumen 95, Número 5, septiembre de 2019, páginas 1093–1110.
- Wenham, Clare y Farias, Deborah (2019). Securitizing Zika: the case of Brazil, *Security Dialogue*, 2019.

## SEGUNDA PARTE

# LA “D” DE DEPENDENCIA: UNA EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA COLONIZADA POR LA GUBERBIOLOGIZACIÓN BASADA EN ENSAYOS EXPERIMENTALES POBLACIONES

Con los peligros que siempre conlleva cualquier esquematización, puede decirse que existen dos formas de acercarse al uso de una teoría o corriente de pensamiento: una forma estática y otra dinámica. La manera estática de analizar una teoría busca mostrar la inexorabilidad de ciertos postulados teóricos en la modulación de las relaciones sociales, políticas, económicas, globales contemporáneas. En cambio, la forma dinámica de estudiar una corriente de pensamiento se basa en comprender la consistencia interna de una teoría, explicar el contexto de producción de esas ideas y retomar críticamente sus aportes para pensar una dinámica de transformación actual.

Es esta segunda forma es que se materializa el valor de uso de la Teoría de la Dependencia (Katz, 2018), sesenta años después, para el estudio, problematización y comprensión de la dependencia sanitaria situada en el contexto del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe.

Enunciar *dependencia* como teoría y como categoría de estudio (Dos Santos, 2020) se asienta originalmente en dos procesos inseparables: el sometimiento de los mundos extra-europeos con los procesos de colonización y la puesta en marcha de la División Internacional del Trabajo (DIT) estructurada alrededor del circuito de comercio triangular y del sistema colonial de plantaciones desde donde se basará la dependencia global al sistema mundo actual (Wallerstein, 2004). Tienen una historia tejida por los conflictos y las mutaciones de la DIT que atraviesa cinco siglos de globalización colonial capitalista, pero que se complejiza con la división internacional de la Naturaleza, de la Ciencia moderna, de la humanidad, del saber y del poder. Así, la polarización desarrollo/subdesarrollo hunde sus raíces, mucho antes de la revolución industrial, durante el periodo de expansión del capitalismo mercantilista colonial entre los siglos XVI y XVIII.

Bajo esta teoría, se propone en esta segunda parte entonces problematizar la especificidad epidemiológica, sanitaria y sociodemográfica

fica de América Latina y el Caribe como periferia, que implica producir un giro en la observación sin caer en un singularismo extremo. Combinando dialécticamente los procesos exógenos y endógenos de la dependencia que se reproducen en el campo de salud y epidemiología en el Sur, especialmente en nuestra región.

Así la complejidad de epidemias particulares de SARS-CoV-2, en momentos particulares, en contextos particulares, en territorialidades y poblaciones particulares como las latinoamericanas y caribeñas en su especificidad geopolítica, cultural, ambiental y demográfica, fueron estudiadas, problematizadas y abordadas con unidades de análisis y escalas de observación:

- Individuales;
- Biomedicalizadas;
- Asistencial-curativa;
- Homogéneas y totalizantes;
- y especialmente con demasiado copiado/pegado de la *evidencia* dependiente que producía las respuestas de Europa y Estados Unidos.

Estos sesgos fueron invisibilizados, en algunos casos sin problematizar las bases de dependencia científico-epidemiológica tanto en el campo del conocimiento como de la acción en salud en el Sur. Estas bases de dependencia que se manifiestan de diversas formas en el “saber-hacer” con las que se busca caracterizar en este apartado del capítulo, listando cuatro que se consideran claves:

- Dependencia de una salud pública gobernada por el estructural-funcionalismo
- Dependencia de una biomedicalización de los “expertos” en el campo de la epidemiología
- Dependencia de mandatos globales en el diseño de las intervenciones del Estado y la gubernalidad
- Dependencia en los ensayos experimentales poblaciones de respuesta: cuarentenas, neohigienismo, vigilancia punitiva de la salud.

### **UNA SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA *FUNCIONALISTA* GOBERNADA POR LA BIOMEDICINA**

En el contexto del SARS-CoV-2, los sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas y su proyección sobre las sociedades

se expresaron en una colonización de la ciencia biomédica en el gobierno de la salud pública y la epidemiología.

Generaron un complejo espiral de patologización de las interacciones humanas, un sobredimensionado conductismo individual como cuerpo teórico-metodológico, y en tiempo real se enunciaron conclusiones de carácter general, totalizante y a puro empirismo científico sobre el SARS-CoV-2 basado en ciertos presupuestos reduccionistas y *enfermológicos* (Granda, 2004).

Es decir, cuando se realiza una revisión sistemática, se encuentra una dependencia interpretativa cotidiana de una epidemiología que fue enunciada a partir de:

- Conteo de casos confirmados y defunciones;
- Con tasas de frecuencia y distribución de casos clínicos en su mayoría sintomáticos que tuvieron acceso a pruebas diagnósticas (PCR) en establecimientos sanitarios;
- Conclusiones basadas en unas sistematizaciones que acumularon agregados de datos que provenían de diferentes escalas de observación, diversas unidades de análisis;
- Con las demoras y retardos –antes de SARS- que ya eran reconocidos en la notificación de casos como en cualquier evento de salud pública epidémico (tanto en la morbilidad como en reporte de defunciones) que se reproducen en los sistemas de información en salud;
- Medidas individuales enunciadas en respuesta a epidemias poblacionales.

Las dificultades para comprender las limitaciones de estos datos de una epidemiología funcionalista, reduccionista y sesgada (Breilh, 2013) en su producción clásica de *información* sino que quizás lo más complejo fue que sobre esta base informacional con una multiplicidad sesgos y simplificaciones, un conjunto de actores públicos y sociales en la región construyeron permanentes escenarios de proyecciones sobre los impactos epidémicos, con especialistas clínicos sin formación epidemiológica ni político-sanitaria haciendo inferencias de numerología a diario en los medios de comunicación masiva, como también organizaciones no gubernamentales, fundaciones, y actores políticos enunciando: curvas, tasas, contagios, positividad, pronósticos, olas.

Lo interesante a relevar es la pluralidad de voces de estos actores que coincidían en algo: con la necesidad de “control”, “de más control”, de corregir o flexibilizar “los controles” y por último implementar mejor los “controles” según las evidencias sueltas, desconectadas, aisla-

das de los procesos de determinaciones de la salud humana, colectiva e internacional.

Esto representó una *gubernamentalidad sanitaria* (Foucault, 2008) asumida no sólo por los gestores sanitarios de Estado, sino por las representaciones de lo que se denomina sociedad civil como también de la academia biomédica y médico-social desarrollista. Foucault (1999), en el “Nacimiento de la Clínica”, ya nos hablaba de una medicina que se da como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo, basándose su éxito de positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. Una metáfora de la máquina corporal con desperfectos en su estructura y función por causas externas o internas, que hay que reparar.

Este modelaje de la biomedicina clínica basada en el pensamiento científico moderno logró hegemonía en el campo de salud a partir de:

- Unidad de análisis: la enfermedad;
- Unidad de intervención: individual;
- Técnicas: curativo-asistenciales y medicamentosas tecnológicas;
- Relación asimétrica individual y privada entre “médico/a – paciente”;
- La persona es un objeto (paciente/usuario) del saber biomédico;
- La salud como “un estado” estático, dicotómico sano-enfermo, desvinculado de los procesos sociales de la vida;
- El estudio de pequeños grupos artificiales (busco “obesos”, “diabéticos”, son definidos como grupos);
- Sesgo experimentalista, el ensayo controlado (control de las variables y hacer la experimentación de XX Riesgo);
- Lo colectivo como la suma de lo “individual”. Las conclusiones que se extraen “se extrapolan a la “realidad” colectiva;
- La idea que “las reglas” del conocimiento las determina y regula “*la comunidad científica*” (ubicada en el pensamiento moderno occidental);
- Esa “comunidad científica” se convierte en un órgano de regulación. Determina “*qué es conocimiento científico, y que no es conocimiento científico*”;
- Despojada de valores, intereses, relaciones de poder. Es un conocimiento neutral.

En este sentido, la biomedicina logra una hegemonía por la producción de legitimidades a partir de: 1. El reconocimiento monopólico jurídico-legal (el Estado-Nación reconoce como “única” forma de ejercicio legal de medicina a la biomedicina), 2. Monopolio en la educación médica universitaria, 3. La biomedicina como espacio económico y de acumulación de capital, 4. Hegemonía cultural en las sociedades y comunidades en biomedicalización de la salud y la vida.

Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, también se considera a principios del siglo XX, que era posible construir una *enfermología* pública (Granda, 2004), que se denominará salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones. Con la presuposición positivista que el método científico occidental logra asegurar una verdad universal sobre la salud de las poblaciones.

Para Granda (2004) las características de esta salud pública funcionalista a la que denomina Enfermología Pública, son:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud;
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social;
- El reconocimiento del poder del Estado como *un mago* de fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad y control de riesgos; con los presupuestos funcionalistas de concebir como objeto individual a las personas u objeto colectivo a las poblaciones.
- Cuantificación como sinónimo de científicidad y cálculo manufacturado de riesgos
- El salubrista, entonces, se constituye en este modelaje en un agente del Estado y de la técnica positivista burocrático-estatal: un interventor técnico-normativo, quien durante su accionar logra efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población como objeto el propio poder del Estado y ejecutar la verdad de la ideología científico-tecnológica con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo.
- El salubrista del siglo XXI está encomendado, entonces, a cuidar la *salud* del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a las poblaciones, pero a través de los cristales de la norma es-

tatal y de la razón instrumental; e intervenir sobre la población transformada en un objeto.

La racionalidad de la *salud pública funcionalista* tiene una base epistémica, teórica y técnico-metodológica basada en el paradigma del estructural-funcionalismo que se asienta en la estabilidad y equilibrio eterno de los sistemas (Parsons, 1966). Sus principios son la adaptación, el cumplimiento de metas, el mantenimiento de las pautas de reproducción e integración social dentro del mismo sistema. Esta tesis funcionalista concibe a los “problemas sociales” (donde entrarían los problemas de salud) apenas como *desajustes funcionales* que se producen y corrigen en subsistemas.

Esto permite identificar las razones de una salud pública que todo el tiempo se presenta a sí misma como la corrección, la mitigación o el control de desajustes funcionales. Sin transformar procesos, opera mediante el cálculo de riesgos. No se trata, por ejemplo, de derrotar al crimen ni de corregir a las criminalidades para convertirlos en ciudadanía, sino de gestionar la tasa de criminalidad dentro de un intervalo aceptable, que no suponga una amenaza para el conjunto de la población.

Es justamente esta *salud pública funcionalista* que fue colonizada y quedó dependiente del gobierno de una biomedicina microbiológica al mando de la gestión, planificación, preparación y respuesta poblacional al SARS-CoV-2 en toda América Latina y el Caribe (Basile, 2020a).

Es interesante identificar como la delimitación de las llamadas Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) por un lado responden a un momento de mandatos complementarios suscriptos entre el Estado-Mercado en la fase de regulaciones y modulaciones neoliberales globales con las reformas sectoriales, y por otro parece que estarían interpretando que la vida y la salud solo son posibles lograrlas a través de un *control funcional* del Estado en un momento de inmensa debilidad de este. La iniciativa de las FESP fue impulsada en la década de 1980 por el Instituto de Medicina (actual Academia Nacional de Medicina) de Estados Unidos de América (IM, 1988). A partir de esto, en 2002 la OPS presentó la primera versión conceptual y metodológica de las FESP en la publicación de *La salud pública en las Américas* (OPS, 2002).

La crisis epidemiológica internacional y regional del SARS-CoV-2 puso a funcionar en plenitud un conjunto de estos dispositivos conceptuales y técnico-metodológicos que se anidaban en la genealogía del campo de la salud pública y epidemiología bajo las dependencias teórico-metodológicas descriptas. En la actual pandemia global y epi-

demias particulares se construyó una gramática y lenguaje de afrontamiento que bajo la tradición biomédica y de salud pública funcionalista delimitaron los campos del saber y del hacer frente al SARS-CoV-2.

Las categorías de “lugar”, “tiempo” y “persona” se utilizaron como piedra basal de medidas cuantitativas de frecuencia(tiempo) y distribución(lugar) desde la epidemiología funcionalista que someten al pensamiento de la salud pública *gubernamental* a un encuadre empirista reduccionista que produce un congelamiento de los procesos de salud-enfermedad como fenómenos esencialmente individuales, estáticos, pasivos, asistenciales y curativos que se registraron como un conjunto de eventos aislados y sueltos: contar enfermos, muertos e identificación de factores de riesgo, frecuencias, distribuciones y predicciones (Breilh, 2013).

Esta visión permeó los sistemas, servicios y programas de salud pública reflejando en los establecimientos sanitarios instrumentos de atención centrados en la carencia o pérdidas físicas-biológicas individuales, focalizada en la enfermedad y en el ajuste de los estilos de vida de los individuos, con agregados de notificaciones y registros de *caso(persona), lugar y tiempo*.

La base teórica-conceptual y metodológica es la misma en cualquier sociedad, población, territorio o contexto: el factor de riesgo discriminará aquéllos que enfermarán de los que no enfermarán.

La premisa es simple: a través de la conducta, las personas se exponen a una cierta combinación de factores que actúan independiente o sinérgicamente para causar la enfermedad. La búsqueda epidemiológica se orienta a las diferencias en el *estilo de vida* entre los individuos, en la creencia de que los cambios en la conducta personal llevan a una disminución en la exposición y riesgo de enfermedad, y de que tal cambio conductual individual de las partes impacta en el “todo”.

Esta conceptualización, llamada “epidemiología de los factores de riesgo”, es una disciplina esencialmente mecánica, conductivista pero esencialmente culpabilizadora de los sujetos, desresponsabilizando la acción colectiva de las determinaciones de la salud, de los modos de vida grupales, de los sistemas de salud y el Estado como bienes colectivos y comunes.

Estas categorías de análisis y escalas de observación y registro son importantes de revisar y comprender, ya que produjeron una interpretación de *cegueras* del proceso de salud-enfermedad del SARS-CoV-2 en las sociedades, poblaciones, grupos, modos de vida y sus intersecciones por clase social, etnia y género en América Latina y el Caribe.

Estas (im)compresiones impactaron directamente en los sistemas de información en salud en general volcando fuentes secundarias consolidadas de registros de servicios asistenciales, establecimientos hospi-

talarios, de atenciones individuales-curativas con una inexistencia o incapacidad en las grandes territorialidades y urbanismos latinoamericanos caribeños de notificar de forma sistemática y vertical exclusivamente una información de morbimortalidades desconectada de los modos de vivir, trabajar, enfermar y morir en esos territorios, historias de vida.

Todo este instrumental de ensayos experimentales comandados por la ciencia del individuo clínica es relatado como una ciencia positiva a partir de una epidemiología "a la carta": la cuantificación de tasas sobre la enfermedad y muertes es presentado como un conocimiento que no es tal.

Primero cuantifico, luego reflexiono. Quizás sea necesario primero reflexionar, para luego ver qué medir y cómo hacerlo. Ampliar marcos de comprensión sobre las unidades de análisis y escalas de observación y registro epidemiológico es asumir verdades diversas, complejas y contingentes (Almeida-Filho, 2006). Otro efecto significativo en las epidemias particulares de SARS-CoV-2 es el incremento vertiginoso de la utilización de mapas. Incluso instalando a la cartografía virtual como gestión del conocimiento sanitario sobre la epidemiología de las epidemias.

Como señala Luisa Iñiguez Rojas (1998) los mapas no eliminan sino reproducen las deficiencias de la información en salud en sus unidades de análisis, de la consolidación de la biomedicalización de la cartografía sanitaria.

Los mapas pueden también convertirse en un recurso peligroso, al conseguir de una forma atractiva reducir la preocupación por las limitaciones de la calidad de la información y de las unidades de medición y registro, además de incorporar otras nuevas deficiencias derivadas del desconocimiento o utilización incorrecta de métodos de representación cartográfica de la producción del espacio social y la salud colectiva (Santos, 2000).

La medicina social y salud colectiva (Paim, y Almeida-Filho, 1999) sostuvo durante décadas que la salud era un proceso social históricamente determinado, un movimiento dialéctico con niveles y dimensiones en lo general, particular y singular. Es decir, aunque el proceso de salud-enfermedad-atención es fruto de las relaciones y dinámicas sociales, de cómo uno vive y trabaja, de la subsunción de lo biológico en lo social, en las epidemias de SARS-CoV-2 primaron sin duda la idea de una salud como un "estado" individual y estático, de manera que el arsenal de intervención bajo la premisa de mitigar y controlar una epidemia, se presupuso que paralizar al individuo en su vida en sociedad, se paralizaba el proceso de salud-enfermedad epidémico en la sociedad (Ver Ensayos experimentales).

## EL DISEÑO WEBERIANO DE RESPUESTA DEL ESTADO SALUBRISTA: CADENAS DE MANDO Y UN APARATO DE CONTROL EXTERNO A LA SOCIEDAD

Es posible listar cantidad de decretos presidenciales, resoluciones y marcos jurídicos tanto de los poderes ejecutivos como legislativos en el marco de las declaratorias de *estados de emergencia* que se fueron condensando en el diseño institucional de las respuestas de los Estados-Nación a las epidemias de SARS-CoV-2. Aunque el objetivo es caracterizar y analizar estas condensaciones institucionales que se expresaron a posteriori en el diseño de las políticas y acciones públicas.

La forma de intervención del Estado en la sociedad, su capacidad de infiltrarse en ella en general describe las propias características y lógicas subyacentes en ese accionar. Foucault (2008) en este sentido creó el término *gubernamentalidad*, como el control del Estado no solo con cuestiones legales, sino también con la atención al nuevo objeto a observar: la población, biológicamente tratada, con sus tasas de natalidad y mortalidad. Una especie de capilarización del Estado a través de la salud pública o medicina social que empíricamente excede la intervención en las enfermedades para transformarse en una mentalidad de *control en y con la sociedad*.

Para Weber (2015) en sus estudios de la burocracia, el Estado existe en tanto cuenta con un cuerpo administrativo burocrático. Ya uno de los teóricos eurocéntricos del Estado, como el alemán Carl Schmitt planteaba una premisa: *“te protejo, y por tanto te obligo”*.

En esta conceptualización weberiana (O'Donnell, 2009), el Estado contiene cuatro elementos fundamentales: 1. Un conjunto diferenciado de instituciones y personal, 2. Centralización en el sentido que las relaciones políticas irradian del centro a la periferia incluso a pesar de la descentralización institucional neoliberal, 3. Un área territorialmente demarcada donde actúa, y 4. Un monopolio de dominación coactiva autoritaria, apoyada en un monopolio de los medios de la violencia física que se expresa en Fuerzas Armadas, de seguridad, etc.

Bajo esta teorización, el Estado es pensado y reducido a un *aparato burocrático externo a la sociedad* para amplios sectores, actores y corrientes teóricas. Un aparato de control de fronteras, territorios, administración de bienes y de una población como objeto (O'Donnell, 2009)

Este aparato estatal en general tiende a describirse a sí mismo con una apariencia de imparcialidad, que garantiza el orden, la seguridad o la salud. El principal problema es que la mayoría de las definiciones weberianas contienen dos niveles diferentes de análisis clásicos: *el funcional* y *el institucional*. Esto implica que muchos autores y actores definen al Estado *por lo que parece* institucionalmente,

o bien, *por lo que hace*, sus funciones. Lo que prevalece es una visión mixta, pero en buena medida institucional e instrumental. Por eso en general cuando se describe al Estado se lo hace a partir de listar “las instituciones” (Ej.: ministerios, organismos, etc.) o lo que hace (Ej.: sus funciones y acciones, programas, etc.).

En esta conceptualización weberiana (O’Donell, 1999), el Estado moderno también condensa los cimientos de sus largas tradiciones estructurantes en su cultura organizativa: la Iglesia y el Ejército. *Potestas y Autoritas*<sup>3</sup> (Monedero, 2015), una cuestión de fe y/o de fuerza, o ambas.

Partir de esta revisión teórica, permite observar la materialización de una conjugación de organigramas operativos de respuesta a las emergencias de salud pública del SARS-CoV-2 llenos de expertos clínicos en su mayoría varones, burocracias estatales con fuerzas de seguridad y/o militares en el centro de las toma de decisiones de las instituciones públicas, y, por otra parte, postulados de estilos de vida hiper higienizados, cambios en comportamientos individuales, que se narraron repetidamente, intentaron implementarse en sistemas de salud *neoliberalizados* y sociedades excluyentes, inequitativas y desiguales.

En América Latina y el Caribe, el Estado pareciera tener una genética weberiana de sus modos de intervenir con una selectividad estratégica, siéndole que al Estado le es más fácil solventar y responder unos problemas que a otros (Jessop, 1999). La conjugación de institucionalidades atestadas de expertos, fuerzas de seguridad y militares habla en cierta medida de la selectividad estratégica del Estado a la hora de gestionar las epidemias de Covi-19 (Basile, 2020b).

¿Por qué a los Estados-Nación en la región les fue más fácil activar los aparatos represivos del monopolio de la fuerza y la coerción movilizando control policial médico-social y militarización en la respuesta a una emergencia de salud pública en fase epidémica?

En la región, el Estado en clave weberiana expresada en las capilaridades de las instituciones de salud pública y epidemiología funcionalista quedó reducido a un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al Covid-19 a través de la activación de medidas de comités de expertos, cuarentenas empíricas, higienismo, militarización y policía médica; la tesis del Estado como agente para “controlar”, “vigilar”, “castigar”, para cuidar.

---

3 En latín “*Potestas y Autoritas*” significa “*Poder y Autoridad*”.

Dirían múltiples autores porque el pasado, condensado en las instituciones, pesa en el presente. El Estado es una condensación institucional de las relaciones sociales y de poder al interior de una sociedad. Es evidente que los Estados latinoamericanos caribeños arrastran el peso de su pasado: la *path dependence*, esto es, la dependencia de la trayectoria (Monedero, 2015). De aquí es que resulta clave estudiar con mayor profundidad la *gubernamentalidad en salud* y las prácticas que construyeron *estatalidad sanitaria* dinamizadas durante el SARS-CoV-2.

La conjugación de comités operativos de emergencias de salud pública atestados de expertos clínicos en su mayoría varones, burocracias estatales con policías y/o militares y, por otra parte, sin espacios de simetría de poder con referentes populares, mujeres, indígenas, trabajadores organizados habla en cierta medida de la selectividad estratégica del Estado a la hora de gestionar la pandemia y epidemias de SARS-CoV-2. Hay cosas que le salen más fácil a estos Estados-Nación. Eso de las y los “*Otros*”, se ocupan los Ministerios de asuntos sociales, o la gubernamentalidad segregada y sectorializada del Estado residual (Basile et al., 2021).

Lo que se intenta describir es que la arquitectura institucional e intervención del Estado en la sociedad ante el Covid-19 tendió a operacionalizar una salida que trae en su propia genética: los nuevos aparatos de control como las tecnologías conjugado con los viejos aparatos de control reactualizados al presente: higienización, policía médica, militarización extrema, segregación territorial y social, ciberpoder, miedo.

Claro siempre los conflictos y sus soluciones dentro del Estado se convierten en algo supuestamente neutral, objetivo, fáctico, empíricamente indiscutible. La dualidad y dicotomía puesta como razón de Estado: “*Es esto, o la muerte*”. Se trata de diseccionar la configuración de las relaciones de fuerzas que prevalecieron en las dinámicas dentro y en el cuerpo del Estado.

## **EPIDEMIOLOGÍA CON Y SIN NÚMEROS DEL SARS-COV-2**

La crisis epidemiológica del SARS-CoV-2 a nivel mundial representó el 2% del total de todas las muertes acumuladas por todas las causas en el año 2020 (OMS, 2020) y en el cierre del 2021 significaron el 4% de las defunciones globales.

Las 1.7 millones de muertes por Covid-19 en el periodo del año 2020 y el salto a 3.7 millones de defunciones acumuladas en 2021 significaron un nuevo escenario epidemiológico ante los antecedentes ya existentes de graves acumulaciones anuales de enfermedades respiratorias con un promedio de 3 millones de defunciones por neumonías

anuales (OMS, 2019). Lo anterior permite mostrar en su justa proporción a esta pandemia global como un problema de salud internacional tanto para el Norte como para algunas regiones del Sur global.

En una situación epidemiológica de novedad virémica con tasas de ataque significativas y una sobremortalidad identificada especialmente en ciertos rangos etarios, y posiblemente en el caso de América Latina y el Caribe agravadas por inequidades de clase social, étnico-raciales y de género aún poco estudiadas en profundidad.

América Latina y el Caribe contaba con una población estimada de 659,743,614 habitantes para el año 2020, con tan sólo 1.9% mayores de 80 años (12,381,868 hab.) y un 7% de mayores de 65 años (46,269,182 hab.) según las estimaciones y proyecciones a largo plazo (CEPAL, 2020). Sobre esta población ya se contaba con antecedentes de crisis epidemiológicas en enfermedades del sistema respiratorio durante periodos previos siendo de las tres primeras causas de muertes en las poblaciones mayores de 80 años.

En este breve contexto demográfico es donde se situó la novedad virémica respiratoria del SARS-CoV-2 en circulación poblacional desde marzo del 2020 en la región, totalizando al 31 de diciembre del año 2020 un total de defunciones acumuladas de 513,687 por la enfermedad de Covid-19 en la región, lo cual significó una tasa de mortalidad regional de 79 defunciones cada 100.000 habitantes latinoamericanos caribeños (ECDC, 2021).

Al 30 de diciembre del 2021, las defunciones acumuladas por Covid-19 se duplicaron: fueron de 986,673 para América Latina y Caribe lo cual significó una tasa de mortalidad regional de 92 defunciones cada 100,000 habitantes (ECDC, 2021).

Estos principios básicos en una emergencia epidemiológica quedaron un tanto en la opacidad por la lluvia de interpretaciones, de curvas (desinformativas), de diversidad de fuentes de información, de especialistas clínicos simulando científicidad y opinando sobre epidemias de afectación colectiva poblacional (Basile, 2020a).

Para una primera aproximación descriptiva de los indicadores de resultados es necesario algunas clarificaciones: basarse en la tasa de letalidad del Covid-19 partiendo de la totalidad de casos acumulados y defunciones reflejados en los reportes oficiales de los ministerios de salud pública fue un error recurrente de la lectura sanitaria, porque en un proceso de crisis epidemiológica expansiva se conocen las muertes acumuladas totales por una enfermedad, pero en ninguna epidemia en curso se sabe el número total de enfermos/as (notificación de casos) lo cual hace que se comuniquen en tiempo real tasas brutas de letalidad que no es válido reproducir y expresar de esa manera alimentando un

comportamiento individual de desinformación e inferencias sesgadas sobre un proceso epidémico en curso.

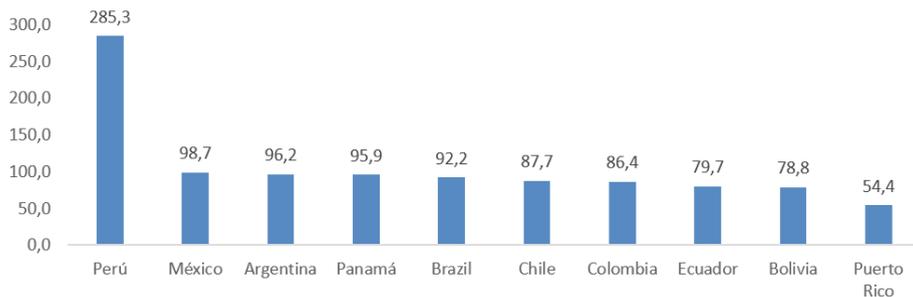
Partiendo de esta sencilla revisión, en este artículo se trabaja con la tasa de mortalidad acumulada anual del 2020 y del 2021 para realizar comparativas a nivel regional con América Latina y el Caribe, porque es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un período de tiempo, usualmente expresada por cien mil habitantes por año. Esto permite identificar la proporción de las defunciones por la enfermedad sobre la población total (donde están considerados “enfermos” y “sanos”), no sólo la proporción sobre la notificación de casos confirmados (que nunca se conoce). En una epidemia de una enfermedad infecciosa es importante no solo estudiar el número de muertes, o el número bruto de muertes como una cantidad nominal, sino la proporción de defunciones de esa enfermedad sobre la población.

Ahora bien, en una comparativa de indicadores de resultados anuales del 2020 en tasa de mortalidad por Covid-19 en América Latina y el Caribe, las epidemias con mayor proporción de defunciones por cantidad de habitantes fueron: Perú, México, Argentina, Panamá, Brasil y Chile, entre los primeros seis países en ese orden con las tasas de mortalidad más altas de la región. En cambio, en el 2021, fueron Perú, Brasil, Paraguay, Uruguay, Colombia y Argentina como las más significativas en defunciones por habitantes.

Lo interesante aquí es ver la razón de tasas de mortalidad (RTM) de Covid-19 comparada de los diez primeros países del continente con mayores tasas de mortalidad. La RTM significa la razón de la tasa de mortalidad entre un país A y un país B. El resultado se expresa por ejemplo como una RTM 1:2, que implicaría que por cada muerte en el país A, hubo dos muertes en el país B.

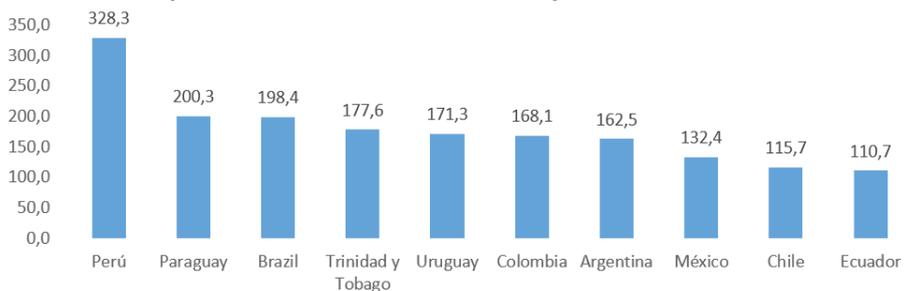
Así la RTM nos marca que no hubo diferencias significativas entre un grupo de países como Brasil, Argentina, Colombia y México en el total acumulado de defunciones 2020-2021 según la cantidad de población. Perú estuvo demasiado por encima de todos. En el 2021, las epidemias especialmente en Paraguay, Uruguay, Costa Rica y Cuba fueron en términos de tasa de mortalidad por Covid-19 significativamente superiores al periodo 2020.

**Gráficos 5. Comparación primeros 10 países con tasa de mortalidad por Covid-19 por 100.000 habitantes en América Latina y Caribe. Año: 2020**



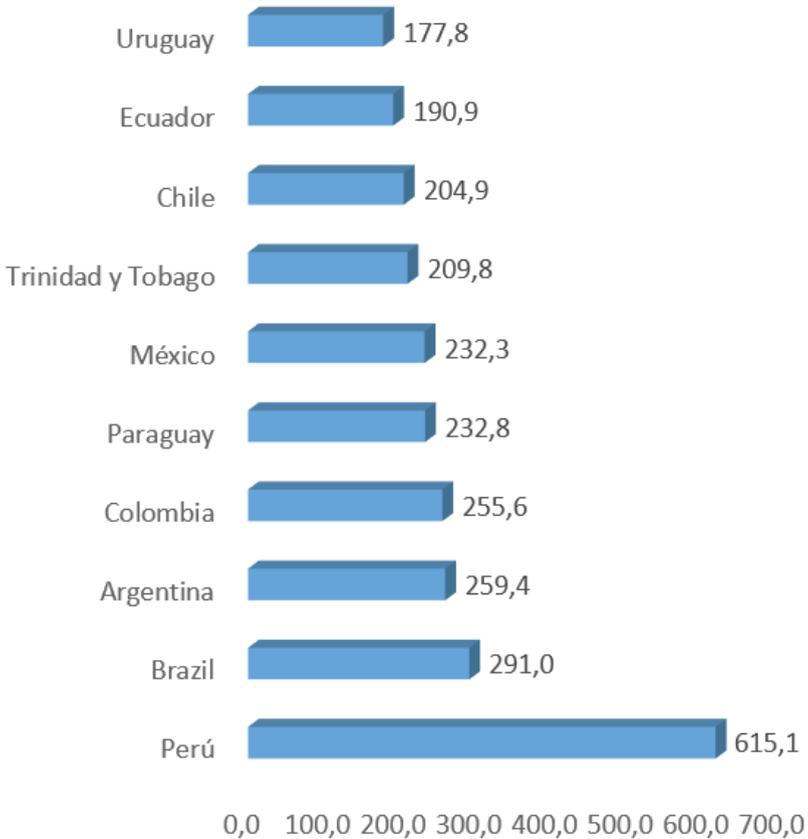
Fuente: Elaboración en base a EU-CDC.

**Gráficos 6. Comparación primeros 10 países con tasa de mortalidad por Covid-19 por 100.000 habitantes en América Latina y Caribe / Anual: 2021**



Fuente: Elaboración en base a EU-CDC.

**Gráficos 7. Primeros 10 países con tasa de mortalidad por Covid-19 por 100.000 habitantes en América Latina y Caribe / Acumulada 2020-2021**



Fuente: Elaboración en base a EU-CDC.

Este breve repaso de tasas de mortalidad de forma comparada en territorios latinoamericanos y caribeños, marca que cambiar un marco de categorías de análisis podría permitir modificar las aproximaciones de estudio. Es decir, saltar de conteos comparados nominales de enfermos, muertos, frecuencias o distribución; y profundizar en los nudos críticos de las epidemias de Covid-19 pensados en clave de las especificidades territoriales y en clave geopolítica periférica para estudiar los condicionantes y adversidades, ensayos-errores, la dependencia, las dinámicas de “copiar-pegar”, el rol y las inferencias de los “ex-

ertos”, la seguridad sanitaria global, o el papel del panamericanismo sanitario y la descoordinación regional (Basile, 2020d).

### **LA “CAJA NEGRA” DEL PRIMER CUATRIMESTRE DE LAS EPIDEMIAS DE SARS-COV-2**

La caja “negra” como lo denomina la epidemiología clásica (Susser, 1996) es un proceso que no se sabe muy bien qué ocurre dentro de la caja en el tránsito de un fenómeno clínico y sólo se conoce la producción de un resultado. Es una metáfora para representar un fenómeno cuyos mecanismos internos están ocultos al observador. Aunque este concepto fue utilizado para la teorización de factores de riesgo (Susser, 1996), es interesante darle otro uso en el sentido epidemiológico crítico (Breilh, 2010).

Este concepto quizás permite describir como metáfora de los primeros 120 días de las epidemias de SARS-CoV-2 en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe:

- Sin reactivos para pruebas diagnósticas PCR diarias en unas cadenas globales de mercado concentrado en la provisión a las epidemias del Norte global, lo cual marca que no hubo posibilidad de notificación de casos a un nivel poblacional en los primeros 3 a 6 meses.
- Con laboratorios nacionales con baja capacidad diagnóstica masiva y extremadamente centralizada. Sin desarrollo de descentralización diagnóstica virológica a nivel provincial y/o municipal y local para toma de muestras/notificación de casos, que se fue implementando a partir de mediados de año en adelante.
- Los promedios mensuales y pruebas diarias de PCR por cantidad de habitantes eran bajas hasta junio-julio 2020 en todos los países de la región.
- Bajas capacidades de respuesta en investigación y monitoreo epidemiológico familiar territorial por el tipo de epidemiología clínica hospitalaria utilizada como se describe en este capítulo.
- Con la paralización de todo el sistema de salud, perdiendo quizás la única “red” de pesca de problemas de salud-enfermedad en la cotidianeidad de los programas de salud pública, en los centros de primer nivel de atención, en las acciones preventivas-promocionales comunitarias (exceptuando Cuba y Costa Rica en esa primera etapa).

Bajo estos condicionantes en el primer semestre inicial de las epidemias de SARS-CoV-2 fue donde justamente se implantó una parálisis social en *movilidad humana* con la hipótesis de cuarentenas experimentales como mecanismo de control de epidemias poblacionales en sociedades excluyentes, cuando en realidad ese periodo se transformó también en un gran *agujero* de conocimiento epidemiológico-sanitario sobre realmente lo que estaba sucediendo con la dinámica del proceso de salud-enfermedad epidémico del Covid-19 en las sociedades latinoamericanas caribeñas en general.

Lo paradójico de esto, es que mientras sucedía este *agujero* de información para producción de conocimiento epidemiológico, se fue estableciendo un conjunto de *creencias* basadas en fundamentos de *gubernalidad* donde se fue considerando que la cuarentenología experimental aplicada era *exitosa* o *efectiva* en ese primer semestre del 2020 bajo un conjunto de presupuestos de cierres, de aplanar curvas y controlar la movilidad de la sociedad para controlar la epidemia. Incluso muchas veces las propias comparativas a lo largo del año se hicieron con este periodo de cierre inicial como línea de base sin contemplar estos condicionantes y problemas señalados.

En realidad, como se analiza en el apartado de sistemas de salud, este agujero podría también haberse transformado en una incubadora silenciosa de transmisión de Covid-19 dentro de las familias y sociedades, pero fuera de los sistemas de salud que quedaron como aparatos burocráticos a la espera del *tsunami* de hospitalización y cuidados críticos intensivos. Estas bases de comprensión implicaron asumir una matriz de decisiones públicas que aún fueron poco revisadas.

Varios actores nacionales utilizaron las bases de notificación de casos confirmados de Covid-19 para desarrollar diversos pronósticos o estimaciones siempre partiendo del caso individual clínico sintomático que se expresaba en una notificación obligatoria en sistemas de información en salud.

Ahora bien, en términos acumulados anuales, aunque se realizaron pocos estudios de seroprevalencia a gran escala en el mundo, o a nivel regional o nacional encuestas para estimar tasa de ataque del Covid-19, tomando estudios comparados con un rango de 10-15% de prevalencia (Kamps y Hoffmann, 2020) priman escenarios donde aproximadamente entre un 80 al 90% de la población latinoamericana y caribeña no transitaron la infección de la enfermedad de Covid-19 en el año 2020. Esto implicó que por lo menos si 99 millones de latinoamericanos y caribeños padecieron la enfermedad en formas sintomática o asintomática en el primer año.

**Tabla 2. Escenarios según tasa de ataque de Covid-19 en América Latina y el Caribe / Año: 2020**

Escenarios	Tasa de ataque poblacional (En %)	Cantidad de Casos de COVID-19 América Latina y Caribe 2020
Escenario 1	10%	65,974,361
Escenario 2	15%	98,961,542

Fuente: Elaboración en base a (Kamps y Hoffmann, 2020)

Es decir, en cualquier escenario incluso subestimando, el acumulado de casos de Covid-19 siempre es extremadamente superior a los datos notificados en los sistemas de información.

Los datos de seroprevalencia disponibles muestran que solo unos pocos lugares, como Mumbai en India (Malani et al., 2020) y Manaus en Brasil (Buss et al., 2020), alcanzaron una alta prevalencia en la población, cercana al nivel que se considera para la inmunidad colectiva, estimado en alrededor del 60%. Aunque los brotes de la variante omicrón tuvieron este mismo proceso.

Igualmente se requiere una interpretación cuidadosa de todos estos datos e informaciones. Se dispone de pocos estudios de seroprevalencia poblacionales a nivel nacional en la región. Además, que la sensibilidad y especificidad de las pruebas serológicas que se utilizan pueden variar de un lugar a otro, y algunas personas pueden haberse infectado sin mostrar niveles detectables de anticuerpos en el momento de estudios de prevalencia.

Lo importante de esta breve reflexión es simplemente volver a distinguir que el número de casos notificados y confirmados por prueba diagnóstica -como suele ocurrir en toda epidemia de enfermedades infecciosas- que son reflejados por los sistemas de información en salud, nunca fue lo mismo que el número total de casos de Covid-19 en la población.

Por lo tanto, probablemente los casos notificados confirmados de Covid-19 en América Latina y el Caribe, son sólo una proporción -poco significativa- del total de casos de las epidemias en 2020 y en 2021. Eso por supuesto no sólo que impacta en la letalidad calculada (Número de Casos/Número de Defunciones), pero también permite revisar retrospectivamente todas las inferencias de progresión y positividad sobre las cuales muchos actores nacionales y organismos internacionales sacaron conclusiones rápidas y sesgadas expresadas en la toma de decisiones.

Durante los primeros meses de la pandemia global de SARS-CoV-2 y las epidemias particulares, la transmisión en los hospitales públicos

desempeñó un papel en el origen de brotes locales en múltiples países. Trabajar en áreas críticas de alto riesgo como cuidados intensivos, horas de trabajo más largas, la carga y desgaste laboral por condiciones de trabajo malsanas, escasez de EPP (equipos de protección personal) y una higiene respiratoria y de manos subóptima después de un contacto cercano con pacientes Covid-19 se asociaron con un mayor riesgo de infección en las y los trabajadores de salud (Ran et al., 2020).

Aunque la propagación nosocomial del SARS-CoV-2 está bien documentada a nivel global, las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones hospitalarias pueden prevenir la transmisión hospitalaria de forma efectiva como la literatura comparada lo demuestra (Chen et al., 2020; Nagano et al., 2020; Callaghan et al., 2020). En América Latina y Caribe ya existían severos problemas de control y prevención de infecciones nosocomiales en la cultura institucional hospitalaria y de atención clínica.

En varios países de la región también hubo una gran circulación de pronósticos e inferencias sobre eventos considerados “*superpropagadores*” de Covid-19 (Wang et al., 2020) en el sentido de situaciones productoras de brotes epidémicos: movilizaciones humanas al aire libre (Ej.: peregrinaciones, manifestaciones, actividades culturales) o personas haciendo deporte en parques u otras actividades de la vida en sociedad. Aunque en general hubo escasos estudios de la principal cadena de transmisión regional: los hogares y la transmisión intrafamiliar.

Por todo lo anterior, la centralidad que primó de las lógicas de control de la movilidad humana como premisa sustancial de parálisis de las epidemias poblacionales, olvidaron un nudo crítico como la *interacción social* en los hogares y familias. Las implicancias de profundizar en estudios para abordar una confusión establecida y repetida como mantra científico entre *movilidad humana* con *interacción humana*, que no necesariamente estuvieron ni están siempre correlacionadas.

Las epidemias en los países latinoamericanos y caribeños tuvieron además una matriz eminentemente *adultocéntrica*. En particular se culpabilizó a las y los jóvenes o a la niñez como megatransmisores, aunque nunca hubo consultas ni consideraciones significativas sobre sus intereses, padecimientos, preocupaciones y situaciones de una infancia en indefensión y adolescencia culpabilizada (Ver cuarentenas experimentales). De hecho, el presupuesto que los niños, niñas y adolescentes fueron vectores del Covid-19 se encuentra bastante descartada por varias investigaciones. Solo una revisión de 14 estudios publicados (Rajmil, 2020) simplemente concluyó que los niños no eran transmisores en mayor medida que los adultos.

## EL GOBIERNO DEL SARS-COV-2: ENTRE LOS EXPERTOS CLÍNICOS Y LOS ENSAYOS EXPERIMENTALES POBLACIONALES

Para concluir con una caracterización de la dependencia del gobierno de la respuesta a la emergencia del SARS-CoV-2 se describe en esta revisión desde dos componentes estructurantes para la región:

1. El gobierno de los “expertos” con la institucionalización de la *guberbiologización* de la salud pública y las dinámicas de asociaciones público-privadas.
2. La condensación institucional activada en un marco metodológico expresado en ensayos experimentales de cuarentenas empíricas, neohigienismo, punitivismo y vigilantismo sanitario (Ej.: toques de queda, cierres/aperturas, culpabilización a la sociedad, doctrina del contagio, otros).

El primer componente entonces para revisar es la gramática y acción sanitaria de los “*expertos*”, especialmente en el gobierno *biomedicalizado* de la salud pública y las improntas naturalizadas de asociaciones público-privadas de los actores sanitarios. Huellas que quedaron en el Estado. En una revisión sistemática de 15 de comités de operativos de emergencias o comités de respuesta a Covid-19, comités de expertos y/o comités de crisis de la pandemia a nivel país en la región latinoamericana caribeña se detectan:

- Sobreabundancia de especialistas clínicos biomédicos, virólogos y/o infectólogos,
- Varios de estos especialistas con vinculaciones directas con el complejo médico industrial farmacéutico, con industrias aseguradoras de coberturas y proveedoras privadas de servicios de salud tomando decisiones dentro del Estado.

Dar seguimiento al lenguaje sanitario condensado en la comunicación institucional de *los expertos* semana a semana desde inicios de marzo del 2020 hasta finales del 2021 sólo permite constatar la hegemonía de una epistemología clínica individual infectológica, intentos incesantes de dotar de cientificidad a los ensayos experimentales poblacionales, logrando efectivizar en las instituciones de atención médica y en el propio gobierno del Estado la ejecución de una única verdad desde la ideología científico-tecnológica biomédica con el fin de prevenir los riesgos de enfermar y el control de la sociedad (Basile, 2020a), aunque también con engranajes público-privados.

En este sentido, la representación del “*experto*” en la epidemia de SARS-CoV-2 -tanto dentro como fuera del aparato del Estado- resulta

clave para comprender por un lado la circulación de cierta información, lenguaje y un tipo de conocimiento sanitario que buscó *totalizar* la comprensión de los procesos epidémicos, y por otro, sobre todo por los impactos técnicos-políticos y metodológicos que tuvieron en las tomas de decisiones de salud colectiva y de epidemiología.

En la revisión de comités de expertos, se identificaron y clasificaron tres tipos de “expertos” presentes en la región:

- Los expertos, en su mayoría varones, del gobierno del aparato del Estado desde las especialidades biomédicas actuando en la salud pública, incluyendo un entramado de asociación público-privada *de hecho* en el gobierno de la esfera pública.
- Los expertos de la conversación pública. Personajes de aparición pública recurrente durante el SARS-CoV-2, en disposición a repetición continua de inferencias por unos minutos en medios de comunicación masiva, aparición en redes sociales y/o por posicionamiento de sus intereses corporativos y/o personales (políticos, profesionales liberales de salud, empresariales, etc.).
- Los expertos de organismos y agencias internacionales, en especial con el rol aún protagónico del panamericanismo de OPS, Unicef, Banco Mundial, otros (Basile, 2020c).

Estudiar y observar en profundidad los lenguajes, las prácticas e intervenciones experimentales propuestas por *los expertos* en las etapas epidémicas del Covid-19, requiere una revisión sistemática de las apariciones públicas tanto de lobbystas como actores biomédicos sanitarios a lo largo de todo el ciclo epidémico en toda la región. Es un trabajo de investigación aplicada a profundizar especialmente por los potenciales aprendizajes en el diseño, gestión, el gobierno y la evaluación de respuestas a emergencias de salud pública en América Latina y el Caribe.

La importancia de esta categoría de análisis tiene implicancias sobre otros actores subalternizados: las propias universidades públicas y sus instituciones, las mujeres, los jóvenes, los gremios de trabajadores sanitarios no médicos, las naciones indígenas-originarias, los actores rurales-campesinos-territoriales, movimientos sociales, las redes barriales y territoriales, las y los salubristas de formación crítica con experiencia y compromiso con lo público que se las ingeniaron para sostener los servicios locales de salud pública y una respuesta de salud colectiva en contextos adversos.

## **ENSAYOS EXPERIMENTALES: CUARENTENAS EMPÍRICAS, NEOHIGIENISMO Y PUNITIVISMO SANITARIO**

Los Estados latinoamericanos y caribeños fueron reducidos a la preparación de un aparato burocrático externo a las sociedades en la dinámica de afrontamiento al SARS-CoV-2 tomaron cuerpo e institucionalización a través de cuarentenas empíricas, (neo)higienismo individual, protocolos de control/prevenición de infecciones en la vida en sociedad y el vigilatismo punitivo médico en el siglo XXI.

La racionalidad empírica y legal que opera en los ensayos experimentales masivos (cuarentenas, higienización y punitivismo) separa al Estado del conjunto de la ciudadanía. En resumen, vigilar y castigar para cuidar.

A través del lenguaje sanitario no solo se describe y transmite conocimientos, sino que se delimita la actuación, el *hacer*, las prácticas en el campo de la salud, que pueden transformar las subjetividades, condiciones sociales de vida y el mundo en que se vive, o bien reproducir mecánicamente respuestas instrumentales de intervención técnico-normativa externas a la propia vida en sociedad (Granda, 2004).

Se considera *ensayo experimental* al proceso de someter a una sociedad, población o grupo de personas a determinadas condiciones de estímulos, intervenciones o tratamientos colectivos, para observar -sin saber ni conocer- los efectos, reacciones o resultados que se producen. Es decir, se manipula unas variables experimentales no comprobadas, bajo condiciones estrictamente controladas aduciendo una cientificidad que en realidad es empirismo causal. La lógica que prima en estos ensayos experimentales son establecer simplifcadamente una relación de causa-efecto (Hernández-Avila et al., 2000).

## **EL GOBIERNO DE LA MICROBIOLOGÍA**

"El gobierno de la microbiología" fue un artículo publicado en junio del 2020 (Basile, 2020a), donde se estudia en el contexto epidémico particular del SARS-CoV-2 como el andamiaje residual de la salud pública del Estado se puso al servicio operacional del gobierno de la microbiología de los expertos clínicos como expresión de una biomedicina dispuesta a ensayos experimentales masivos con todas las sociedades de la región latinoamericana y caribeña (Basile, 2020d).

Enunciar *microbiología*, nos estamos refiriendo a enunciar un conjunto de dispositivos y narrativas explicativas de los mecanismos de patogenicidad de los diferentes grupos de microorganismos, de transmisión y cuadros clínicos asociados, de las principales pruebas de diagnóstico de las enfermedades infecciosas, los principios básicos de la inmunoterapia y problemática asociada o de la terapia an-

timicrobiana y la problemática de las resistencias a los tratamientos (Prats, 2006).

Es decir, un recetario encuadrado dentro de la *biomedicina infectológica* que desde lo singular del proceso patógeno estará produciendo mecanismos, normas y conductas a seguir no sólo para el individuo en su riesgo singular, sino supuestamente extrapolables para atender la salud colectiva de la sociedad (Basile, 2020b).

Esta biomedicina infectológica individual es la que entró en sala de operaciones en el gobierno de la preparación y respuesta a las epidemias de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe. Lo que en este capítulo y otros artículos se denomina el *gobierno de la microbiología* (Basile, 2020a).

Según Matus (2007), el *gobierno* es un triángulo que se mueve entre el proyecto, la gobernabilidad y la capacidad de gobernar. En este trabajo denominaremos *Gobierno* a la capacidad tecno-política teórica y metodológica con que actores sociales desarrollan el analizar y abordar situaciones y problemas cuasiestructurados y complejos que se dan en la sociedad. El gobierno no como simples “funciones” u organigramas, sino como un proceso dinámico, constante y permanente de análisis y respuesta a situaciones y problemas complejos (Matus, 1987).

Este capítulo define a la *microbiologización del gobierno* (Basile, 2020a) al proceso de diseño e implementación de un aparato burocrático de intervenciones sociosanitarias desde el Estado hacia la sociedad donde se logra imponer un conjunto de significaciones, simplificaciones y diríamos gobernanza en manos de una *biomedicalización* de la salud pública y la epidemiología a través del rol de los expertos como presunciones como únicas, positivistas, totalizantes y reproducibles.

Claro que este proceso se da en un contexto de tejidos institucionales públicos sanitarios extremadamente débiles y fragilizados en América Latina y el Caribe, con un desprestigio estructural acumulado a todo aquello que sea visibilizado como capacidades públicas y colectivas, lo cual permitió rápidamente la reproducción de esta microbiologización de la respuesta al SARS-CoV-2 fuera de “el” Estado y la Sociedad. Es decir, las capacidades de respuesta estaban en la *expertise* privada y especialistas clínicos, sobre todo microbiológica, y especialmente en el gobierno de las y los expertos de la ciencia del individuo (Basile, 2020a).

El saber (bio)médico como modelo epistemológico hegemónico (Menéndez, 2005) rápidamente excedió la explicación y el estudio del mundo de la enfermedad clínica del Covid-19, y se ofreció como per-

tinente para producir conocimiento acerca de la salud colectiva y la calidad de vida de la sociedad (Breilh, 2010).

Esto fue generando un entramado de respuesta a las epidemias latinoamericanas caribeñas con conjugaciones similares a las políticas basadas en las evidencias y la medicina basada en la evidencia (Fernández, 2011): el problema es quién estaba produciendo “la evidencia” demostrativa de lo que se debe hacer, de la efectividad en el repetido control poblacional, de los alcances de las cuarentenas experimentales, de la policía médica, de un empirismo salubrista biomedicalizado de ensayo-error o de la estructuración de asociaciones público-privadas en la respuesta a las emergencia de salud pública (Basile, 2020c).

El primer eslabón para describir estos ensayos experimentales poblacionales es caracterizar al saber (bio)médico clínico de la microbiologización en el gobierno del SARS-CoV-2 que básicamente como medida central transfirió las prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones en establecimientos sanitarios (OPS, 2011), como prácticas y conocimientos de control y prevención de infecciones en la vida colectiva de las sociedades (Basile, 2020a).

Esto llevó básicamente a transferir desde los lenguajes de protocolización en control y prevención de infecciones hospitalarias (OMS, 2018), a una protocolización sobre las sociedades con ensayos experimentales de carácter permanente y continuo:

1. La bioseguridad y extrema higienización ya no en el lavado de manos personal y familiar, sino en la desinfección de superficies, indumentarias, calzados, metales, otros. Esto trasladó mecanismos de higienización permanente y repetitiva en la cotidianidad de la vida al igual que las superficies y espacios de atención hospitalaria o la esterilización de materiales de uso sanitario.
2. Uso intensivo de químicos (cloros, detergentes, otros agentes desinfectantes). Incluso se intensificaron las publicidades de la industria de insumos de limpieza comercializando todo tipo de productos para aplicación al ambiente y el ecosistema en búsqueda de higienizar la vida.
3. Las formas de entrada y salida en las propias viviendas o espacios de la vida, donde se implantaron *triatges* en formatos de movilidad y circulación humana segura, a través de mediciones de temperatura, controles de síntomas y signos, otros. Todas medidas empíricamente diseñadas de una biopolítica de la vida cotidiana. Algunas sin fundamento alguno, otras con-

tradictorias entre sí dependiendo el lugar, el espacio, la actividad, la dinámica.

4. Uso de equipos de protección personal con áreas de uso y eliminación en el hogar, propiciando incluso un uso *irracional* de materiales de protección médica necesarios, a partir por ejemplo en la proliferación del uso de mascarillas respiratorias para atención de alto riesgo terminaron siendo utilizadas en actividades al aire libre, en comercios o esparcimiento o para quienes la pueden pagar.
5. Aversión y fobia al microbioma, a una supuesta eliminación radical de la convivencia del ser humano con los virus, parásitos, hongos o bacterias que están en la naturaleza. Aunque paralelamente se intensifican el uso de tóxicos, químicos para la agricultura, minería, manipulación ecosistémica entre otras actividades extractivas sobre la naturaleza.

### **CUARENTENOLOGÍA: CUARENTENAS EMPÍRICAS Y SUS SIGNIFICADOS EN EL SIGLO XXI**

El segundo eslabón de los *ensayos experimentales poblacionales* es el estudio y caracterización del plan normativo de cuarentenas y/o confinamientos poblacionales como estrategia de respuesta.

Con una hipótesis de parálisis de la movilidad humana de los individuos, implica paralizar y desacelerar un proceso de salud-enfermedad de alcance colectivo.

El número 40 estuvo siempre vinculado en muchos momentos y formas a la religión católica. Existen registros históricos de aplicación de cuarentenas y aislamientos ya en el nuevo testamento, así como en Grecia y el Imperio Romano en los siglos V y VI AC. El caso más notorio de esto es la cuaresma, el rango de tiempo comprendido entre el miércoles de ceniza y el domingo de resurrección. Otros ejemplos donde aparece esta temporalidad de 40 en lo religioso: *los días que duró el diluvio, los días que Moisés permaneció en el Monte Sinaí, los años que duró el éxodo judío, y los días que Jesús ayunó en el desierto y fue tentado por el diablo*. Todo esto lo relata la Biblia. Debido al importante simbolismo de dicha cantidad, la medicina de los siglos XIII y XIV, época en que se profesaba una ferviente religiosidad, adoptaron este rango u periodo de tiempo para realizar aislamiento frente a las enfermedades infecciosas.

La peste negra fue la primera enfermedad masiva que provocó que la cuarentena se estableciera a gran escala como medida sanitaria. En 1377, en Ragusa (hoy Dubrovnik, Croacia), se realizó la primera

cuarentena formal con un centro creado únicamente para enfermos (Bonastra, 2010).

Sin embargo, la cuarentena se origina formalmente en el siglo XIV, en Italia, como una medida también para controlar las epidemias de peste negra que azotaban a Europa y que obligaba a los barcos y personas que provenían de Asia a esperar 40 días ("*Quaranta giorni*", en italiano), antes de entrar en las ciudades, tras comprobar que no estaban enfermas. Es un hecho indudable que a los italianos se debe la organización de las primeras cuarentenas marítimas, así como la doctrina del contagio las primeras defensas prácticas contra las grandes pestes del Oriente que irradiaban sobre los puertos del Mediterráneo.

Aunque el término cuarentena en salud no es exclusivo sobre los servicios marítimos y los puertos, comprendió toda clase de restricciones a la movilidad humana por motivo de enfermedades infecciosas. Del latín *quarantine*, se seguía la regla de los cordones sanitarios, los lazaretos reteniendo durante ese tiempo las personas, animales, mercaderías, cartas, navíos. Los primeros Hospitales de San Lázaro, que nacieron siendo parte de una orden religioso-militar bajo la advocación de «San Lázaro» para el cuidado de los leprosos, es desde donde saldrá el nombre de lazaretos con que se designa en muchos países los lugares de aislamiento para enfermos infecciosos (Bonastra, 2007).

Los lazaretos eran al mismo tiempo espacios sanitarios, puesto que en ellos se luchaba contra la enfermedad, y espacios de control, dado que esta lucha se realizaba aplicando una lógica carcelaria. Estos dispositivos tenían en cuenta, básicamente, el grado de peligrosidad del lugar de procedencia de los arribados, el tiempo estimado de incubación de la enfermedad en cuestión y la capacidad que tenían las mercancías de retener la enfermedad. También prestaban atención a ciertas categorías de viajeros considerados peligrosos como los inmigrantes (Bonastra, 2010).

Claro que las lógicas de medidas de homogenización sobre una enfermedad rápidamente comenzaron a buscar agentes peligrosos: así se llegó a acusar a los judíos como los causantes de la epidemia de peste negra por medio de la intoxicación y el envenenamiento de pozos. En consecuencia, en muchos lugares de Europa se iniciaron pogromos judíos y una extinción local de comunidades judías (Bonastra, 2010).

Las enfermedades llamadas pestilenciales históricas en relación con la cuarentena en orden cronológico fueron cinco: la Peste bubónica, la Lepra, la Sífilis, el Cólera y la Fiebre Amarilla. En el siglo XX será la gripe española. Ahora podríamos sumar el SARS-CoV-2. Por ejemplo, las epidemias de sífilis se pueden juzgar por el decreto del

Senado de París de fecha de marzo de 1496 en que se amenazaba con la horca a los enfermos que tuvieran contacto con las personas sanas en cuarentena.

Dando un breve marco de análisis e interpretación a este segundo eslabón, las cuarentenas históricamente siempre fueron un ideal político-médico de organización sanitaria especialmente en las ciudades. Hubo fundamentalmente dos grandes modelos de organización político-médica en la historia occidental con las cuarentenas: uno suscitado por la lepra y otro por la peste.

Las cuarentenas siempre fueron proyectos disciplinarios. El “esquema de la lepra” y el “esquema de la peste”, ambos tuvieron una división binaria de la sociedad. Al interpelar los documentos, lentamente se observa el proceso que trató a los “leprosos” como “apestados”, individualizando a los “atacados”, asignando coercitivamente los lugares en un espacio diferencial. En el caso estudiado, esta táctica reticular era implementada en “lazaretos” y “casas de aislamiento” a partir de la diferenciación de pabellones. Es decir, las cuarentenas establecieron una demarcación que necesaria y progresivamente divide a la sociedad (*enfermo/sano, personas desinfectadas/personas infectadas; normal/anormal; zonas infectadas/zonas no infectadas*) (Jori, 2013).

El esquema médico de reacción a la lepra, que fue de exclusión, de exilio de tipo religioso, de purificación de la ciudad, fue diferente al que suscitó la peste, en el que no se aplicaba el internamiento y el agrupamiento fuera del centro urbano sino, por el contrario, se recurría al análisis minucioso de la ciudad, al registro permanente. El modelo religioso fue, pues, sustituido por el militar, y es la revisión militar y no la purificación religiosa la que en el fondo sirvió esencialmente de modelo a esta organización político-médica de las cuarentenas en los siglos siguientes.

El mecanismo de la exclusión era el de la purificación del espacio urbano. Medicalizar a un individuo significaba separarlo y, de esta manera, purificar a los demás. Era una medicina de exclusión. El poder político de la medicina consistía en distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si vivían o habían muerto y en mantener así a la sociedad en un espacio totalmente dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos. Cuestión que entraba desde su vida sexual hasta afectiva.

Se trata, en definitiva, entonces, de construir un espacio cerrado, sujeto a una normativa específica, la cuarentenaria. No es una simple barrera que impidiese el paso de una epidemia, sino el lugar del

cual solamente se puede salir temporalmente sano, purificado. Para Bonastra (2010) la práctica de las cuarentenas y, en general, todo el sistema cuarentenario estuvo fundado en un cuerpo de conocimientos dentro del cual ocupan una situación central los saberes biomédicos hegemónicos en cada periodo histórico.

La cuarentenología inaugurada con el SARS-CoV-2 se basa en medidas experimentales de aislamiento tanto a sanos como a enfermos en común, cuestión nueva ante las cuarentenas comparadas en la modalidad de *lepra* donde el aislamiento era sobre los enfermos, o la *peste* donde los aislados eran los sanos.

La conversión de las ciudades y territorialidades latinoamericanas caribeñas en grandes *lazaretos* remitió a la idea que era posible crear una gran muralla simbólica de contención y eliminación de una enfermedad de alcance poblacional con una parálisis de movilidad humana cuarentenaria.

Pero, paradójicamente, la propia Covid-19 como enfermedad se encontraba circulante dentro de las ciudades, territorios y territorialidades de las sociedades. Esto significó una polarización epidemiológica, donde cada barrio, cada territorio, cada zona transitó "su" epidemia. Por ejemplo, es interesante observar los estudios de casos donde durante meses se mantuvieron medidas de confinamiento en territorios rurales y periféricos de subsistencia agrícola, con baja incidencia de casos nuevos de Covid-19, pero con las mismas medidas de movilidad, toques de queda o cierres de escuelas que las grandes ciudades en Latinoamérica y el Caribe.

En este sentido, es necesario unos breves párrafos para la reflexión de la epidemiología de las ciudades en el caso de América Latina y el Caribe.

La dimensión del urbanismo desigual, malsano y racializado de las ciudades latinoamericanas caribeñas, permite evaluar si los conocimientos y saberes tradicionales de la enfermología/salud pública (Granda, 2004) quedaron de alguna forma impotentes, obsoletos y en muchos casos incompetentes para un abordaje e inteligencia epidemiológica sobre las determinaciones territoriales y socioambientales de la salud colectiva que se anidaban en los barrios, en las segregaciones espaciales de las ciudades (Santos, 2000).

Así, el fenómeno de la gentrificación (Glass, 1964), periferización y la segregación socioespacial (Santos, 2000) emergen como particulares determinaciones de los modos de vida malsanos que simplemente fueron más notorios, visibles y marcados durante el tránsito epidémico del SARS-CoV-2 en las ciudades de América Latina y el Caribe. Esta segregación socioespacial epidemiológica también tuvo

rasgos de *necropolítica* en territorios y territorialidades de la región (Wermuth et al., 2020).

El proceso de producción del espacio de las ciudades estructurado sobre la segregación consolida un modelo urbano donde ya primaba la *distancia física*. De alguna manera la distancia social, sanitaria, cultural, económica, ambiental entre urbanizaciones, territorios, zonas; fueron naturalizadas e institucionalizadas particularmente en las regiones metropolitanas de la región.

Estas *distancias* se configuraron, acumularon y materializaron en privaciones de bienes públicos y sociales para la protección de la vida con *territorialidades de desposesión* y, por otro lado, con una selectiva inversión pública en infraestructura y servicios en las *territorialidades de acumulación* que fácilmente un lector/a latinoamericano caribeño identifica en sus cartografías sociales de cada ciudad o espacio urbano local, municipal o subnacional.

Partiendo de esta geografía de los modos de vida, el plan cuarentenario, el neohigienismo y el punitivismo médico no operaron de la misma forma en los *territorios de desposesión* y en los *territorios de acumulación*. Tuvieron gramáticas, acciones, medidas y lógicas diferentes.

El confinamiento social ensayado en una imitación *fast-food* del Norte global -específicamente en sociedades europeas-, fue implementado en sociedades excluyentes, inequitativas, pero *espacialmente* profundamente heterogéneas, injustas y complejas. Las tramas territoriales de una emergencia sanitaria nunca estuvieron tan visibles por clase social, género y étnico-racial.

Frente a estos escenarios, el *mercado* como coordinador y planificador de la producción social de la ciudad y sus espacios fue uno de los principales eslabones críticos de la salud colectiva en el siglo XXI que fue reducido a la simplificación de una variable de *lugar o ubicación* para la epidemiología funcional del SARS-CoV-2 (Breilh, 2010).

Los perfiles epidemiológicos destructivos en los territorios y territorialidades de las grandes ciudades latinoamericanas y caribeñas fueron abordados por los expertos del salubrismo público funcional y del gobierno de la microbiología a pura repetición de medidas homogéneas o bien por abordaje fragmentados aislados de factores de riesgos (Breilh, 2013).

La racialización de la territorialidad del SARS-CoV-2 se conjugo por momento con intersecciones de racismo en salud (en los servicios de salud, en los confinamientos, en el punitivismo médico, entre otros) que fueron invisibilizados o simplemente enunciados como discriminación racial en salud de casos singulares y particulares (Bauer, 2014).

En este contexto de territorialidades con polarizaciones por modos y estilos de vida, se mantuvo la reproducción y comprensión de una producción espacial fragmentada, racializada, insustentable e inherentemente incompatible con la calidad de vida y la salud colectiva en las ciudades naturalizando las crecientes desigualdades en los procesos salud-enfermedad-atención y de muerte al interior de cada territorio (Porto, 2013).

Estos procesos mostraron la impostergable tarea para la epidemiología de redefinir y diseñar nuevos marcos conceptuales y metodológicos de la *salud y epidemiología en las Ciudades* (Harvey, 2013).

### **(NEO)HIGIENISMO PÚBLICO: HIGIENISMO CON POLICÍA MÉDICA**

Al interior de los cierres cuarentenarios y medidas de control territorial, se detectó en este mismo eslabón un proceso complementario que se define como *neohigienismo* en el contexto epidémico particular regional, pero en general ya estaba vigente en emergencias de salud pública y socioambientales en América Latina y el Caribe en las últimas décadas (Soliz, 2016).

El *neohigienismo* es la actualización de un *higienismo* con una repetición y reactualización de postulados sobre una higiene individual familiar-comunitaria y urbana como respuesta esencial a las crisis epidemiológicas y sus daños sanitarios.

Es una medicina urbana higienista, con sus métodos de vigilancia sobre los estilos de vida, plantea un *lavado poblacional* como esquema político-médico donde todo gira alrededor de los comportamientos individuales y en una transferencia de responsabilidades colectivas del Estado y la Sociedad al nivel puramente individual de *desciudadanización y conductismo*.

Postulados de estilos de vida hiper higienizados, cambios en comportamientos individuales que se narran repetidamente e intentan implementarse en sociedades excluyentes, inequitativas y desiguales donde priman precariedades en exceso en agua segura, saneamiento sanitario, ausencia de materiales de limpieza, alimentación de malnutrición, entre otras (Guereña, 2012). Aislamiento, lavado de manos, distanciamiento social, venden una seguridad y tranquilidad un tanto falaz que se demostró impotente y contradictoria a las dinámicas caóticas e injustas que se visualizaban en la materialidad de las condiciones de vida de familias, grupos sociales y poblaciones latinoamericanas y caribeñas, es decir, en la salud colectiva de las sociedades.

Este *neohigienismo* con sus métodos de vigilancia actualizado al siglo XXI, no fue más que un perfeccionamiento y quizás actualización del monumental *System einer vollstandigen medizinischen polizey*

(*Sistema integral de policía médica*), obra del médico alemán Johann Peter Frank aparecida en nueve volúmenes entre 1779 y 1827, que expresó el enfoque biomédico que dirige la existencia del ser humano desde la cuna hasta la tumba, con el fin de protegerle de las amenazas que proceden de su entorno físico y social.

Los individuos, por su parte, deben someterse a todas esas reglamentaciones, pues solo así obtendrán la vitalidad y el vigor físico que se les demanda y exige. En consecuencia, las elaboraciones teóricas de Frank aparecen revestidas de un contenido autoritario y paternalista que encajaba muy bien dentro de los planteamientos del despotismo ilustrado, forma de gobierno surgida en la segunda mitad del siglo XVIII que trató de conciliar el absolutismo con las ideas filosóficas de la Ilustración, y que intentó conjugar los intereses de la monarquía con cierto bienestar de las y los gobernados. El tratado de Frank tuvo una influencia extraordinaria y condicionó el desarrollo posterior de la higiene pública y la medicina social en toda Europa, posteriormente con su importación por América Latina y Caribe.

En 1813, Fodéré en su *Traité de médecine légale et d'hygiène publique, o de police de santé, adapté aux codes* que fue publicado en seis volúmenes, sugería una especie de catecismo higiénico y mandamientos de la higienización. Posteriormente influenciado por la llamada teoría social de la epidemiología el mismo autor escribirá la "*historique et moral sur la pauvreté des Nations, la población, la mendicité, les hopitaux et les enfants trouvés*," publicado en 1825. Fodéré, que entonces tenía 61 años, afirmó que la vejez le había hecho entender mejor las cosas (Fodéré, 1825): era necesario acabar con la pobreza, no con los pobres ni tan sólo controlarlos e higienizarlos.

En los informes presentados en 1887 con motivo de la construcción de un lazareto en la "rada" exterior del puerto de Buenos Aires, los médicos afirmaban que "las cuarentenas tienen que ser reemplazadas por medidas más prácticas, más científicas, más seguras y económicas" (Partenio, 2009). Entonces la diversificación y centralización de los dispositivos higiénicos de control estatal se hizo presente a partir de 1890 en Argentina (Salessi, 2000). Es decir, el higienismo sanitario tendió por un lado a la medicalización de la familia y del individuo, y, del otro, el desarrollo de la higiene pública y el funcionamiento de la medicina como instrumento de control (Foucault, 1999).

El francés Auget de Montyon también enfatizó la importancia de conocer a la población bajo control para una intervención racional e imperceptible de jurisdicción y policía médica en 1807, y nunca incluso aceptó la interferencia del Estado: creía en el ejercicio liberal y filantrópico de los médicos. De esto se trataría la modernidad para

Montyon: actuar sobre todos los aspectos biológicos de la población, preferiblemente de manera imperceptible (Guimbaud, 1909).

En el curso de 1978, *Seguridad, territorio, población* (Foucault, 2008), la policía médica aparece descrita como un conocimiento empírico (valorización y vacunación) en oposición al conocimiento médico teórico. El concepto "*Medizinischepolizei*", policía médica, que se crea en 1764, encierra algo más que un recuento de la mortalidad, morbilidad o natalidad, sino de una nueva normalización y formas de disciplinamiento social desde el campo de la salud y la vida.

La biomedicina, cuya forma de intervención médica asigna a la atención en un espacio cerrado una valoración de carácter terapéutico se vio complementada por el modelo higienista que orientó su mirada a controlar los espacios abiertos y generar políticas de saneamiento social. Por una parte, las prácticas de supervisión (como las visitas de inspección, los desalojos, la quema de pertenencias, otras) pusieron en marcha una serie de coacciones bajo las cuales se pudo inspeccionar, separar y aislar a los individuos. Por otra, el "incumplimiento" de las disposiciones y "la falta" de hábitos (de higiene, del cuerpo, de la salud) extendidos en la población, evidenciaron no solo la complejidad que revistió el proceso de medicalización de la sociedad, sino también la necesidad de recurrir a procedimientos represivos cuando las mencionadas "coerciones sutiles" – en términos foucaultianos– y los mecanismos de moralización fallaban.

El Estado alemán del siglo XVIII, y sobre todo en Inglaterra, se basan en una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas al trabajo y menos peligrosas para las clases más acomodadas. Higienizadas, encerradas, y sin incomodar las relaciones asimétricas de los modos de producción en ciernes.

Ya el filantropismo inglés entendía la función social de la caridad dentro del dominio de la policía sanitaria. Por eso ninguna neohigienización con policía médica en el siglo XXI puede ser observada sin dispositivos de asistencia social y/o protección social.

Cada país tuvo su propio desarrollo en el pensamiento higienista y de policía médica eurocentrado: Johann Heinrich Gottlob von Justi(Alemania), Valentín de Foronda(España), Tomás Valeriola Rimbau(España), Andrew Duncan(Reino Unido), José Pinheiro Freitas Soares(Portugal), John Roberton(Reino Unido), Peter Frank(Alemania), François-Emmanuel Fodéré(Francia), Auget de Montyon(Francia), Girolamo Fracastoro(Italia), y la lista continúa.

A partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, todas las naciones del mundo europeo se pre-

ocuparán por la salud de su población. El historiador de la medicina George Rosen (1953) argumentó que el origen de la policía médica y el higienismo se encuentra estrechamente vinculado a esta actitud del pensamiento mercantilista hacia la sociedad y, en particular, a su anhelo de mantener una población en constante aumento, lo que se justificaba por motivos políticos, económicos y militares. Para la doctrina mercantilista el producto total social dependía directamente del volumen de la mano de obra, por lo que, según se argumentaba, el aumento de la población conducía al incremento del producto bruto anual.

Tal como la Ilustración persiguió instaurar un nuevo orden urbano basado en la higiene y la asepsia colectiva, lo que se tradujo en la concepción y ejecución de medidas de policía médica que tenían como finalidad combatir la degradación física y moral del ciudadano para hacer de él un individuo sano y disciplinado.

La aceleración de la biomedicina infectológica y la enfermología pública ante el SARS-CoV-2 también pareció transitar no sólo estas epistemologías y prácticas sino especialmente la construcción de un empirismo de ensayo y error basado en parte de los fundamentos antes mencionados que aún perduran en los cimientos de la salud pública postcolonial.

Estas soluciones y trayectorias históricas de lo que hoy denominamos (neo)higienismo y enfermología pública dejaron sus huellas en la superficie del Estado (la biomedicina y salubrismo estatal) y también en estructuras más profundas de biopolítica.

## VIGILANTISMO PUNITIVO EN SALUD

Por último, el *eslabón crítico* en este apartado refiere a la activación de mecanismos de *punitivismo* y *vigilantismo* del espacio social que especialmente golpearon en los barrios, en los territorios marginalizados y racializados de Latinoamérica y el Caribe. Por eso también parece necesario colocar en el centro del análisis los discursos y las prácticas de estatalidad sanitaria punitiva (Foucault, 2008).

En vastos territorios y trayectorias nacionales en América Latina y el Caribe, la presencia policial y la militarización cuenta con una larga tradición en la respuesta a emergencias y desastres como al *control* punitivo del territorio especialmente segregado, marginalizado. Esto se conjuga con un vigilatismo con una creciente privatización de la seguridad punitiva en la región (Lalama, 2007).

El recrudescimiento de la histórica militarización de la seguridad ciudadana y control poblacional (Bobeá, 2004) (Labiano, 2008), condujo a la mutación de un *punitivismo social* que abrió paso a una práctica de un creciente *punitivismo sanitario* sistemático.

Poner el foco en las formas en que el Estado contribuye directamente a la violencia, van desde la extensión de los límites legales del uso de la fuerza legítima hasta la asociación con medidas de control punitivo en busca de legitimidad y autoridad política sanitaria en este caso particular de las epidemias de Covid-19.

La violencia y la histórica utilización de esquemas militares en la seguridad interior son problemas antiguos en la región, como está ampliamente documentado (Bobeá, 2004).

Esta situación marca la arbitrariedad de la actuación policial y militar en detenciones implicadas en los «operativos extraordinarios», en las lógicas raciales de vigilantismo, en la recaudación de financiamiento paralelo policial en las dinámicas de control social, otros (Bobeá, 2003).

La progresión entre cierres de una cuarentena experimental hacia toques de queda en restricciones horarias para la movilidad humana, puso a las fuerzas seguridad (policías y militares) en el centro de un nexo entre salud y seguridad que los mismos actores que conformaban las instancias de gobierno del SARS-CoV-2 comulgaban y consideraban clave especialmente en el campo de *los expertos* biomédicos (Albert et al., 2021).

Los toques de queda y/o de restricciones de movilidad horaria en general fueron planteados con la finalidad de abordar cadenas de transmisión viral en las actividades nocturnas, fiestas de jóvenes y lugares comerciales de consumo de bebidas alcohólicas.

En la medida que luego se fueron transformando en una disposición *mágica* que múltiples actores sociales y sanitarios comenzaron a demandar supuestamente como una exigencia de mayor severidad de control que se fue transformando en una suposición conjetural enunciada bajo cientificidad con las narrativas de: “*más toque de queda*”, “*más controles*”, “*más restricciones*”.

Nunca en el tránsito pandémico y epidémico se puso severamente en duda la necesidad de revisar las estrategias de cuidado integral de la salud colectiva de las sociedades, sólo en mejorar las formas de control y vigilancia punitiva desde el Estado y desde las sociedades.

Lo interesante del *vigilantismo* en base a un nuevo *punitivismo sanitario* a partir de las cuarentenas empíricas y toques de queda/restricciones horarias, es que la propia sociedad civil y diversos actores sociales se transformaron en “*vigilantes*” activos de las y los Otros.

Así se vieron dinámicas sociopolíticas *vigilantismo* que construyeron legitimidad a través de:

- Culpabilización al Otro;

- Indignación, persecución y acusaciones entre la propia ciudadanía, entre vecinos;
- y en varios episodios y momentos de dinámicas de *sociedades del miedo*.

En términos generales los antecedentes y revisión del marco teórico y metodológico de las cuarentenas, neohigienismo y vigilantismo tuvieron fases de implementación en la mayoría de los países como medida principal de afrontamiento al proceso epidémico de Covid-19.

### **ARREGLOS HÍBRIDOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD NEOLIBERALIZADOS FRENTE AL SARS-COV-2**

La respuesta de los sistemas de salud al SARS-CoV-2 se dio en el contexto que crónicamente estaban desfinanciados, fragilizados, estratificados, segmentados, financierizados y especialmente con una creciente pérdida de capacidades de cuidado de la salud de las sociedades (Basile, 2020f).

Los acelerados *arreglos institucionales* en lógica de preparación y respuesta al Covid-19 con inyección de camas de cuidados críticos, ventilación mecánica, personal sanitario, como centro de la estrategia de afrontamiento estuvo emparentada a una opacidad gubernamental de:

- Por un lado, en la superficie asumir una hipótesis de respuesta *hospitalocéntrica, biomédica* y bajo el supuesto de la llegada del tsunami de casos graves agudos para hospitalización,
- Por otro, una opacidad de invisibilizar y/o mitigar los resultados de 30 años de reformas y más reformas a los sistemas y servicios de salud pública en la región que en todos los contextos y territorios produjeron sistemas sanitarios estructuralmente fragilizados, y que ante cualquier sobredemanda rápidamente colapsan.

Así la dependencia al gobierno de la microbiologización de la salud pública ante la dinámica epidémica descrita implantó una preparación de los establecimientos sanitarios (hospitales especialmente que son los que atienden y reparan el daño social de la enfermedad), con lo que se define como acciones de *'paracaídas'*.

Las acciones *paracaidistas* son aquellas donde recursos financieros, humanos y médicos-sanitarios se bombean a un lugar de brote o emergencia de salud pública para sofocar un incendio epidemiológico en particular, que puede intentar mitigar la distribución y tendencia de una enfermedad en ese momento, pero hacen poco para abordar

sistemáticamente los procesos estructurantes y las determinaciones de la salud colectiva que hacen que algunas poblaciones, familias y personas sean particularmente susceptibles a patrones de enfermedades y muertes injustas y evitables (Breilh, 2013).

Estas premisas, conocimientos, prácticas y políticas aplicadas a las emergencias de salud pública en relación con los sistemas de salud en el siglo XXI ya venían ocurriendo con otras endemias y epidemias, que produjeron algunos reflejos institucionales que se registraron y repitieron comparativamente en varios países de la región:

1. La paralización parcial o total durante 120 a 150 días de las capacidades de los sistemas de salud y los programas nacionales de salud pública, en el cierre de las redes de primer nivel de atención, de las acciones, programas y estrategias que se realizaban en atención básica o en enfermedades crónicas o en salud materna o en salud de la infancia o en salud intercultural, entre otras. Todas posiblemente insuficientes y fragmentadas, pero necesarias y con capacidades de producir redes territoriales y flujos interinstitucionales en abordajes envolventes de procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.
2. Un retardo de 120 a 150 días mínimo para la territorialización de una respuesta activa a la emergencia de salud pública, con activación de una epidemiología de proximidad, inteligente y de redes de salud trabajando en cada micro-área, barrio, territorio, comunidad y territorialidad; búsqueda, investigación y monitoreo de salud colectiva. A partir del día 120, muchos países comenzaron progresivamente a salir del modelo institucional de respuesta al Covid-19 de preparación al tsunami de casos agudos y graves en unidades hospitalarias, y progresivamente permitieron reactivar acciones comunitarias, centros de primer nivel de atención, redes de salud, otras. Quizás esa marca e identidad en el primer semestre, hizo que las epidemias sólo se pensarán desde esas tesis hospitalarias, clínicas y asistenciales-curativas. Vale estudiar algunas excepciones en Cuba y Costa Rica.
3. Los sistemas de información cerrados en la institucionalidad de los servicios de salud pública siguieron repitiendo una *epidemiología con números* del siglo XX, haciendo inferencias y predicciones a repetición diario en el seguimiento de tasas de frecuencia, distribución, con registros provisionales que ya fueron descriptas y caracterizadas sus limitaciones, errores y marcos teóricos.

Unos párrafos merecen en este contexto regional epidémico de respuesta de los servicios de salud, estudiar cómo esta matriz de respuestas homogéneas al SARS-CoV-2 invisibilizaron que los Sistemas de Salud y el Estado latinoamericano caribeño acumulaban cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales, actores económicos-financieros y el complejo político liberal que se demostraron *iatrogénicos* para la salud de las sociedades.

Estos cambios colocaron a los sistemas sanitarios en una agenda de *reformas* basada en la teorización de pluralismo estructurado para expansión de mercados (des)regulados de coberturas financieras que demostraron en su propia materialización la expansión de bienes privados (Basile, 2020e).

Los sistemas de salud acumulan oleadas de shock de cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo o la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), actores económicos-financieros y el complejo político (neo)liberal que en los últimos 30 años reconfiguraron los bienes públicos y colectivos y fragilizaron la ya débil situación crónica de precariedad de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe, ubicándolos en una agenda política regional y mundial donde su base de estructuración es una pretendida homogeneidad, para mantener y alentar los intereses de la teoría del desarrollo con una *enfermología pública* vertical, funcional a las necesidades productivas-extractivas del capitalismo periférico y atenciones fisiopatológicas mitigatorias del daño social, o promover la expansión de un mercado de coberturas financieras sanitarias que configuran sistemas de aseguramiento en salud y ciudadanía segmentadas (Basile y Hernández, 2021).

Los denominamos “sistemas-Frankenstein”: aparatos sanitarios burocráticos weberianos, biomedicalizados, curativos-asistenciales y mercantilizados, que se perciben *externos* a las sociedades y que fueron acumulando lenguajes, mandatos, lógicas, tesis, al mismo tiempo que cristalizaban deshumanización, racismos, inequidades, violencias.

En la respuesta a un ciclo epidémico de SARS-CoV-2 con tasas de ataque poblacional significativas en la región, primó un efecto de *amnesia selectiva* donde ningún actor político sanitario quiso explicar las razones estructurantes de por qué los sistemas sanitarios y sus servicios de salud acarrearán:

- Déficits crónicos en los establecimientos de salud en capacidad de respuesta complejas a cualquier sobredemanda epidémica;

- Con frágiles capacidades de prevención y control de infecciones en hospitales y centros sanitarios;
- Con mercantilización de las respuestas complejas;
- Con limitaciones severas en disponibilidad de hospitalización con diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de calidad y camas de cuidado intensivo crítico especializado, entre otros;
- Con pérdida de capacidades preventivo-promocionales integrales en los territorios, de cuidado integral de salud de proximidad;
- y donde se decide implementar sólo shocks híbridos de arreglos institucionales mitigatorios dentro de los sistemas de salud (más camas críticas, más ventilación mecánica, etc.).

Aunque no es objeto de estudio en este capítulo, la estructuración de las propias reformas de los sistemas de salud tuvo y tienen implicancias significativas del tipo de bienes públicos disponibles tanto para la respuesta al SARS-CoV-2 como en la producción de salud colectiva y vivir bien.

Dicho de otro modo, comprender los procesos de *desciudadanización* en salud por mercantilización y por desposesión que configuraron los perfiles epidemiológicos cada vez más polarizados, destructivos y desiguales en la región donde los sistemas sanitarios sólo responden con mínimas capacidades de atención de reparación fisiopatológicas (Basile, 2020e).

Esta estructuración de las reformas de los sistemas de salud estuvo y está basada con la importación de una teoría dominante definida como pluralismo estructurado (Lodoño y Frenk, 1997), que en el caso de Colombia con la LeyNo.100 tiene como caso emblemático de materialización de esta teorización (Almeida-Filho, 2002).

Lo que plantea centralmente este enfoque liderado por Frenk y Lodoño (1997) es una dinámica donde la reforma es el vehículo que debe permitir estructurar mercados plurales de coberturas con competencia regulada en la propia estructuración del sistema de salud y en el acceso a la atención sanitaria público/privada. Traducción: construir un mercado de coberturas sanitarias diferenciales a través de distintos seguros de salud por estrato social, con paquetes de servicios diferenciales, y realizando una separación de funciones entre Estado y mercado, es decir, abriendo la puerta a la intermediación y modulación financiera de aseguradoras, mercado de prestadores plurales en competencia y asociaciones público-privadas con seguros públicos

*para pobres* que son los que organizan el mercado plural de coberturas (Hernández, 2020).

A su vez, este ciclo de reformas se encuentra alineado con la agenda global de Cobertura Universal de Salud (CUS). Como señaló el liberal Kutzin, la CUS es “un conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud”, y es “una dirección en vez de un destino” (Kutzin, 2013). Esa direccionalidad, implica transformar a la CUS en la plataforma del complejo político neoliberal para relanzar las reformas de mercados (des)regulados en los sistemas de salud y construir una nueva gramática discursiva líquida con una narrativa sombrilla donde todo cabe: bajo esta denominación incluso la expansión de las aseguradoras financieras y el sector privado.

La llegada del Banco Mundial y sus planes neoliberales aplicados a las reformas de los sistemas de salud tuvieron asociación y coordinación directa con la propia OMS y OPS, agencias que actualmente lideraron la respuesta sanitaria regional. Con la paradoja que los mismos actores globales y regionales que promovieron la fragilización de los sistemas y programas de salud pública, apostaron al pluralismo estructurado de mercados de coberturas en los sistemas sanitarios, que son los que por otro lado aparecieron como autoridad sanitaria global y regional en el actual contexto de pandemia Covid-19 (Basile, 2020b).

A este proceso general de reformas, también se le acopla el *management care* de los hospitales de autogestión complementario al subsidio a la demanda de los seguros. La autogestión hospitalaria (Artaza, 2008) sólo convirtió a los establecimientos sanitarios en empresas autosostenibles en competencia por venta de servicios o procedimientos a las aseguradoras, perdiendo toda capacidad de cuidado integral de salud en el modelo de atención y especialmente dejando su finalidad de bienes públicos al servicio de proteger a la sociedad.

Un segundo elemento significativo es que, ante la pérdida, destrucción o falta de capacidades y de disponibilidad de ciertos servicios (especializados) en el sector público, se realizó un proceso incesante de operaciones de transferencia de fondos públicos a pagar una compleja trama de actores privados lucrativos y financieros. Con la excusa sistemática de no crear las condiciones de soberanía sanitaria (Basile, 2018), es decir, de maximizar capacidades incluso de nuevos servicios públicos del sistema sanitario que se mantienen fragilizados crónicamente.

Esta breve reseña permite entonces identificar un conjunto de nudos críticos durante la respuesta a la epidemia de SARS-CoV-2 de carácter sistémico que ya reproducían en crisis epidemiológicas en los propios sistemas de salud latinoamericanos caribeños:

- Las dificultades inherentes a la coordinación y especialmente a abordajes integrales de proximidad al Covid-19 con las reformas y acumulados institucionales que reproducían molecularmente separación de funciones, es decir fragmentación, segmentación, respuestas estratificadas y desiguales por tipo de cobertura, paquetes de beneficios y gerenciamiento de riesgos como matriz estructurante de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. Es decir, la institucionalidad pública fragmentada por los propios mandatos del Estado (marco jurídico), que asistió con algunos servicios pero que respaldó respuestas y relaciones desiguales en la sociedad y con burocracias profesionales weberianas actuaron de acuerdo con su fragmento de actuación funcional-institucional y con lógicas de control (no de cuidados).
- El subsidio cruzado del Estado a los proveedores de servicios privados de salud (clínicas, sanatorios y laboratorios de especialidad diagnóstica) para equipamiento en la atención especializada y en capacidades diagnósticas-asistenciales de Covid-19, que funcionaron como asociaciones público-privadas de "hecho" de carácter permanente. Las propias aseguradoras proveedoras de coberturas sanitarias financieras, también tuvieron resultados positivos en sus balances y lograron subsidios públicos.
- El deterioro en las condiciones de trabajo en salud, con un pluriempleo en la fuerza del trabajo sanitario, abrevaron a una baja capacidad institucional en prevención y control de infecciones en los establecimientos sanitarios y a una crisis de la salud de las y los trabajadores de salud pública.

Las reformas operadas por organismos y tecnocracias de la salud global liberal (Basile, 2018), implican también enfrentar aún adversidades que persisten en actores políticos, sociales (ONGs, organizaciones sociedad civil otros), gestores de gobiernos y académicos del campo de salud pública que continúan abrevando a las propias tesis de las reformas liberales, o a idearios eurocéntricos de importación de modelos de protección social en los clásicos esquemas de seguro social de *Bismarck*, o modelo *Beverige* o idearios de socialdemocracia europea en una *retrotopía* eurocéntrica de Estados de Bienestar del siglo XX. En general, ambas tesis responden a la tipología de estudio y clasificación de los modelos de protección social y sistemas de salud que continúa siendo eurocéntrica y liberal en las universidades, escuelas de salud pública y centros de estudios.

Modelos teóricos desarrollados por el Norte global para categorizar la cuestión social en el capitalismo central que continúan siendo utilizados para pensar procesos de reforma en la región.

¿Cómo romper la *jaula de hierro* de una racionalidad administrativa eurocéntrica panamericana sobre las teorías y las políticas de los sistemas de salud en el Sur global?

Frente a estas tesis, existe la necesidad de descolonizar(nos) de estas teorías y políticas sobre los sistemas de salud en el siglo XXI. Continúa siendo una deuda pendiente y una gran encrucijada para toda Latinoamérica y el Caribe (Basile y Hernández, 2021).

La epistemología de refundación de los Sistemas de Salud configura un nuevo punto de partida para estos desafíos (Basile y Feo, 2022). Implica cambiar las coordenadas de la geopolítica del conocimiento sanitario que se arrastran en la academia y en las sociedades. Conocer desde el Sur, para refundar desde el Sur. Conocer las especificidades epidemiológicas, socioambientales, demográficas e implicaciones geopolíticas de poder y de un nuevo conocimiento sobre los Sistemas de Salud desde nuestro Sur demarca la necesidad de un horizonte epistémico y de acción política transformadora hacia sistemas universales e interculturales de salud de respuestas públicas integrales y productor de territorios y territorialidades de cuidado integral de la salud colectiva y la vida (Basile y Feo, 2022).

No solo es la eliminación del lenguaje, de la terminología y de las categorías de las “reformas” del desarrollismo o del neoliberalismo. La *refundación* busca proponer un “repensar categorial”. La intención epistémico-teórica no se limita a copiar categorías o conceptos, sino que busca una incorporación problematizadora de un nuevo corpus categorial.

Es necesario asumir que los procesos de transformación de la esfera pública incluyendo a Sistemas de Salud, son procesos transicionales. Comenzar a construir procesos nuevos, implica la potencialidad y posibilidad de procesos inacabados, complejos, en permanente transición, movimiento y cambio. Asumir el *carácter transicional* de las políticas, estrategias y cambios para una *refundación* implica todo un desafío de formación crítica y acción político-sanitaria que sin duda se anidan en los aprendizajes post-pandemia.

## BIBLIOGRAFÍA

Albert, Craig, Baez, Amado, y Rutland, Joshua (2021). Human security as biosecurity: Reconceptualizing national security threats in the time of COVID-19. *Politics and the Life Sciences*, 1-23.

- Almeida-Filho, Naomar (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, 2, 123-146.
- Basile, Gonzalo (2018). La Salud Internacional Sur Sur: giro decolonial y epistemológico. *Dossiers de Salud Internacional Sur Sur de Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO*. Febrero 2019.
- Basile, Gonzalo y Hernández Reyes, Antonio (Coords.) (2021). Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. *Descolonizar las teorías y políticas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial CLACSO.
- Basile, Gonzalo y Feo, Oscar (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(2).
- Basile, Gonzalo (2020a). El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2. Primera Parte: coronavirus en el mundo, américa latina y el caribe. *Revista Salud Problema*, UAM Xochimilco, México, Junio 2020.
- Basile, Gonzalo (2020b). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3557-3562.
- Basile, Gonzalo (2020c). Enfermos de desarrollo: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe. *ABYA-YALA: Revista sobre acesso á justiça e direitos nas Américas*, 4(3), 173-208.
- Basile, Gonzalo (2020d). La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), Mayo 2020.
- Basile, Gonzalo (2020e). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*. 2020;(73).
- Basile, Gonzalo, Polanco, Prasedez y Japa, Josvane (2021). República Dominicana: eslabones críticos en la epidemiología del SARS-CoV-2 en un territorio insular periférico. En *Libro Enfrentando la Covid-19 en el Caribe: Experiencias en República Dominicana y Cuba*, editado por FLACSO Cuba y la Fundación FES Caribe, Habana, 2021.
- Bauer, Greta. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the

- potential to advance health equity. *Social science & medicine*, 2014, vol. 110, p. 10-17.
- Bobeá, Liliám (2004). ¿Juntos pero no revueltos? De la militarización policial al policiamiento militar: implicaciones para las políticas de seguridad ciudadana en el Caribe. *Nueva sociedad*, 191, 90.
- Bobeá, Liliám (Ed.) (2003). Entre el crimen y el castigo: seguridad ciudadana y control democrático en América Latina y el Caribe. Flacso-Programa República Dominicana.
- Bonastra, Quim (2007). Le lazaret, à la croisée de traditions architecturales hétérogènes. *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*. 2008; 131-132: 65-69; Fraile, n. 57, p. 191-226.
- Bonastra, Quim (2010). Recintos sanitarios y espacios de control: Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria. *Dynamis*, 30, 17-40.
- Breilh, Jaime (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.
- Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (2013): 13-27.
- Buss, Lewis et al. (2020). Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. *Science*, published 8 December.
- Callaghan, Anna et al. (2020). Screening for SARS-CoV-2 Infection Within a Psychiatric Hospital and Considerations for Limiting Transmission Within Residential Psychiatric Facilities - Wyoming, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Jul 3;69(26):825- 829.
- CEPAL -Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. Santiago de Chile.
- Chan, Jasper et al. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):514-523.
- Chen, Chi-Mai et al. (2020). Containing COVID-19 Among 627,386 Persons in Contact With the Diamond Princess Cruise Ship

- Passengers Who Disembarked in Taiwan: Big Data Analytics. *J Med Internet Res.* 2020 May 5;22(5):e19540.
- CJHHS -Center Johns Hopkins for Health Security (2019). Evento 201. <http://www.centerforhealthsecurity.org/event201/>
- Dos Santos, Theotônio (2020). Construir soberanía: una interpretación económica de y para América Latina (Theotônio Dos Santos-Antología Esencial). Buenos Aires: CLACSO.
- ECDC -European Centre for Disease Prevention and Control (2021). Datos sobre la Tasas de Notificación de 14 días de nuevos casos y muertes por Covid-19. Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades, Diciembre 2021.
- Fernández, José (2011). Controversias en torno a la medicina basada en evidencias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(3), 339-347.
- Fodéré, François (1825). Esta historia y moralidad en las naciones, la población, los mendigos, los hopitaux y las luchas. Paris: Huzard. 1825.
- Foucault, Michael (1999). Nacimiento de la biopolítica. En: *Obras esenciales*. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós, 1999 (a) [1979], p. 209-215.
- Foucault, Michael (2008). Seguridad, territorio, población: curso impartido en el Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes. 2008.
- Frank, Johann (1976). Un sistema de policía médica completa. Baltimore: The Johns Hopkins Press. 1976.
- Glass, Ruth (1964). Aspects of change. En J. Brown Saracino (Ed.): *The gentrification debates: A reader* (pp. 19-29).
- Granda, Edmundo (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, n. 2.
- Guereña, Jean-Louis (2012). Urbanidad, higiene e higienismo. *Areas. Revista Internacional de Ciencias Sociales* 20 (2012): 61-72.
- Guimbaud, Louis (1909). *Un grand bourgeois au XVIIIème siècle: Auget de Montyon (1233-1820) d'après des documents inédits*. Paris: Emile-Paul. 1909.
- Hernández, Mario (2020). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate*, 43, 29-43.
- Hernández-Avila, Mauricio, Garrido-Latorre, Francisco, y López-Moreno, Sergio (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*, 42, 144-154.

- Institute of Medicine (Estados Unidos de América) (1988). Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services. The future of public health. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Iñiguez, Luisa (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 701-711.
- Jessop, Bob (1999). The strategic selectivity of the state: reflections on a theme of Poulantzas, *Journal of the Hellenic Diaspora*, N° 25 (1-2), 1-37.
- Jori, Gerard (2013). Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII. *Revista de geografía Norte Grande*, (54), 129-153.
- Kamps, Bernd y Hoffmann, Christian (2020). COVID reference. *Tradução de Joana Catarina Ferreira da Silva e Sara Mateus Mahomed. Alemanha: Steinhäuser Verlag.*
- Katz, Claudio (2018). La Teoría de la Dependencia, cincuenta años después. Ciudad de Buenos Aires: Editorial Batalla de Ideas.
- Kutzin, Joseph (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 2013; 91: 602–11.
- Labiano, Virginia (2008). La militarización de la seguridad pública en América Latina. Jornadas de Relaciones Internacionales “Los desafíos del siglo XXI”, Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Lai, Xiaoquan et al. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019) Infection Among Health Care Workers and Implications for Prevention Measures in a Tertiary Hospital in Wuhan, China. *JAMA Netw Open*. 2020 May 1;3(5):e209666
- Lalama, Gustavo (2007). Privatización y seguridad ciudadana. Ediciones FLACSO Ecuador.
- Malani, Anup et al. (2020). Seroprevalence of SARS-CoV-2 in slums versus non-slums in Mumbai, India. *Lancet Glob Health*. Nov 13:S2214-109X(20)30467-8.
- Matus, Carlos (1987). Política, planificación y gobierno. Caracas: Fundación Altadir.
- Matus, Carlos (2007). Escuela de gobierno. *Salud colectiva*, 3, 203-212.
- Menéndez, Eduardo (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.

- Monedero, Juan (2015). Selectividad estratégica del Estado y el cambio de ciclo en América Latina. Estados en disputa auge y fractura del ciclo de, 338.
- Nagano, Tatsuya et al. (2020). Diligent medical activities of a publicly designated medical institution for infectious diseases pave the way for overcoming COVID-19: A posi- 62 | CovidReference. com Kamps – Hoffmann tive message to people working at the cutting edge. Clin Infect Dis. 2020 May 31.
- O'Donnell, Guillermo (1999). Apuntes para una teoría del Estado. Revista Mexicana de Sociología, 1978;40(4):1157-99.
- O'Donnell, Guillermo (2009). El Estado burocrático autoritario 1966-1973: triunfos, derrotas y crisis. Prometeo libros.
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation report. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
- OPS -Organización Panamericana de la Salud (2011). Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Washington D.C.
- OPS -Organización Panamericana de la Salud (2020). Sistematización de la respuesta de la Representación en la República Dominicana a la emergencia por la COVID-19 en el período de enero a septiembre de 2020.
- OPS -Organización Panamericana de la Salud (2002). La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS.
- Paim, Jairnilson y Almeida-Filho, Naomar (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.
- Parsons, Talcott (1966). El sistema social (Nº HN28 P3). Madrid: Revista de Occidente.
- Partenio, Florencia (2009). Rosario en cuarentena: normalización y disciplinamiento de la población durante las epidemias, 1860-1904. URVIO: Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad, (7), 83-97.
- Prats, Oriol (2006). Teoría y práctica del desarrollo. Cambios en las variables de la “ecuación del desarrollo” en los últimos 50 años. Revista del CLAD Reforma y Democracia, (36), 1-17.
- Rajmil, Luis (2020). Role of children in the transmission of the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review. BMJ Paediatr Open. 2020 Jun 21;4(1):e000722.

- Ran, Li, et al. (2020). Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. *Clin Infect Dis*. 2020 Mar 17. pii: 5808788.
- Rosen, George (1953). Cameralism and the Concept of Medical Police. *Bulletin of the History of Medicine*, 1953, Vol. XXVII, p. 21-42.
- Salessi, Jorge (2000) [1995]. Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. Buenos Aires 1871-1914. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.
- Santos, Milton (2000). La naturaleza del espacio: técnica y tiempo, razón y emoción. Barcelona: Ariel.
- Susser, Mervyn (1996). Choosing a future of epidemiology: From black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; 86(5): 674-677.
- Soliz Torres, María Fernanda (2016). Salud Colectiva y Ecología Política: la basura en Ecuador. UASB, 2016.
- Wallerstein, Immanuel (2004). Capitalismo histórico y movimientos antisistémicos: un análisis de sistemas-mundo (Vol. 24). Ediciones Akal.
- Wang, Liang et al. (2020). Inference of person-to-person transmission of COVID-19 reveals hidden super-spreading events during the early outbreak phase. *Nat Commun*. 2020 Oct 6;11(1):5006.
- Weber, Max (2015). Burocracia. En *Working in America* (pp. 29-34). Routledge.
- Wermuth, Miquel, Marcht, Laura y De Mello, Leticia (2020). Necropolítica: racismo e políticas de morte no brasil contemporâneo. *Revista de Direito da Cidade*, vol. 12, no 2, p. 1053-1083.

### TERCERA PARTE

## LA "D" DE DESCOORDINACIÓN: LOS VACÍOS DE SOBERANÍA SANITARIA REGIONAL EN LA RESPUESTA AL SARS-COV-2

La región latinoamericana y caribeña se encuentra atravesada por múltiples dinámicas nacionales en tensión, pero con evidentes impactos y derivaciones a escala regional. Hacer un balance *express* sobre el *regionalismo* implicaría retrotraerse a los últimos quizás 200 años de la historia, luchas y vaivenes del devenir y la genealogía de Latinoamérica y Caribe, y no podría ser objeto de este artículo. Ahora bien, revisar ciertos procesos contemporáneos permite quizás extraer algunos aprendizajes o por lo menos puntos de partida desde donde comprender las actuaciones, (des)coordinación y la estructuración de la agenda epidemiológico-sanitaria para la respuesta al SARS-CoV-2 desde y para América Latina y el Caribe en el periodo 2020-2021 (Basilé, 2021).

A diferencia de lo sucedido en Europa, con el escenario de la post- Segunda Guerra Mundial donde el proceso de integración surgió como un mecanismo para asegurar la paz (Haas, 1948), en América Latina y el Caribe el objetivo de la integración regional siempre giró en gran medida en la hipótesis y teoría del desarrollo en especial en lo económico (Prebisch, 1948).

Según el pensamiento *cepalino*, para que los países de la región se desarrollen, tenían que superar el deterioro en los términos de intercambio y para ello, la meta sociopolítica a conquistar por los pueblos y naciones de Latinoamérica y el Caribe siempre fue la sustitución de importaciones, la administración del comercio exterior, la expansión de mercado interno de consumo, mejoras salariales e hipótesis de pleno empleo, importación de políticas eurocéntricas de protección social para reducción de la pobreza, un Estado tripartito mediador capital-trabajo como promotor capitalista del desarrollo nacional, entre otras prerrogativas. Con el ocaso del incipiente modelo desarrollista latinoamericano bajo sus tesis del desarrollo nacional (Dos Santos, 2020); neoliberalismo mediante, se retomó desde los '70 una hoja de ruta fragmentada y de corte liberal basado en una agenda geopolítica por oleadas del centro Norte global (Preciado, 2008).

El temor de quedar al margen de la oleada de la mundialización económica financiera en las transiciones del capitalismo a partir del Consenso de Washington (Lechini, 1999), hizo abrazar las políticas del *regionalismo abierto* como única opción válida de inserción internacional durante los '80 y '90 en Latinoamérica y el Caribe (CEPAL, 1994). Es decir, el *regionalismo abierto* asume la premisa de total apertura regional respondiendo a las directrices de liberalización económica de mercado, profundización de la división internacional del comercio, alineamiento con los grandes bloques de poder del Norte global, horizonte de *primarización* de las exportaciones y al mismo tiempo debilitamiento del tejido institucional estatal y bienes públicos atravesados por el ajuste y cambio estructural hasta la actual modernización y modulación de los Estados-Nación en el Sur.

Basándose siempre en tesis de una supuesta “desideologización” de la integración regional para una efectiva expansión económica de mercado y desarrollo periférico (Sanahuja, 2019)

Todas estas décadas fueron dejando en América Latina y el Caribe un complejo entramado de organismos y de subregiones, con multiplicidad de bloques de integración y proyectos geopolíticos superpuestos en convivencia, conflicto o competencia:

- ALALC, Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (luego ALADI)
- ALBA (Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América)
- AEC (Asociación de Estados del Caribe)
- CAN, Comunidad Andina de Naciones en 1969
- CARICOM, la Comunidad del Caribe
- MERCOSUR, el Mercado Común del Sur
- MCCA/SICA, Mercado Común Centroamericano en 1959 y luego SICA (Sistema de Integración Centroamericana y República Dominicana)
- TLCAN (Tratado de Libre Comercio de América del Norte-NAFTA por siglas en inglés)
- UNASUR (Unión Suramericana de Naciones)
- Alianza del Pacífico y ProSur
- OEA (Organización de Estados Americanos)
- CELAC (Comunidad de Estados Latinoamericanos y del Caribe)

Esta cartografía es interpretada como una fragmentación regional por diferencias y distancias que se generaron entre las distintas subregiones (Bouzas, 2008).

Latinoamérica y el Caribe entonces, se disgregó en múltiples tramas de integración, de geopolíticas y ello impide identificarla como un espacio geopolítico unificado, integrado y mucho menos con movimientos estratégicos compartidos.

Así para finales del siglo XX, la imagen de una América Latina y Caribe más o menos unificada había cedido a la de un rompecabezas de subregiones y proyectos integracionistas abiertamente marcados por *avenidas diversas* que respondieron más a la búsqueda de asumir mecanismos de inserción y/o adopción de la geopolítica de poder del Norte global, que a caminos de autonomía y mucho menos de liberación. México integrado a América del Norte (González, 2008), incluso en lo financiero, tecnológico, militar y cada vez más en lo cultural (Tokatlian, 2001). Solo en Sudamérica se destacaban los bloques de: el Mercosur, la CAN, el CARICOM —por Surinam y Guyana— y el modelo de apertura al mundo o *trading around* de Chile (Smith, 2000).

Producida la crisis (neo)liberal de fines del siglo XX, un nuevo modelaje de integración regional con la recuperación de algunas de las capacidades estatales como actor central, fue la lógica reacción a la excesiva presencia de la hegemonía de mercantilización neoliberal y regionalismo abierto de los '80 y '90 (Basile, 2019).

Este proceso de integración se siguió apoyando en las ambivalencias de un crecimiento económico a través de exportaciones primarias y estrategias productivas extractivistas.

Bajo una reedición de la teoría del desarrollo nuevamente la etapa estuvo vinculada a la centralidad de los Estado-Nación e intentos de recuperación de bienes públicos junto a la explotación acelerada de bienes comunes con evidente afectación socioambiental pero con redistribución social (Gudynas, 2012). Esto algunos autores lo denominaron como post-neoliberalismo (Sader, 2008); que reflejaría el consenso de un recetario sobre la necesidad de adopción de medidas como: direccionamiento de la inversión pública, el manejo de las exportaciones y rentas extraordinarias para políticas nacionales, la redistribución del ingreso (no de la riqueza), el incentivo al mercado y consumo interno o la adopción de medidas contra-cíclicas económicas. Se destaca, entonces, la conducción política orientada hacia una tesis de producción y expansión del consumo con inclusión social como camino a una epistemología del bienestar aplicado al Sur, por oposición a la conducción "tecnocrática" liberal de mercado del regionalismo abierto (Gudynas, 2005).

Este ciclo se había dado en un clima de incremento sin precedentes de rentas extraordinarias en materias primas exportables como la petrolera, gasífera, alimentaria y agronegocios ancladas en gran medida en la expansión de China como comprador primario de la región, bases económico-comerciales que permitieron mayores márgenes de autonomía económica con los Estados Unidos, capacidad de acción política y hasta solvencia financiera, aunque de forma contingente. Es decir, en parte este regionalismo político quedó atravesado por las propias dinámicas del acelerado capitalismo global y la expansión del extractivismo en la periferia (Gudynas, 2012).

En este contexto y etapa es que se inscribe la creación de la extinta Unión Suramericana de Naciones-UNASUR (Chaves García, 2010). En general, a partir de una revisión sistemática sobre los estudios y literatura reciente sobre la experiencia de UNASUR, de este ciclo de integración y el denominado nuevo regionalismo político o regionalismo estratégico, algunos ejes y tesis que enfatizaron varios autores fueron:

- Su carácter político contrahegemónico, “estratégico” o “post-neoliberal” en la arena regional;
- La reafirmación de cierta matriz de cooperación Sur-Sur como perspectiva;
- Lo enmarcaron en los debates globales del sistema internacional de cooperación y comercio incluso planteando la transformación desde Suramérica en el resurgimiento de un «nuevo Bandung», es decir, una cooperación internacional innovada

Es en este escenario regional e internacional que se firmó el tratado constitutivo del nuevo organismo regional suramericano en la ciudad de Brasilia en mayo del 2008 conocido como: Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Firma que la realizaron doce presidentes sudamericanos de: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela. También ya venía desarrollándose desde 2004 la experiencia de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América - Tratado de Comercio de los Pueblos (ALBA-TCP) creada por Cuba y Venezuela (Aponte, 2014). Luego como parte de este proceso se decantará en los sucesivos intentos de la creación e impulso de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) lanzado en una cumbre en México en el año 2010 por primera vez sin la participación de Canadá y Estados Unidos. Como continúan siendo miembros en el seno del organismo panamericano de la Organización de Estados Americanos (Serbin, 2014).

UNASUR no fue un proceso nuevo ni eclosionó de la nada. Antecedentes desde las Cumbres Sudamericanas del Cuzco (Perú-2004), de Brasilia(Brasil-2005) y Cochabamba(Bolivia-2006) donde se crea la Comunidad Sudamericana de Naciones. La idea de CSN había nacido en el año 2002 para integrar los procesos regionales desarrollados por el Mercado Común del Sur(MERCOSUR) y la Comunidad Andina(CAN). Es en la cumbre Energética de la Isla Margarita (Venezuela-2007) que se decidió cambiar el nombre a UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas).

Ahora bien, las condiciones que hicieron posible el intento de una integración regional denominada *estratégica* entro en una crisis ya a partir del 2013 (Aponte, 2014). La caída del ciclo económico de las *commodities* que había proporcionado los recursos materiales sobre los que se sustentaron políticas públicas nacionales e internacionales con componentes autonomistas y multilaterales junto a los liderazgos centrales que impulsaron este ciclo comenzaron a estancarse, cambiar o entrar en crisis.

Caracterizar las implicancias directas e indirectas de las estrategias de inserción internacional de la región latinoamericana y caribeña, la comprensión de las disputas al interior de los procesos de integración regional y las limitantes geopolíticas emancipatorias de estos ubica los senderos bifurcados que atraviesan la región. El engranaje de la modernidad, capitalismo, patriarcado y colonialismo(eurocentrismo) son enclaves que nunca se fueron como engranajes históricos.

Los procesos de integración regional en pugna en la región en diversos momentos tuvieron y tienen que ver con los intereses de política exterior de los grandes actores hegemónicos dominantes del sistema mundo contemporáneo buscando reafirmar posiciones de poder del Norte global en el Sur incluso desde la promoción de decisiones geopolíticas regionales (Morgenthau, 1986).

Es decir, no se pueden leer los proyectos de inserción y estrategia internacional e integración regional de características fragmentados, socioculturalmente diversos, plurinacionales y hasta antagónicos sin una lectura pormenorizada de los patrones de geopolítica del poder especialmente del capitalismo del centro global expresado en EE. UU., Europa o los nuevos actores como Rusia y China actualmente en sus conjugaciones e intereses con la región.

En el contexto histórico post Segunda Guerra Mundial, motivados por el rechazo al sistema internacional impuesto en medio de la propia Guerra Fría, los países del Sur llegaron a construir un proyecto político denominado "Nuevo Orden Económico Internacional" (NOEI) que, aunque nunca tuvo una materialización efectiva, si permitió expandir la reconfiguración de la dimensión *Sur Sur* en las rela-

ciones internacionales incluyendo aquí los procesos de integración regional. En gran medida este largo camino de emancipación, diálogo, integración, autonomía y cooperación entre los países del Sur desde Bandung (Surasky, 2014) en adelante buscaron enfrentar la instauración y reproducción de las herencias, dispositivos y razón colonial.

Así el propio regionalismo latinoamericano y caribeño siempre convivió con las semillas que el colonialismo interno sembró en las sociedades, grupos de poder, universidades e incluso muy profundamente en las tecno-burocracias y diplomacias de los Estados-Nación. Estas semillas se siguen reproduciendo en estructuras epistémicas hasta la actualidad (Prashad, 2012).

### **UN REGIONALISMO POLÍTICO-SANITARIO DESINTEGRADO: LOS MANDATOS DE RESPUESTA AL SARS-COV-2**

La matriz de operacionalización de mandatos globales y regionales de afrontamiento al SARS-CoV-2 anteriormente descriptos, obviamente condicionados por las determinaciones y dependencias sanitarias, no pudo expandirse sin el auxilio de la plataforma de la doctrina panamericana (Rapoport, 2008) y de la salud global liberal que una vez más operaron sobre Latinoamérica y el Caribe como un territorio de su dominio tecnocrático-diplomático y expansión de sus intereses político-sanitarios, pero especialmente también entrelazado a unas cada vez más naturalizadas dinámicas de reproducción de descoordinación regional.

Donde se acrecienta y se asienta esta *descoordinación regional* en la salud internacional desde el Sur (Basile, 2020a), se evidencia como proceso resultante de la frágil (*des*)integración regional para la soberanía sanitaria como espacio geopolítico periférico dependiente durante todo el siglo XX e inicios del XXI (Basile, 2020a).

Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de *las Américas* sobre Covid-19 como un todo uniforme y con políticas a repetición, por otro lado, convivieron permanentemente con la reproducción de afrontamientos nacionales aislados, fragmentados, sueltos y descontextualizados: Centroamérica, por un lado, el Caribe por otro, Brasil o México, Argentina o Chile o Colombia por otro, y así (Basile y Feo, 2021).

La crisis epidemiológica del SARS-CoV-2 se respondió en la coordinación regional desde los alcances del Reglamento Sanitario Internacional basado en “*prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional*” (OMS, 2016). El RSI del 2005

también sirve de base jurídica a importantes documentos sanitarios relativos a los viajes y el transporte internacional, así como a la protección sanitaria de los usuarios de aeropuertos y puertos internacionales y pasos fronterizos terrestres.

Al realizar una revisión sistemática de las prácticas, acciones y políticas de respuestas al SARS-CoV-2 por niveles subregionales y por organismos regionales se encontraron a nivel técnico-conceptual:

1. Una misma matriz teórica y metodológica de afrontamiento y accionar sobre la pandemia y epidemias en las regiones.
2. Las estrategias de barreras protectoras y/o escudos de monitoreo público epidemiológico conjunto a nivel subregional estuvieron entre ausentes y reproductoras de información clásica presentada por todas las salas de situación de SARS-CoV-2. Aquí es importante aclarar que armar un *dashboard* o plataformas de información y mapas con agregados de reportes oficiales no implica ni una estrategia de monitoreo de salud colectiva común ni la producción de un escudo de procesos de protección frente a crisis epidemiológicas.
3. Se identificaron intentos de operaciones conjuntas de compras a las cadenas globales de valor y suministro del complejo médico industrial farmacéutico especialmente en la etapa de adquisición de insumos de protección y equipamientos básicos hospitalarios. Igualmente, es importante comprender que las provisiones de stocks estratégicos y suministros necesarios para el afrontamiento al SARS-CoV-2 se fueron resolviendo sólo a medida que se produjeron excedentes productivos luego que el Norte global ya tenía cubierta y resuelta su demanda. Lo mismo ocurrió en la etapa de acceso a vacunas.
4. Una gran heterogeneidad de acciones, mecanismos y políticas que dispersaron esfuerzos y promovieron medidas con cierto “*nacionalismo contagacionista*” mediante, dificultó severamente la cooperación regional frente a la crisis epidemiológica del SARS-CoV-2. Esto hizo también que cada país y Estado-Nación asumiera discrecionalmente medidas de restricciones aéreas, terrestres, de movilidad humana, de migración, de fronteras, de traslado de materiales y productos médicos, de vacunación, entre otros.

**Tabla 1. Revisión de enfoques en los organismos regionales en salud en respuesta al Covid-19**

<b>Organismo</b>	<b>Concepción y Acciones</b>	<b>Actores priorizados</b>	<b>Paradigma Salud Internacional responde</b>
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unane (ORAS-CONHU)	-Actualización informativa de la región. -Ciclo de Intercambios, Experiencias y Debates sobre la Pandemia en región Andina -Reuniones técnicas de Ministerios región Andina -Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	-Ministerio de Salud de Región Andina de Sudamérica -OPS-OMS -BID	Panamericanismo –Desarrollismo sanitario
COMISCA-SICA (Consejo de Ministros de salud de Centroamérica y República Dominicana)	-Actualización informativa de la región. -Plan de Contingencia Regional orientado a complementar los esfuerzos nacionales para la prevención, contención y tratamiento del COVID-19 -Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	Ministerio de Salud Pública Centroamérica OPS-OMS Unión Europea	Panamericanismo Medicina social desarrollista
SGT N° 11 MERCOSUR (Subgrupo de Trabajo n11 de Salud-Mercado Común del Sur) / Reuniones de Ministros de Salud (RMS)	-Declaración de Cancillerías - Regulación de Fronteras y repatriación de ciudadanía -Financiamiento de proyectos por Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM) -Armonización de reglamentaciones y desgravación de aranceles para importaciones equipamiento médico.	Organismos de control, regulación y financiamiento MERCOSUR.	Panamericanismo Salud global liberal
Agencia CARPHA -CARICOM (Agencia de Salud Pública del Caribe)	-Actualización informativa de la región. -Reunión de Presidentes y acercamiento a preparación y respuesta. -Documentos, Guías y Materiales de comunicación de riesgo. -Compra conjunta de Vacunas COVID-19 -Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	OPS-OMS Unión Europea USAID	Panamericanismo Salud global liberal
CELAC (Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños)	Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para región: 1. Mecanismo regional de compra pública de vacunas 2. Crear consorcios para acelerar el desarrollo de vacunas 3. Plataformas de ensayos clínicos 4. Acceso a la propiedad intelectual 5. Inventario de capacidades regionales	CEPAL	Desarrollismo sanitario Panamericanismo

Fuente: Elaboración propia.

Realizando un mapeo sintético ahora a nivel de los nudos críticos identificados a nivel operacional:

- La débil autonomía que cada Estado en la región en general tuvo para afrontar las dependencias a las cadenas globales de valor de los mercados de salud, al complejo médico industrial farmacéutico especialmente en el acceso clave a insumos y equipamiento médico de China y Estados Unidos, y en vacunas a las *big pharma* como AstraZeneca, Pfizer, *Johnson & Johnson*/Janssen, Moderna, entre otras (Ver Capítulo de Vacunas).
- La ausencia de stocks estratégicos de insumos, tecnología sanitaria y equipamiento médico que implicó una gran dispersión y disparidad de esfuerzos compradores, disponibilidad de financiamiento y negociaciones internacionales para adquirir respiradores, monitores de cuidados intensivos, materiales de protección personal (mascarillas, guantes, trajes, otros), jeringas, agujas, entre otras.
- Aunque en algunas reuniones de ministros de salud en las distintas experiencias de integración regional, se analizaron las posibilidades de realizar compras públicas en materia de insumos hospitalarios y médicos en forma conjunta, no se conocieron posteriores avances relevantes sobre esto. La mayoría de los países y gobiernos de la región siguieron utilizando el fondo rotatorio de la Organización Panamericana de Salud (OPS-OMS) en una figura de intermediación que le permite a la OPS administrar compras y adquisiciones para cada Estado-Nación adscripto.
- A través de la promoción de la OPS y OMS, todos los Estados-Nación de América Latina y el Caribe ingresaron al mecanismo COVAX neutralizando en gran medida cualquier planteamiento de vacunas como bienes públicos a nivel regional.
- América Latina y el Caribe tiene una alta dependencia a las importaciones de medicamentos, tecnología y principios activos de la industria farmacéutica global, y una balanza comercial deficitaria crónica con el complejo médico industrial farmacológico.
- La región se convirtió en un laboratorio a cielo abierto de ensayos clínicos de fases experimentales de la industria farmacéutica global con los cuerpos y vidas latinoamericanas caribeñas. Actualmente existen más de 600 en curso, varios de ellos fueron por Covid-19, y los Estados en la región buscan darle una especie de plataforma de promoción económica y regulación a

este fenómeno, desconociendo las implicancias de la ciencia/negocio y riesgo/beneficio que rodea la implementación de esto para la bioética y salud colectiva (Homedes y Ugalde, 2016).

- La descoordinación regional en cooperación transfronteriza en salud donde cada Estado-Nación tomaron medidas y restricciones de cierres, aperturas, barreras terrestres, aéreas, en formatos, momentos y profundidades dispares. Las cada vez más criminalización y persecución de migrantes y movilidad humana en frontera de Centroamérica, México y el Caribe para cumplir con los objetivos migratorios panamericanos de Estados Unidos.

### **DE LA DESCOORDINACIÓN REGIONAL A LA TERRITORIALIZACIÓN DE SOBERANÍA SANITARIA**

Frente a este proceso complejo de un rompecabezas de desintegración, el ciclo del SARS-CoV-2 reforzó nuevamente la necesidad de ampliar los marcos de referencia de la salud internacional desde el Sur (Basile, 2018). Poner en el centro el papel que juegan las determinaciones internacionales del sistema mundo contemporáneo en la producción geopolítica de los modos de vivir, enfermar y morir en el Sur (Basile, 2020b).

Aproximar apuntes sobre las dinámicas complejas de las “D” de determinación, dependencia sanitaria y descoordinación es un fenómeno interno regional para trabajar profundamente desde el pensamiento crítico en salud, partiendo que existen dependencias *consentidas* y *satélites* a la doctrina panamericana como a la salud global productoras de descoordinación, condicionantes y adversidades. Dependencias abiertas (consentidas) o encubiertas (satélites).

La dependencia sanitaria funciona en base a una estabilización y naturalización de la descoordinación y desintegración regional para la soberanía sanitaria.

Partiendo de este problema epistémico-político relacional, la significancia de pensar y practicar una Salud desde el Sur implica un giro decolonial y epistémico (Basile, 2022). Pero también quizás el camino que América Latina y Caribe aún adeuda a sí misma es profundizar el estudio, la formación y construcción de un pensamiento-acción geopolítica de soberanía sanitaria regional.

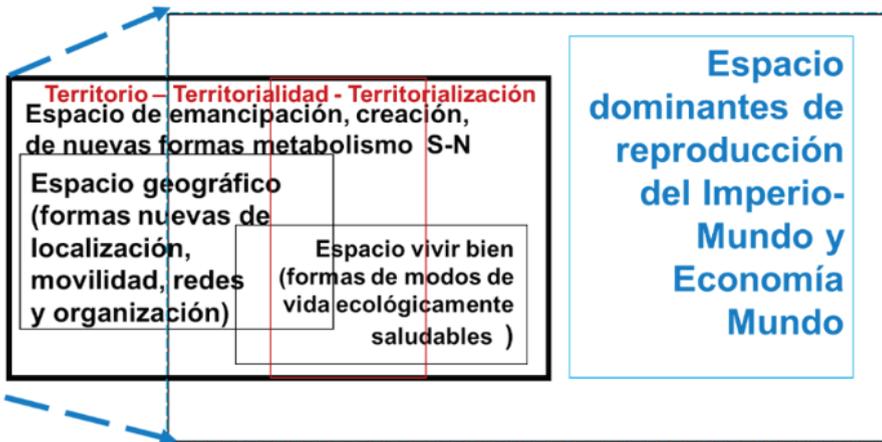
La soberanía sanitaria es una estrategia regional de flujos y movimientos sobre la articulación de distintos niveles espaciales. Conjuga y complementa la teoría de la dependencia de Dos Santos (2020) a los desafíos del siglo XXI y la teoría de la autonomía de Helio Jaguaribe (1979; 1986), abriendo una búsqueda de maximizar capacidades y es-

pacios de autonomía en la toma de decisiones político-sanitarias en el contexto global imperante.

Contrarrestar las lógicas hegemónicas teóricas y prácticas de la salud panamericana y la salud global liberal es quizás una premisa sustancial para ir construyendo en la búsqueda de una genuina formulación de marcos de comprensión, de pensamiento estratégico para políticas, metas y caminos emancipatorios basados en los propios actores, problemas situados y voces del Sur.

A esto se conceptualiza la estrategia regional de Soberanía Sanitaria (Basile, 2020a).

**Gráfica 1. Noción de espacios de territorialización de la Soberanía Sanitaria**



Fuente: Elaboración propia

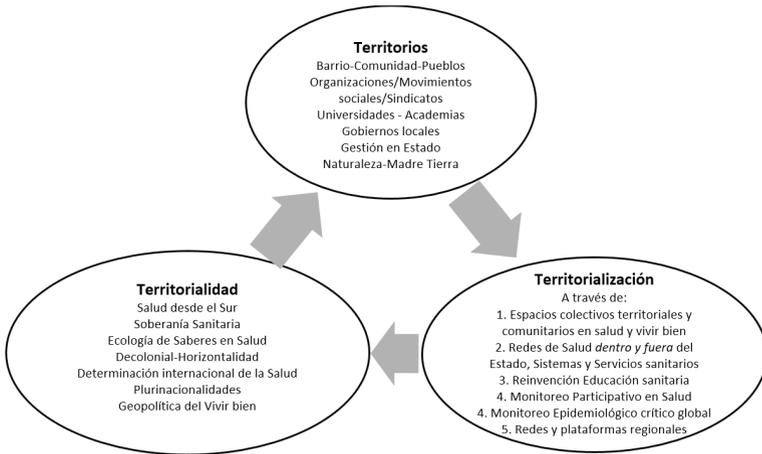
Traducir la necesidad de movimientos y flujos de autonomía periférica (Jaguaribe, 1986) que permitan producir procesos y tramas de integración regional para la soberanía sanitaria es atenuar, mitigar y desactivar la dependencia y la descoordinación ganando grados de liberación desde una microfísica del poder. Primero, esto induce a complejizar las comprensiones geopolíticas y que estas se centren en multiniveles hasta situaciones territoriales concretas y materiales.

Producir territorios y territorialización de soberanía sanitaria regional, no sólo implica mayores grados de autonomía de la unidad del Estado-Nación y sociedades nacionales. No alcanza con soberanías nacionales gubernamentales.

Soberanía sanitaria nunca fue una simple política de afrontamiento gubernamental nacional a los condicionantes y adversidades del sistema mundo contemporáneo. Soberanía sanitaria nació del pensamiento complejo y decolonial como una estrategia regional para comprender y actuar sobre procesos que están tejidos y articulados juntos, no por pedacitos ni por separado.

Como plantea Carlos Delgado (2000), es necesario enfrentar las simplificaciones, las superficialidades, las consignas líquidas y significantes vacíos, las visiones estrechas de un mundo en dicotomías y sofismas absolutos, sin matices ni gradientes ni bucles. No es posible comprender el sentido de lo complejo, lo decolonial y el pensamiento crítico en salud sin considerar ese doble origen: las inquietudes intelectuales y el rechazo personal a las simplificaciones, al lado del estudio sistemático de la colonialidad del conocimiento científico, y un horizonte alejado de los *ismos* y los sesgos de las capillas intelectuales de consignas políticas válidas pero limitantes.

**Gráfico 2. Territorios, territorialidad y territorialización de la Soberanía Sanitaria**



Fuente: Elaboración propia

En sus aportes, Jaguaribe (1979; 1986) no considera la autonomía como un movimiento *desde adentro y hacia dentro* (Fronteras /Estados-Nación). Emprender una estrategia *autonomizante* con discursos y practicas nacionales puede producir algún grado de autonomía esporádica mientras existan algunos grados de *permisibilidad internacional* del sistema mundo, pero siempre aparecen nudos de viabilidad a mediano y largo plazo. La experiencia regional muestra que esto

suele concluir en frecuentes aislamientos, bloqueos y disciplinamiento de lo global hacia lo nacional.

En segundo lugar, es abrir un cuestionamiento a centrar toda la comprensión del poder soberano en el Estado-Nación -necesario pero insuficiente-. El poder puede estudiarse sin considerar al Estado como un aparato central y exclusivo sino por una articulación con poderes locales, específicos, territoriales, simbólicos-culturales, circunscritos a una pequeña área de acción, de territorialización. Existencia de formas de ejercicio del poder diferentes al Estado, articuladas de maneras variadas al Estado en momentos de transformación y que esta existencia de territorialización resulta indispensable inclusive para la sustentación y actuación eficaz en la propia refundación y transformación del Estado y los bienes públicos, comunes y colectivos.

Captar el ejercicio de este poder difuso en su escala más invisible, de la *termita* que habla Wendy Brown(2017), esto es, en la inmediatez de la vida cotidiana; en las relaciones sociales, económicas, políticas, sanitarias, culturales donde gobierna y permea a las sociedades. Este nivel capilar en el ejercicio de la fuerza es lo que Foucault (1979) designó como la "microfísica del poder".

Se refiere entonces a construir un *saber-hacer* para la producción de microfísicas de soberanía sanitaria en situaciones territoriales concretas sociales, comunitarias, institucionales y otras:

- En el barrio, la junta de vecinos, la comunidad hasta la universidad, las academias.
- En experiencias y momentos de gestión sanitaria y gobierno del Estado
- En las diplomacias y gestores públicos como en agenda de salud internacional desde el Sur
- En las teorías, políticas y prácticas sobre Sistemas de Salud en Siglo XXI
- En las teorías, metodologías, investigación y acciones de la epidemiología en Siglo XXI
- En la descolonización de la Ciencia y la Tecnología sanitaria
- En los andamiajes jurídicos-legales institucionales
- En nuevas cartografías de redes y territorialidades de salud y de vivir bien
- En las formas de una epidemiología para el monitoreo participativo colectivo de la salud

- En las redes y plataformas de articulaciones regionales de movimientos sociales, organizaciones sindicales, de mujeres, LGTBI, campesinas, de VIH, entre otras.
- En las ecologías de saberes y plurinacionalidades de las Naciones indígenas-originarias
- En múltiples otras trayectorias y genealogías una liberación situada y contextualizada.

Maturana (1994) explica que el mecanismo que nos hace autónomos es la *autopoiesis*. Para entender la autonomía de un ser vivo, debemos entender su estructura interna (Maturana y Varela, 1994). Para entender la soberanía sanitaria de América Latina y el Caribe, se debe comprender la estructura interna del sistema mundo contemporáneo en especial sus bases de reproducción de dependencia, subordinación, gobernanza global, descoordinación y colonialidad en salud.

La crisis epidemiológica internacional de SARS-CoV-2 nuevamente colocó en el centro de la integración latinoamericana y caribeña el horizonte de la estrategia de soberanía sanitaria regional.

Tres flujos y movimientos claves de aprendizajes se sistematizan en este periodo pandémico-epidémico:

- Primero, problematizar, estudiar, comprender, cartografiar y deconstruir en profundidad los condicionantes, adversidades, dependencias para la salud desde el Sur en clave teórico-conceptual decolonial y en un nuevo *saber-hacer* en nivel político-técnico-metodológico a nivel territorial, local, nacional y regional.
- Segundo, hacer visible esas dependencias sanitarias y descoordinaciones consentidas y satélites, sus formas diplomáticas, sus formas gubernamentales, sus formas técnicas y académicas, sus mecanismos de reproducción, naturalización y perezinización.
- Tercero, profundizar las bases teóricas y técnico-políticas para la formación y construcción de espacios de autonomía regional (márgenes de maniobra) que se define como la integración regional por la soberanía sanitaria.

Revisar y revertir la descoordinación y dependencia sanitaria, implica repensar una integración regional basada en la estrategia de soberanía sanitaria por círculos concéntricos y progresivos.

Esto significa que dada la heterogeneidad intra-regional de procesos en América Latina y el Caribe pareciera inviable pensar en una

inmediatez donde todos los territorios, países y bloques regionales asuman una adhesión inmediata a una única hoja de ruta de integración para la soberanía sanitaria.

Es un proceso constructivista asumiendo horizontes transicionales compartidos de autonomía y soberanía sanitaria que pueden concretarse en diversas institucionalidades y materialidades (Ej.: CELAC, movimientos sociales, RUNASUR, redes académicas, CLACSO, entre otros).

Como ya se describió antes, el concepto motor de la soberanía sanitaria son los flujos, partiendo de una ecología de saberes interculturales, de capacidades político-sanitaria en los territorios, territorialidades, Estados y sociedades en los procesos de regionalismo de una salud desde el Sur.

La autonomía y soberanía sanitaria no es una conquista estable y permanente. Transitar este proceso en la integración regional es asumir tensiones, reacciones adversas, ataques, avances y retrocesos.

La soberanía sanitaria nunca fue una teoría-acción basada en la unidad de análisis de Estado-Nación y fronteras, sino en la construcción permanente de espacios geopolíticos de autonomía político-sanitaria. Este concepto parte de reconocer la interdependencia en el sistema mundo contemporáneo (Imperio y Economía Mundo) y sus determinaciones internacionales en salud que se manifiestan en adversidades y condicionantes para la Salud desde el Sur (Basile, 2022).

Avanzar hacia la integración regional por la soberanía sanitaria es conjugar una territorialización concéntrica de flujos para darse la posibilidad y potencialidad de nuevas agendas, prioridades y prácticas territoriales, comunitarias, de gestión y gobierno y académicas de una Salud desde y para el Sur.

Partiendo de cuatro rupturas, que en la práctica es la creación de cuatro procesos de *saber-hacer*:

- Epistémica;
- Geopolítica de poder y conocimiento sanitario;
- De nuevos sistemas y marcos categoriales;
- De acción y ética política sanitaria

En resumen, el estudio combinado de la respuesta a la emergencia sanitaria del SARS-CoV-2 implicó caracterizar y hacer visibles los marcos teóricos que estuvieron presentes en los contenidos *empíricos, individualizantes, higienizantes, biomedicalizados, microbiologizados, totalizantes, adultocentrados, excepcionalmente securitizados* y dualmente explicados por expertos y desarrollados desde una creciente

culpabilización a la sociedad; que fueron transformando lo excepcional y la era del miedo en una nueva normalidad sanitaria. Generando nuevas gramáticas, praxis e intervenciones que podrían ser adaptadas a múltiples nuevos contextos, poblaciones, momentos y particularidades epidemiológicas-sanitarias en un horizonte futuro.

El proceso de gobierno de la gestión y respuesta a la emergencia del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe de forma comparada debe continuar siendo estudiado por un largo periodo.

Todas las aproximaciones de estudio son provisionales, inacabadas e incompletas, especialmente por las características intrínsecas que este capítulo describe en cuanto a los eslabones críticos concatenados y articulados de determinaciones internacionales en una geopolítica sanitaria de adversidades, dependencias y descoordinaciones en la territorialidad periférica de Latinoamérica y el Caribe que tuvo significativos impactos en la epidemiología del SARS-CoV-2.

Es un peligro no ver el peligro de las huellas y cimientos que dejaron marcas a fuego para otras crisis epidemiológicas internacionales y emergencias de salud pública.

Es importante continuar investigando las implicaciones de este movimiento expansivo de las 3 “D” de *Determinación, Dependencia y Descoordinación* regional en la respuesta al SARS-Cov-2 y preguntarse si solo fueron matrices nacidas de mandatos globales para limitar la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas epidémicas como amenazas de seguridad nacional para el Norte global y que antecedentes plantean *normalizar* estas intervenciones de seguridad global, guberbiologización y control poblacional en el campo de la salud para el Sur (Basile, 2022).

Asimismo, en términos de una descripción epidemiológica clásica, América Latina y el Caribe atravesó epidemias particulares durante el 2020 y 2021 con desiguales impactos en comparación entre países, en espacios subnacionales, por ciudades, en territorios y territorialidades atravesadas por inequidades por clase social, étnico-racial y de género que aún se dispone de escaso conocimiento epidemiológico crítico (que no es lo mismo que información clásica agregada).

A nivel regional, sobre el primer semestre de las epidemias se encontró un profundo *agujero* de desconocimiento epidemiológico sobre el monitoreo del proceso de salud-enfermedad del SARS-CoV-2 en las sociedades latinoamericanas y caribeñas que nunca podría ser considerado como *línea de base* desde donde comparar periodos sucesivos. En general ese *agujero* de conocimiento sanitario aún requiere de mayor estudio porque sobre esa base informacional se trabajaron inferencias y pronósticos de los confinamientos poblacionales.

Los indicadores comparados anuales muestran marcas significativas en las crisis epidémicas en América Latina y el Caribe: la tasa de mortalidad por Covid-19 en el periodo anual del 2020 y del 2021 refleja una muy marcada proporción de defunciones por habitantes con las mayores afectaciones por orden comparado fueron en Perú, Brasil, Argentina, Chile, Colombia, Paraguay, México, Uruguay, Ecuador, Panamá y Bolivia.

Abordar eslabones críticos en la epidemiología del SARS-CoV-2 entrelazados y anudados implicó una labor de combinación metodológica de multiniveles durante todo el periodo 2020-2021.

Abrir un ejercicio de descolonización implica un giro decolonial (Maldonado Torres, 2008) de las epistemologías, geopolíticas, teorías y políticas de la doctrina panamericana sanitaria y la salud global liberal siendo aún un trabajo académico y popular en progreso para la región. Reconocer capacidades de reingeniería y nuevas arquitecturas institucionales-organizacionales-territoriales que fundamenten una epistemología de la Salud desde el Sur para enfrentar los desafíos epidemiológicos, socioambientales e inequidades particulares en el siglo XXI (Basile, 2022).

Frente a las dimensiones generales de determinación, dependencia y descoordinación que se reprodujeron en las crisis epidémicas de SARS-CoV-2 en el Sur, la única forma de terminar con las arquitecturas de gobierno de las respuestas a crisis epidemiológica y emergencias de salud pública como el SARS-CoV-2 es comenzar a construir otras más pública, relacional, autónoma, polifónica, decolonial y compleja (Almeida-Filho, 2006).

Pareciera necesario revisar desde la teoría crítica latinoamericana caribeña en salud la lógica de vivir en un mundo de certidumbres indisputadas, totalizantes. De lograr liberarse de la parálisis de los miedos a poner en crítica al orden científico universal moderno. Una reconfiguración de conocer cómo conocemos en el campo de la salud colectiva y epidemiología en el siglo XXI.

Quizás sea momento de invitar a suspender nuestros hábitos de certidumbre, de sofismos, de dilemas, de dicotomías, para volver a la potencialidad de producir alternativas desde el Sur.

El conocimiento científico biomédico salubrista empírico funcional siempre estuvo atado a las reglas de una *lógica del razonar* que se materializó en una dinámica que fue hegemónica durante todo el proceso pandémico-epidémico en América Latina y el Caribe (Maturana y Varela, 1994).

Hay una necesidad de distancia estratégica del pensamiento crítico eurocéntrico, de las epistemologías críticas eurocéntricas, para situarlas y dar contextualidad. Establecer esta distancia es condición

previa para completar la tarea más fundamental de nuestro tiempo: pensar lo impensable, asumir lo inesperado como parte integral del trabajo teórico, epistémico, geopolítico, metodológico y de producción de conocimiento crítico en Sur (Bautista Segales, 2014).

Partir de las tramas epistemológicas entre el pensamiento crítico latinoamericano caribeño expresado en la nueva corriente de la Salud desde el Sur (Basile, 2022), la ecología de saberes y sistemas de conocimientos del Abya Yala; abren una opción ético-política-epistémica de construir una ciencia crítica en salud para el siglo XXI desde el Sur.

El efecto mariposa descrito por Lorenz (1972) permite pensar en algunas aproximaciones de afrontamiento: estudiar pequeños cambios que pueden producir “grandes” cambios en los sistemas complejos. Identificar los puntos clave en las dinámicas de reproducción de las matrices vigentes, y encontrar especialmente las dinámicas de transformación, permite salir(nos) de las tesis de la parálisis del “*no se puede hacer nada*”, de las subordinaciones dicotómicas “*primero es hacer, luego pensar o primero pensar, para luego hacer*”, de la reproducción de “*una metodología que enuncia todo, pero fragmenta en partes*” o de un determinismo que “*inmoviliza*”, de un vanguardismo profesionalizante que “*aspira a un monopolio personalizado del activismo-política-academia*” frente a la complejidad y polifonía del *pensar-hacer* una salud desde el Sur.

Romper las metamorfosis del pensamiento moderno abismal que también cuenta con actores, expresiones y corrientes dentro del campo de la teoría crítica de la salud en los territorios del Abya Yala. Como describe Boaventura de Sousa Santos (2010), ese pensamiento abismal concede a la ciencia moderna instituida el monopolio universal de lo verdadero o falso, pero a su vez divide siempre en “dilemas” de dos universos: “*este lado de la línea*” y del “*otro lado de la línea*”.

La crisis epidemiológica internacional de SARS-CoV-2 en definitiva nuevamente situó la cuestión pendiente de afrontar la integración latinoamericana y caribeña bajo los horizontes de soberanía sanitaria regional para reconstruir la esperanza y transitar hacia una epistemología y prácticas de la Salud desde el Sur (Basile, 2022).

O continuar atrapados en una *jaula de hierro* de una racionalidad de las determinaciones, dependencias y descoordinaciones sanitarias periféricas consentidas y satélites que incluso hasta desde posiciones políticas diferentes nos permiten ser *críticos*, *ser médico-sociales* en tanto y en cuanto se actúe siempre bajo el mismo orden científico, el mismo lenguaje, con las mismas categorías y repitiendo una, y otra, y otra vez las mismas certezas totalizantes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Almeida-Filho, Naomar (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Revista Salud Colectiva*. 2006;2(2):123-146.
- Aponte, Maribel (2014). El nuevo regionalismo estratégico. Los primeros diez años del ALBATCP, Buenos Aires, CLACSO.
- Basile, Gonzalo y Feo, Oscar (2021). Las 3 “D” sobre las vacunas de sars-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación. *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*. 2021;(91).
- Basile, Gonzalo (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.
- Basile, Gonzalo (2019) La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria? En III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Mayo, 2019.
- Basile, Gonzalo (2020a). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. ISBN 978-84-1352-007-0
- Basile, Gonzalo (2020b). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3557-3562.
- Basile, Gonzalo (2022). Hacia una Salud desde el Sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria. *Journal Social Medicine*, Vol.15, Núm. 2(2022).
- Bautista, Juan (2014). ¿Qué significa pensar desde América Latina? Ediciones Akal.
- Bouzas, Roberto, Velga, Pedro y Ríos, Sandra (2008). Crisis y perspectivas de la integración en América del Sur”. *América Latina: ¿integración o fragmentación?* Ricardo Lagos (comp.). Argentina. Edhasa, 2008: 319-347.
- Brown, Wendy (2017). El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo. Malpaso, Ediciones SL.
- CEPAL -Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1994). El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe. La integración económica al servicio de la transformación

- productiva con equidad”. Libros de la CEPAL 39. Chile. Enero 1994.
- Chaves, Carlos (2010). La inserción internacional de Sudamérica: la apuesta por la Unasur. *Íconos-Revista de Ciencias Sociales*, (38), 29-40.
- Delgado, Carlos (2000). Reflexiones epistemológicas sobre medio ambiente, determinismo e indeterminismo. Una mirada desde la complejidad. *Diosa Episteme*, 6.
- Foucault, Michel (1979). *Microfísica del poder*. Madrid, Las Ediciones de La Piqueta.
- González, Guadalupe (2008). México en América Latina: entre el Norte y el Sur y el difícil juego del equilibrista. América Latina: ¿integración o fragmentación? Ricardo Lagos (comp.). Argentina: Edhasa.
- Gudynas, Eduardo (2005). El “regionalismo abierto” de la CEPAL: insuficiente y confuso. *Observatorio Hemisférico*. 2005; 28:1-4.
- Gudynas, Eduardo (2012). Estado compensador y nuevos extractivismos: Las ambivalencias del progresismo sudamericano. *Nueva sociedad* 237 (2012): 128.
- Haas, Ernest (1948). The United States of Europe. *Political Science Quarterly* LXX (4). Diciembre 1948.
- Homedes, Nuria, y Ugalde, Antonio (2016). Ensayos clínicos en América Latina: implicancias para la sustentabilidad y seguridad de los mercados farmacéuticos y el bienestar de los sujetos. *Salud colectiva*, 12, 317-345.
- Jaguaribe, Helio (1986). Hegemonía céntrica y autonomía periférica. Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH).
- Jaguaribe, Helio et al. (1979). La dependencia político-económica de América Latina (No. 330.98 D4).
- Lechini, Gladys (2009). La globalización y el Consenso de Washington-sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur.
- Lorenz, Edward (1972). El efecto mariposa. En Lorenz (1993), *La esencia del caos*. Madrid: Debate.
- Maldonado-Torres, Nelson (2008). La descolonización y el giro descolonial. *Tabula rasa*, (9), 61-72.
- Maturana, Humberto y Varela, Francisco (1994). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano*. Santiago: Editorial Universitaria.

- Morgenthau, Hans (1986). La teoría realista de las Relaciones Internacionales. Política entre las naciones: la lucha por el poder y la paz, 6-25.
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2016). Emergencies preparedness, response. List of pathogens. <http://www.who.int/csr/en/>
- Prashad, Vijay (2014). Las naciones oscuras: Una historia del Tercer Mundo. Revista Española de Desarrollo y Cooperación, (34), 188-189.
- Prebisch, Raúl (1948) Desarrollo económico en América Latina y sus principales problemas. Chile: CEPAL.
- Preciado, Jaime (2008). América Latina no sistema-mundo: questionamientos e alianças centro-periferia. *Caderno CRH21.53* (2008).
- Rapoport, Mario (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. América Latina en Movimiento. Quito, junio.
- Sader, Emir (2009). Refundar el Estado-Posneoliberalismo em América Latina. Buenos Aires, Ediciones CTA.
- Sanahuja, José (2018). La crisis de la integración y el regionalismo en América Latina: giro liberal-conservador y contestación normativa. Ascenso del nacionalismo y el autoritarismo en el sistema internacional, 107.
- Santos, Boaventura (2010). Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal. CLACSO, Prometeo Libros.
- Serbin, Andrés (2014). Los nuevos regionalismos y la CELAC: Los retos pendientes. Desafíos estratégicos del regionalismo contemporáneo: CELAC e Iberoamérica, 47
- Smith, Peter (2000). Talons of the eagle: dynamics of US-Latin American relations. Gran Bretaña. Oxford University Press, 2000: 418.
- Surasky, Javier (2014). La cooperación sur-sur en América Latina como herramienta decolonial. Serie Documentos de Trabajo.
- Tokatlian, Juan (2001). La unión sudamericana: ¿Inexorable o contingente? Desarrollo Económico 41 (161). Abril-junio 2001.



# CRÓNICA DE UNA GEOPOLÍTICA ANUNCIADA

## LA ARQUITECTURA GLOBAL FARMACÉUTICO-FINANCIERA EN EL GOBIERNO DE LAS VACUNAS DE SARS-COV-2

Oscar Feo y Gonzalo Basile

### INTRODUCCIÓN

A pesar de los vaivenes de la economía global, el mercado farmacéutico sigue siendo un complejo entramado productivo, financiero y generador de demanda de consumo masivo inelástico con tasas de ganancias extraordinarias para el Siglo XXI: con una cifra de venta total de US\$1.27 mil millones para el año 2020 (Estatista, 2021), se prevé que se aproxime a los US\$1.600 mil millones para 2024.

Este complejo industrial está altamente concentrado en los países denominados centrales y desarrollados (Basile et al., 2019), que son los que a su vez lideran la investigación científica, innovación y desarrollo de nuevos fármacos, productos farmacéuticos y vacunas que se comercializan tanto en el Norte global como en el Sur. En efecto, sólo Estados Unidos y Canadá representan el 43,4 por ciento (%) del consumo mundial, que se eleva al 69,7 por ciento (%) si se incluyen también los consumos de Europa y Japón (Evaluate Pharma, 2020). En 2019, el mercado farmacéutico de América del Norte, Asia Pacífico y Europa Occidental representó aproximadamente el 79 por ciento (%) de la cuota de mercado mundial, y América Latina y el Caribe sólo el 5,1 por ciento (%) respectivamente (Basile et al., 2019).

El mundo farmacéutico es un pastel de gran valor sectorial, liderado por 17 *big pharma* (valor global de más de la mitad del mercado

distribuido entre estas empresas), seguido de 277 pequeñas empresas farmacéuticas (llamadas de especialidad farmacéutica, con 23% de participación), seguido de China y el sector genérico; que son casi iguales en tamaño. Tomando las cuotas de mercado, las primeras 20 corporaciones en su mayoría provenientes de la Unión Europea y de Estados Unidos, representan más de 60 por ciento (%) del total de ventas de la industria farmacéutica a nivel global (Evaluate Pharma, 2020). Allí están Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, Johnson & Johnson, Merck & Co, AbbVie, GlaxoSmithKline, AstraZeneca, Celgene, Bristol-Myers Squibb, Amgen, Teva Pharmaceutical Industries, Novo Nordisk, Bayer-Monsanto, Gilead Sciences, Eli Lilly, Allergan, Shire y Boehringer Ingelheim (Basile et al., 2019).

Una geopolítica claramente Norte-Sur o del Centro a la Periferia (Dos Santos, 2020) donde emanan las investigaciones, innovaciones, nuevos fármacos y vacunas hacia los países del Sur global. La industria farmacéutica sigue siendo uno de los sectores más prometedores para los negocios del gran capital transnacional y garantía de tasas de ganancias extraordinarias, con una alta concentración de mercado vía fusiones y adquisiciones, expansión de patentes de propiedad intelectual como en nuevas multinacionales de genéricos, agresivas políticas de marketing y lobby, entre otros rasgos del mercado global.

El complejo médico industrial financiero (CMIF) actualmente es un entramado que enlaza corporaciones farmacéuticas, grupos financieros y la participación activa de fondos públicos desde los Estados del Norte global para *consolidar intereses de expansión transnacionalizada del capital y reafirmación de presencia geopolítica*. Es decir, hay que tener mucho cuidado en las distinciones entre lo “público-privado” cuando se describe a la arquitectura del complejo médico farmacéutico global porque se podría caer en un grave error de caracterización y estudio.

El CMIF muestra desde sus orígenes un andamiaje geopolítico diseñado en permanente y constante articulación entre Estados-corporaciones para los fines de expansión molecular del capital farmacéutico-financiero geopolítico. Es decir, la propia creación del CMIF no existe la tan mentada separación entre Estado-Corporaciones farmacéuticas. Están intrínsecamente articulados.

Este complejo farmacéutico geopolítico es el que estuvo en el gobierno de la investigación, desarrollo, validación, producción, venta y distribución de las vacunas del SARS-CoV-2 durante periodo 2020-2021.

El presente artículo busca caracterizar la arquitectura de este complejo médico industrial financiero a través de la articulación entre las Big Pharma con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ac-

tores de la salud global liberal (Basile, 2018) en la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 a través de los mecanismos de COVAX, CEPI y GAVI, en el marco de comprenderlos eslabones críticos en el acceso a vacunas como bienes públicos desde América Latina y el Caribe (Basile y Feo, 2021).

## **DETERMINACIÓN INTERNACIONAL Y LA ARQUITECTURA DEL CMIF**

Los flujos de la determinación internacional de la salud (Ver Capítulo 1), se manifiestan en una dinámica de reproducción en la propia arquitectura del Complejo Médico Industrial Financiero (CMIF) como un eslabón de la aceleración inédita de acumulación económica, mercantilización, medicalización y financierización de la salud y la vida (Ugalde y Homedes, 2009). Incluyendo una dimensión de ecología política que emerge al analizar los procesos de significación, valorización y apropiación de la Naturaleza vía los biotecnológicos.

El CMIF es un entramado que articula un triple campo de poder: geopolítico, técnico y económico-financiero. Esta triqueta implica un engranaje que entrelaza corporaciones farmacéuticas, industrias de tecnología sanitaria, industria de insumos médicos, producción privada de servicios sanitarios y gerenciamiento, industria aseguradora de coberturas financieras de salud, y la construcción de infraestructura hospitalaria.

El mercado de vacunas a nivel global, para el año 2020, registró ingresos por 59.2 mil millones de dólares. Esto es casi el doble del tamaño del mercado en 2014 (32.200 millones de dólares), según un informe de Zion Market Research (Statista, 2019). Para 2020, el tamaño total del mercado de vacunas en los Estados Unidos generó un aproximado de \$ 18 mil millones (Statista, 2021). Las vacunas más rentables en el periodo 2017-2024 son Prevnar 13 (Pfizer Daewoong), Gardasil (Merck & co), Pentacel (Sanofi), Fluzone(Sanofi), Combinación vacuna respiratoria (Novavax), sin contabilizar las de Covid-19 (Statista, 2021).

Desde hace muchos años se viene advirtiendo que las “vacunas” se convirtieron en un espacio de negocios de la industria farmacéutica y biotecnológica (Ugalde y Homedes, 2009). En las transiciones del colonialismo de mercado al capitalismo industrial hacia el vigente sistema mundo financiero líquido extractivo acelerado, se produjo un cambio en el valor de cambio y valor de uso en la producción de vacunas.

Ya no son las viejas vacunas, como las usadas contra la viruela, la polio, el sarampión, o el tétanos, por señalar algunas que fueron de valor para la humanidad. Recordemos la esclarecedora respuesta

de Salk, creador de una de las vacunas contra la polio, cuando se le preguntó en una entrevista televisiva en 1955 sobre la patente de la vacuna, Salk respondió: «*No hay patente. ¿Se puede patentar el sol?* No se producían vacunas en ese entonces en función de una acelerada lógica de acumulación de capital, sino para resolver problemas del comercio internacional y de procesos productivos del capitalismo industrial de mercado. Los procesos de salud-enfermedad infecciosas eran nudos críticos que afectaban la expansión comercial, la pérdida de fuerza del trabajo y de condiciones de consumo en las sociedades centrales del Norte global.

La vacunación se transformó en un vehículo para inmunizar a las sociedades especialmente del Norte global, para proteger a esa humanidad superior del sistema mundo (Grosfoguel, 2006), pero especialmente cuidar consumidores y fuerza de trabajo (clase trabajadora industrial) como a la división internacional del trabajo y el comercio. Claro esto fue bastante diferente incorporado en América Latina y el Caribe: cabe recordar que fue la propia Comisión Sanitaria de la Fundación Rockefeller -brazo filantrópico de la Standard Oil-quizás la principal impulsora en la creación de nacientes ministerios de salud, escuelas de salud pública en Latinoamérica y el Caribe (Cueto, 1999), y junto a la oficina panamericana sanitaria siendo uno de los motores de expansión de campañas verticales de inmunizaciones buscando como objetivo facilitar y proteger los enclaves productivos y de extracción de materias primas en la región (Ej.: petróleo, azúcar, gas, otros).

Ya en el siglo XIX, en el marco de la ampliación del sistema mundo capitalista como periodo caracterizado por la expansión colonialista, la urbanización, la industrialización de mercado y las guerras; las potencias globales coloniales conformaron sistemas de investigación farmacológicas para prevenir las enfermedades derivadas de la intensificación del tráfico global de gérmenes que diezaban tropas coloniales y afectaban la vida de las clases obreras urbanas y la rentabilidad laboral, con pandemias como el cólera, la peste, la rabia, la sífilis, las gripes, entre otras, generadas por virus y bacterias.

Entre 1881 y 1885, el biólogo francés Louis Pasteur desarrolló vacunas exitosas contra el ántrax y la rabia, exponiendo a los patógenos al oxígeno y al calor y debilitándolos, pero sin matarlos. Mientras que las vacunas contra la tos ferina, las influencias se orientaron a matar los patógenos, mediante el uso de formalina, una versión diluida del formaldehído. En el periodo de entreguerras, el británico Alexander Fleming descubrió la penicilina que resultó fundamental para detener las infecciones de numerosos heridos durante la Segunda Guerra Mundial y las guerras neocoloniales de la segunda mitad del siglo XX.

Las vacunas (los biológicos) siempre se movieron en una concepción sobre el proceso de salud-enfermedad desde la hegemonía de la biomedicina y la salud pública funcionalista. Foucault (1999), en el “Nacimiento de la Clínica”, ya nos hablaba de una medicina que se da como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo y la promesa de cura reparatoria. Al engarce de la biomedicina, es importante relacionar la enfermología pública para las poblaciones (Granda, 2004). Bajo este presupuesto una vacuna es la positividad a través de su engarce con evitar biológicamente la enfermedad y la muerte.

Este paradigma empírico-funcional se encuentra en operaciones sobre las vacunas como respuesta biológica poblacional a los problemas y necesidades de salud colectiva de las sociedades. Es decir, transformar las condiciones biológicas (inmunológicas) a través de vacunas se convierte en una respuesta mágica sobre los procesos de vivir, trabajar, enfermar y morir que se anidan en las determinaciones de la salud (Breilh, 2013).

Combatir enfermedades vía vacunas en beneficio de la humanidad, estuvo bajo las concepciones biomédicas desde la teoría del germen, los hitos de la microbiología en patologías infecciosas y la triada de Leavell y Clark (1958). Basado en ensayos experimentales de las farmacéuticas en vacunas y medicamentos que se desarrollaron durante todo el siglo XX en cuerpos, vidas y sociedades del Sur global en especial África.

Aunque hay un largo debate sobre esto, porque, al mismo tiempo que se descubren vacunas como respuesta biológica inmunitaria sin transformar las determinaciones de la salud y la vida, muchos procesos de salud-enfermedad continúan siendo particularmente persistentes en una dinámica epidemiológica de geopolítica Norte-Sur, colonial y por clase social, etnia y género a pesar de la existencia de vacunas (Breilh, 2013).

Puede caracterizarse como acumulados epidemiológicos polarizados entre Centros y Periferias (Basile, 2020b).

Las vacunas son un bien público global necesario y componente específico pero insuficiente en una respuesta a una crisis epidemiológica, asumiendo que la prioridad es el cuidado integral de la salud colectiva que se mueve como un flujo en lo general en el metabolismo sociedad-naturaleza, en lo particular en los modos y estilos de vida (Breilh, 2010), y sistemas sanitarios que respondan a las determinaciones de la salud colectiva.

Entonces el siglo XX mientras se producía la consolidación de la biomedicina clínica occidental, el capital privado monopólico entrelazado con Estados del Norte global promovieron la formación de lo que hoy conocemos como el CMIF. Es decir, es ilusorio caracterizar

al complejo farmacéutico global sin la hegemonía de la biomedicalización del campo de la salud y la educación médica, y su articulación geopolítica, regulatoria y de financiamiento con los Estados del Centro global. Este entramado además tiene un espacio colonizado del saber a través del financiamiento: las universidades y centros de investigación farmacológica (Ugalde y Homedes, 2009)

Ahora bien, esto se complejizo con la aparición de la industria biotecnológica en el campo de las vacunas y el ingreso de las farmacéuticas en circuitos de acumulación de capital financiero (Izhar Baranes, 2017), que trajeron importantes cambios. En las últimas décadas, se fue transformando un nuevo modelo de negocios: introducir y ampliar cobertura de vacunas como objetivo central del plan de negocios (GAVI, 2020).

Las vacunas tradicionales -de patógeno atenuados o inactivados- fueron progresivamente reemplazadas, en parte, por vacunas más sofisticadas, llamadas vacunas modernas: de segunda generación – subunidad proteica, recombinantes, conjugadas- e incluso de tercera generación -Virus like particles, vacunas a RNA o a DNA, vacunas vectoriales-(Corvalán, 2010).

En el ámbito de la propiedad intelectual un nuevo régimen acompañó a estos cambios: se pasó de un sistema regulatorio occidental de ciencia abierta que se autopercebe como “La Ciencia” única y totalizante situada en el Norte global a una transición y mezcla con un sistema que basado en ese poder simbólico-científico avanzó a patentar desarrollos científicos/tecnológicos articulados a financiamientos de los Estados, lo que dio lugar a la apropiación de las corporaciones farmacéuticas del conocimiento biomédico (Hamilton, 1996).

Esta evolución camina a la par con otras mutaciones mayores, que tienen un impacto crucial sobre la reestructuración de lo que se articula en llamar relación Norte-Sur y sobre la elaboración de una estrategia de salida del subdesarrollo frente al capitalismo cognitivo (Vercellone, 2016).

Este concepto de capitalismo cognitivo se designa el desarrollo de una economía mundo basada en la producción de un tipo de conocimiento que pasa a ser la principal apuesta de la valorización del capital (Mouhoud, 2002). En esta transición, la parte del capital inmaterial e intelectual, definida por la proporción de trabajadores del conocimiento -*knowledge workers*- y de las actividades de alta intensidad de saberes —servicios informáticos, I+D, enseñanza, formación, salud, multimedia, *software*— se afirma, en lo sucesivo, como la variable clave del crecimiento del capitalismo actual. Es una etapa caracterizada por la puesta en marcha de una nueva división internacional del trabajo fundada sobre principios cognitivos y en la que la regu-

lación se apoya en los nuevos cercamientos del saber y en la captación de lo cognitivo en provecho de lo financiero.

Justamente los Acuerdos sobre Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (APDIC o TRIPS en sus siglas por inglés) del año 1995, fueron el mecanismo por el cual un organismo multilateral global como la Organización Mundial del Comercio (OMC) impuso los intereses del complejo farmacéutico a los Estados y sistemas de salud especialmente con impactos agravados en aquellos países dependientes de importaciones farmacéuticas con balanzas comerciales deficitarias como es el caso de América Latina y el Caribe (Hamilton, 1996). Estos derechos de patentes y licencias obligatorias sobre los productos, vacunas y fármacos implicaron en los hechos poner al comercio y el lucro de la multinacional farmacéutica por sobre la salud colectiva.

Claro que existen algunos mecanismos de flexibilización por emergencias de salud pública que altera en parte los TRIPS que pueden ser producidos y exportados sin licencia compulsiva cuando el objetivo es atender necesidades de países que no pueden fabricar y producir esos productos. También la enmienda dentro de los procesos vigentes por acuerdos de licencia voluntaria, que se negocia caso por caso.

Ahora bien, previo al Acuerdo sobre los ADPIC, más de 50 países –incluidos India, Argentina y Brasil– contemplaban en sus legislaciones la prohibición de patentes sobre productos farmacéuticos, lo cual obedecía a razones de salud pública, particularmente al temor de que las patentes limitaran el acceso a un bien público global como son los medicamentos y las vacunas (Allard Soto, 2015).

El libro de Susan Sell de *Private Power, Public Law* (2003) describe con todo detalle la captura del proceso y el resultado del Acuerdo sobre los ADPIC por el Comité de Propiedad Internacional con sede en EE UU. Este comité estaba integrado por Bristol-Myers, CBS, DuPont, General Electric, General Motors, Hewlett Packard, IBM, Johnson & Johnson, Merck, Monsanto y Pfizer. Este comité ejerció una influencia extraordinaria en las negociaciones comerciales y, al final, logró plasmar sus objetivos corporativos privados en una ley global uniforme que se aplica y se hace cumplir en todos los estados miembros de la OMC.

El modelo de negocios de las vacunas ya no implica inmunización para proteger sociedades en un capitalismo productivo, o a la humanidad toda. Tampoco un simple bien de mercado en un esquema farmacéutico privado y de pago de bolsillo, o en venta a usuarios individuales con poder compra. El modelo de negocio en el siglo XXI radica en lograr esquemas de maximización de costo-beneficio con

la implementación o promoción de nuevas vacunas que fácilmente sean incorporadas a los programas nacionales de inmunización de cada país, incidir en los comités de expertos de la OMS para que se introduzcan y se amplíen las coberturas de vacunación a nivel global, logrando que el stock de ventas se amplíe bajo asociaciones público-privadas que minimizan riesgos y garantizan amplios beneficios (o bien porque paga el Estado, o bien alianzas público-privadas, o bien la cooperación internacional).

Es decir, el plan de negocios en vacunas es lograr vía asociaciones público-privadas que estas se transformen en obligatorias en planes de inmunización a través de una creciente dependencia a las cadenas globales de valor con coordenadas geopolíticas bastante evidentes.

En resumen, lo que viene ocurriendo a nivel internacional y regional implica poner en evidencia que la autoridad médica occidental internacional conocida como Organización Mundial de Salud (OMS) se encuentra colonizada por estos procesos e intereses del propio complejo farmacéutico global, gracias a un proceso acelerado de privatización que la despoja de cualquier rol en la salud pública (Velázquez, 2003).

Casi el 90% del Programa de Medicamentos de la OMS es financiado directamente por la Fundación Bill y Melinda Gates que entrega fondos a los temas que le interesan. El 80 % del presupuesto de la OMS depende de donaciones públicas o privadas (no del aporte de los Estados), que se conocen como contribuciones voluntarias (especificadas, temáticas, básicas), *«que se concentran en diversos países, en la Fundación Bill y Melinda Gates y en la industria farmacéutica»* (OMS, 2019).

Cuando un donante da dinero, por ejemplo, la industria farmacéutica, sus representantes solicitan estar presentes en los comités de expertos de los diferentes programas [de la OMS]. Ya había sucedido con la epidemia H1N1, donde los posibles fabricantes de vacunas y de medicamentos, como el Tamiflú en caso de Gilead, que tenían asientos en el comité de expertos de la OMS que estaba decidiendo si se declaraba una epidemia (Basile, 2020a).

**Tabla 1. Fuentes de financiamiento anual de OMS – Año 2019**

Nombre	Valores	En %
Contribuciones estimadas (Estados)	956,900,000.00	17.0%
Contribuciones voluntarias - Especificadas	4,207,849,336.00	74.8%
Contribuciones voluntarias - Temáticas	120,208,326.00	2.1%
Contribuciones voluntarias básicas	160,592,410.47	2.9%
Contribuciones PIP	178,053,223.01	3.2%
Total	5,623,603,295.48	

Fuente: OMS, 2019.

**Tabla 2. Fuentes de donantes de financiamiento voluntario de OMS – Año 2019**

Donante	En %
Estados Unidos de América	15.15
Fundación Bill y Melinda Gates	10.82
Reino Unido de Gran Bretaña	8.12
Alianza GAVI	7.93
Alemania	5.47
Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (UNOCHA)	4.81
Rotary International	3.57
World Bank	3.23
Comisión Europea	3.12
Diversa	2.99
Fideicomiso Filantrópico Nacional (NPT)	2.72
Japón	2.59

Fuente: OMS, 2019.

La Junta de la Alianza mundial de Vacunas conocida como GAVI ya en su plan estratégico Fase V (2021-2025), en junio de 2018 preseleccionó seis vacunas candidatas para la prevención de enfermedades endémicas para su consideración adicional y el desarrollo de casos de inversión público-privada para su expansión en su esquema de negocios:

- Vacuna conjugada meningocócica multivalente;
- Dosis de hepatitis B al nacer;
- Vacuna oral contra el cólera para inmunización preventiva planificada;

- Refuerzos que contienen difteria, tétanos y tos ferina (D, T & P);
- Productos de inmunización del virus respiratorio sincitial (VSR); y
- Profilaxis post-exposición contra la rabia.

Como se puede observar, hay vacunas nuevas y otras que se le introducen “modificaciones” y/o refuerzos (GAVI, 2020). Incluso el GAVI ya estaba trabajando en esquemas para la preparación y respuesta ante epidemias/pandemias con un objetivo de estructurar el proceso de evaluación y toma de decisiones en torno a cuatro preguntas para el modelo de negocios<sup>1</sup>:

- Riesgo y carga de enfermedad: ¿el potencial epidémico de la enfermedad es suficiente para priorizar una reserva o una inversión similar?
- Impacto y viabilidad de la vacuna: ¿la vacuna sería factible de usar e impactante como parte de la preparación y respuesta a la epidemia?
- Apto para GAVI y sus socios: ¿cuál es la ventaja comparativa de Gavi y cómo puede contribuir la experiencia de GAVI a la financiación y distribución de esta vacuna?
- Implicaciones financieras: ¿cuál es la escala apropiada de la reserva (o intervención relacionada) y cuáles serían las implicaciones financieras de una inversión?

En este contexto de expansión y concentración de mercado, desde los años '90 el mercado farmacéutico mundial está conociendo un continuo de fusiones y adquisiciones que modificaron drásticamente este sector atravesados por procesos críticos:

- *Concentración y crecimiento continuo.* Un sector que crece de forma constante y en el mismo proceso se concentra fuertemente en pocos jugadores de mercado farmacéutico.
- *Estancamiento en la innovación, ante riesgo de expiración de patentes el desarrollo de los genéricos como camino de mantener expansión de mercado.* El pasado 16 de noviembre de 2020 se lanzó Viatrix (es una fusión entre Pfizer Business-Upjohn- y Mylan), la empresa más gran del mundo de productos farmacéuticos genéricos y marcas sin patentes.

---

1 GAVI. Estrategia de inversiones. <https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/vaccine-investment-strategy>

- *Extender el periodo de exclusividad vía Patentes* de los medicamentos y vacunas más rentables. Los APDIC “Plus” responden claramente a esta lógica.
- *Agresivas políticas de marketing y precios*. Tendencia avanza al vínculo comercial con los *pacientes* mediante campañas de comunicación, publicidad y de marketing directo, creación, soporte y financiamiento de asociaciones de consumidores y de pacientes por patologías rentables especialmente en enfermedades crónicas y de altos costos, difusión de *información* científica basada en evidencia producida por la propia industria para crear demanda del “*paciente-consumidor*”.
- *Financierización de la industria farmacéutica global*: las empresas están derivando su valor principalmente de los activos que generan rentas y los derechos de propiedad más que a su habilidad de producir productos útiles para la salud colectiva y el desarrollo científico productivo.
- *La propagación de ensayos clínicos con implementación de una geopolítica de la experimentación en el Sur* bajo una lógica de ciencia/negocio y costo/beneficio violentando la bioética, falta de transparencia en acceso a información clave y feroces *lobbys* en los organismos evaluadores para que respondan a los intereses del CMIF (Homedes y Ugalde, 2016).
- *División internacional del trabajo*: entre centros globales que investigan, desarrollan y producen, y luego transfieren condicionantes o bien en la propia producción o bien en cierta transferencia tecnológica dependiente.
- *La ecología política de la biotecnología y el complejo farmacéutico*: además del metabolismo farmacéuticas-naturaleza en la conexión con la expansión de la biotecnología, también hay un cada vez más complicado problema: la basura farmacéutica en la producción, consumo y eliminación de fármacos, que representa una seria amenaza para los ecosistemas y la salud humana. Cada vez que animales humanos y no humanos consumen un medicamento, entre el 30 y el 90% de la dosis administrada se excreta generalmente como sustancia activa en la orina y las heces. Otra parte importante de los medicamentos se desecha en fregaderos e inodoros y acaba en el ambiente. Se detectaron residuos farmacéuticos en aguas superficiales, efluentes de aguas residuales, aguas subterráneas, agua potable, estiércol, suelo y otras matrices ambientales a nivel mundial. Los fármacos más encontrados en el agua son los calmantes del dolor y

los antibióticos diclofenaco, Ibuprofeno, Carbamazepina, sulfametoxadol, naproxeno, entre otros (Gwynne Lyons, 2014).

Este proceso crítico de mercantilización creciente de las vacunas, más allá de la desinformación sanitaria imperante y ciertas lógicas ideológicas *negacionistas*, produjo acelerados efectos adversos poco estudiados, iatrogenia, y otras cuestiones que alimentaron el crecimiento del actual universo poblacional de lo que se denomina como “*antivacunas*”. En general, suele haber una incompreensión con este proceso de *descuidadanización* de grupos sociales disociados del cuidado colectivo a través del acceso a vacunas con valor de uso y efectividad para ciertos problemas de salud colectiva y protección sanitaria.

Frente a sistemas complejos que se reproducen por los impactos generados por la acelerada mercantilización y medicalización farmacéutica sumamente dañinos de las últimos cinco décadas, por otro lado, los gobiernos, gestores de salud pública, actores sociales o sistemas políticos suelen enojarse con los grupos humanos descreídos, y no con los procesos de determinación de estos fenómenos sociales, culturales y colectivos.

## **GEPOLÍTICA DEL PODER Y CONOCIMIENTO SANITARIO EN LAS VACUNAS DEL SARS-COV-2**

La propia autoridad médica internacional de la OMS se encuentra subsumida a las demandas permanentes del Norte global en especial de EE. UU., Gran Bretaña, Australia y Europa para responder a esta lógica de seguridad sanitaria global. Es decir, si una crisis epidemiológica internacional es una amenaza de seguridad nacional, las vacunas pasan a ser un stock e insumo estratégico en la concepción de una matriz de “guerra” epidemiológica, metáfora tan difundida en la respuesta sanitaria al SARS-CoV-2 en este periodo.

Un caso testigo de esta geopolítica de dependencia que se mueve en la seguridad sanitaria como determinación internacional es el asunto internacional del acceso a las vacunas de SARS-CoV-2. Encontrando una dinámica de dependencia con el caso paradigmático de entramados que actualmente se reproducen y gobiernan el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 conocido como el “Mecanismo COVAX” de la OMS junto a la alianza GAVI y CEPI.

Este mecanismo representa una trama donde se garantizaron los derechos de patentes de las vacunas bajo la lógica de mercado y seguridad sanitaria donde sólo se comprometen a donar una proporción de los excedentes productivos que supone más un sentido de “*beneficencia y caridad global*” con el Sur que un acceso a un bien público global

ante la necesidad de inmunización de 7000 millones de personas en el mundo.

Es decir, lo que evidencia el Mecanismo COVAX es que en el gobierno del acceso a las vacunas del SARS-CoV-2 estuvo directamente tomando decisiones las farmacéuticas junto a los Estados del Norte global.

CEPI y GAVI son centralmente los que gobernaron a la OMS en su estrategia y política global sobre vacunas de SARS-CoV-2. Una caracterización y cartografía de estos actores puede ayudar a una mejor comprensión de los sistemas complejos que se mueven en la respuesta a las crisis epidemiológicas como el COVID-19 y otras pandemias y/o epidemias de alcance internacional (pasadas o futuras).

En enero de 2016, en la reunión del Foro Económico Mundial en Davos, Suiza (World Economic Forum, en sus siglas en inglés), nació un proyecto muy particular con el objetivo de explorar nuevas vías de respuestas a los retos que planteaba la agenda de salud global liberal en relación a las enfermedades infecciosas emergentes (Basile, 2020a). Este espacio fue gestado en el seno de la OMS, entre los lazos que existen entre corporaciones y varios gobiernos del Norte global, y entidades de diversa naturaleza y múltiples expertos.

Este proyecto fue concretado con el nombre de 4 , con tres objetivos principales: 1) estimular, financiar y coordinar el desarrollo de nuevas vacunas frente a enfermedades infecciosas capaces de causar brotes y epidemias, 2) avanzar en el desarrollo de candidatos de vacunas para las enfermedades de mayor interés; y 3) desarrollar una plataforma técnica e institucional para coordinar la respuesta ante la emergencia de patógenos. En cuanto a las entidades fabricantes de vacunas y de tecnología y las dedicadas al desarrollo de ensayos clínicos en fase III, la propuesta de CEPI incluye compartir riesgos y beneficios y exige una política de precios razonable. En fin, una “*suerte de política de mercado de aseguramiento de global*” a decir de Rottingen (2017), que despertó gran interés en gobiernos del Norte global y la federación de la industria farmacéutica global (IFPMA, por sus siglas en inglés).

*“Vivimos en un mundo cada vez más interconectado, y los brotes de ébola y zika han demostrado que carecemos de herramientas biomédicas, estrategias de inversión en I + D, marcos regulatorios y sistemas de vigilancia proactiva necesarios para detener la próxima pandemia. Muchos virus mortales con el potencial de estallar en crisis de salud mundial que circulan en los márgenes de la sociedad humana. Hemos encontrado estos patógenos antes y podemos estar seguros ellos regresarán. Es por eso que la Fundación Bill y Melinda Gates es trabajando en asociación con socios del sector público y privado para superar las fallas del mercado,*

*abordar los desafíos, y acelerar el desarrollo de sistemas seguros y efectivos vacunas para amenazas pandémicas conocidas y desconocidas. A través de CEPI, junto con un sistema mejorado de vigilancia de pandemias”, explica Trevor Mundel de Bill & Melinda Gates Foundation<sup>2</sup> en impulso de CEPI.*

John-Arne Røttingen (CEO interino de CEPI, 2020): *“La respuesta de I + D a la epidemia de ébola en África occidental fue tanto un éxito como un fracaso. Nunca, la industria, las agencias gubernamentales, la academia y las ONG colaboró de manera tan eficaz para planificar y realizar más de una docena ensayos clínicos de vacunas en menos de un año. Pero también mostró que el sistema de I + D no está preparado para estas amenazas: no habíamos hecho investigación adecuada antes de la epidemia, lo que provocó retrasos innecesarios y pérdida de vida. CEPI se basará en el espíritu de trabajo conjunto que se encendió por el ébola para crear un nuevo sistema de I + D para epidemias que han exigido paneles internacionales. Esta asociación nos dará las nuevas vacunas que necesitamos para un mundo más seguro”.*

El plan de negocios de la CEPI 2019-2022<sup>3</sup> hace explícito que *“para mejorar la respuesta a nuevos brotes y epidemias, la Asamblea Mundial de la Salud delegada en la OMS y el Plan de Acción para prevenir epidemias (Blueprint Action to Prevent Epidemics, en inglés), es una estrategia global y plan de preparación para reducir los tiempos entre la declaratoria de una emergencia de salud pública de interés internacional y la disponibilidad de métodos diagnósticos, de terapéutica y vacunas que se puedan usar en la respuesta para dicha crisis”.* Este Plan de Acción está gobernado por el complejo farmacéutico y la salud global liberal.

*¿Qué están diciendo Gates Foundation y la CEPI?* Que el complejo médico industrial farmacéutico y las corporaciones multinacionales globales tienen claro que el plan de negocios en el siglo XXI es producir nuevas vacunas para cada crisis epidemiológica global y que estas se transformen en un bien estratégico no tan sólo de mercado, sino de seguridad sanitaria y geopolítica del sistema mundo contemporáneo.

Así lo expresa Soumya Swaminathan, científico jefe de la Organización Mundial de la Salud (IFPMA, 2021): *“Necesitamos explorar soluciones a corto y mediano plazo para abordar el problema de la desigualdad en la disponibilidad de vacunas... fortalecer la seguridad*

---

2 CEPI (2017). Preliminary Business Plan 2017. [https://cepi.net/wp-content/uploads/2019/02/CEPI-Preliminary-Business-Plan-061216\\_0.pdf](https://cepi.net/wp-content/uploads/2019/02/CEPI-Preliminary-Business-Plan-061216_0.pdf)

3 CEPI (2020). Business Plan 2019-2022. <https://cepi.net/wp-content/uploads/2019/10/CEPI-Business-Plan-2019-2022-1.pdf>

*sanitaria regional posibilitará el uso de nuevas plataformas para desarrollar vacunas para COVID y otras enfermedades infecciosas”.*

Además de la caracterización de CEPI, es necesario describir en particular a la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI por sus siglas en inglés) conocida como la Alianza GAVI. El impacto geopolítico de GAVI se basa en las fortalezas de sus socios principales: la Organización Mundial de la Salud, Unicef, el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates, y la participación de la propia industria farmacéutica global que tiene una participación del 60% del financiamiento de la alianza GAVI.

Los representantes de la Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes de Productos Farmacéuticos (IFPMA, por siglas en inglés) tienen un puesto en la Junta directiva de GAVI. La IFPMA representa a más de 55 corporaciones farmacéuticas globales, incluidas Johnson & Johnson, GlaxoSmithKline, Merck & Co., Novartis, Sanofi Pasteur, la división de vacunas de Sanofi-Aventis y Pfizer.

*“Nuestro sólido modelo de negocios nos permite ayudar a los países a introducir nuevas vacunas. Apoyamos a los países en la mejora de sus sistemas de salud e inmunización para aumentar la cobertura y llegar a todos”,* expresa la descripción del modelo de negocios y comercialización de las alianzas público-privadas de Alianza de Vacunas más conocida como GAVI (2021).

Es decir, cuando se realiza una revisión sistemática, se encuentra una dependencia al Mecanismo COVAX que la OMS y OPS promovieron en la región latinoamericana y caribeña, pero la pregunta de investigación es si este mecanismo fue ineficiente o poco útil, o en realidad cumplió la función para lo cual fue diseñado.

Sólo un dato puede ser descriptor de este sistema complejo (Morin, 2007): Bill Gates realizó una donación de 1.75 billones de dólares para la respuesta al Covid-19 durante el 2020-2021, mientras en el mismo periodo su fortuna creció en 33 billones de dólares a partir de la pandemia. Este es un eslabón claro del filantropocapitalismo sanitario preminente en la salud global liberal imperante: toda necesidad o problema del ser humano puede transformarse en una empresa rentable. Incluso en la filantropía global hay espacios para la acumulación acelerada del capital transnacional y deslocalizado (Birn, 2018).

## **PRODUCCIÓN DE VACUNAS DE SARS-COV-2: ENTRE BIG PHARMA, EXCEDENTES PRODUCTIVOS DEL NORTE Y PATENTES**

La velocidad en la producción de la vacuna del SARS-CoV-2 en general no se debió a la brillantez de los monopolios farmacéuticos en investigación y desarrollo (I+D), sino a una combinación de shocks de fondos públicos donde se comparten los riesgos y beneficios del de-

sarrollo de vacunas en el nuevo capitalismo cognitivo y estudios previos de centros de investigación sobre los coronavirus (MERS, SARS) incluyendo a las plataformas biotecnológicas ya existentes de ARNm que hicieron posible el avance sobre estas vacunas.

Pfizer que se precia de decir que rechaza el dinero público para mantener la independencia, se asoció con la alemana BioNTech, una empresa que recibió más de 440 millones de dólares en fondos del gobierno federal alemán.

Moderna, creada en 2010 por profesores universitarios estadounidenses multimillonarios bajo la dinámica de una ciencia biomédica empresarial (como Noubar Afeyan, Robert Langer, Stéphane Bancel y otros<sup>4</sup>) junto a una financiera de riesgo, tiene como inversores a la Fundación Gates, a Merck y a la propia AstraZeneca. El objetivo de Moderna fue construir una plataforma de tecnología de ARNm desde su creación inicial, y recibió alrededor de 2.5 mil millones en investigación federal para la vacuna del SARS-CoV-2 y financiamiento para suministros como parte del programa Operation Warp Speed del gobierno federal de Estados Unidos.

El caso Moderna y la expansión de una academia biomédica multimillonaria a través de la *monetización* del saber resulta pertinente para comprender la fabricación del conocimiento en el siglo XXI, lo que se conoce como capitalismo cognitivo (Blondeau y Sánchez, 2004).

También la alianza de la Universidad de Oxford y AstraZeneca se basa en fondos públicos. En América Latina y el Caribe la mayor plataforma que intentó apropiarse de la producción de vacunas de SARS-CoV-2 (con un importante fracaso en la cadena de suministros y capacidad de producción-distribución) fue el consorcio farmacéutico de AstraZeneca con el grupo Carso<sup>5</sup> de Carlos Slim (México) y el grupo Insud<sup>6</sup> de Hugo Sigma (Argentina) con su laboratorio mAbxience y su fundación filantrópica Mundo Sano que tuvieron un apoyo financiero y operacional de varios Estados latinoamericanos y caribeños.

La controversia en torno al papel de Bill Gates por sugerir a Oxford una lista de corporaciones farmacéuticas con las que “*hacer equipo*” es comprensible dado que los científicos detrás del desarrollo de la vacuna, dirigidos por la profesora Sarah Gilbert, de la Universidad de Oxford y su *spin-off* (empresa que surgió al escindirse de la universidad), Vaccitech, inicialmente querían que las licencias de

---

4 Laboratorio Moderna. Board Directors. <https://www.modernatx.com/modernas-board-directors>

5 Grupo Carso. <https://www.carso.com.mx/>

6 Grupo Insud. <https://www.grupoinsud.com/>

las patentes universitarias relacionadas con Covid-19 fueran abiertas. Aunque ellos no estaban en contra de las patentes en sí mismo.

Sin embargo, centrarse en la figura de Gates confunde el papel de la Universidad de Oxford, que ya tenía patentes intelectuales de la tecnología de vectores de adenovirus y la podía monetizar, y más en general, la creciente naturaleza privada / pública de la ciencia universitaria, en la que los científicos actúan como científicos-empresarios, actores clave del nuevo capitalismo cognitivo (Blondeau y Sánchez, 2004).

Según el rastreador de vacunas de Covid-19 de la OMS (2021) se estaban probando 137 candidatos vacunales en ensayos clínicos en humanos, 194 en estudios pre clínicos en animales, y se aprobaron 33 vacunas.

Kreier (2021) considera que fue un logro sin precedentes, ya que las vacunas generalmente requieren años de investigación. Aunque es importante recordar que las vacunas sobre endemias y procesos de salud-enfermedad con brotes epidémicos requirieron de años para su desarrollo y aprobación. Quizás es interesante dejar el interrogante de encontrar las razones de *por qué* en la pandemia de VIH no fue posible un desarrollo similar al SARS-CoV-2. Que incentivos de aceleración y mercantilización primaron en esta pandemia, no así en el caso del VIH.

De la revisión general se deduce que todas las vacunas aprobadas tuvieron procesos de investigación y desarrollo con evaluación de la eficacia y bioseguridad en ensayos pre-clínicos, clínicos de fase III y IV para su habilitación para uso en humanos. Ese proceso marcó un umbral de eficacia, inmunogenicidad y bioseguridad con variabilidad de rangos entre 60 y 95%. En todas las vacunas pareciera que la efectividad sería significativamente mayor para evitar casos sintomáticos graves y hospitalizaciones agudas por COVID-19 (Thompson et al., 2021; Dagan et al., 2021; Jara et al., 2021, Falsey et al., 2021).

Aunque las cadenas de transmisión con variantes virales emergentes del SARS-CoV-2 consideradas de interés y de preocupación (Omicrón, Delta, Gamma, Beta, otras) sólo afectan parcialmente la eficacia, ya que las vacunas actualmente aprobadas demuestran protección neutralizante en las diversas variantes circulantes en el 2021 para proteger de la enfermedad grave, hospitalización y muerte.

Aún se desconoce qué tan efectivas serán las vacunas contra nuevas variantes que puedan surgir especialmente en las reinfecciones como es el caso de Omicrón (Krause et al., 2021).

Actualmente las variantes bajo monitoreo epidemiológico en general son Alpha (linajes B.1.1.7 y Q), Beta (linajes B.1.35 y descendientes), Gamma (linajes P.1 y descendientes), Epsilon (B.1.43 y B.1.43),

Eta (B.1.52), Iota (B.1.53), Kappa (B.1.617.1), 1.617.3, Mu (B.1.621, B.1.621.1) y Zeta (P.2). La variante Delta (linajes B.1.617.2 y AY) y Omicrón son consideradas de preocupación por varios países (CDC, 2021).

En relación a efectos adversos, el hecho que estas vacunas se hayan aplicado para uso de emergencia y, muchas de ellas con tecnologías experimentales de tipo recombinante que utilizan ARN, genera un contexto de incertidumbre sobre todo por el escaso tiempo empleado para su aprobación y las no siempre adecuadas medidas de fármaco vigilancia y monitoreo epidemiológico asumidas por los Estados y sistemas de salud.

En general se detectaron baja incidencia de eventos adversos relevantes como trombocitopenia, miocarditis, linfadenopatía, apendicitis e infección por herpes zóster, entre otros (Takuva et al., 2021; Barda et al., 2021), siendo las vacunas de virus inactivados las que presentaron menores registros de eventos (Yang et al., 2021).

Existen también múltiples alianzas que triangulan Estado, universidades, centros de investigación y complejo médico industrial privado, en los cuales la presencia del Estado se limita a aportar en el desarrollo de conocimientos y el financiamiento, para colocar la producción en el mundo de lo privado, típica posición que asume el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos.

Desde el punto de vista de la producción, de las 33 vacunas aprobadas solo 5 fueron producidas en centros de investigación que pueden caracterizarse como enteramente estatales, el resto fueron desarrolladas por corporaciones privadas y consorcios de asociaciones públicos-privados cuestión que ya venía ocurriendo en la dinámica global del sistema farmacéutico en las últimas décadas.

Esto marca que solamente tres países estén realizando la vacunación de su población sin depender del complejo farmacéutico global y la OMS.

Desde la perspectiva de la investigación y desarrollo productivo solamente Rusia, China y Cuba lo hacen con fuerte presencia del Estado y negociaciones directas diplomáticas públicas. En China, se aplicaron *más de 2 billones de dosis* totalmente producidas por sus industrias farmacéuticas.

Caso especial para resaltar, Cuba, que, padeciendo un bloqueo económico desde hace 60 años, desarrolla una industria biotecnológica que le permite producir cuatro vacunas Soberana 01 y 02 (Instituto Finlay) y Abdala y Mambisa (del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología-CIGB), desde donde avanza a inmunizar a su población con sus propios recursos, además de ofrecerlas a otros países del Sur.

Es el único país de América Latina y el Caribe que hasta el momento logró aplicar una vacuna propia a su población.

Por el contrario, las *Big Pharma* como Pfizer, Moderna o Janssen recién a partir de junio del 2021, una vez avanzado con el cumplimiento de aprovisionamiento y programación acelerada de la vacunación con sus sociedades centrales del Norte global, comenzaron a colocar sus excedentes productivos en entregas directas de los contratos con la región latinoamericana caribeña o bien a través de vacunas *marcadas vía COVAX*.

Es evidente que la pugna por el control del mercado mundial de vacunas de SARS-CoV-2, visible en la guerra publicitaria que generaron los anuncios preliminares de aprobación y efectividad, como en ciertas campañas sistemáticas dependiendo el país contra las vacunas de Rusia, China o Cuba, donde pareciera que parte de la impugnación a algunas inmunizaciones giraron alrededor de esa disputa por el mercado y reafirmación geopolítica, siempre partiendo de la necesidad del monitoreo de calidad que en todos los casos deben ser realizados.

**Tabla 3. Principales vacunas aprobadas y de uso en América Latina y el Caribe /año: 2021**

Empresa	País	Mecanismo	Situación	Observaciones
1. Pfizer-BioNTech – Fosun Pharma	EE. UU. Alemania	En base a ARN (BNT162b2/ 3 LNP-mRNAs )	Aprobada en EE.UU y en la UE.	Principal vacuna usada en los EE.UU, Unión Europea y otros.
2. Moderna + National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)	EE. UU.	En base ARN (mRNA-1273-351)	Aprobada para uso de emergencia en EE.UU	Usada en EE. UU., Unión Europea, Canadá y otros.
3. Centro Nacional Gamaleya	Rusia	Vector Viral (Adenovirus Ad26, Ad5)	Aprobada en Rusia y otros países. No aprobada en FDA(EE.UU) y EMA (Unión Europea) ni en OMS.	Principal vacuna usada en Rusia. Utilizada en México, Argentina, Bolivia, Venezuela, otros.
4. AstraZeneca-Oxford University	UK	Vector viral (ChAdOx1/ Covishield / Vaxzevria)	Aprobada para uso de emergencia en UK, Brasil, India, Unión Europea y otros países.	Principal vacuna usada en parte Unión Europea y en Mecanismo COVAX.

5. CanSino Biological Inc./ Beijing Institute of Biotechnology	China	Vector Viral (Adenovirus Ad5-nCoV)	Aprobada en China. Aprobada para uso de emergencia en otros países	Requiere una sola dosis.
6. Janssen Pharmaceutical - Johnson & Johnson	EE. UU.	Vector Viral (Adenovirus Ad26)	Aprobada para uso de emergencia en EE. UU. y Unión Europea	Requiere una sola dosis
7. Sinopharm + China National Biotec Group Co + Beijing Institute of Biological Products	China	Virus inactivado	Aprobada en China	Principal vacuna usada en China
8. Sinovac Research and Development Co., Ltd	China	Virus inactivado	Aprobada en China	Vacuna utilizada en China y en América Latina y el Caribe.
9. Sinopharm + China National Biotec Group Co + Wuhan Institute of Biological Products	China	Virus inactivado	Aprobada en China	Vacuna utilizada en algunos países de América Latina.
10. Instituto Finlay de Vacunas	Cuba	Subunidad proteica (FINLAY-FR-2 anti-SARS-CoV-2 Vaccine (RBD)	Aprobada en Cuba	Utilizada en Cuba. Lotes en Venezuela y Vietnam. Proceso en México.
11. CIGB (Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología)	Cuba	Subunidad proteica (CIGB-66) (RBD + aluminium hydroxide)	Aprobada en Cuba	Utilizada en Cuba hasta el momento.

Fuente: Vaccines Tracker de OMS (2021).

Existen grandes vacíos de conocimiento alrededor de las principales vacunas y la perdurabilidad de la inmunicidad. Aún hay desconocimiento en la duración de la respuesta inmunitaria neutralizante del SARS-CoV-2 y en particular con sus variantes. Estudios en Israel (Levin et al., 2021) y en China con diferentes tipos de vacunas demuestran la necesidad de refuerzos (Mahase, 2021; Bar-On et al., 2021). Estos vacíos de conocimientos nos hacen presa fácil de los intereses

del gran capital farmacéutico y del complejo médico industrial que transforma esta pandemia en una gran oportunidad de ganancias y de geopolítica de seguridad sanitaria.

La implicancia en la necesidad de refuerzos (*booster*, en inglés) luego de los 6 meses o quizás anualmente (Bar-On et al., 2021), o en periodos estacionales de prevalencia de enfermedades respiratorias dependiendo la región, produce de hecho una mayor dependencia a la compra y acceso de vacunas de SARS-CoV-2 incorporándose posiblemente su cobertura en los calendarios de inmunización nacional reconociendo que este siempre es un objetivo de los planes de negocios de los fabricantes y productores (GAVI, 2021).

Si bien la revisión sobre las vacunas permite identificar los avances científicos, su acceso y distribución es un evidente problema de política de salud internacional. En este sentido, el sistema de patentes de propiedad sobre las vacunas a través de APDIC es una de las barreras críticas para mejorar el acceso como bien público global para la protección, aunque no es la única estrategia de afrontamiento.

Costa Rica durante la primera etapa de la pandemia de SARS-CoV-2 ya había manifestado la necesidad de reconstruir un sistema de ciencia abierta para la respuesta a la emergencia de salud pública. El esquema “Fondo de Acceso Mancomunado a la Tecnología contra COVID-19” (C-TAP por sus siglas en inglés), tal como lo propuso Costa Rica en marzo de 2020 también sería un mecanismo a través del cual el conocimiento, la propiedad intelectual y la información se podrían compartir, por ejemplo, a través de la creación de un banco (repositorio) de las patentes relevantes. El C-TAP no está en contra de la propiedad intelectual en el sentido de querer revocar las patentes; pero propone licencias abiertas para tecnologías relacionadas con Covid-19. La respuesta estándar del complejo industria farmacéutica o fue que las tecnologías involucradas en las actuales vacunas son nuevas (tecnologías de adenovirus y ARNm) y que se necesita algo más que la “receta” de la patente para replicarlas. Esta fue una vía muerta para discutir las patentes de las vacunas.

Por otro lado, solo India y Sudáfrica desde un principio propusieron una suspensión *temporal* de la implementación, aplicación y cumplimiento de determinadas obligaciones de propiedad intelectual de las APDIC, incluyendo temas de patentes, derechos de autor, diseños industriales y protección de la información no divulgada para el tratamiento, prevención y respuesta que tenga relación con el SARS-CoV-2. Estos países presentaron la iniciativa a mediados de octubre de 2020 ante el Consejo de los ADPIC, que monitorea el cumplimiento de ese acuerdo ante la Organización Mundial del Comercio(OMC), y

desde entonces sigue generando controversias, dilaciones, postergaciones y parálisis.

Esta propuesta fue debatida y rechazada durante la reunión general de la OMC en diciembre de 2020, a pesar de que entonces ya estaba patrocinada por cuatro países, y estaba avalada por más de un centenar –entre los cuales figuran varios de América Latina y el Caribe– y que ya contaba con el apoyo suficiente.

La iniciativa pudo ser tratada durante la primera reunión del Consejo General de la OMC del 2021, el 1 de marzo, pero a pesar de que en ese mismo encuentro se implicaron nuevos países como patrocinadores de la iniciativa de liberación de patentes. Durante el mes de octubre 2021 ocurre lo mismo: no hubo acuerdo para tratar el tema, lo cual hizo que se postergue nuevamente hacia la reunión general de OMC en diciembre.

Mientras ocurre esto en OMC, el Chatham House (2021), también conocido como el Instituto Real de Asuntos Internacionales conocido *think thank* británico, convocaba a puertas cerradas en el mes de marzo del 2021 a una Cumbre Mundial de Fabricación y Cadenas de suministro de vacunas C19 co-auspiciada por COVAX junto a la Organización de Innovación Biotecnológica (BIO), la Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes de Productos Farmacéuticos (IFPMA), la CEPI y el GAVI. Ahí estuvo la OMS.

En esta Cumbre se abordaron las necesidades de las farmacéuticas globales en cadenas de suministros, en movilidad comercial y evitar barreras de distribución o impositivas, aceleración de la producción industrial para la distribución de geopolítica desde COVAX y comercialización de los excedentes productivos, otros.

En una misma mesa las Big Pharma (IFPMA), CEPI, GAVI, BIO y la propia OMS. En ese mismo periodo, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus agradecía las promesas de financiamiento de los países del G7 para aportar 7.500 millones de dólares al Mecanismo COVAX, y afirmaba la necesidad de “solidaridad” y “ética” con la distribución y acceso global a vacunas del SARS-Cov-2. Una diplomacia de enunciados *soft*, pero con una clara geopolítica de articulaciones y movimientos de política internacional.

La actual pandemia global y epidemias particulares se construyó sobre una gramática y lenguaje de afrontamiento que delimitaron los campos del saber y del hacer frente al SARS-CoV-2 donde la propia OMS y sus representaciones la transcurrieron reafirmando todo el tiempo los intereses de la renovada salud global liberal en articulación con la premisa de seguridad sanitaria (Basile, 2018).

Ante la caracterización y escala de observación que plantea este artículo, resulta evidente -pero insuficiente- describir como un indica-

dor de resultado el vigente proceso de desigualdad en el acceso a las vacunas.

En la perspectiva simplificada comparada de la distribución y aplicación, el 57% de la población mundial para finales de diciembre del 2021 recibieron al menos una dosis de la vacuna de Covid-19. Se administraron ya 8.850 mil millones de dosis en todo el mundo, pero sólo en 8,6% remite a dos dosis en África. Recordemos que el mundo tiene 7.800 millones de habitantes (7.8 billones), y sólo el 48% de la población mundial recibió un esquema completo de dosis de vacuna de Covid-19 (OurWorldData, 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud, el 95% de las vacunas contra el coronavirus se concentra en diez países: Estados Unidos, China, Reino Unido, Israel, Emiratos Árabes Unidos, Italia, Rusia, Alemania, España y Canadá. Los países del Norte global captaron todo el flujo de producción de vacunas de Pfizer, Moderna, AstraZeneca, J&J y Novavax en el primer semestre del año 2021, lo cual significó que recién a partir del mes de junio del año se comenzaron a distribuir los excedentes productivos y cumplir contratos.

En América Latina y el Caribe, para finales del mes de diciembre del 2021 ya Cuba lidera con el 91% con población con vacunas de Covid-19 (84% con dos dosis, y 7% con una) y es el país en promedio que más vacunación por día realiza. Los países latinoamericanos caribeños que tienen más del 50 % de su población totalmente vacunada (con esquemas de dos dosis): Chile (86 %), Uruguay (77%), Argentina (70%), Ecuador (68%), Brasil (67%), Costa Rica (67%), El Salvador(64%), Perú(62%), República Dominicana (60%), México (56%), Panamá (56%). Aunque estos promedios, por el contrario, invisibilizan que en la misma región otro grupo de países se encuentran aún por debajo del 40% como: Bolivia (39%), Paraguay (39%), Honduras (39%), Nicaragua (39%), Venezuela (24%), Guatemala (25%), Haití (0,6%), entre otros. (OurWorldData, 2021).

## **LOS VACÍOS DE ESTRATEGIAS REGIONALES EN LA EVALUACIÓN, PRODUCCIÓN, COMPRAS Y ACCESO A LAS VACUNAS DEL SARS-COV-2**

Las vacunas, tratamientos y las cadenas de suministros en América Latina y el Caribe implicaron una actuación constante y casi permanente de las principales agencias de evaluación que operaron con asistencias técnicas de OPS-OMS, pero de forma descoordinada y separada en cuanto a los procesos de evaluación de diagnósticos, tratamientos, y en la propia aprobación de emergencia especialmente sobre las múltiples vacunas de SARS-CoV-2 utilizadas hasta el momento en la región:

- Argentina: ANMAT. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
- Brasil: ANVISA. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Ministério da Saúde
- Chile: ISP, Instituto de Salud Pública
- Colombia: INVIMA - Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
- Cuba: CECMED, Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos. Ministerio de Salud Pública
- México: COFEPRIS, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Mientras el ANMAT y COFEPRIS habían autorizado el uso de Sputnik-V de Rusia, ANVISA la rechazaba y no aprobó su uso para Brasil. Lo mismo por ejemplo con Sinovac aprobada por Chile y Uruguay en Cono Sur, pero no aprobada por ANMAT, aunque tuviera en uso Sinopharma de una plataforma vacunal similar.

En el caso del proceso de compras y/o producción nacional de vacunas de Covid-19 también tuvieron como característica una *marca registrada* de fragmentación y descoordinación regional.

Exceptuando Cuba que pudo autoabastecer con sus propias vacunas la inmunización de Covid-19 en toda su población, con 5 vacunas producidas por el Instituto Finlay de Vacunas (IFV) y Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB). Sólo quizás México y Brasil fueron los que más avanzaron. El Instituto Butantan en Brasil (*ButanVac*) y Avimexen México (*vacuna Patria*).

Argentina también en etapas clínicas con la Universidad Nacional de San Martín y Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Otras iniciativas fueron de la Escuela Superior Politécnica del Litoral (Ecuador), Pontificia Universidad Católica (Chile), Laboratorio veterinario Farvet (Perú) y Universidad Autónoma de México.

En general, los ministerios de salud pública y gobiernos de América Latina y el Caribe tuvieron negociaciones por separado como compradores periféricos de las vacunas de SARS-CoV-2 tanto de China y Rusia como con las Big Pharma de Pfizer, AstraZeneca y Moderna especialmente.

China (a través de Sinovac y Sinopharma) es quizás quien produjo el más efectivo acceso oportuno a vacunas en el primer semestre del año 2021 a través de convenios de ventas o asociaciones (Ej.: caso Instituto Butantan de Brasil) con América Latina y el Caribe que

permitió avanzar rápidamente en estrategias de vacunación a varios países de la región.

Por el contrario, en el caso de Sputnik-V del Centro Nacional Gamaleya (Rusia) tuvo severas dificultades en el aprovisionamiento del 2do componente del esquema vacunal basado en adenovirus. Aunque Sputnik-V pudo ingresar al mercado occidental debido a la alianza buscada por el Centro Gamaleya con la inglesa AstraZeneca y en algunos países latinoamericanos directamente con laboratorios de capital privado nacional como fue el caso argentino del Laboratorio Richmond en lógicas más contemporáneas del capitalismo cognitivo

Dentro las negociaciones, acuerdos y contratos de compras de millones de dosis de vacunas de Covid-19 en Latinoamérica y el Caribe se identificaron procesos comunes:

1. Las negociaciones de compra y adquisición se realizaron en medio de mucha opacidad, con secretismo, con escasa a nula información pública disponible para la ciudadanía pese a que se trataba de contrataciones y compras realizadas con fondos públicos. Recién actualmente de forma muy progresiva se empiezan a conocer los términos de referencia en que los Estados lograron adquirir las dosis de vacunas.
2. Un grupo importante de gobiernos en la región renunció a su inmunidad soberana y permitió a las multinacionales farmacéuticas privadas y públicas que reclamen como suyos activos públicos en casos de arbitrajes, además de que se les exonere de penalidades por incumplimientos en la entrega de las vacunas Covid-19.
3. En nueve contratos de la farmacéutica Pfizer se encontraron que distintos Estados aceptaron guardar silencio sobre los acuerdos, renunciar a su inmunidad soberana y admitir que Pfizer controle donaciones de vacunas, reclame como suyos activos públicos en caso de arbitrajes y no enfrente ninguna penalidad frente a incumplimientos o reclamos por derechos de propiedad intelectual.
4. Las similitudes encontradas en las contrataciones de compras de dosis de las vacunas de Covid-19 en la región fueron: 1. los acuerdos no se pueden divulgar, los contratos multimillonarios les brindan cláusulas de protección de responsabilidad e inmunidades legales, el respeto de la propiedad intelectual de las patentes y un discrecional margen de maniobra en las fechas de entrega y los precios, 2. *¿El precio por dosis?* Censurado. *¿Los calendarios de entrega?* Censurado. *¿La cantidad de*

*financiamiento pagado por adelantado?* Censurada. 3. Algunos contratos prohibieron a los países a revender, exportar o donar dosis -incluso a COVAX- sin autorización de la empresa. 4. Las iniciativas de cadenas de suministros y productivas fueron tardías, y en general repitiendo viejas tesis del desarrollismo regional en salud (CEPAL, 2021).

En resumen, el estudio de la evaluación, producción, compra y acceso a las vacunas de SARS-CoV-2 expresan una inmensa heterogeneidad y fragilidad intra-regional de procesos en América Latina y el Caribe. Aún existen grandes brechas para una adhesión inmediata a una única hoja de ruta de integración regional para soberanía sanitaria en los horizontes de una plataforma regional de producción pública de vacunas, medicamentos y tecnología sanitaria desde el Sur. Revisitar las experiencias de India, Asia, y China especialmente pueden alojar aprendizajes para la región.

Es necesario resituar en el centro de la agenda latinoamericana caribeña la construcción de una integración regional basada en tejidos públicos científico-productivos para la soberanía sanitaria y bajo los principios de salud internacional Sur Sur. Esto no sólo concierne y depende exclusivamente de las relaciones intergubernamentales de “*Estados y Gobiernos*”, sino que la soberanía sanitaria regional es un proceso estratégico que se anida en los entramados de territorios, territorialidades y actores en la construcción de una Salud desde el Sur.

Desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud, es quizás clave un nuevo llamamiento a fortalecer la acción política sanitaria para lograr un acceso oportuno y universal a las vacunas como bien público social para el cuidado de la salud colectiva de los pueblos, y al mismo tiempo impulsar la imperiosa necesidad de refundación de Sistemas de Salud y políticas públicas para una efectiva soberanía sanitaria en América Latina y el Caribe como horizonte para el vivir bien.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Allard, Raúl (2015). Medicamentos esenciales y Acuerdo sobre los ADPIC: colisión entre el derecho a la salud y el derecho de propiedad intelectual. *Salud colectiva*, 11, 9-21.
- Barda, Noam et al. (2021). Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide setting. *New England Journal of Medicine*, 385(12), 1078-1090.
- Bar-On, Yinon et al. (2021). Protection against Covid-19 by BNT162b2 booster across age groups. *New England Journal of Medicine*.

- Basile, Gonzalo (2018). La Salud Internacional Sur: giro decolonial y epistemológico. *Dossiers de Salud Internacional Sur* de Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. Febrero 2019.
- Basile, Gonzalo (2020a). Enfermos de desarrollo: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe. *ABYA-YALA: Revista sobre acesso á justiça e direitos nas Américas*, 4(3), 173-208.
- Basile, Gonzalo (2020b). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3557-3562.
- Basile, Gonzalo (2020c). El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2. Primera parte: Coronavirus en el Mundo, América Latina y el Caribe. *Revista Salud Problema*, UAM Xochimilco, México, Junio 2020.
- Basile, Gonzalo (2020d). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. ISBN 978-84-1352-007-0
- Birn, Anne-Emanuelle y Richter, Judith (2018). El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. *Medicina Social*, 11(3), 135-152.
- Blondeau, Olivier et al. (2004). *Capitalismo cognitivo: Propiedad intelectual y creación colectiva*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Breilh, Jaime (2010a). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud* Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.
- Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (2013): 13-27.
- CDC -Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021). Clasificaciones y definiciones de variantes de SARS-CoV-2. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html>
- CEPAL -Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021). Presentación de los lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y

- el Caribe. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile, Septiembre 2021.
- CEPI -Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (2017). A new global R&D organization for epidemic preparedness and response. *Lancet*. 2017;389(10066):233-5.
- CEPI -Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (2017). Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. Preliminary Business Plan 2017-2021.
- Chatham House (2021). Global C19 Vaccine Supply chain and Manufacturing Summit. <https://www.chathamhouse.org/events/all/research-event/global-c19-vaccine-supply-chain-and-manufacturing-summit>
- Corvalán, Dora (2010). Estudios sobre los Desarrollos Internacionales de la Biotecnología Industrial: Vacunas Humanas, CEUR-CONICET.
- Cueto, Marcos (1999). Imágenes de la salud, la enfermedad y el desarrollo: fotografías de la Fundación Rockefeller en Latinoamérica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5(3), 679-704.
- Dagan, Noa et al. (2021). BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting. *New England Journal of Medicine*, 384(15), 1412-1423.
- Dos Santos, Theotônio (2020). Teoria da dependência: balanço e perspectivas. Insular Livros.
- Estatista (2021). Ingresos del mercado farmacéutico mundial de 2001 a 2020. <https://www.statista.com/statistics/263102/pharmaceutical-market-worldwide-revenue-since-2001/>
- Evaluate Pharma (2020). Evaluate Pharma World Preview. <https://www.evaluate.com/thought-leadership/pharma/evaluatepharma-world-preview-2020-outlook-2026>
- EvaluatePharma (2020). World Preview 2020, Outlook to 2026. 10th Edition – July 2020.
- Falsey, Ann et al. (2021). SARS-CoV-2 Neutralization with BNT162b2 Vaccine Dose 3. *New England Journal of Medicine*.
- Foucault, Michel (1999). Nacimiento de la biopolítica. En: Obras esenciales. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós, 1999 (a) [1979], p. 209-215.
- Granda, Edmundo (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, n. 2.
- Grosfoguel, Ramón (2006). La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales: transmodernidad,

- pensamiento fronterizo y colonialidad global. *Tabula rasa*, (4), 17-46.
- Gwynne, Lyons (2014). Pharmaceuticals in the environment: A growing threat to our tap water and wildlife. <https://www.chemtrust.org/wp-content/uploads/CHEM-Trust-Pharma-Dec14.pdf>
- Hamilton, MA. (1996). El Acuerdo sobre los ADPIC: imperialista, obsoleto y sobreprotector. *Vand. J. Transnat'l L.*, 29 , 613.
- Homedes, Núria y Ugalde, Antonio (2016). Ensayos clínicos en América Latina: implicancias para la sustentabilidad y seguridad de los mercados farmacéuticos y el bienestar de los sujetos. *Salud colectiva*, 12, 317-345.
- IFPMA -International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (2021). Meeting discusses COVID-19 vaccine manufacturing bottlenecks that must be urgently tackled for C19 vaccine output to reach its full potential. <https://www.ifpma.org/resource-centre/meeting-discusses-covid-19-vaccine-manufacturing-bottlenecks-that-must-be-urgently-tackled-for-c19-vaccine-output-to-reach-its-full-potential/>
- Izhar, Avraham (2017). Financialization in the American Pharmaceutical Industry: A Veblenian Approach. *Journal of Economic Issues*, 51(2), 351-358
- Jara, Alejandro et al. (2021). Effectiveness of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine in Chile. *New England Journal of Medicine*, 385(10), 875-884
- Juncal, Santiago y Sztulwark, Sebastián (2016). La industria farmacéutica y el nuevo patrón de acumulación de la manufactura global. *H-industri@: Revista de historia de la industria, los servicios y las empresas en América Latina*, (19), 140-163.
- Krause, Philip et al. (2021). SARS-CoV-2 Variants and Vaccines. *New England Journal of Medicine*.
- Kreier, Freda. (2021). 'Unprecedented achievement': who received the first billion COVID vaccinations? *Nature*, 29-29.
- Leavell, Hugh. (1958). Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach. New York: McGraw-Hill.
- Levin, Einav, et al. (2021). Waning immune humoral response to BNT162b2 Covid-19 vaccine over 6 months. *New England Journal of Medicine*, 385(24), e84.

- Mahase, Elisabeth (2021). Covid-19 booster vaccines: What we know and who's doing what. *BMJ* 2021;374:n2082.
- Menéndez, Eduardo (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.
- Mouhoud, Mouhoub. (2002). Les logiques de la división internationale du travail dans l'économie de la connaissance en C. *Le crépuscule du capitalisme industriel*.
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2016). Emergencies preparedness, response. List of pathogens. <http://www.who.int/csr/en/>
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2019). Contribuciones. <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2021). COVID-19 vaccine tracker and landscape. en: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
- OurWorldData (2021). Personas totalmente vacunadas COVID-19 según país. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (consultado 20 de Octubre 2021).
- Plotkin Stanley et al. (2015). Establishing a Global Vaccine-Development Fund. *N Engl J Med*. 2015;373:297-300.
- Rottingen John-Arne et al. (2017). New vaccines against epidemic infectious diseases. *N Engl J Med*. 2017, january 18.
- Sell, Susan (2003). *Private power, public law: The globalization of intellectual property rights* (Vol. 88). Cambridge University Press.
- Statista (2019). Zion Market Research, estimates Statista. <http://www.pharmaceuticalprocessingworld.com/global-vaccine-market-revenue-to-reach-59-2-billion-by-2020/>
- Statista (2021). Ranking de las vacunas más vendidas a nivel mundial en 2017 y 2024. <https://es.statista.com/estadisticas/601494/5-principales-marcas-de-vacunas-por-ingresos/>
- Takuva, Simbarashe et al. (2021). Thromboembolic events in the South African Ad26. COV2. S vaccine study. *New England Journal of Medicine*, 385(6), 570-571.
- Thompson, Mark et al. (2021). Effectiveness of COVID-19 vaccines in ambulatory and inpatient care settings. *New England Journal of Medicine*, 385(15), 1355-1371.
- Ugalde, Antonio y Homedes, Núria (2009). Medicamentos para lucrar: La transformación de la industria farmacéutica. *Salud colectiva*, 5, 305-322.
- Ugalde, Antonio y Homedes, Núria (2015). El impacto de los investigadores fieles a la industria farmacéutica en la ética y

la calidad de los ensayos clínicos realizados en Latinoamérica.  
Salud colectiva, 11, 67-86.

Vercellone, Carlo y Cardoso, Pablo (2016). Nueva división internacional del trabajo, capitalismo cognitivo y desarrollo en América Latina. Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación, (133), 37-59.

Wallerstein, Immanuel (2012). *Geopolitics and geoculture*. Geopolítica y geocultura: ensayos sobre el moderno sistema mundial. Editorial KAIROS.

Yang, Zhao, et al. (2021). Evaluación de la seguridad de dos vacunas COVID-19 inactivadas en un uso de emergencia a gran escala. *Zhonghua liu Xing Bing xue za zhi = Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi* , 42 , 1-6.



**PARTE 2**

**ESTUDIOS DE CASOS**

**POR PAÍS**



# COVID-19 EN ARGENTINA: POLÍTICAS DE SALUD, TERRITORIOS, CUIDADO Y DESIGUALDADES

Investigadorxs asociados al Núcleo Argentina -  
GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO

## INTRODUCCIÓN

El presente constituye un compilado de artículos elaborados por investigadores/as que trabajan en diferentes centros, institutos y universidades de Argentina. Las dimensiones y categorías que se abordan, de manera general y/o puntual a lo largo de estos textos, son: 1) Dimensión *Epidemiológica*: aspectos generales considerando desigualdades sociales y perfiles de salud en Argentina; además se realizarán puntualizaciones en torno a Santiago del Estero, provincia que constituye un ejemplo representativo de la gran brecha socio-económica y política que existe entre la centralización porteña (sobre todo relacionada con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y el resto de las provincias, particularmente, del norte del país; 2) *Sociedad y Covid-19*: en todos los textos compartimos reflexiones generales que hacen a esta dimensión; además se describen algunos aspectos relacionados con: el contexto socio-político, económico y cultural en el cual se da la pandemia; protección y políticas sociales; la estructura social de cuidados/violencias y perspectiva de géneros y producción/circulación y consumo de información; 3) *Estado*: abordamos esta dimensión en los diferentes artículos; 4) *Integración regional y cooperación Sur-Sur*: compartimos recomendaciones generales y puntualizamos una estrategia que puede aportar en este sentido, considerada como promoción

transdisciplinar, transnacional y transcultural de la salud, considerada como herramienta de transform(a)cción que puede contribuir a poner en agenda, de modo coordinado, el abordaje de problemas prioritarios para el sur global, vinculando universidades, instituciones públicas, organizaciones y movimientos sociales y otros sectores sociales y comunitarios.

Los artículos cuentan con diferentes estilos narrativos relacionados con las trayectorias sociales y políticas de cada integrante/centro y/o instituto de investigación, y con sus experiencias de trabajo en torno a la pandemia. Nos vincula nuestra posición crítica ante la determinación social del modo de producción y subjetivación capitalista cultural, cognitivo, extractivista y colonial que viene generando profundas injusticias sociales a nivel local, nacional y transnacional. Por otra parte, adherimos al desarrollo de abordajes transdisciplinarios que supongan diálogos y tensiones, así como triangulación de técnicas en la construcción/configuración de conocimientos. También compartimos la convicción respecto del lugar preponderante que tiene el Estado y el desarrollo de políticas públicas y sociales, en relación con el proceso/salud/enfermedad/atención/cuidado.

## CONTEXTO E INSTITUCIONAL

Daniel Godoy, Cecilia Fernández Lisso y Pedro Orden

La irrupción de la pandemia en la Argentina se da en el marco de una serie de circunstancias político-institucionales que generan un escenario singular. El nuevo gobierno nacional emergido en diciembre del 2019, producto de la voluntad popular que posibilitó dejar atrás la arremetida neoliberal que significó la gestión presidencial del Ingeniero Macri y su alianza con los sectores de las hegemonías de poder, se tropieza a escasos 100 días de gestión con una contingencia de tal criticidad y complejidad. El escenario de desmantelamiento de las capacidades del Estado, el agravamiento social y productivo, y de desmesurado endeudamiento externo componían un escenario de por sí extremo, para la explicitada perspectiva y voluntad del nuevo gobierno de recuperar un modelo de país con igualdad y justicia distributiva.

En el marco estrictamente sanitario, al largo proceso de desestructuración y deterioro que sufrió el Sistema de Salud argentino

durante décadas, se le agregó en el transcurso del último Gobierno, una aceleración del planificado acondicionamiento organizacional e ideológico del Sistema Público sanitario para entregarlo a las empresas del complejo médico industrial farmacéutico, con la aplicación de políticas surgidas del consenso regional CUS (Cobertura Universal de Salud), incluso llegando a aplicar una medida tan desmesurada como la misma desaparición del Ministerio de Salud nacional. Prolongada e ininterrumpida operación data del Consenso de Washington y de “Invertir en Salud” primero (1993), y de la Declaración de Astana “Cobertura Universal para todxs” (2018), por dictámenes geopolíticos de los Organismos de crédito supranacionales y el bloque de países hegemónicos.

Desde el inicio de la aplicación de la primera ola de Reforma del Estado en la década de los 90, se comenzó a reemplazar progresivamente y pieza por pieza del Sistema de Salud inspirado en la oferta sanitaria segmentado verticalmente en subsectores, para ir modelando un rudimento empresarial, multifragmentado, biologista, médico hegemónico, productivista y segmentado según la capacidad de pago de las personas. Entonces, la pandemia llega (y debería servir) para interpelar no sólo el “no-sistema” de Salud que dejó Macri, sino el que parieron las sucesivas Reformas del Estado en la Región. Esta sinergia de procesos a inicios del nuevo gobierno, han generado un escenario de gestión de la crisis pandémica por demás complejo, donde a la calamidad sanitaria se le agrega la extrema vulneración de amplios sectores de nuestra población en pobreza estructural y los sectores de la economía informal.

El avance de la pandemia en los territorios y grupos vulnerados ratificó cómo las inequidades estructurales, las condiciones de vida y el acceso a la salud de esos sectores se incrementaron durante las medidas de aislamiento dictadas por el Gobierno. Todas las investigaciones dan cuenta de un agravamiento preocupante de las variables macroeconómicas, como de la profundización de carencias previas y las condiciones materiales de vida de amplios sectores de nuestra sociedad, fundamentalmente en grupos afectados por variables de demografía (áreas de alta concentración urbana), condición social (pobreza), género/s (mujeres y diversidades) y situación laboral (precarizados y precarizadas). Además, según advierten los mismos informes, en un contexto en el que el sistema sanitario abocó todos sus recursos a la emergencia, otras problemáticas previas corren el riesgo de profundizarse en estas áreas, como la pobreza y la exclusión, un debilitamiento intenso de las fuentes de trabajo con centro en las pequeñas y medianas empresas y la economía social e informal, una profundización de la precarización laboral, y las diversas formas de

violencia patriarcal y machista en el marco del encierro prolongado, son otras variables observadas en nuestro país con un incremento notorio de los femicidios.

La aparición del Covid-19 y su crecimiento hasta transformarlo en Pandemia puso de relieve la situación sanitaria de los países del mundo. La Argentina no fue la excepción. La emergencia sanitaria y social que sobrevino con la pandemia radicalizó esas problemáticas pre existentes en el ámbito sanitario: falta de producción nacional de insumos y tecnologías aplicables, falta de capacidad instalada en todos los niveles de atención, escasa o nula capacidad de rectoría del Estado sobre el subsector privado, insuficiente dotación de trabajadores y trabajadoras con precarizaciones varias y salarios insuficientes, pluriempleo, insuficiencia de procesos e insumos de bioseguridad sanitarias necesarias en hospitales y centros de salud. El comportamiento cuali-cuantitativo de la pandemia en Argentina, pasó por distintas fases de mediano optimismo confinado a zonas de alta densidad demográfica, a escalar con indicadores preocupantes y extendido a medianas y pequeñas poblaciones del interior del país. Las trabajadoras y trabajadores de la salud y otros grupos de los categorizados como esenciales han sido un particular foco de incidencia de casos y fallecidos, también probablemente consecuencia de aspectos insalubres tan estructurales como crónicos de condiciones y ambiente de trabajo en salud.

El liderazgo del Estado en el abordaje integral de la Pandemia, y la revalorización del concepto y la materialidad de “lo público” con la centralidad en sus trabajadores, son la señalización que deben vertebrar un debate del movimiento sanitario argentino para que, en este caso, el árbol (la pandemia) nos haga ver el bosque (el sistema). El aislamiento, las actividades remotas, la virtualización de las relaciones humanas, y las protocolizaciones, se han dado de narices con la distopía de los territorios en los que habita la pobreza extrema como producto de capas y más capas de gobernanza, y como una verdadera maquinaria de exterminio siempre silencioso, hoy inaceptable. Nada se puede hacer en el cóctel pandemia / asentamientos / hacinamiento / hambre / falta de trabajo más que proponerse erradicarlos con políticas redistributivas e inclusivas, no del carácter prebendario y asistencialista y de cortos plazos como hasta ahora.

La presencia del virus ha dejado a la vista varios reclamos que la fuerza organizada de los trabajadores organizados y trabajadoras organizadas han logrado poner en agenda y transformar en decisiones de gobierno: mayor rectoría del Estado, dispositivos y elementos de protección, de protocolos sanitarios; formación de Comités de Crisis; interpelar la precarización laboral como determinación de enferme-

dad; estímulos salariales de excepción; inclusión de Covid como enfermedad profesional, y demás. La integración de la mirada de los y las trabajadores de salud en el marco de la crisis nos deja en un umbral para profundizar la discusión de tener un sistema de salud acorde a los paradigmas universalistas, revirtiendo la tendencia privatista de las políticas emplazadas por los Organismos de Crédito.

## **PANDEMIA Y DESIGUALDAD: LOS ABORDAJES DESDE LA POLÍTICA SOCIAL EN ARGENTINA**

María Soledad Pavesi y Leandro Gamba

A partir de la irrupción de la pandemia del Covid-19, los gobiernos nacionales han adoptado diferentes estrategias para abordar una coyuntura inesperada y sumamente impredecible con relación a sus consecuencias sobre sus respectivas poblaciones. Esta situación de crisis permite visibilizar problemas estructurales en la provisión de servicios sociales y abre una posibilidad de plantear nuevas políticas para abordarlos. Siguiendo a Belmartino (2009), el análisis de los abordajes estatales permitirá plantear si estamos ante una “coyuntura crítica”, lo cual remite a “períodos históricos en los que se generan cambios institucionales significativos, como consecuencia de una crisis de las formas organizativas previamente vigentes”. Seguramente este será un eje de análisis de la pospandemia, pero nos parece importante abordar, al menos incipientemente, ¿cuáles eran los mecanismos institucionales de protección social con que contaba Argentina al momento de declarar la cuarentena? ¿Qué nuevas políticas se generaron? ¿La crisis sanitaria permite pensar/generar políticas sociales más solidarias y universales?

Partimos de entender que las políticas sociales configuran sociedades ya que expresan principios normativos al definir criterios de igualdad, solidaridad y justicia. Estos principios no están dados a priori, sino que son producto de un campo de disputa. El resultado de esta disputa expondrá qué niveles de desigualdad o injusticias son tolerables (y hasta deseables) para una sociedad concreta. La literatura del campo de estudio, siguiendo a Esping-Andersen (1993), distingue tres modelos de política social de acuerdo con la conjugación particu-

lar que asume en cada uno de ellos la tríada Estado-mercado-familia en la garantía de la protección social, el tipo de estratificación social que produce y el impacto desmercantilizador. De este modo diferencia: 1) Liberal- residual: predomina la asistencia social a los que comprueban no tener medios. Limita los efectos de desmercantilización (tanto de las necesidades como de las personas) y por lo tanto los alcances de los derechos. 2) Conservador- Corporativista: prima la conservación de las diferencias de estatus, por lo que los derechos están vinculados a la clase y el estatus laboral, lo cual genera poco impacto redistributivo. 3) Socialdemócrata- universalista: suelen presentar un extendido principio de universalismo, así como amplia desmercantilización de los derechos sociales (o, al menos, lo más extendido de lo que registran las distintas experiencias). Suelen promover la mayor igualdad “realmente existente”; todos los estratos están incluidos en un sistema de seguro universal.

Danani (2017) refiere que cada modelo expresa con su primer término (liberal, conservador, socialdemócrata) a la tradición del pensamiento en que cada uno se inscribe, y con el segundo término (residual, corporativo y universal) al arreglo político institucional particular que toma cuerpo en las políticas y que establece los alcances de la protección/desprotección y de la garantía/negación de los derechos sociales. En este sentido, podemos decir que las respuestas que los gobiernos plantearon ante la pandemia son acordes a la tradición política e institucional en la que se inscriben. De este modo, es falsa la discusión entre priorizar salud o economía al abordar la pandemia, en todo caso lo que se prioriza son concepciones de economía y salud en el marco de la disputa social por diferentes modelos. De este modo los gobiernos que plantean mantener una economía abierta se corresponden con una visión de salud como estado individual y biológico, estas concepciones se inscriben en el modelo liberal-residual. En el caso argentino, las principales medidas sanitarias fueron declarar la cuarentena con un estricto aislamiento social (con flexibilización por etapas), la centralización en el estado nacional de la distribución de insumos y recursos, la construcción de hospitales modulares en tiempo récord, y la garantía de atención en sistemas públicos y privados sin contraprestación por ello. Esto fue acompañado por medidas económicas, laborales y sociales, con lo cual el Estado tendió hacia el centralismo y una fuerte intervención para contener la propagación del virus y el impacto en la economía (a nivel macro y micro). Estas políticas se vinculan a la garantía de derechos sociales.

Ahora bien, destacamos que la decisión de una cuarentena estricta en Argentina se facilitó por los pisos de protección social que

permiten garantizar ingresos regulares a una gran porción de la población.

Hay dos políticas que constituyen la columna vertebral de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), por la cantidad de beneficiarios, lo que representan en términos de gasto público y el impacto en el alivio de la pobreza:

1. Asignación universal por hijo (AUH) creada en 2009 para extender el régimen de asignaciones familiares para trabajadores en relación de dependencia hacia sectores desocupados, trabajadores informales y del servicio doméstico. En 2016 se incorporan además los trabajadores independientes (monotributistas) de las categorías más bajas. El sistema de asignaciones por hijo garantiza una cobertura de ingreso para 11,4 millones de niños, niñas y adolescentes, de los cuales 4,3 millones son alcanzados por la AUH.
2. Sistema previsional con una tasa de cobertura alrededor del 95%. En total son 6,8 millones de beneficios previsionales, de los cuales 3,4 millones corresponden a moratorias previsionales (sistema para quienes no cumplían la cantidad de años de aportes requeridos). Además, en 2016 se creó la Prestación Universal para el Adulto Mayor (PUAM) otorgando un beneficio generalizado para las personas de 65 años que no tienen derecho a una prestación contributiva. La PUAM y las Pensiones no Contributivas por Invalidez suman 1,6 millones de beneficios.

Con estas medidas, las políticas sociales, y en particular la seguridad social, tendieron a comienzos del siglo XX, hacia la recuperación de lo público y el manejo estatal, un carácter centralista, la expansión de la seguridad social hacia sectores y áreas que antes eran cubiertos por la asistencia, la ampliación de la cobertura, el avance hacia el universalismo, y la recuperación sostenida de los ingresos.

A estas políticas se sumaron programas del Ministerio de Desarrollo Social como el Salario Social Complementario para el sector de la economía social, y la Tarjeta Alimentar dispuesta en 2020 en el marco del plan Argentina contra el Hambre, que consiste en una transferencia de ingresos para compra de alimentos a familias con niños y niñas menores a 6 años. Sin este piso de protección social hubiese sido muy difícil afrontar una medida de cuarentena estricta. Lo primero que se hizo en términos sociales fue reforzar el sistema vigente: se otorgó un bono a más de 4,6 millones de jubiladas/os y pensionadas/os que cobraban un único haber previsional mínimo; se duplicó por un mes

el monto de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación Universal por Embarazo (AUE), se suspendió el cobro de cuotas de Créditos ANSES a más de 4,4 millones de personas y se incrementó el seguro de desempleo que perciben más de 100.000 personas. Aun así, no fue suficiente y se creó el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE). El IFE es una prestación monetaria no contributiva de carácter excepcional, destinada a compensar la pérdida o grave disminución de ingresos de personas afectadas por la situación de emergencia sanitaria. Esta medida se dirigió a los hogares compuestos por trabajadoras/es informales, desocupados/as y monotributistas de las categorías más bajas, es decir, aquellos sectores de la población con mayor grado de vulnerabilidad en términos socioeconómicos.

El beneficio se ejecutó a través de ANSES, y pese a estar elaborado inicialmente para cubrir un universo estimado de 3,5 millones de personas, terminó alcanzando a 9 millones de beneficiarios y beneficiarias. El propio presidente Fernández (2020) expresó que la *“pandemia dejó al descubierto la desigualdad estructural que existe en nuestro país”* y que dejó en evidencia a:

...millones de personas a los que el Estado no tenía registrados, y la urgencia de crear un plan que fue el IFE, dejó al descubierto que había casi un tercio de los argentinos que la Argentina, como Estado, no sabía qué hacían, dónde estaban, qué producían, cómo vivían (Alberto Fernández en 2020).

La diferencia entre las estimaciones estatales reside en los 4,5 millones de personas que solicitaron el ingreso, quienes no cobraban otras asignaciones del Estado y subsisten trabajando en marcos de informalidad y precariedad, representando un 40% del mercado laboral. Según el informe elaborado por ANSES, el 55.7% de quienes accedieron al IFE son mujeres. Este nivel de participación se explica por la desigualdad de género a nivel laboral y económico; la incorporación directa a esta política de quienes son titulares de la Asignación Universal por Hijo/a que, en más de un 90% son las madres; y, por los criterios definidos en el texto normativo del IFE que, con una perspectiva de género, establece que si más de una persona de un mismo grupo familiar solicitaba la prestación se daba prioridad a la mujer (MTESS, 2020).

Otro dato relevante al analizar la distribución etaria es que si bien la población de 25-34 años representa en términos absolutos la mayor cantidad de beneficiarios/as, en el grupo de jóvenes de entre 18 y 24 años el 52% solicitó el beneficio (ANSES, 2020). Los datos de género y edad se correlacionan con las tasas de desocupación que afectan principalmente a jóvenes y mujeres (Ministerio de Economía de la Nación,

2020). Del total de personas beneficiadas el 61,7% corresponden a trabajadores/as informales o desocupados/as sin Seguro por Desempleo, 27,0% a beneficiarios/as de la AUH/AUE, 7,8% a monotributistas (categorías A, B o monotributo social), 2,1% a trabajadores/as de Casas Particulares, y 1,4% a beneficiarios/as del programa Progresar (ANSES, 2020).

A su vez, para 2,2 millones de trabajadores en relación de dependencia, el Estado se hizo cargo de un porcentaje del salario con el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP), con el objetivo de conservar los puestos de empleo y evitar reducciones salariales. Dicha cobertura se realizó según niveles de ingresos, subsidiando en mayor porcentaje a los salarios más bajos (ANSES, 2020). Mediante todo este conjunto de medidas (sistema previsional, sistema de asignaciones familiares, IFE, ATP) sumadas a las personas empleadas en la administración pública, el Estado asistió a nueve de cada diez hogares en medio de la pandemia (Centro de Estudios para la Producción CEPXXI. Ministerio de Desarrollo Productivo de la Nación, 2020).

A lo largo de 2020 y los primeros meses de 2021, las medidas de ASPO fueron flexibilizadas de manera heterogénea en todo el territorio nacional. La creciente autonomía otorgada a los gobiernos provinciales para definir las medidas sanitarias dentro de cada jurisdicción en función de sus situaciones epidemiológicas derivó en una creciente apertura de la actividad económica. En este escenario, se decidió discontinuar el IFE con la perspectiva de que un amplio segmento de beneficiarios inscriptos en actividades laborales informales podría retomar las mismas, recuperando sus ingresos. No obstante, la encuesta permanente de hogares muestra un incremento de la pobreza a lo largo del 2020 de 6,5% alcanzando al 42% de la población (INDEC, 2021).

Lo que evidenció la crisis sanitaria y que reagudiza la segunda ola que atraviesa el país, es la enorme desigualdad que deja a millones por fuera de los sistemas de protección, en especial el segmento de trabajadores/as que quedan por fuera del sistema formal del empleo, que fueron inicialmente incluidos con el IFE, pero que, con su interrupción, nuevamente quedan marginados de las políticas sociales. Si bien para este segmento se vienen realizando esfuerzos por reconocerlos a través del Programa Potenciar Trabajo y con políticas de estímulo al sector productivo, la cobertura para este grupo dista aún de tener la amplitud necesaria. El debate se centra nuevamente, en pensar la continuidad del IFE mediante algún sistema de salario social o renta básica (direccionada a sectores de bajos ingresos), debate que ya se

planteó en Argentina en el marco de la crisis del 2001 y ahora se re-toma desde diferentes sectores de la sociedad.

Sin dudas, incidir en las estructuras de desigualdad vigentes en nuestra región debiera ser un imperativo ético de la democracia. En particular, en un contexto mundial donde la posibilidad de generar empleos está limitada por los avances tecnológicos y del capitalismo financiero. El mercado laboral no está en expansión y la tendencia es hacia el aumento de los niveles de desempleo, precariedad e inestabilidad laboral. Avanzar hacia la integralidad y universalidad de la política social debe ser un compromiso de la sociedad para proteger a los sectores más vulnerables. Sin embargo, Danani (2017) plantea que el principal obstáculo para su desarrollo es que las políticas universales carecen de sujeto, ya que nadie las reclama para sí. Esta tesis se fundamenta en el hecho de que el universalismo implica *“un patrón de relaciones sociales, de reconocimiento y de solidaridad, una propuesta de organización de la protección y una matriz de redistribución que ningún sector social ni político asume como propio”* (Danani, 2017). La propuesta de políticas universales se presentó en nuestro país como un intento de superar la focalización neoliberal (ligada al modelo residual), pero no confrontó con el particularismo (vinculado a la visión corporativa). La ausencia de un sujeto en el que encarne y que asuma la propuesta de la política universal es la contracara de la visión particularista/corporativista, que sí representa y encarna en grupos específicos considerados (por la sociedad y por sí mismos, en términos de identidad) merecedores de beneficios o ventajas, aunque están lejos de reclamar por solidaridades amplias.

En este sentido, el interrogante que nos planteamos es si esta crisis sanitaria puede ser una oportunidad para la sociedad de crear lazos más solidarios que modifiquen situaciones de desigualdad estructural. ¿Estamos dispuestos como sociedad a aceptar la reorganización social que promueve la política universal de protección, en contextos donde también apremian los reclamos particularistas y de protección para sectores específicos?

El estado nacional mediante la creación del IFE generó un instrumento que permitió un piso de protección social más alto para quienes fueron más castigados por la pandemia, en la agudización de una precariedad laboral que es estructural y que presenta horizontes, aún más complejos. Creemos que debe ser finamente rediseñado para constituirse en una respuesta imprescindible en el escenario pospandemia, haciendo base en los saldos generados. La configuración que adquiera será motivo de debates cuyos alcances exceden al presente trabajo.

En la respuesta a esta encrucijada, que debe construir sociedad y Estado en conjunto, también vislumbraremos si la pandemia fungió como una coyuntura crítica, a partir de la cual reconfigurar nuestro sistema de protección hacia uno de mayor garantía en materia de derechos sociales.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- ANSES -Administración Nacional de Seguridad Social (2020). Boletín IFE I-2020: Caracterización de la población beneficiaria.
- Belmartino, Susana (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5° Foro del Bicentenario. Panel: Salud y Políticas de Salud, (p.1-15).
- Centro de Estudios para la Producción CEPXXI. Ministerio de Desarrollo Productivo de la Nación (2020). Informe de Panorama Productivo. Evolución de los principales indicadores de la actividad productiva.
- Danani, Claudia (2004). Introducción. El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social. En Danani, Claudia. (comp.) Política Social y economía social. Debates fundamentales.
- Danani, Claudia (2017). Políticas sociales universales: una buena idea sin sujeto. Consideraciones sobre la pobreza y las políticas sociales. En Revista Sociedad, No.37. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Esping-Andersen, Gosta (1993). Los tres mundos del Estado. del Bienestar. Valencia, Ediciones Alfons el Magnánim-IVEI.
- Casa Rosada (2020). Palabras del Presidente de la Nación, Alberto Fernández, en la puesta en marcha de una nueva etapa del plan Argentina Hace para la reactivación y ejecución de obras en municipios de la Provincia de Buenos Aires. <https://www.casarosada.gob.ar/informacion/discursos/46890>.
- Garces, Laura (2020). La oportunidad de un ingreso ciudadano universal. En diario Página 12, 14/06/2020. <https://www.pagina12.com.ar/271704-la-oportunidad-de-un-ingreso-ciudadano-universal#:~:text=Se%20trata%20de%20un%20ingreso,y%20de%20su%20situaci%C3%B3n%20familiar>.
- INDEC -Instituto Nacional de Estadística y Censos (2021). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2020 (Informes técnicos. vol.5, no.59). [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph\\_pobreza\\_02\\_2082FA92E916.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_2082FA92E916.pdf).

Ministerio de Desarrollo Social (2021). RESOL-2021-655-APN-MDS. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/244619/20210520>.

Ministerio de Economía de la Nación (2020). Ingreso Familiar de Emergencia. Análisis y desafíos para la transferencia de ingresos a trabajadores/as precarios.

MTESS -Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2020). Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227322/20200331>

## **DESIGUALDADES ESTRUCTURALES Y COVID-19 EN EL NOROESTE ARGENTINO: EL CASO DE SANTIAGO DEL ESTERO**

Horacio Pereyra

Argentina como país federal posee un territorio heterogéneo, diferenciado por aspectos ambientales, culturales, económicos, etc. con sus conflictividades sociales. El noroeste como mosaico de esos aspectos, presenta sus propias especificidades. Ubicada en esa región del país, la provincia de Santiago del Estero posee 928.097 habitantes, la mayor parte reside en la ciudad Capital y La Banda. Sin embargo, posee una de la tasa más elevada de ruralidad del país (33,9%), de la cual el 76% es población dispersa (Biaggi, Canevari y Tasso, 2007). Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas representan el 17,6%, duplicando la media nacional (9,1%), sumado a que esta provincia cuenta con el segundo menor índice de desarrollo humano calculado por el PNUD Argentina para el año 2017. Los indicadores sanitarios son reflejo de la inequidad estructural de la provincia, incluyendo: es un área perinatal crítica del país (PROMIN, 1994), mayores índices de desnutrición infantil (Longhi et al., 2018) y de embarazo adolescente del país<sup>1</sup>. A continuación, nos proponemos dar cuenta cómo esa deter-

---

1 Información extraída de la Dirección de Estadísticas e información en Salud, del Ministerio de Salud de Argentina, para más información ingresar a <http://www.deis.msal.gov.ar/>.

minación social de la salud configura las políticas oficiales y respuestas territoriales frente al Covid-19.

## PROCESOS SOCIOSANITARIOS EN SANTIAGO DEL ESTERO DURANTE EL COVID-19

El nivel central de salud lo ocupa el Ministerio provincial, sensible a las prácticas políticas del gobierno de turno; su dirección ha sido marcada como una válvula de los conflictos sociales y con más recambios de mando dentro del gabinete provincial (Curioni, 2013). La Capital -de nombre homónima a la provincia- posee la mayor concentración de instituciones sanitarias, a saber, hospitales: regional “Ramón Carrillo” (el cual cuenta con equipamiento médico de última tecnología y con diferentes profesionales, colocando al mismo con la más alta complejidad de la provincia) e Independencia, Psiquiátrico “Diego Alcorta”, el Neumológico “Dr. Gumersindo Sayago” y el Hospital Oftalmológico “Enrique Demaría”. También se encuentran el Instituto Provincial de Rehabilitación Integral y el Centro Provincial Infantil (referencia para el diagnóstico y tratamiento de patologías infantiles en la provincia). Por su parte, en la ciudad de La Banda se localiza el Centro Integral de la Salud<sup>2</sup>. En el resto del territorio provincial existen 10 hospitales zonales, 16 distritales y 17 de tránsito<sup>3</sup>, los cuales cumplen la función de una atención de mínima complejidad hasta concretarse la derivación. El sistema sanitario provincial se encontraba enfocado en el dengue, sin embargo, con la aparición del Covid-19, la proliferación de la enfermedad producida por el *Aedes Aegypti* fue engavetada, siendo un reflejo la última emisión del reporte semanal con fecha del 14 de abril de 2020.<sup>4</sup>

Las respuestas sanitarias frente a la pandemia en la provincia se han centrado en la atención hospitalaria y en medidas preventivas, por ejemplo: en el inicio del ASPO (Aislamiento Social y Preventivo Obligatorio) – confinamiento obligatorio-, se creó un hospital de campaña con 400 camas, estaciones de enfermería cada 10 camas y una enfermería central para tratamientos complejos<sup>5</sup>. Sin embargo, el

---

2 La capital santiagueña posee 26 Unidades de Atención Primaria de la Salud, mientras que la ciudad de La Banda 9. Éstas son nexos con el Nivel Secundario y Terciario de Atención (Cfr. Dominguez, 2018).

3 En el interior de la provincia se encuentran postas sanitarias, pero esa información no existe para acceso público.

4 Ese reporte semanal indicaba que 505 personas se encontraban enfermas de dengue en la provincia. Desde esa fecha, los reportes han dejado de publicarse, tal como refleja el sitio web del ministerio de salud provincial <https://www.facebook.com/ministeriosaludsantiago/posts/1268246460036560>.

5 El 31 de marzo el gobernador de la provincia, por su cuenta de Twitter, anunció la

abordaje del Covid-19 ha dejado al descubierto la falta de articulación del sistema sanitario con los movimientos y organizaciones sociales. La Unión de Trabajadores/as de la Tierra (UTT) trabaja en 7 departamentos de la provincia desarrollando un programa político y productivo con pequeños/as productores/as sobre agroecología, acceso al agua, acciones para erradicar la violencia hacia las mujeres, etc. La UTT ha venido manifestando que las medidas tomadas para contener el avance del Covid-19, incidió en sus actividades porque no fueron tenidos/as en cuenta como trabajadores/as esenciales de alimentos sanos (La semilla, 2020).

Por otra parte, la Mesa Provincial de Agrotóxicos y Salud de Santiago del Estero, formada por diferentes organizaciones sociales e investigadores/as de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, manifiesta que comunidades ubicadas en los departamentos Jiménez, Rivadavia, Juan Felipe Ibarra, Belgrano, Río Hondo y Pellegrini están afectadas por fumigaciones con agroquímicos. El comunicado sentencia:

Pese a la situación en la que está sumida la Humanidad ante la pandemia del virus Covid-19, en función de la cual el Gobierno Nacional estableció el aislamiento social preventivo y obligatorio, el avance de avionetas y máquinas terrestres con agroquímicos sobre las casas de lxs vecinxs continúa, poniendo en riesgo la salud de las comunidades (Aranda, 2020).

Una mirada con énfasis en las (des)articulaciones entre políticas públicas y sociedad civil y movimientos sociales nos permite desmontar la ficción que desconecta la pandemia y el territorio, porque la salud no está exenta de las luchas socio territoriales.

Por otro lado, La Red de Organizaciones Contra la Violencia Institucional de Santiago del Estero (2020) y la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (2020), ha venido denunciando la intervención y el uso de la fuerza de seguridad desmedida con el intento de hacer cumplir la cuarentena. Estas redes de organizaciones visibilizan lo que sucede en los barrios populares de la capital provincial, desde el abuso de armas, torturas, hostigamiento, lesiones leves, graves y hasta desaparición temporaria de personas. Por su parte, Schnyder y Medina (2020), resaltan que el control policial ha incrementado su legitimidad social por su rol destinado a hacer cumplir la cuarentena implementada por el gobierno de la provincia. En cambio, el despliegue de los operativos policiales ha producido distintos tipos de “violencia

---

creación de éste. Ver <https://twitter.com/GZamoraSDE/status/1245114339004239879> (acceso el 25 de abril de 2020).

cia institucional” con diferentes modalidades y grados de intensidad en barrios populares de la ciudad Capital de la provincia.

La pandemia, también trastoca las condiciones de trabajo de esta provincia, la cual posee características propias de zonas tradicionales de la Argentina mediterránea (Zurita, 1999), con marcados índices de expulsión de mano de obra convertida en trabajadora migrante estacional (Ledesma y Tasso, 2011). Durante el ASPO, las diferentes desigualdades (salarios bajos, brechas de géneros, etc.), han acentuado los rasgos de informalidad y precariedad, sufriendo los sectores populares el mayor impacto de la cuarentena en la provincia (GET, 2020)<sup>6</sup>. Otro estudio de Torres, Peralta et al. (2020) señala que trabajadores y trabajadoras informales, perciben un ingreso menor al Salario Mínimo Vital y Móvil, por lo cual han tenido que desplegar alternativas laborales en función a la situación sanitaria. El mismo estudio resalta que la actual pandemia ha recrudecido las históricas inequidades sociales en el sector informal, acentuando las diferencias de género hacia su interior. Mientras los gobiernos del mundo llaman al encierro y teletrabajo, durante la actual pandemia, la información presentada revela cómo se profundizan las inequidades laborales que atraviesa esta provincia.

El avance del coronavirus redefine constantemente el territorio, y con ello las violencias hacia las mujeres. Particularmente esta provincia tiene la tasa de feminicidios más alta del país y duplica a la media nacional (Canevari e Isac, 2016). Un informe relata que el ASPO no sólo ha puesto a las mujeres en situación de mayor exposición por estar aisladas con sus agresores, aumentando las denuncias por violencia doméstica y sexual, sino que, además, recortó los recursos destinados a atender las situaciones de violencia de género como la desaparición de mujeres (Canevari e Isac, 2020).

La indagación en contextos provinciales permite reflexionar sobre nociones universales de pandemia y medidas preventivas, para prestar atención a sus diversas y específicas manifestaciones sociales. Mientras que los Estados-Nación, el Complejo Médico Industrial y la OMS buscan vacunas para el Covid-19, un enfoque territorial puede ayudar a entender cómo la salud es comprendida no sólo como proceso de orden biológico sino como proceso de orden social, configurada en el espacio-tiempo y, por lo tanto, dotada de historicidad

---

6 Otro ejemplo de precariedad de la precariedad laboral en la provincia fue que, a pesar del decreto presidencial No. 329/2020, la firma hotelera Luxor, encabezada por el grupo Ick - el mayor grupo económico de la provincia-, despidió 117 trabajadores/as (Info, 2020).

y espacialidad, al tiempo que se enmarca en conflictos estructurales (Borde, 2019).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aranda, Darío (2020). La pandemia de los agrotóxicos. <https://www.pagina12.com.ar/260783-la-pandemia-de-los-agrotoxicos>.
- Biaggi, Cristina; Canevari, Cecilia y Tasso, Alberto (2007). Mujeres que trabajan la tierra. Un estudio sobre Mujeres Rurales en Argentina. Buenos Aires: Secretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación.
- Borde, Elis (2019). Determinación social de la violencia urbana en ciudades latinoamericanas: Una aproximación teórica, empírica y comparativa a partir de casos de Bogotá y Río de Janeiro. Tesis de Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.
- Canevari, Cecilia e Isac, Rosa (2016). Territorios de violencia patriarcal: doce años de feminicidios en Santiago del Estero (2002-2014). Revista Trabajo y Sociedad. No.26. Verano 2016. Santiago del Estero: UNSE.
- Canevari, Cecilia e Isac, Rosa (2020). Violencia de Género y acceso a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, informe de avance de investigación. Instituto de Estudios para el Desarrollo Social, Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Curioni, Miguel (2013). El problema del aborto en Santiago del Estero. Su magnitud y costos humanos, sociales y económicos. Tesis de maestría en salud pública. Escuela de salud pública, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 2013.
- Diario Info (2020). Preocupación por el despido de 117 trabajadores de dos importantes hoteles de la ciudad. <http://www.diarioinfo.com/sitio/noticia.php?Nota=142259>.
- Domínguez, Verónica (2008). Calidad de atención del profesional obstétrico y el grado de satisfacción de las usuarias en la atención primaria de la salud en Santiago del Estero-Capital. Tesis de maestría en salud pública, Universidad Nacional de Córdoba.
- GET -Grupo de Estudios del Trabajo (2020). Primer informe de la situación sociolaboral de trabajadores y trabajadoras en el conglomerado Santiago del Estero-La Banda. Instituto de Estudios para el Desarrollo Social, Universidad Nacional de Santiago del Estero-Consejo Nacional de Investigación Científica, Santiago del Estero, 2020.

- La semilla (2020). La agricultura familiar santiagueña sostiene las redes de la solidaridad en tiempos de pandemia. <http://lasemilla.medios.com.ar/contenido/227/la-agricultura-familiar-santiagueña-sostiene-las-redes-de-la-solidaridad-en-tiem>.
- Ledesma, Reinaldo y Tasso, Alberto (2011). Empleo rural y migrante estacional en Santiago del Estero. En Reinaldo Ledesma, Jorge Paz y Alberto Tasso. Trabajo rural estacional de Santiago del Estero. Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social-OIT.
- Longhi, Fernando et al. (2018). La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo. *Salud Colectiva*, 14(1), 33-50.
- Programa Materno Infantil y Nutrición, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1994). *Indicadores Sociales. Cuaderno de Trabajo Social, No.2.*
- Red de Organizaciones Contra la Violencia Institucional (2020). ¿Quién nos protege de los que deberían cuidarnos? [https://www.facebook.com/redcontralaviolencia/posts/1789889321146188?\\_\\_tn\\_\\_=K-R](https://www.facebook.com/redcontralaviolencia/posts/1789889321146188?__tn__=K-R)Sistema de Información Jurídica. Decreto de Necesidad y Urgencia No.329/2020 que prohíbe los despidos y las suspensiones de personal por 60 días. Ciudad de Buenos Aires.
- Torres, Lucas et al. (2020). Situación sociolaboral y Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio en Santiago del Estero, en el mes de abril de 2020. *Trabajo y Sociedad*.
- Schnyder, Celeste y Medina, Federico (2020). Informe diagnóstico sobre vulneración de derechos en contexto de pandemia en Santiago del Estero: intervenciones policiales. Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Zurita, Carlos (1999). El trabajo en una sociedad tradicional. *Estudios sobre Santiago del Estero. PROIT. CICyT-UNSE. Letras de Córdoba.*

# **SOBRE CUIDADOS Y GÉNEROS EN LA ERA DE LA PANDEMIA**

Liliana Findling y Cecilia Fernández Liso

## **SOBRE LOS CUIDADOS**

El cuidado se aborda desde diversas perspectivas como variable política y analítica para problematizar su puesta en marcha entre diversos actores y relaciones de poder –Estado, mercado, familia, sociedad civil–. Y tiene una fuerte incidencia en el análisis de las desigualdades de género, clase y etnia. El cuidado y quien lo ejerce (para sí o para otros) remite a un problema de ejercicio de derechos y de disminución de desigualdades como condición de una política pública (Pautassi, 2007). La provisión de cuidados tiene fuertes consecuencias para los que acceden a cuidados y para aquellos que se encargan de cuidar. Analizar el cuidado tomando como punto de partida la condición humana vulnerable implica reconocer la interdependencia de todos los seres humanos (Martín, 2016).

Las transiciones epidemiológicas del siglo XXI se enfrentan con un sistema sanitario que ha tenido poco en cuenta la dimensión del cuidado, sobre todo en el ámbito familiar. Los estudios sobre la organización de los cuidados permitieron echar luz sobre las necesidades de quienes cuidan como un nuevo problema social. A raíz de las profundas transformaciones sociodemográficas que afectan a las familias, las actividades de cuidado durante la pandemia afligen particularmente a las mujeres como proveedoras de asistencia en sus multifacéticos roles (Findling y López, 2015). Si bien el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) es una acción implementada para prevenir en el campo de la salud pública, su puesta en marcha complejiza la organización de los cuidados, ocasionando un notable incremento del triple rol femenino (educación de hijos e hijas a tiempo completo, trabajo productivo en el ámbito familiar, tareas domésticas y asistencia a familiares). Esta carga de trabajo no se distribuye equitativamente, no está valorada ni social ni económicamente e impacta negativamente en el trabajo remunerado y la salud de las mujeres, sobre todo en ausencia de sistemas de cuidados integrales (CIM, 2020).

Los procesos de individuación se manifiestan en la mayor selectividad y énfasis en la formación de las familias, lo que conduce, con frecuencia, a una configuración de las relaciones menos consistente que en el pasado y afectan la solidaridad intergeneracional (Findling

y López, 2018). La noción de desfamiliarización alude a eximir en algún grado, la responsabilidad del cuidado como exclusivo compromiso privado y femenino (Martínez, 2007). El cuidado es un campo de actuación muy dinámico en el diseño de las políticas públicas a partir del desarrollo de estrategias inclusivas e integrales, teniendo en cuenta a los segmentos poblacionales en riesgo y con elevados niveles de vulnerabilidad.

Filgueira y Martínez (2019) proponen la noción de regímenes de cuidados para expresar las constelaciones de reglas, relaciones y provisiones que se ponen en juego para analizar el bienestar y la asistencia en los Estados latinoamericanos. En ese sentido, recientemente se han creado en la agenda pública dos instancias en torno al tema de los cuidados: a) la Dirección Nacional de Políticas de Cuidados del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad cuyo objetivo es lograr una redistribución más justa de las tareas de cuidado, y se propone la elaboración de un Mapa Federal de los Cuidados con el apoyo de la CEPAL y, b) la Dirección Nacional de Cuidados Integrales de la Secretaría de Economía Popular del Ministerio de Desarrollo Social que intenta, por un lado la profesionalización de saberes con títulos intermedios (como por ejemplo Diplomatura de cuidados de personas mayores, y Operadoras de Infancia), y por otro tender a la generación de empleo vinculada a sistemas de co-pago. La magnitud de la pandemia en las personas afectadas gravemente por la enfermedad modificó los ritmos y las prácticas de cuidado, de acompañamiento y de asistencia en las últimas horas de vida y las prácticas de ritualización de las instancias críticas de los ciclos de vida y muerte (Tripodoro, 2020).

La Red de Investigadoras del CONICET y especialistas en cuidados paliativos, promueven legislaciones, protocolos y espacios multidisciplinarios de investigación, debate y formación para la humanización de la medicina, la distribución equitativa de las tareas de cuidado y sobre todo el respeto de la dignidad de las personas en el fin de vida. Desde las políticas públicas es necesario atender las formas de considerar el duelo como proceso individual, social y colectivo, que tengan en cuenta éstas y otras particularidades (CONICET, 2020). Los cuidados paliativos se proponen como un modelo ético y moral, que no se aplica sólo para el cuidado en salud ante esta pandemia. Están destinados a mejorar la calidad de vida de las/los pacientes, sus familias y sus cuidadoras/es con un enfoque interdisciplinario e integral de la salud (Tripodoro, 2020). En un país signado por un fuerte endeudamiento externo, baja productividad, elevado nivel de pobreza y marcados niveles de desempleo, la idea del cuidado como derecho está aún poco instalada.

Si se entiende al Estado como el organizador del bienestar y el garante de las condiciones de vida, debería plasmarse un cuerpo de leyes en cuyo diseño se resguarden a las familias y a las mujeres cuidadoras, ya que constituyen el vértice más afectado por la problemática del cuidado durante este Aislamiento. En ese sentido, resulta necesario que el Estado asuma un rol protagónico en la implementación de políticas que hagan viable el acceso a una mejor calidad de vida y a una muerte digna.

### **SOBRE GÉNEROS**

El decreto de limitación de circulación que desembocó en Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, aún vigente, puso en relieve la compleja trama de desigualdades estructurales que compuso el sistema patriarcal capitalista para reproducirse; y el confinamiento expuso rápidamente profundas problemáticas de calidad de vida, de acceso, control y violencias en todos los niveles de circulación y en todos los modos de organización social, cultural y económico de la clase trabajadora, de las economías populares y de las poblaciones más vulneradas. Los movimientos de mujeres, feminismos y disidencias de Argentina expusieron rápidamente las acuciantes problemáticas devenidas de las políticas de confinamiento desde una perspectiva de géneros que aún no se traduce en política de abordaje de las opresiones estructurales en mujeres, niñas, vejeces, disidencias sexuales en las dimensiones económicas y culturales. Las políticas de abordaje sanitario unidireccional profundizaron los estigmas de acceso a la salud individual y colectiva, precarizando y oprimiendo en todos los niveles organizacionales: trabajo, vivienda, alimento, cuidados, violencias.

Los femicidios cobraron especial relieve ni bien decretado el aislamiento y desnudaron una problemática estructural sin abordaje desde la agenda pública de Estado.

Algo que aparece con fuerza desde este contexto Covid-19, con el Gobierno disponiendo recursos humanos, físicos y económicos para su abordaje sanitario, y la necesaria participación protagónica de la población en su conjunto, es la asociación de la figura de “pandemia” para referirse a los femicidios, figura muy resistida desde algunos activismos feministas argumentando que los femicidios no son una enfermedad, y es éste un buen señalamiento sin perder de vista que detrás de cada femicidio existen graves problemas de salud. Pero para poder abordar la problemática en salud que lleva consigo cada femicidio es necesario centrar el punto de vista en nuestras víctimas, sobre las cuales se ejercen violencias particulares y sistémicas, ya caracterizadas y conceptualizadas como patriarcales y machistas.

Una persona violentada es sometida indefectiblemente a un deterioro físico y de sus funciones y que sea asesinada es el extremo de vulneración a su acceso a la salud y a la vida. Por ello, se debe abordar el amplio espectro del proceso de deterioro de la salud que interviene en una víctima de violencias. Se visualiza como prioritaria la urgencia de la intervención de políticas públicas en la prevención de las violencias, en primer lugar, de las violencias que son responsabilidad del Estado, violencias institucionales, violencias laborales, violencias profesionales. Si el Estado habilita una prisión domiciliaria para un violador a 20 cuadras de la casa de su víctima, ¿no está el mismo Estado poniendo en riesgo y atentando contra la salud de ese niño y su entorno? Según el Observatorio Nacional Mumalá se contabilizaron 127 femicidios en Argentina a 6 meses del ASPO desde el 20 de marzo al 20 de septiembre del 2020 (entre éstos, 114 son femicidios directos, 4 son indirectos de niñas/mujeres, 7 son femicidios indirectos de niños/varones, 2 son de trans/travesticidios y 24 son muertes violentas de mujeres que se encuentran en proceso de investigación). Además, se han registrado 124 intentos de femicidios y 3 intentos de travesticidios. El 65% de los femicidios fueron cometidos por la pareja o la expareja, el 71% de los femicidios fueron en la vivienda de la víctima o vivienda compartida con victimario y el 19% fueron de mujeres víctimas de #FemicidiosEnPandemia que había denunciado a su agresor previamente (Observatorio Mumalá, 2020). Por otra parte, el Observatorio Adriana Marisel Zambrano informó que al 23 de julio, con 126 días de aislamiento obligatorio, se registraron 92 femicidios, 112 niños y adolescentes quedaron sin madres. Las provincias con más casos son Buenos Aires (37), Santa Fé (12), Tucumán (7) y Misiones (6) (IDEP, 2020)

Con respecto a la población trans, la discriminación, el ninguneo, la humillación y otras formas de maltrato nutren el abanico de violencias que el sistema de salud utiliza vulnerando los derechos a personas que no existen en sus planillas. Si bien, recientemente el presidente Fernández firmó un decreto en el que las personas travestis, transexuales y transgéneros argentinos tendrán derecho a un cupo laboral que no podrá ser inferior al 1% de los cargos del sector público nacional, aún queda pendiente avanzar en la garantía de derechos relacionados con el cuidado, respeto, alimentación, educación, vivienda, atención en salud y prevención de la violencia y la discriminación hacia este sector de la población.

Es de vital importancia incluir redes institucionales, las articulaciones organizacionales, y barriales, para poder generar estrategias de fortalecimiento de la sociedad en general y de las poblaciones vulneradas en particular, como nutriente indispensable a la “mirada

sanitarista dominante” para dar pie a pensar en nuestra mirada sanitaria planteada desde un modelo integral. Por otra parte, consideramos trascendente la circulación de la información además del valioso procesamiento según los criterios de cada Observatorio, convencidos de que los datos de una problemática pública necesitan ser de acceso público porque cada campo de lectura es un punto de vista diverso, amplificador y amplificador.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- CIM -Comisión Interamericana de Mujeres (2020). COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados. Washington, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (OEA). <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID-19-ES.pdf> 2020
- Filgueira, Fernando y Martínez, Juliana (2019). Growth to limits of female labor participation in America’s Inequal Care Regime. *Social Politics*, 26 (2), 245–275. DOI: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n2.27983>
- Findling, Liliana y López, Elsa (Coord.) (2015). De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Findling, Liliana y López, Elsa (Coord.) (2018). Cuidados y familias. Los senderos de la solidaridad intergeneracional. Buenos Aires: Teseo.
- Instituto de Estudios Sobre Estado y Participación (Idep Salud) (2020). Sala de Situación Género y Pandemia. Buenos Aires: Asociación de Trabajadores del Estado. Recuperado de: <http://idepsalud.org/sala-de-situacion-genero-pandemia/>
- Martín, María (2016). Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Martínez, Juliana (2007). Regímenes de bienestar en América Latina. Documento de Trabajo No. 11. Madrid, Fundación Carolina.
- Observatorio Mumalá Provincia de Buenos Aires (2020). Situación de Femicidios durante el ASPO. <https://www.facebook.com/mumalaprovinciabsas/>
- Pautassi, Laura (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Serie Mujer y Desarrollo 87. Santiago de Chile: CEPAL.
- Red de investigadoras del CONICET y especialistas en cuidados paliativos (2020). Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en

el fin de la Vida. Documento No.3. Buenos Aires: CONICET  
<https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RIOSP-Cuidados-derechos-y-decisiones-en-el-final-de-la-vida.pdf>

Tripodoro, Vilma (2020). El Cuidado como cambio mínimo necesario para transformar el sistema de salud. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, 77(2), 126-129.

## (DES)MONTAJE, HOSPITAL EN PANDEMIA, PRECARIZACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Valeria Cotaimich y Pedro Oliva

*“Desmontar políticas de la angustia, y la angustia  
como estrategia política  
Despatriarcalizar y decolonizar la mirada  
Montar (im) posibles, porque de los posibles se  
sabe demasiado  
Brotar (nos) en aislamiento, como semillas de  
otro tiempo  
que también, a pesar de todo, también está  
siendo...”<sup>7</sup>*

El objetivo de este apartado es contribuir al abordaje de las siguientes dimensiones: a) contexto socio-político y cultural de pandemia; b) producción y circulación de información; c) historia y presente del hospital público, considerando la precarización de condiciones de trabajo, agudizadas con el Covid-19; y d) aportes a la integración regional y cooperación Sur-Sur, a través de una estrategia de *promoción de la salud, transdisciplinar, transnacional y transcultural*. Para pensar en las dos primeras dimensiones, partimos de la consideración de una propuesta epistemológica que consideramos como *(Des) montaje transdisciplinar* -(D) MT- (Cotaimich 2017); basada en la puesta en tensión y diálogo de aportes; 1) *disciplinarias* del campo de las ciencias (sociales, políticas, de la salud y la comunicación), y las artes (visua-

---

7 Fragmentos poéticos y políticos que signan instancias de formación investigación y extensión universitaria desarrolladas desde el ELAPPSS durante el año 2020.

les, escénicas, audiovisuales y transmediales); y 2) *no disciplinares e indisciplinados* de colectivos y movimientos sociales que trabajan en favor de procesos de equidad social, étnica de género (Breilh, 2013)<sup>8</sup>. Un (D)MT constituye una *caja de herramientas* (Foucault, 1985) teórico-metodológica, y un proceso dialéctico y dialógico que supone dos instancias.

La primera consiste en la selección y análisis de prácticas y/o producciones sociales consideradas *en términos de montaje*, entre las cuales se cuentan: 1) performances culturales (Ej.: actos gubernamentales, escenas institucionales y de la vida cotidiana); 2) producciones visuales, escénicas, audiovisuales y/o transmediales del campo de las artes y la comunicación social. (Ej.: propagandas políticas, publicidades, montajes cinematográficos, noticias periodísticas, *fake news*). En un (D)MT de problemáticas socio-sanitarias como el COVID-19 partimos considerando la relación entre la determinación social (Breilh, 2013) del proceso/salud/enfermedad/vida/muerte/atención/cuidado (Cotaimich, 2020) y maldesarrollo (Svampa y Viale, 2014) (in) material. Maldesarrollo asentado en la explotación de personas, extractivismo de bienes comunes y destrucción de la biodiversidad. Ello viene dejando tal huella geológica que ha llevado a un sector del campo de las ciencias, y del activismo social, a que sostenga que vivimos en la era del *Antropoceno y/o Capitaloceno* (Svampa, 2015). Motivo por el cual se vuelve vital una transformación cultural profunda que combata las bases del capitalismo *cultural* (Rifkin, 2000), *cognitivo* (Moulier-Boutang, Corsani y Lazzarao, 2004), *de la desposesión* (Harvey, 2004) y *de la fe* (Cotaimich, 2020)<sup>9</sup>. Ello a partir de un *diálogo de saberes* (De

---

8 Consideramos como montaje a una producción cultural (textual, visual, escénica, audiovisual y/o transmedial) que se configura como estrategia de lucha para definir sentidos que orienten prácticas (Bourdieu 2003), contribuyendo performativamente a la producción, reproducción y/o transformación social. Noción para la cual ponemos en diálogo aspectos relacionados con: a) la fotografía, el cine, el teatro, la performance y la producción transmedia; b) procesos de institucionalización; c) dispositivos de poder y saber (Foucault); d) lógicas rizomáticas (Deleuze y Guattari); e) montaje, desmontaje y remontaje de obras de arte (Didi-Humberman 2008); d) la consideración del Estado como comunidad ilusoria y/o gran ficción (Corrigan y Sayer, 2007) (in) material.

9 En esa línea, un (D) MT contribuye con el abordaje críticos de discursos y prácticas dominantes signados por bio-necro y psicopolíticas que generan sufrimiento y malestar. Con la noción de bio, psico y necro política aludimos a la puesta en tensión y diálogo de aportes relacionados con las nociones de biopolítica (Foucault, 2004), psicopolítica, (Han, 2014) y necropolítica (Mbembe, 2011) que operan sobre cuerpos, poblaciones, territorios, emociones, creencias, emociones, comportamientos y vínculos.

Sousa Santos, 2009) y poderes que hacen a diversas dimensiones del campo de la salud (pública, ambiental, colectiva, mental y territorial).

La segunda instancia de un (D)MT consiste en la producción de montajes (textuales, visuales, escénicos, audiovisuales y/o transmediales) de carácter *instituyente*. En el caso del Covid-19, podríamos (des) montar aspectos relacionados con: 1) la producción de conocimientos científicos – y patentes- (ej.: vacunas); 2) la producción de discursos periodísticos y *fake news*; 3) actos políticos en la vía pública -y en espacio virtuales- que contribuyen a la configuración de *esferas públicas* (Fraser, 2008) locales, nacionales y transnacionales; 4) estrategias de mercantilización de diversos órdenes de la vida social y/o de invisibilización de situaciones de vulneración; 5) narrativas distópicas que contribuyen a configurar creencias y mitos sobre la pandemia; 6) montajes capitalistas y patriarcales ligados a políticas socio- sanitarias y medios, que favorecen violencias institucionales, laborales, de género (s).

## **EL HOSPITAL DE PANDEMIA: MÁQUINA DE SERVICIOS Y PRECARIZACIÓN**

*“Estamos en casa porque hay unos que no pueden estar en casa”.*

Vicenç Navarro

¿Cómo es el hospital de la Pandemia? ¿Qué hospital se viene construyendo históricamente y eclosiona en tiempos de pandemia? ¿Cuáles son las condiciones laborales de los agentes productivos<sup>10</sup> que allí trabajan y que no pueden *quedarse en casa*? Partimos del siguiente enunciado metodológico, y como tal, ético-político: los efectos de pandemia, en torno a la atención hospitalaria, son inherentes, no al hospital en sí mismo sino al *hospital-empresa*, a las condiciones previas provocadas por la descentralización, la flexibilización y la precarización del trabajo. El análisis actual de los efectos de la pandemia puede ser abordado a través de un (D)MT social, histórico, institucional y de las formas de producir colectivamente salud. Estas cuestiones, se

---

10 Por tal categoría se entiende la fuerza de trabajo desplegada en un medio específico. Emerson Merhy (2006) al estudiar lo que entiende por “micropolítica de trabajo vivo en acto” refiere a los agentes productores de salud, por ejemplo, en un hospital. Agentes que producen salud, en tanto realizan “trabajo vivo en acto”, al tiempo que producen subjetividad y un modo colectivo de vida; “el trabajo vivo en acto opera como una máquina de guerra política, demarcando interesadamente territorios y defendiéndolos; y como una máquina deseadora, valorando y construyendo un cierto mundo para sí (dentro de una cierta ofensiva libidinal)” (p.19).

vinculan con mecanismos, artilugios y momentos de poder que hacen a la relación entre *proceso salud/enfermedad/subjetivación*<sup>11</sup> y *gestión política del trabajo*<sup>12</sup>; entre salud y modo de gobierno, entre los/as trabajadoras/es de un hospital con la gestión política que en el mismo se implementa. Bajo esta mirada, la *instauración neoliberal*, modeliza en la institución hospitalaria, nuevas relaciones de poder intrahospitalaria, así como nuevas relaciones socio sanitarias a nivel global. Si durante un tiempo el hospital funcionó como *máquina de curar*<sup>13</sup>, desde el corte neoliberal y hasta ahora, lo hace como *máquina de servicios*.

En el contexto gubernamental de creación de mercados competitivos, el Ministerio de Salud argentino de 1997, disponía que el hospital se autogestione como “empresa descentralizada y autónoma”, “centro de costos independientes dentro de la estructura administrativa estatal”, y “organización que compite ofreciendo servicios hospitalarios a usuarios tanto privados como públicos” (Álvarez, 2013, p.34). La descentralización supone el despliegue, dentro del hospital, de aquello que hemos denominado *Gestión Política del Trabajo*. Uno de sus rasgos distintivos reside en la *división funcional del trabajo* (Oliva, 2018). Norma informal, irregular, pero no por ello menos efectiva, de segregación y evaluación, de asignación y disposición arbitraria de las trabajadoras/es de acuerdo, no a capacidades técnicas o habilidades profesionales, sino al desempeño individual de comportamientos, al fomento activo de producción de un sí-mismo calculador de conveniencias, a una observancia aguda de actitudes, gestos, preferencias y gustos individuales. Norma inenarrablemente específica que instiga a la puesta en juego de la personalidad íntima para coalinearse a una gestión descentralizada que tiende a la privatización (Álvarez, 2013).

*La gestión política del trabajo como modo de gobierno*, no sólo instaaura una nueva organización del trabajo hospitalario cada vez más ajustado a los vaivenes económicos, sino que, además, para funcionar efectivamente, requiere de “la liberación de las fuerzas productivas”<sup>14</sup>.

---

11 Se designan así las maneras históricas de enfermar y producir salud inherente a una forma singular de subjetivación (Oliva, 2018).

12 La *gestión política del trabajo* nombra una forma específica de conducción de autoridad sobre los agentes subalternos implicados en la producción social o trabajo. Apunta a considerar el modo de gobernar conductas en el estudio de la gestión hospitalaria (Oliva, 2018).

13 Cuando Foucault (2014) estudia la instalación del hospital moderno anota que “es necesario [...] acondicionar el espacio interior del hospital a fin de que sea médicamente eficaz: ya no lugar de asistencia [como había sido antaño] sino lugar de operación terapéutica. El hospital debe funcionar como “máquina de curar”” (p. 227).

14 Martínez de Hoz, ministro de economía de la última dictadura militar en Argentina, habló de esta “liberación” de manera categórica. En la instauración neoliberal

Tal “liberación” es traducida con un eufemismo de negocios: la *flexibilización* (interna y externa), que refiere tanto al fenómeno de volatilidad de contratos de trabajo y de derechos laborales, como a la propensión recurrente de “bajos costos y menores restricciones en materia de despido” (Neffa, 2015, p.96). Por otra parte, la flexibilización interna organiza una intensificación del trabajo tal que el cuerpo se pone en juego en varios puestos a la vez, de modo multi-funcional y multi-tarea, acelerando los ritmos de atención. Dicha aceleración lleva a producir una depreciación de los tiempos de pensamiento, diálogo, vinculación y construcción de apoyos mutuos, una disolución del carácter horizontal de la palabra y de la elaboración institucional del sufrimiento.

Así mismo, a tal intensificación contribuye también el “pluri-empleo” que caracteriza al sector de salud más precarizado que, en el año 2006, ya contaba con más del 18% de trabajadoras/es con 2 o más empleos (Sánchez, 2010). A esa normalización de la aceleración que es la flexibilización interna, le sucede como condición de realidad la flexibilización externa. La intensificación del trabajo se realiza a condición de la “liberalización”, del juego libre de la libertad de competir. Juego que acrecienta, que produce dividendos, a razón de unir *flexibilización* y *precarización*. En este contexto, la *máquina de servicios*, caracterización del hospital actual, no marcha sino a condición de un desbloqueo, de una liberalización o descentralización social generalizada de fuerzas. *El hospital-empresa nacido de la descentralización* como entidad autónoma -y que vale remarcar: “no ha aumentado la participación comunitaria” (Ugalde y Homedes, 2002)- es también producto y productor de precarización como mecanismo de gobierno. Anteriormente hemos constatado que la *gestión política del trabajo* que en él se ejerce -en un contexto de normalización de la precarización y la flexibilización- se articula también con la producción de angustia, de aumento de carpetas psiquiátricas y dolores somáticos variables (Oliva, 2018). La *máquina de servicio* es el escenario donde la descentralización, precarización y flexibilización constituyen piezas de un montaje, un conjunto de *funcionamientos políticos que producen sufrimientos*, y que urge desmontar en favor de otro emplazamiento de políticas de cuidado hacia quienes han sido precarizados, vulnerabili-

---

se trató, de acuerdo a sus palabras, de “dar paso a la liberación de las fuerzas productivas” (0’20”). <https://www.youtube.com/watch?v=-R5cgD22JuM>. En la misma línea, en el año 2015, Pablo Tonelli, abogado y diputado Nacional por el Partido Propuesta Republicana de Mauricio Macri, decía textualmente: “Nosotros lo que sí vamos a hacer cuando seamos gobierno es liberar las fuerzas productivas de la argentina” (2’13”) [Dispoinible: https://www.youtube.com/watch?v=VDG2RhiCQ2g](https://www.youtube.com/watch?v=VDG2RhiCQ2g).

zados (del cuerpo social en general y del sector de trabajadores/as de salud, en particular).

### **APORTES DESDE LA PROMOCIÓN TRANSDISCIPLINAR, TRANSNACIONAL Y TRANSCULTURAL DE LA SALUD**

Desde el año 2018, desde el ELAPPSS<sup>15</sup>, venimos trabajando en el desarrollo de una estrategia de *Promoción transdisciplinaria, transnacional y transcultural de la salud* (PTTTS) en torno a problemáticas derivadas de situaciones de injusticia ambiental, falta de cuidado y producción de bienes comunes (ambientales y culturales), violencias de género(s), y condiciones de precarización laboral, en general, y relacionadas con el personal sanitario en particular. Problemáticas que se han visto agudizadas en este contexto de pandemia, que ha vuelto aún más significativa esta estrategia. Con la PTTTS buscamos fortalecer y/o impulsar políticas de cuidado de seres humanos, seres vivos en general, y *bienes comunes* (ambientales y culturales) de los cuales dependen la salud y la vida, implicando (*des*) *montajes transdisciplinarios* de discursos y prácticas que están en la base de la *determinación social* (Breilh, 2013) de los *procesos salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte*. Se trata de una estrategia político-sanitaria de carácter dialéctico y dialógico, desarrollada, en principio, en y desde la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina, en el marco de proyectos de investigación y extensión que se llevan a cabo con organizaciones sociales relacionados directa e indirectamente con el campo de la salud. Bioética y políticamente, la PTTTS supone procesos de *trans-form(a)cción* orientados al desmontaje de formas de biopoder dominantes, y al montaje de estrategias de fortalecimiento y producción (*in*) *material* de biopolíticas de lo común en favor de procesos de equidad sociopolítica, cultural, étnica y de género(s).

### **CONSIDERACIONES FINALES**

Como cierre de este compilado y/o montaje de textos, análisis y propuestas, en primer lugar, quisiéramos agradecer a la coordinación del GT CLACSO de Salud internacional y Soberanía Sanitaria por la posibilidad de participar de esta publicación tan necesaria en estos tiempos. La invitación recibida promovió que nos conociéramos con mayor profundidad y nos encontremos potenciando nuestras propuestas en la diversidad y en favor de la equidad. Se abordaron las dimensiones y categorías planteadas en un principio de modo general, y dando cuenta, por ejemplo, de casos como el de Santiago del Estero.

---

15 Nos referimos al Espacio laboratorio de arte/s, performance/s y subjetividad/es de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina.

Allí vimos ejemplificados e intensificados los procesos de inequidad que se ven agudizados con la pandemia. Así mismo, Argentina como país federal posee un territorio heterogéneo, diferenciado por aspectos ambientales, culturales, económicos y sociales. Cada región presenta sus propias especificidades y los indicadores sanitarios son reflejo de la inequidad estructural de algunas provincias. En este sentido la determinación social de la salud configura políticas oficiales federales, y respuestas territoriales frente al Covid-19. En relación con la problemática de género y cuidados, las políticas de abordaje sanitario y la pandemia profundizaron la precarización, de modo individual y colectivo, el trabajo, el acceso a la vivienda, los alimentos, la salud y los cuidados. También contribuyeron a resaltar violencias en los modos de organización social, cultural y económico de la clase trabajadora y las poblaciones más vulneradas. Los movimientos de mujeres, feminismos y disidencias del país expusieron las acuciantes problemáticas devenidas de las políticas de confinamiento desde una perspectiva de géneros que aún no se traduce en política de abordaje de las opresiones estructurales en mujeres, niñeces, vejezes y diversidades sexuales. Respecto de las condiciones de trabajo y los padecimientos de los equipos de salud, se compartieron aportes que hacen a la historia de la institución hospitalaria y su actual impronta neoliberal, que tiende a la precarización laboral del personal de salud, profundizada en tiempos de pandemia.

Desde nuestros diferentes lugares de investigación, trabajo y militancia consideramos vital e imprescindible fortalecernos en procesos de transformación colectiva a partir de un imprescindible diálogo y trabajo conjunto con organizaciones y movimientos sociales, así como sectores del trabajo. Considerando la diversidad de análisis, reflexiones, datos y estilos discursivos de los diferentes textos, buscamos potenciar diversos puntos de vista, interrogantes, conceptos, experiencias, abordajes, desafíos, recomendaciones y propuestas, entre las cuales se encuentran:

- Promover lazos de solidaridad y cooperación que modifiquen situaciones de desigualdad estructural.
- Fortalecer políticas públicas y sociales en favor de procesos de equidad.
- Desmontar lógicas patriarcales, coloniales y capitalistas que están arraigadas en un sistema que estalla en crisis múltiples.
- Reforzar la consideración del Estado como promotor del bienestar y garante de la salud, la vida, y la posibilidad de una muerte digna.

- Favorecer el desmontaje de formas de consumo problemático de objetos de mercado e información (Ej.: *fake news*) que generan miedo, odio y fragmentación. Ello a través de estrategias que favorezcan el análisis y producción crítica de información e instancias de comunicación colectiva en favor de la salud (ej.: *(Des) montaje transdisciplinar*)
- Contribuir con la integración regional Sur-Sur y la soberanía sanitaria, a través de estrategias de form(a)cción que supongan vinculaciones entre universidades, comunidades, instituciones públicas, organizaciones y movimientos sociales. En ese sentido como aporte, socializamos las bases de la *promoción de la salud, transdisciplinar, transnacional y transcultural*, estrategia que, entre otras cuestiones, supone el cuidado y producción (in) material de bienes comunes (ambientales y culturales), y el fortalecimiento de procesos de empoderamiento en favor de la equidad socio-política, cultural, étnica y de género(s).
- Fortalecer instituciones públicas, organizaciones, movimientos sociales y redes que vienen trabajando a nivel local, nacional y transnacional para transformar realidades signadas por la explotación de personas y la destrucción de la biodiversidad. En ese sentido consideramos sustancial potenciar diálogos de saberes y poderes para el logro de cambios concretos en lo inmediato, singular y local, en lo particular de instituciones y organizaciones a nivel provincial y/o nacional y en lo regional y transnacional con miras a que trasciendan fronteras geográficas y temporales y se expandan hacia otras latitudes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Carlos (2013). La Transformación Institucional del Hospital Nacional de Clínicas. El impacto de la autogestión en los trabajadores hospitalarios. Tesis de Maestría. Instituto de investigación y formación en administración pública (IIFAP) de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Bourdieu, Pierre (2003). Creencia artística y bienes simbólicos. Buenos Aires, Argentina: Aurelia Rivera.
- Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Univ. de Antioquia, Vol. 31. Medellín, Colombia
- Castro-Gómez, Santiago (2010). Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre

- Corrigan, Philip y Derek, Sayer (2007). La formación del Estado inglés como revolución cultural. En Lagos, M. y Calla P. (comp.) Antropología del Estado: Dominación y prácticas contestatarias en América Latina. Cuaderno No.23 INDH/PNUD. La Paz, Bolivia
- Cotaimich, Valeria (2020). Promoción transdisciplinar, transnacional y transcultural de la salud. Una estrategia para contribuir al abordaje de problemáticas emergentes y/o agudizadas por la pandemia del COVID-19. Artículo publicado por el ELAPPSS para instancias de postgrado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba-Argentina.
- Cotaimich, Valeria et al. (2016). Arte/s, Salud y Política. Experiencias y aportes transdisciplinares y decoloniales. Editado por ELAPPSS- Facultad de Psicología. Impreso en la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina.
- Cotaimich, Valeria (2017). (Des) montaje transdisciplinar y subjetividad transmedia. Desafíos en favor transformaciones culturales imprescindibles para la salud y la vida. Revista AdMIRA de análisis de medios, imágenes y relatos audiovisuales. Dpto. de Comunicación Audiovisual y Pub. de la Facultad de Comunicación, Universidad de Sevilla-España.
- Deleuze, Gilles y Guattari, Félix (2004). Mil Mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia. Valencia, España: Pre-textos.
- De Sousa Santos, Boaventura (2009). Una epistemología del sur. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). México Siglo XXI editores.
- Didi-Huberman, Georges (2008). Cuando las imágenes toman posición. El ojo de la historia, 1. Madrid, España: A. Machado.
- Ernst, Christoph y López, Elva (2020). La COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política. Informe Técnico. OIT Argentina. [https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/documentos-de-trabajo/WCMS\\_740742/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/documentos-de-trabajo/WCMS_740742/lang-es/index.htm)
- Foucault, Michel (1985). Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Madrid, España: Alianza.
- Foucault, Michel (1991). Saber y Verdad. Madrid, España: La Piqueta.
- Foucault, Michel (2004). Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979). Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, Michel (2010). *Defender la Sociedad*. Curso en el Collège de France (1975-1976). Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2014). *El Poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno
- Fraser, Nancy (2008). *Transnacionalización de la esfera pública: sobre la legitimidad y la eficacia de la opinión pública en un mundo post- westfaliano*. En *Escalas de Justicia*. Barcelona, España: Herder.
- Han, Byung-Chul (2014). *Psicopolítica*. Barcelona, España: Herder.
- Harvey, David (2004). *El nuevo imperialismo: acumulación por desposesión*. *Socialist Register*. Buenos Aires, Argentina. CLACSO.
- Mbembe, Achille (2011). *Necropolítica*. Madrid, España. Editorial: Melusina
- Merhy, Emerson (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.
- Moulier-Boutang, Yann; Corsani, Antonella y Lazzarao, Maurizio (2004). *Capitalismo cognitivo, propiedad intelectual y creación colectiva*. Madrid, España: Editorial Traficantes de sueños.
- Neffa, Julio (2015). *Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo*. Contribución a su Estudio. Ed: Ctro. de Estudios e Investigaciones Laborales CEIL-CONICET/Facultad de Cs. Económicas de la Universidad Nacional de Nordeste, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata, Dpto. de Economía y Administración de la Universidad Nacional de Moreno, Ctro. de Innovación para los Trabajadores de CITRA CONICET-UMET.
- Oliva, Pedro (2018). *Relaciones entre gestión política del trabajo y proceso salud/enfermedad/subjetivación, en torno al sector de enfermería del Hospital Nacional de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Córdoba-Argentina*. Tesis de Grado. ELAPPSS. Fac. de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba- Argentina.
- Rifkin, Jeremy (2000). *La era del acceso. La revolución de la nueva economía*. Madrid, España: Editorial Paidós.
- Sánchez, Julieta (2010). *La situación de la fuerza laboral del sector salud de Argentina bajo la perspectiva de Trabajo Decente (Tesis de Maestría en Salud Pública)*. Escuela de Salud Pública.

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

- Schechner, Richard (2000). Performance. Teoría y Prácticas interculturales. Libros del Rojas. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Svampa, Maristella y Viale, Enrique (2014). Mal desarrollo. La Argentina del extractivismo y el despojo. Buenos Aires, Argentina: Editorial Katz.
- Svampa, Maristella (2019). Antropoceno. Lecturas globales desde el Sur. Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba. <https://maristellasvampa.net/antropoceno/>. Editorial “La Sofía cartonera”
- Ugalde, Antonio, y Homedes, Nuria (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. Gaceta Sanitaria, 16 (1), 18-29. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100004&lng=es&tlng=es)
- Zibechi, Raúl y Hardt, Michael (2013). Preservar y compartir. Bienes comunes y movimientos sociales. Buenos Aires, Argentina: Mardulce.



# **UNA MIRADA A LA DINÁMICA SOCIOPOLÍTICA DESDE LA SOCIEDAD, EL ESTADO Y RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD FRENTE AL COVID-19 EN EL SALVADOR**

Antonio Hernández Reyes, Alexander Coreas, Carlos  
Bustamante e Inecilia Argueta

## **INTRODUCCIÓN**

A causa del impacto del Covid-19 en Latinoamérica y el Caribe, se puso en pausa muchos procesos políticos y sociales que venían gestándose en la región. El clima de inconformidad política, que desembocó en un cambio de gobierno en El Salvador, quedó entremezclado con la respuesta que ofreció el sistema nacional de salud, exponiendo estas dinámicas socio políticas con el riesgo epidémico. Las medidas de contención económica y social que se instalaron se entremezclaron con la hiperpolarización de la epidemia, la securitización de la emergencia, las medidas impuestas por una cuarentenología sumado a un discurso oficial sobre el Covid-19 muy explicativo y religioso, entre otros, son matices que caracterizaron la respuesta del Estado ante el fenómeno.

El sistema de salud salvadoreño aumentó su capacidad de respuesta a través de la creación del Hospital El Salvador, lo que le evitó el colapso sanitario a diferencia de otros países centroamericanos. Sin embargo, la vigilancia epidemiológica y laboratorial fue insuficiente, así como la participación comunitaria casi inexistente y el seguimiento comunitario de los casos que se limitó, en muchas ocasiones, sólo al levantamiento de cadáveres. Se destacaron innovaciones desarrolladas durante la epidemia, como los centros de monitoreo para pacien-

tes con Covid-19 en los hospitales, la orientación y educación brindada a través de los telecentros y la entrega domiciliar de los kits de medicamentos para pacientes infectados. La estrategia de vacunación tuvo buenos resultados al no depender exclusivamente del mecanismo COVAX y ha permitido compartir dosis de vacunas con otros países centroamericanos. Finalmente, el escenario post pandemia abre la puerta al debate para la refundación de los sistemas de salud para una salud pública del siglo XXI.

## **I. DINÁMICAS SOCIOPOLÍTICAS DE LA SOCIEDAD FRENTE AL RIESGO EPIDÉMICO**

### **1.1 CONTEXTO SOCIAL, POLÍTICO Y ECONÓMICO**

El Salvador se encuentra para muchos en medio de lo que consideran la instalación de una dictadura, para otros es la consolidación de una nueva democracia. La obsolescencia de los partidos tradicionales, el consiguiente triunfo electoral del partido Nuevas Ideas y el ascenso del presidente Nayib Bukele en 2019, se constituyen en un nuevo hito político dando cierre al período de posguerra en el país (Hernández, 2019). En lo social, El Salvador se encontraba en un reflujo organizativo producto de la instrumentalización de los movimientos sociales y el desgaste del partido político saliente del gobierno. Esta desmovilización se encuentra en todos los sectores y ha abarcado todas las formas de organización. El actual gobierno se caracteriza por ser de corte presidencialista, vertical, autoritario, con una fuerte presencia mediática y con acciones populistas impulsadas desde las instituciones gubernamentales. Sin embargo, el Instituto Universitario de Opinión Pública (IUDOP) de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA) señala que a casi dos años de iniciada la gestión gubernamental, esta goza de una aceptación entre la población del 7.74 y la imagen del presidente es de 8.37 (IUDOP, 2021).

El desgaste del bipartidismo y la democracia residual arrastrada desde las últimas décadas, llevaron a que esta tercera vía que se autodenomina ideológicamente “ni de izquierda ni derecha” lograra agenciarse la mayoría de los escaños en las elecciones legislativas en las elecciones de 2021. Esta mayoría debutó destituyendo a la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Hecho que en palabras del Comité Directivo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO, 2021) lo rechaza calificándolo como “un grave atentado a la justicia, la democracia y los derechos humanos”, ya que “el autoritarismo y las formas dictatoriales mostradas son contrarias a cualquier proceso de democratización que requiere de límites entre poderes, y de contrapesos para gobernar de forma legal y legítima”.

En este marco político, El Salvador continúa siendo uno de los países más dependientes económicamente de las remesas provenientes de EE. UU. (Maldonado, 2016) con una economía dolarizada y con una tasa de desempleo que ha ido incrementándose a raíz de la interrupción de actividades económicas, educativas y de formación a partir del 11 de marzo, fecha en la cual se suspendieron las actividades presenciales en escuelas, universidades y centros de formación (Decreto No.12, 2020). Por otro lado, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) registró que 33,609 jóvenes perdieron sus trabajos formales sólo entre enero y mayo de 2020. Sobre todo, el comercio, los hoteles y restaurantes fueron los sectores más afectados en dicho período (ISSS, 2020).

## **1.2. INSTALACIÓN DE LA PANDEMIA Y MANEJO DEL DISCURSO**

A finales del año 2019 surgen los primeros casos de coronavirus en China, siendo este un virus nuevo, se inició reportando casos de una neumonía atípica. El primer anuncio de parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la red social Twitter fue el 04 de enero del 2020, en el cual hace referencia a casos reportados de neumonía sin muertes y que se continuarían realizando más investigaciones (*World Health Organization*, [WHO], 2020). Fue a mediados de enero del 2020 que la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS, acorde a informes proporcionados por la Comisión Municipal de Salud de Wuhan en China, emiten una alerta epidemiológica sobre casos reportados de un nuevo coronavirus. Además, hacen un llamado a los estados miembros a la vigilancia de las enfermedades respiratorias, y a mantener al personal sanitario en constante actualización ya que la información disponible era limitada en todos los aspectos: factores etiológicos, epidemiológicos, clínicos y de tratamiento, de igual forma no recomendaban hasta el momento restricción con respecto a viajes o comercio (OPS/OMS, 16 de enero de 2020). Tan solo dos días después de notificarse los primeros casos de transmisión limitada del coronavirus entre seres humanos fuera de China, fue declarada Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por la OMS dada la alta cantidad de casos reportados (OMS, 2020).

A partir de ahí, uno de los elementos que ha caracterizado esta pandemia es la hiperpolitización que ha sufrido el manejo de ésta, la cual ha sido objeto de los más grotescos y surrealistas debates entre los políticos desde quienes la comparan con una “gripita” hasta quienes la interpretan como un castigo divino. Para Esposito (2020) durante los últimos tres siglos se ha producido una medicalización de la política donde cada vez más frecuentemente los políticos asumen la responsabilidad de “curar” a sus ciudadanos y ciudadanas. De

ahí que no sea raro que presidentes, legisladores y otros políticos (no médicos) estén dando informes epidemiológicos, dirigiendo estrategias sanitarias o sugiriendo nuevos tratamientos para el Covid-19. En sentido inverso, se ha configurado una politización de la medicina donde los virólogos, epidemiólogos y salubristas están estableciendo medidas económicas, coordinando el transporte público y acciones de seguridad pública, entre otras. Esta divergencia de objetivos, tanto del ámbito político como sanitario, son reflejo de un cambio en el sentido común de lo que se entiende por una pandemia, asumiéndose roles ajenos a la naturaleza de la función pública (Hernández, 2020b).

La alerta epidemiológica fue difundida por diversos medios, generando expectación del comportamiento del nuevo virus en todos los colectivos, quienes acorde a la accesibilidad de la información se actualizan constantemente, prestándose muchos de estos medios a la difusión de noticias falsas o “*Fake News*”, lo cual generó altos niveles de ansiedad y desinformación entre la población. El manejo del discurso desde la presidencia de la República ha tenido varios matices. Desde utilizar lenguaje religioso hasta científico. Para Ester, De Gori y Chávez (2020), el presidente Bukele fue el que utilizó más palabras para comunicar la situación y las acciones a tomar durante la pandemia que el resto de los homólogos en la región; también fue el que más comparó la situación de otros países con la de El Salvador y el más religioso tomando tiempo para hacer oraciones en cadena nacional.

## **II. DINÁMICA SOCIOPOLÍTICA DEL ESTADO ANTE RIESGO COVID-19**

### **2.1. ORGANIZACIÓN DEL ESTADO**

El Estado se tensionó frente al riesgo epidémico de Covid-19. El Gobierno centralizó la toma de decisiones en una mesa nacional de respuesta frente al SARS-CoV-2 en la que participaron delegados de la presidencia y de las instituciones que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). No existió inclusión de otros sectores en la toma de decisiones. Al principio, previo a las elecciones parlamentarias, no hubo acuerdo entre la Asamblea Legislativa y el Ejecutivo en torno a la gobernabilidad de la pandemia. Por una parte, se emitieron decretos presidenciales que entraron en contradicción con leyes vigentes y, por otra parte, la Asamblea Legislativa aprobó anteproyectos de ley que fueron vetados por la presidencia (Cruz, 2020). Esta tira y encoge dificultó el abordaje técnico de la epidemia y politizó más el discurso público sobre ella.

En cuanto a la forma de comunicación gubernamental, hubo transmisiones en cadena nacional frecuentes del presidente donde se fueron estableciendo las pautas sanitarias y demás medidas econó-

micas durante la primera etapa de la epidemia. La información proporcionada era replicada por los medios gubernamentales a través de comunicados de prensa, mensajes cortos enviados al celular de la población y redes sociales institucionales. El margen de participación ciudadana quedó reducida a ser receptores de la información. No se activaron los comités de salud comunitarios ni la Red Comunitaria de Protección Civil. En cuanto a la disponibilidad de datos, se puso a disposición la información oficial del SNIS en la plataforma [www.covid.gob.sv](http://www.covid.gob.sv) la cual se actualiza cada 3 o 4 días; sin embargo, han existido varios señalamientos sobre la confiabilidad de los datos dificultando tener cifras exactas sobre la mortalidad por Covid-19 o el número de dosis de vacuna aplicadas (Machuca, 2021).

## **2.2. SECURITIZACIÓN: CUARENTENAS Y POLICÍA MÉDICA**

Tres días antes del surgimiento del primer caso de Covid-19, la Asamblea Legislativa a iniciativa de la Presidencia de la República, aprobó la ley de “Estado de Emergencia Nacional de la Pandemia por Covid-19” y la ley para la “Restricción temporal de derechos constitucionales concretos para la atención de la pandemia por Covid-19”, expresándose en la restricción del derecho a la libertad de tránsito, a la libertad de reunión pacífica y sin armas para cualquier objeto, así como el derecho a no ser obligado a cambiarse de domicilio (Hernández, 2020a). Esta ley contempló el cierre completo del aeropuerto y las fronteras nacionales por un período de 30 días, período que se prorrogó por varios meses. Se desplegó la Policía Nacional Civil y las Fuerzas Armadas para hacer cumplir esta ley. Se reforzó la vigilancia de la entrada por los puntos ciegos fronterizos, ya que se reportan viajeros entrando de forma irregular al país. Se suspendieron los vuelos de pasajeros, aunque se mantuvieron los de carga para la exportación e importación.

Como parte de la estrategia inicial de atención del Covid-19, se establecieron centros de contención en los que se albergaron inicialmente las personas que venían desde otros países a El Salvador para hacer una cuarentena por quince días. Este mecanismo se aplicó también al personal de salud que resultaba positivo en las pruebas diagnósticas. Esta medida recuerda lo que Basile (2020) define como *cuarentenología* en la que prima el empirismo y la militarización como sistema político y médico, donde se pretende aislar al individuo para inspeccionarlo y controlarlo. El Gobierno contrató alojamientos privados (hoteles y hostales) para que funcionaran como centros de contención. Cabe mencionar que en primer momento se utilizaron como una medida punitiva para aquellas personas que incumplían con la cuarentena nacional o las medidas de bioseguridad en la vía pública.

A pesar de que estos centros de contención contaron con una normativa para su funcionamiento, al inicio su implementación fue muy desordenada, con poco control y seguimiento de los pacientes causando que se reiniciaran cuarentenas; con muy poca o casi nula información para los familiares de las personas en el centro de contención, generando mucho malestar.

También es importante mencionar el papel de las fuerzas armadas y la policía nacional civil en el desarrollo de esta medida sanitaria, quienes estuvieron involucrados a diferentes niveles de toda la respuesta sanitaria, desde los puntos de chequeo de tránsito verificando la circulación autorizada durante la vigencia de la restricción de la circulación, hasta la cadena de distribución y almacenamiento de la vacuna. La incorporación del ejército en este tipo de medidas recuerda que la militarización de las epidemias es parte de la herencia panamericanista de la salud donde se evidencia la “verticalidad” y el autoritarismo en este tipo de acciones a lo largo de Latinoamérica (Basile, 2018); por tanto, no es raro encontrar la inclusión de los cuerpos de seguridad como parte fundamental de las formas de control y abordaje de las epidemias.

### **2.3. PROTECCIÓN SOCIAL**

La consecución de ingresos económicos adecuados, y el acceso a los servicios sociales se vio seriamente afectada por las medidas de confinamiento y cuarentena adoptadas para aplanar la curva de contagios y prevenir el colapso de los sistemas sanitarios impactando al sector informal de la economía que no cuenta con seguridad social. En ese sentido el Gobierno lanzó una serie de medidas de protección social tales como: a) la implementación de un bono/subsidio de \$300 a todas las viviendas que consumen menos de 250 kilovatios/hora al mes y en las que el hogar no percibe un salario. La cobertura anunciada fue de 1.5 millones de hogares; b) la suspensión del pago de servicios básicos, que consistía en el no pago de la cuota de la energía eléctrica, del agua, del teléfono e internet, así como alquileres, durante tres meses; c) el Programa de Emergencia Sanitaria (PES), el cual consistió en la entrega de paquetes con productos no perecederos, abarrotes y granos básicos, anunciando una cobertura de 1.7 millones de familias vulnerables (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2021); d) se brindó un bono de US\$300 para los que se dedican al comercio informal y que han sido afectados por las medidas restrictivas, prórroga del pago de los recibos de electricidad, agua, teléfono, cable e internet por 3 meses; e) se aplazarían los pagos de alquileres y de cuotas de créditos hipotecarios, de consumo, tarjetas o crédito de vehículo para personas o empresas afectadas por la pan-

demia, entre otras medidas (British Broadcast Corporation [BBC], 2020).

Sin embargo, la implementación de estas medidas financieras como fuera la entrega del bono fue de forma desordenada generando malestar en los beneficiarios y beneficiarias. Tampoco estas medidas lograron paliar el impacto del cierre económico que se implementó, afectando a los hogares que dependían del comercio informal y parte del sector formal más afectado. Como medidas de protección, en un primer momento se envió a resguardo domiciliario a todos aquellos empleados mayores de sesenta años y que tuvieran alguna enfermedad crónica no transmisible. Posteriormente, el resguardo se redujo solamente a aquellos que tuvieran alguna comorbilidad para prevenir la posibilidad de contagio entre este grupo poblacional priorizado. El ISSS brindó subsidios por incapacidad por Covid-19 a sus derechohabientes previa evaluación médica.

### **III. RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD**

#### **3.1. SISTEMA Y POLÍTICAS DE SALUD /RELACIÓN ESTADO Y MERCADO EN CAMPO DE SALUD**

La Constitución Política de El Salvador de 1983 reconoce en su Art.65 a la salud como un bien público; sin embargo, es a partir de la instauración de la gratuidad de los servicios de salud en 2009 (Rodríguez, 2010) y su establecimiento en el Art.30 Lit.K de la Ley de Desarrollo y Protección Social (Decreto Legislativo No.647, 2014), cuando se amplía el camino para el reconocimiento y garantía del Derecho Humano a la salud. El sistema de salud salvadoreño tiene un modelo de atención basado en la Atención Primaria de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, cuyo modelo de gestión es por Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS). Está compuesto por dos sectores, el público y el privado. El sector público incluye el Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Comando de Sanidad Militar (COSAM), el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) (López et al., 2017). La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (Decreto Legislativo No.302, 2019) incorpora a la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) y al Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) que, aunque no son entidades prestadoras de servicios, forman parte de la regulación del sistema. También se encuentra el sector privado que comprende las entidades privadas lucrativas (hospitales y clínicas privadas) y no lucrativas (Clínicas de Organizaciones No Gubernamentales, clínicas parroquiales, aseguradoras y hospitales privados) (Hernández, 2021).

La respuesta que el Sistema de Salud dio al inicio de la pandemia por Covid-19 fue reorientar sus servicios concentrándose en las atenciones que cada institución provee, inactivando los mecanismos de coordinación de las RIIS. El abordaje inicial de la epidemia combinó medidas de prevención como el estado de emergencia nacional con cuarentena estricta, así como los centros de contención para el alojamiento de los viajeros que ingresaban al país y para el aislamiento de las personas sospechosas de contagio; se incrementó el número de equipos de respuesta rápida para la atención y seguimiento de pacientes sospechosos paralelamente la fase hospitalocéntrica continuaba mejorando y ampliando la infraestructura iniciando la construcción del Hospital El Salvador en las instalaciones del Centro Internacional de Ferias y Convenciones (CIFCO) (MINSAL, 2020b). A pesar de que, progresivamente, se fueron tomando más medidas orientadas hacia el primer nivel de atención, el seguimiento domiciliario programado a pacientes se suspendió para dar prioridad a la respuesta intramural y al levantamiento de cadáveres comunitarios (especialmente durante la primera oleada de incremento de casos).

La vigilancia epidemiológica fue efectiva en las primeras semanas de la epidemia, un parámetro para rastrear, reducir la transmisión, y confirmar casos son las pruebas diagnósticas, por lo que se incrementó la capacidad laboratorial del Laboratorio Nacional de Salud Pública y los lineamientos técnicos para realizar pruebas para el diagnóstico de Covid-19 (MINSAL, 2020e) establecieron 2 fases:

1. *Contención*, en la cual el Ministerio de Salud tenía la exclusividad en la toma de pruebas, implementando los Equipos Interdisciplinarios de Contención Epidemiológica (EICE) consistentes en vehículos cabinas móviles para la toma de tamizajes permitiendo así movilizarlos y ubicarlos en los diferentes municipios del país. La cantidad de pruebas asignadas variaba según el tamaño de la población de la ciudad o municipio a tamizar. El rango rondaba entre las 300 a 2000 pruebas (MINSAL, 2021). La meta de pruebas diarias a tomar era de 3,000 (Gobierno de El Salvador [GOES], 2020). En el sitio web implementado por el Gobierno Central para informar estadísticamente la evolución de la pandemia, desde septiembre de 2021 publica diariamente la cantidad de pruebas tomadas; los promedios de los tamizajes no sobrepasan las 2,500 muestras (GOES, 2021).
2. *Respuesta*. La que pretendía aumentar la capacidad instalada de los laboratorios del Sistema Nacional Integrado de Salud, se incluyó a los laboratorios clínicos privados los cuales se so-

meterían a un proceso de aprobación por parte del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP, 2020).

Sin embargo, a medida que se incrementaba el apareamiento de casos y se avanzaba en las fases de respuesta, no se aumentó la cantidad de pruebas disponibles cada día (Calderón, 2020), por lo que se priorizó en tamizar al personal de salud, pacientes con sintomatología sospechosa y después población general a través de las EICE. Esto supuso una barrera económica pues sometió a la población a tener que tomarse pruebas en los laboratorios privados. Uno de los laboratorios autorizados cuenta con 17 sucursales en el país, 11 sucursales ubicadas en el área metropolitana de San Salvador; zona que por su densidad y movilidad poblacional y comercial hace que la transmisión del virus sea más fácil.

La participación social comunitaria se vio truncada a partir de la suspensión de las reuniones de las RIIS, la restricción de reuniones y asambleas, así como otros mecanismos de contraloría ciudadana que se cancelaron a causa de la cuarentena. A la fecha El Salvador ha experimentado 3 oleadas (2020-2021) llegando, durante la primera, a colapsar el sistema público de salud durante julio a agosto de 2020. La saturación de los hospitales y centros del primer nivel de atención generaron una gran incertidumbre sobre si el sistema fuese capaz de aliviar la situación. Sumado a esto, había mucho temor en la población para acudir a los centros de salud, llevando a que muchos pacientes con Covid leve y moderado decidieran tratarse en su propia casa, incrementándose el gasto de bolsillo para la compra de mascarillas y medicamentos en farmacias privadas, el alquiler de cilindros de oxígeno o compra de generadores de oxígeno y demás equipo médico. Como diría Iriart (2018), esta “internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia sin intervención médica” no es más que la *biomedicalización del Covid-19*. Por otra parte, el subsistema privado de salud contó con una muy baja capacidad para la atención de casos Covid-19, absteniéndose en un primer momento, a atender casos sospechosos. Sin embargo, ya acentuado el incremento de casos, el MINSAL solicitó que se atendieran casos cumpliendo la normativa nacional (Alemán, 2020). Otro elemento para considerar en la respuesta del sistema es que las aseguradoras privadas manifestaron que las atenciones de casos Covid-19 no entraban bajo ninguna de las cláusulas previamente establecidas (Economía, 2020); por tanto, todos los pacientes sospechosos y confirmados quedaban sin cobertura de seguros privados de salud.

### 3.2. BARRERAS DE ACCESO

Conforme la epidemia avanzaba se fueron estableciendo como “Hospitales Covid” a aquellos que se dedicarían exclusivamente a la atención de pacientes con Covid-19, mientras que el resto mantendrían un funcionamiento mixto para la atención en un área a pacientes con morbilidades generales y en otra a pacientes con Coronavirus. Se suspendieron cirugías electivas en la gran mayoría de los hospitales, también se cerró la consulta externa y el área de hospitalización se redujo al mínimo. La atención a pacientes con Enfermedades No Transmisibles (ENT) se limitó a entrega de medicamentos, ya que se suspendieron los exámenes de laboratorio y gabinete salvo emergencias. En el primer nivel de atención, las barreras institucionales y geográficas se marcaron más, ya que se suspendieron las visitas domiciliarias de los programas regulares, se desatendieron programas preventivos y de atención materno infantil, se disminuyó el programa regular de vacunación y, al igual que en los hospitales, se suspendió la atención subsecuente de pacientes con ENT. Para el ISSS, ha habido un incremento en la mora quirúrgica, un incremento en el gasto de pacientes manejado en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y una disminución en la atención comunitaria. Igual situación ha enfrentado las otras instituciones del SNIS.

La disminución de las atenciones a nivel hospitalario duró hasta octubre de 2020 cuando el MINSAL (2020d) publica los lineamientos técnicos para el retorno de las actividades cotidianas de los hospitales, en el contexto de la nueva normalidad debido a la pandemia. Dichos lineamientos han permitido la atención simultánea de pacientes con Covid-19 y de aquellos con morbilidades generales, reduciendo la mora quirúrgica entre otros desfases existentes. A pesar de lo anterior, se establecieron dispositivos que disminuyeron las barreras de acceso al sistema de salud, tales como la estrategia de los Telecentros, los cuales permitían hacer un teletriage y teleseguimiento de los pacientes con manejo domiciliario (MINSAL, 2020a). A través de ellos se ofrece educación sobre el Covid-19 y otras enfermedades, y se brinda información para que la ciudadanía haga un mejor uso del sistema. El teleseguimiento para pacientes con manejo domiciliario era diario y para aquellos pacientes con condiciones especiales (embarazo o ENT), se coordinaba una visita de parte de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF).

El Sistema de Emergencias Médicas (SEM) a través de su número telefónico 132 y el 127 para Derechohabientes del ISSS, se ha encargado de coordinar el transporte de pacientes delicados hacia los hospitales y para brindar telemedicina en los casos sospechosos (MINSAL, 2020a). Otro de los elementos que disminuyeron las barreras de acceso

fue la entrega domiciliar de los medicamentos con receta repetitiva para pacientes con ENT a través de Correos de El Salvador (MINSAL, 2020d), así como la entrega de un kit de medicamentos para pacientes asintomáticos o con síntomas leves.

### **3.3. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL SANITARIO**

Antes de la pandemia El Salvador contaba con una razón de 1.6 médicos y 2.3 enfermeras por cada 1,000 habitantes, así como 1.3 camas hospitalarias (BM, 2019). Durante 2020 se contrató alrededor de 2,300 recursos en salud para la atención del Covid-19 entre profesionales de medicina, enfermería y demás personal sanitario y de apoyo. Parte de este personal incorporado durante la emergencia ya ha sido contratado de forma definitiva mientras que otro aún está en espera de serlo. Una de las primeras debilidades del sistema que se identificaron fue la poca cantidad de médicos especialistas en medicina interna y cuidados intensivos para llevar la carga de pacientes complicados en el país; por tanto, como una de las primeras acciones de respuesta, se fortalecieron las unidades de cuidados intensivos a nivel nacional con equipo nuevo y se capacitó a médicos generales y personal de enfermería para el cuidado de pacientes delicados.

El sistema proporcionó los Equipos de Protección Personal (EPP) para poder brindar los cuidados a los pacientes con Covid-19; sin embargo, durante la primera oleada de incremento de casos, la distribución fue insuficiente en algunos lugares por lo que frente al reclamo de los profesionales se hicieron compras de emergencias a fin de suplir el insumo necesario. En las llamadas áreas Covid (áreas de hospitalización de pacientes positivos) de cada hospital se organizó el trabajo por turnos rotatorios a fin de cubrir 24 horas la atención. De la misma manera, en el primer nivel se distribuyó personal en grupos para atender los centros de contención donde se encontraban en un primer momento las personas en cuarentena.

### **3.4. INFRAESTRUCTURA PÚBLICA**

Antes de la pandemia el sistema público de salud contaba solo contaba con 94 camas de UCI, distribuidas en nueve hospitales, el avance de la pandemia, la experiencia de otros países y después de múltiples consultas con funcionarios de salud pública y organismos internacionales empujó al gobierno a tomar la decisión de construir un hospital completamente nuevo exclusivamente para pacientes con Covid-19 denominado: Hospital El Salvador (HES). La creación del HES representa un enfoque innovador, ya que la mayoría de los países de la región optaron por crear hospitales temporales con pocas capacidades para la magnitud demandada por la emergencia. Para el montaje del HES

se utilizó la infraestructura existente del CIFCO ocupando dos pabellones para hospitalización y cuidados críticos respectivamente, otros dos para la administración y dos más para los almacenes. También cuenta con tres entradas de emergencia para los pacientes derivados de diferentes hospitales de todo el sistema sanitario. Su implementación se ejecutó en 3 fases: se habilitaron inicialmente 105 nuevas camas de UCI, en julio de 2020; luego se abrieron otras 143 camas con equipo médico y tecnológico para el área de Cuidados Intermedios (UCIN) (Bello et al., 2020). Se ampliaron hasta las 295 con capacidad de habilitar 1000 UCIs más y 1000 camas de cuidados básicos.

El centro médico del HES cuenta con áreas de descanso para el personal médico, radiología e imágenes, alimentación, farmacia, anestesiología, medicina crítica, enfermería, laboratorio clínico, banco de sangre, área de trabajo social, almacén, bodega y morgue. Está provisto de seis subestaciones y seis plantas eléctricas (Presidencia de la República, 2020). En el HES se desarrolló un centro de monitoreo de pacientes, como parte de la telemedicina, que funciona con una red informática de cámaras y reconocimiento facial, donde se obtiene información del paciente para reaccionar en tiempo real. Dichos centros se fueron estableciendo en cada uno de los hospitales de la red para la atención de pacientes con Covid grave.

### **3.5 LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN**

El Salvador es uno de los países receptores del programa COVAX conformado por la Alianza para las Vacunas (Gavi), la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial, entre otros socios. En noviembre de 2020 el gobierno de El Salvador anuncia que se ha suscrito un convenio con la farmacéutica AstraZeneca para obtener un lote de las primeras 2 millones de dosis de la vacuna que desarrollan junto con la Universidad de Oxford. Se definieron 3 grandes grupos objetivos a inmunizar: el primero el personal de salud en atención directa y colaboradores que han trabajado durante la crisis sanitaria: policías, militares, de socorristas y personal administrativo. Ambos subgrupos según datos gubernamentales sumaban 110,000 personas; el segundo grupo diana está compuesto por la población adulta mayor de 55 años y personas con enfermedades crónicas no transmisibles correspondiente a 1,4 millones de personas; y el tercer grupo es el de las personas entre 18 y 54 años teniendo como meta total 4,5 millones de salvadoreños y salvadoreñas.

Durante la primera quincena del mes de febrero de 2021 el Gobierno de El Salvador recibió el primer lote de 20,000 dosis de vacu-

nas de la farmacéutica AstraZeneca, el segundo lote de 33,600 dosis fue recibido el 11 de marzo de 2021, el tercer lote de vacuna marca *Pfizer-Biontech* se recibió el 22 de marzo, 8 días después se recibe el cuarto lote con 1,000,000 de dosis proveniente de la farmacéutica SINOVAC. 6 meses después de recibido el primer lote de vacunas el porcentaje de personas con pauta completa era del 41,5%, con 30 lotes recibidos sumando 10,599,990 dosis de diferentes marcas. La logística de vacunación consistió en 4 modalidades: a) *Vacunación Intramural* instalaron 163 puntos de vacunación en establecimientos de la red pública, b) *Vacunación en Megacentro* con capacidad de vacunar a más de 10,000 personas diarias, c) *Vacunación en Vehículos* se habilitaron 3 puntos donde se vacuna a personas sin bajarse de su automóvil; y d) *Vacunación Domiciliar* desarrollada para las personas que padecen de alguna discapacidad que les dificulta moverse.

El método para que las personas obtuvieran un cupo fue mediante agendamiento digital creándose una plataforma digital donde después de introducir los datos personales e inmediatamente proporciona la fecha, hora y establecimiento asignado para la vacunación.

Al momento se encuentra un balance favorable frente a la opinión pública del manejo de la emergencia sanitaria. Ha existido voluntad política para dinamizar las políticas públicas permitiendo destinar los recursos necesarios para la compra del biológico, la contratación de personal y la reorganización de los servicios para la atención que, si bien fue de una manera vertical y unilateral, se fortaleció lo público y se logró evitar muchas muertes innecesarias.

#### IV. ESCENARIO POST PANDEMIA

Después de las múltiples oleadas de Covid-19 que han pasado por Latinoamérica, ya se comienza a aclarar el escenario post pandemia, y por tanto es un momento clave para poner en discusión los resultados obtenidos del sistema de salud y reflexionar sobre la respuesta dada. La crisis provocada por el SARS-CoV-2 y su manejo en El Salvador ha dejado al descubierto distintos elementos que deben ser más ampliamente discutidos. A continuación, algunos de ellos:

1. *Existe un bajo nivel de diálogo político.* No hubo consenso nacional sobre las acciones a tomar y las medidas de protección a los distintos sectores. La mayoría de estas fueron unilaterales y verticales. La centralización de la toma de decisiones no consideró la opinión o la participación ciudadana y de sectores clave.
2. *Poca articulación institucional en el territorio y baja participación comunitaria.* Existió poca o nula participación del sistema

nacional de protección civil al principio de la emergencia, lo que dejó al sector salud las diferentes acciones de respuesta, así como la participación comunitaria se vió limitada por las cuarentenas generales, las restricciones a la movilidad y la prohibición para la concentración de personas durante la mayor parte de la epidemia.

3. *Información disponible pero no suficiente. Escasa y con opacidad.* A pesar de que se cuenta con un sitio web de información epidemiológica disponible para la consulta pública, los datos no se actualizan a la velocidad que la pandemia lo ha requerido ni cuentan con toda la confiabilidad necesaria, siendo cuestionados a nivel nacional.
4. *Falta de incremento en la vigilancia laboratorial.* A pesar del incremento de casos positivos durante las oleadas, el sistema no aumentó la capacidad para realizar PCR's u otras pruebas diagnósticas.
5. *Poca cooperación Sur-Sur.* En su mayoría ha sido cooperación Norte-Sur como herencia del panamericanismo sanitario. Sin embargo, hay que reconocer las donaciones solidarias de vacunas hechas hacia Guatemala y Honduras y la cooperación técnica en línea sobre los protocolos de atención que se ha brindado a algunos países de la región.

A partir de estos elementos, sumado a las fallas estructurales propias de los sistemas fragmentados y segmentados, es urgente poner a discusión la necesidad de refundar los sistemas de salud. Esta refundación del sistema nacional de salud debería girar en un primer momento en torno a las siguientes propuestas:

1. Constituir una *nueva cartografía de sistema-redes*, es decir basarse en una geografía social donde el sistema sanitario se produzca y construya como una trama de territorialidad, territorios y dinámicas sociales locales con diversidad, expresándose en redes de salud abiertas, heterogéneas, simétricas, con tramas de institucionalidad y territorialidades de cuidado.
2. Avanzar de un modelo de atención basado de APS a un *sistema de cuidados integrales en salud* que permitan construir nuevos indicadores, gestionando la salud desde la colectividad.
3. Potenciar el *sistema de información digital* que garantice los datos en tiempo real en toda la red de servicios, facilitando el continuo de la atención de los pacientes y el seguimiento a nivel territorial.

4. Crear un *instituto nacional de educación superior en salud* que contribuyan a la formación de las especialidades en salud que el sistema sanitario requiere, superando las limitaciones que el mercado ha impuesto a la dotación de profesionales en el país.
5. Fundar un *centro nacional de producción de medicamentos y vacunas* que contribuya a la soberanía sanitaria y a la cooperación Sur-Sur en Centroamérica y el Caribe.

En este escenario post pandemia, el reto es grande. Avanzar con un sistema sanitario hacia el universalismo del siglo XXI implicará ampliar la visión de un sistema nacional integrado de salud hacia la refundación del sistema sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alemán, Marcos (2020). El Salvador: hospitales privados atenderán enfermos Covid-19. AP News. <https://apnews.com/article/3a400707f29c32baca7784e737c7aed1>.
- BM -Banco Mundial (2019). Razón de médicos y enfermeras en El Salvador. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?view=chart/>
- Basile, Gonzalo (2018). La salud internacional Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. CLACSO. [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II\\_DOSSIERS\\_DE\\_SALUD\\_INT\\_SUR\\_SUR\\_GT2019.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf)
- Basile, Gonzalo (2020). La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. FLACSO República Dominicana/IDEP Salud. <https://www.clacso.org/la-triada-de-cuarentenas-neohigienismo-y-securitizacion-en-el-sars-cov-2-matriz-genetica-de-la-doctrina-del-panamericanismo-sanitario/>
- Bello, Manuel et al. (2020). Hospital El Salvador: a novel paradigm of intensive care in reponse COVID-19 in Central América. The Lancet, 9 (3), E241-E242. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30513-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30513-1)
- CEPAL -Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social COVID-19 (2021). Medidas de protección social para enfrentar el COVID-19. <https://dds.cepal.org/observatorio/socialCovid-19/listamedidas.php>
- CEPAL -Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021). Dashboard Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe acciones por país. <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>

- BBC -British Broadcasting Corporation (2020). Coronavirus: el ambicioso plan de Bukele para reforzar la economía del país amenazada por el covid-19. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52013943>
- CSSP -Consejo Superior de Salud Pública (2020). CSSP autoriza más laboratorios clínicos privados para realizar pruebas COVID-19. Noticias. <http://cssp.gob.sv/news/cssp-autoriza-mas-laboratorios-clinicos-privados-para-realizar-pruebas-covid-19/>
- Calderón, Beatriz (2020). En fase III cambia aplicación de pruebas covid-19: priorizarán personal de primera línea y pacientes ingresados ¿Qué pasará con las estadísticas? La Prensa Gráfica. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/En-fase-III-cambia-aplicacion-de-pruebas-covid-19-priorizaran-personal-de-primera-linea-y-pacientes-ingresados-Que-pasara-con-las-estadisticas-20200529-0014.html>
- Cruz, Oscar (2020). El pleito entre ANEP, los diputados y Bukele por el pago a trabajadores en cuarentena. El Salvador Times. <https://www.elsalvadortimes.com/articulo/politicos/pleito-anep-diputados-bukele-pago-trabajadores-cuarentena/20200327102459068513.html>
- CLACSO -Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (2021). Grave atentado a la justicia, la democracia y los derechos humanos en El Salvador [Comunicado de prensa]. <https://www.clacso.org/grave-atentado-a-la-justicia-la-democracia-y-los-derechos-humanos-en-el-salvador/>
- Economía (2020). Los seguros privados de salud no cubren el Coronavirus por ser una “potencial pandemia”. El País. [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/02/25/economia/1582640340\\_647177.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/02/25/economia/1582640340_647177.html)
- Esposito, Roberto (2020). Curati a oltranza. Antinomie. <https://antinomie.it/index.php/2020/02/28/curati-a-oltranza/>
- Ester, Bárbara; De Gori, Esteban y Chaves, Nery (2020). Discursos Presidenciales frente al Covid-19. Celag.org. <https://www.celag.org/discursos-presidenciales-frente-al-covid-19/>
- Decreto No.12 (2020). Estado de emergencia nacional por la epidemia por COVID-19. Diario Oficial, 49, Tomo 426. 11 de marzo de 2020.
- Decreto Legislativo No.302 (2019). Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. Diario Oficial, 89, 17 de mayo de 2019. 3-10. <https://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2019/05-mayo/17-05-2019.pdf>

- Decreto Legislativo No.647 (2014). Ley de Desarrollo y Protección Social. Diario Oficial, 68, 2014.<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/98199/116770/F-61936676/SLV98199.pdf>
- Gobierno de El Salvador (2020). Gobierno inicia toma de 3,000 pruebas de COVID-19 en San Salvador para descartar o confirmar rebrote del virus. <https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-inicia-toma-de-3000-pruebas-de-covid-19-en-san-salvador-para-descartar-o-confirmar-rebrote-del-virus/>
- Gobierno de El Salvador (2021). Situación Nacional Covid-19, Casos positivos diarios según pruebas realizadas. <https://Covid-19.gob.sv/>
- Hernández, Antonio (2019). Cinco claves para el análisis de los resultados electorales en El Salvador [Entrada en blog]. Síncopa. <http://sincopa-sv.blogspot.com/2019/02/cinco-claves-para-el-analisis-de-los.html>
- Hernández, Antonio (2020a). La epidemia que ha puesto todo a discusión. Análisis de la respuesta de El Salvador al Covid-19. [Entrada en un Blog]. Síncopa. <https://sincopa-sv.blogspot.com/2020/03/la-epidemia-que-ha-puesto-todo.html>
- Hernández, Antonio (2020b). Covid-19, nuevas fronteras y la profundización de la biomedicalización de las migraciones. CLACSO. <https://www.clacso.org/covid-19-nuevas-fronteras-y-la-profundizacion-de-la-biomedicalizacion-de-las-migraciones/>
- Hernández, Antonio (2021). Avances y retrocesos entre reformas regresivas y procesos emancipatorios en el sistema de salud de El Salvador. En G. Basile y A. Hernández (Ed.), Refundación de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: Descolonizar las Teorías y las Políticas (1a. Ed. p.307-332). CLACSO.
- Presidencia de la República (2020). Presidente Nayib Bukele inaugura primera fase del Hospital El Salvador. <https://www.presidencia.gob.sv/presidente-nayib-bukele-inaugura-primera-fase-del-hospital-el-salvador/>
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (2020). Informe de coyuntura del ISSS junio 2020. [https://observatorioCovid-19.sv/doc/biblioteca/nac/INFORME\\_DE\\_COYUNTURA\\_JUNIO\\_2020.pdf](https://observatorioCovid-19.sv/doc/biblioteca/nac/INFORME_DE_COYUNTURA_JUNIO_2020.pdf)
- Instituto Universitario de Opinión Pública (2021). Encuesta de evaluación del año 2020. [https://www.uca.edu.sv/iudop/wp-content/uploads/PPT\\_EV\\_A%c3%91O\\_2020.pdf](https://www.uca.edu.sv/iudop/wp-content/uploads/PPT_EV_A%c3%91O_2020.pdf)

- Iriart, Celia (2018). Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención. En S. Faraona y E. Bianchi (Comp.), Medicalización, salud mental e infancias. Teseo.
- López, Victor et al. (2017). Estudio de pertinencia y calidad del gasto público del sector salud de El Salvador, 2010-2016. San Salvador, El Salvador: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Machuca, Evelyn (2021). Oxford: El Salvador no ofrece datos confiables. La Prensa Gráfica. <https://www.laprensagrafica.com/covid-19/Oxford-El-Salvador-no-ofrece-datos-confiables-20210421-0118.html>
- Maldonado, René (2016). Migración internacional, remesas e inclusión financiera: El caso de El Salvador. Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos. <https://www.cemla.org/PDF/remesaseinclusin/remesas-if-ElSalvador.pdf>
- Ministerio de Salud (2020a). Lineamientos técnicos para el seguimiento del aislamiento domiciliario y atención ambulatoria de casos sospechosos y confirmados de Covid-19. <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosseguimientoaislamientodomiciliaratencionambcasosospechososconfirmadosCOVID-19SE-Acuerdo1168-v2.pdf>
- Ministerio de Salud (2020b). Memoria de labores 2019-2020, Gobierno de El Salvador. <https://www.salud.gob.sv/logros-y-memorias/>
- Ministerio de Salud (2020c). Lineamientos técnicos para la entrega domiciliar de medicamentos a usuarios de Farmacias Especializadas del MINSAL, en el marco de la emergencia por Covid-19. <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/356315/download>
- Ministerio de Salud (2020d). Lineamientos técnicos para la atención integral en salud a nivel hospitalario en el retorno a las actividades cotidianas, en el contexto de la nueva normalidad debido a la pandemia de la Covid-19. [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_atencion\\_en\\_salud\\_red\\_hospitalaria\\_retorno\\_cotidianidad\\_pandemia\\_Covid-19v1.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_en_salud_red_hospitalaria_retorno_cotidianidad_pandemia_Covid-19v1.pdf)
- Ministerio de Salud (2020e). Lineamientos técnicos para realizar pruebas para el diagnóstico de Covid-19 en los laboratorios clínicos del Sistema Nacional Integrado de Salud. <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamiento tecnicospararealizarpruebasparaeldiagnosticocodeCOVID-19enloslaboratoriosclnicosdelSNIS-Acuerdo1084.pdf>

- Ministerio de Salud (2021). Sexto día consecutivo de tamizaje comunitario en el municipio de San Salvador. Noticias. <https://www.salud.gob.sv/sexta-dia-consecutivo-de-tamizaje-comunitario-en-el-municipio-de-san-salvador/>
- OPS/OMS -Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2020). Alerta Epidemiológica: Nuevo coronavirus (nCoV). Washington, D.C.
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2020). [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
- Rodríguez, María (2010). La Reforma de Salud en El Salvador. [https://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1047-reforma-de-salud-1&Itemid=364](https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1047-reforma-de-salud-1&Itemid=364)
- WHO -World Health Organization (2020). #China has reported to WHO a cluster of #pneumonia cases —with no deaths— in Wuhan, Hubei Province [Tweet]. Twitter. <https://twitter.com/WHO/status/1213523866703814656?s=20>



# **DESIGUALDAD SOCIAL Y EN SALUD DE NUESTROS ADULTOS MAYORES: UNA PANDEMIA PEOR QUE EL COVID-19 EN PUERTO RICO**

Marinilda Rivera-Díaz

## **RESUMEN**

Entender la pandemia del Covid-19 requiere no solo una mirada bio-médica para hacerle frente con medidas de control y aislamiento desde el Estado, sino también demanda de un abordaje social que nos permita comprender las tensiones y conflictos que pueden generar las medidas de ajuste estructural impuestas en poblaciones cuyas vidas transitan desde la precariedad hace mucho tiempo. El propósito de este trabajo es exponer los retos que enfrenta la población de adultos mayores en materia de desigualdad social y desigualdad en salud para comprender porque se encuentra entre los grupos de mayor inseguridad frente a la pandemia del Covid-19 en Puerto Rico. Se repasa el estado de situación del sistema de salud como determinante social y se concluye con unas propuestas puntuales que pudieran aportar a la construcción de una sociedad post coronavirus responsiva y responsable con nuestros adultos mayores.

## **INTRODUCCIÓN**

Entender la pandemia del Covid-19 requiere no solo una mirada bio-médica para hacerle frente con medidas de control y aislamiento desde el Estado, mirada que ha prevalecido a nivel mundial. Sino que también, esta demanda de un abordaje que nos permita comprender

las tensiones y conflictos que pueden generar las medidas impuestas en poblaciones cuyas vidas transitan desde la precariedad hace mucho tiempo. Una de las poblaciones es la de adultos mayores, señalada desde la aparición de esta epidemia en Wujan, China a finales del año 2019, como una de las más vulneradas. El propósito de este trabajo es exponer los retos que enfrenta esta población en materia de desigualdad social y desigualdad en salud para comprender porque se encuentra entre los grupos de mayor inseguridad en Puerto Rico, o como bien les caracteriza Boaventura de Sousa Santos, uno de los grupos que conforman el Sur. Un Sur no como espacio geográfico, sino como metafórico del sufrimiento humano producto de la explotación, la discriminación, y la pobreza (De Sousa Santos, 2020).

Es importante puntualizar que la actual pandemia del coronavirus nos toma en un momento muy crítico, quizás el más crítico de nuestra historia reciente como pueblo puertorriqueño, y esto marca diferencias significativas en cómo se articulan las respuestas a la pandemia tanto desde el Estado como desde la sociedad. Las políticas neoliberales que comenzaron a recrudecerse en la década de los 90 privatizando los derechos sociales, tales como la salud, seguido de una oleada de medidas de austeridad (o austericidio como muchos activistas por los derechos humanos en el archipiélago puertorriqueño le llaman) desde principios de este siglo en materia de derechos laborales, la imposición de una Junta de Control Fiscal en el año 2016 por el Congreso de los Estados Unidos para el pago de la deuda de 74 billones de dólares que arremete contra el ya debilitado sistema de bienestar y protecciones sociales, entre ellas los planes de retiro, y más recientemente, los estragos de huracanes (2017) y terremotos (2020), han venido creando un escenario crítico que nos coloca en una posición muy debilitada económica y socialmente para enfrentar esta pandemia (Rivera, 2018). Sin embargo, las respuestas en materia de salud han estado centradas en un modelo biomédico que a todas luces se encuentra agotado, pues ha dejado fuera de la discusión la dimensión social de la salud y, por tanto, sin lentes claros para mirar “las causas de las causas” que hacen que unos sectores estén más vulnerados frente a este virus.

### **DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DESIGUALDAD**

Estas causas de las causas es lo que conocemos como los determinantes sociales de la salud. Aquellas circunstancias en que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Ellos son pieza clave para la comprensión de la desigualdad social y las inequidades sanitarias, o sea esas diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países respecto a la salud y que, en este

caso, atenta contra los adultos mayores en tiempos de coronavirus. La desigualdad social, según definida por Sen (1999), es la distribución desigual de los recursos sociales y económicos, incluidos el poder y el prestigio en una sociedad (Sen, 1999). En el caso de las relaciones de poder, estas han sido gubernamentalizadas, o sea elaboradas, racionalizadas y centralizadas en la forma de o bajo las instituciones del Estado (Foucault, 1984). Una de sus capacidades consiste en enmascararse a través de políticas que pudieran parecer de respuesta justa y beneficiosa para la población, pero que tienen un poder mortífero en aquellas personas que han quedado históricamente al margen, en la periferia. Bien lo planteaba Foucault (1984) cuando indicó que lo que hace que el poder se sostenga, que sea aceptado es que forma un saber, produce discursos, y pasa como una red productiva en vez de una instancia negativa a través de todo el tejido social, teniendo como función reprimir a los sujetos.

En el contexto de la pandemia, el panorama político en respuesta al coronavirus estuvo y continúa estando basado en las mismas viejas prácticas de control epidemiológico aplicando la cuarentena, la implementación de códigos de orden público, la militarización y vigilancia policiaca, el cierre de gobierno, escuelas, universidades, cancelación de actividades públicas, entre otras. De igual manera, vimos la violencia generada socialmente hacia aquellas personas, muchas de ellas adultos mayores, que no tenían otra alternativa que salir en medio de la cuarentena para satisfacer necesidades en supermercados. Todas ellas sin considerar las diversas realidades de las familias y respondiendo más a las deficiencias del propio sistema de salud que a todas luces no estaba en capacidad de afrontar tal crisis. Hemos visto como adultos mayores estuvieron al cuidado de otros adultos mayores con ingresos muy limitados, viéndose imposibilitados a cumplir con recomendaciones de “hacer una gran compra para pasar el mes” en cautiverio. Y escuchamos de otros cuestionar sus salidas, al punto de culpabilizarles de la propagación del virus. Y es que la desigualdad, aunque se padece y enfrenta de forma individual, se manifiesta y criminaliza en el entretejido social. En Puerto Rico, la desigualdad social se manifiesta en la precarización de las condiciones de vida en la población de adultos mayores, la pobreza, y la inseguridad alimentaria, quedando claramente expuestas bajo las experiencias de los huracanes Irma y María en el 2017, los terremotos de 2020 y la actual pandemia del coronavirus.

Esta desigualdad provoca a su vez la desigualdad en salud, que son “las diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural y que son injustas, puesto que se generan a través de situaciones inaceptables

que se deben y pueden evitar” (Benach y Muntaner, 2009). Lo que añade una dimensión ética y de justicia social necesario para poder comprender y accionar sobre estos contextos que la producen. La desigualdad en salud es vivida a diario por miles de adultos mayores que enfrentan limitaciones para acceder tratamientos médicos y servicios de salud, y protecciones sociales, altos costos en medicamentos, falta de servicios de cuidados y transporte, aumento en condiciones crónicas, entre otros.

Múltiples estudios en nuestro país han evidenciado la aceleración de los cambios demográficos en el archipiélago, dejando claro que la población de adultos mayores ha ido y continuará en aumento en las próximas décadas (Vera, 2014; Rodríguez, 2015; US Census Bureau, 2018). Este dato ha sido bastante conocido por las instancias gubernamentales a cargo de crear las políticas que puedan responder a las necesidades de esta población. Sin embargo, lo que ha ocurrido es todo lo contrario. En materia de políticas sociales y económicas, hemos sido testigo como en las últimas décadas se han gestado medidas que arremeten contra el bienestar de la población, presentando consecuencias que rayan en lo inhumano y los colocan en situaciones de mayor vulnerabilidad para enfrentar esta pandemia.

### **RADIOGRAFÍA DE LA DESIGUALDAD EN SALUD DE ADULTOS MAYORES EN PUERTO RICO**

Para el 2018, la población de adultos mayores de 60 años o más ascendía a 878,758 y representaba el 26.7% de la población según datos oficiales del Negociado del Censo de los Estados Unidos ampliándose de un 4% a principios de siglo a un 20.4% en el 2010 (OPPEA, 2019). Se proyecta que para el 2050 este grupo comprenda el 37% de la población (OPPEA, 2019). De hecho, ya esta tasa venía apuntalando un aumento desde mediados de la década de los 90, lo que pudo haberse utilizado para construir una sociedad más responsiva a esta población. Por otro lado, si bien es cierto que nuestra población ha presentado un aumento en su esperanza de vida, siendo 81 años en el 2018 (OPPEA, 2019), ello no es necesariamente una métrica que nos lleve a concluir el goce y disfrute de buena salud, particularmente cuando se miran estas estadísticas en función a grupos y clases sociales. De acuerdo con Benach, Vergara y Muntaner (2008), “las clases sociales más pobres y explotadas son quienes tienen a la vez peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales, y servicios de salud, que finalmente se manifiestan en un peor estado de salud” (p. 35). Y es que, en el caso de los adultos mayores, se estima que el 40.1% vive bajo el nivel de pobreza y el 80.9% tiene como su principal fuente de

ingreso el seguro social, seguido por el Programa de Asistencias Nutricional (PAN) con un 39% (OPPEA, 2019).

El aumento en la expectativa de vida ha traído consigo una alta prevalencia y letalidad de condiciones crónicas y discapacidad (Universidad de Puerto Rico, 2016). Enfermedades en las que se destacan las condiciones de hipertensión (70.2%), Desorden de Metabolismo de Lípidos (62.2%), Diabetes (53.6%), Hipotiroidismo (35.1%), y Anemia (33.2%) (Universidad de Puerto Rico, 2016), condiciones que les coloca en mayor fragilidad frente a esta pandemia y o cualquiera otra futura epidemia que enfrentemos. Innumerables estudios apuntan a estilos de vida y hábitos poco saludables para explicar esta curva ascendente en las condiciones crónicas de los adultos mayores, dejando fuera las causas de las causas o los determinantes sociales de la salud y una discusión seria y profunda sobre la distribución desigual de los recursos, el poder y las riquezas en los países que coloca a personas en mayor riesgo a enfermar y morir. De acuerdo con la OMS (2008), el sistema de salud es en sí mismo un determinante social que puede ayudarnos a comprender la desigualdad en salud y que merece que nos detengamos para discutir las razones principales que explican los retos en acceso a la salud que hoy enfrentamos con el Covid-19.

En la década de los 80 y 90 se emprendieron un sin número de reformas de salud en toda nuestra región latinoamericana y caribeña enfocadas en tratar los problemas económicos y estéticos de los sistemas de salud. Para lograrlo, los países aumentaron la presencia del sector privado en el sector de la salud integrando opciones privadas para el financiamiento y prestación de los servicios de salud y la contratación de compañías aseguradoras con fines de lucro (OMS, 2005). Como consecuencia, hubo una reducción significativa del rol de proveedor por parte del Estado en el sector salud y otras áreas sociales, lo que limitó aún más las acciones para intervenir en los determinantes sociales. Por ejemplo, los programas de ajuste estructural en muchos países, en ocasiones requirió de recortes drásticos en el área de servicios sociales, nutricionales, de vivienda, y protecciones laborales. Estas políticas dispararon la desigualdad social, aumentaron la pobreza, y debilitaron las instituciones y protecciones sociales, y al propio Estado como garante del bien común.

Puerto Rico no fue la excepción, implementando la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico en el 1994, la cual pretendía emular el modelo de servicios de salud de los Estados Unidos. Este modelo es uno basado en manejo de cuidado coordinado "*manage care*" con fines de lucro, el más costoso a nivel mundial, y con una población pobremente saludable. Un modelo de servicios de salud que ha sido capaz de ser más letal que el mismo coronavirus. Ello ha sido evidenciado a

través de estudios realizados por la Universidad de John Hopkins donde plantean que la tercera causa de muerte en Estados Unidos previo al Covid-19 era debido a la “atriogenia” o errores médicos (Makary y Daniel, 2016). Esto se debe en gran parte a un sistema fragmentado, montado en la lógica del lucro, donde el obrero de la salud, igualmente explotado, se convierte en la polea que mueve la gran maquinaria de un enriquecido complejo médico industrial financiero. Pero estas estadísticas no aterran a nadie, no aparecen como causas de muertes en los institutos nacionales o centros de control de enfermedades, no se discute en la prensa, ni crea una amenaza social. Sin embargo, la crisis de este sistema de salud está ampliamente documentado al igual que sus posibles alternativas para su transformación.

### **SISTEMA DE SALUD, COVID-19 Y ADULTOS MAYORES**

La Reforma del Sistema de Salud de Puerto Rico, jugó un papel trascendental, no solo desmantelando el sistema público, sino imponiendo un aumento acelerado en el endeudamiento de nuestro erario y el bolsillo de nuestros adultos mayores. Es interesante como las estrategias de cuarentena y el discurso biomédico utilizado desde el estado frente al Covid-19 nos convocaron a quedarnos en casa bajo la consigna “Si te sientes mal, quédate en casa”. ¿Pero lo lógico no sería ir a alguna institución hospitalaria? El discurso de control fue instalado al extremo de que convencieron al pueblo de que los hospitales y el sistema de salud colapsarían si no nos quedábamos en casa. El problema con este discurso es que nos colocó nuevamente una venda en nuestros ojos, no permitiendo analizar críticamente donde esencialmente radicaba el problema. Primero, el sistema de salud de Puerto Rico hace tiempo está en un respirador artificial producto de la privatización. Sino, miremos las emisiones de deuda que se hicieron desde 1995 en Puerto Rico para financiar la Reforma de Salud basado en el modelo de aseguramiento privado con fines de lucro y la competencia del mercado de los Estados Unidos.

Segundo, aparentar que tenemos un sistema de salud es otro engaño. La privatización de hospitales públicos bajo esta Reforma ha hecho que en tiempos de emergencias como las que presentamos, sus administradores o empresarios, cesantearan a cientos de profesionales de la salud bajo la justificación de que a los hospitales no están llegando los pacientes y por tanto se están viendo afectadas sus economías (Román, 2020). Ello denota claramente la lógica de un sistema que necesita como clientes personas enfermas para generar ganancias. La lógica de lucro en la cual está basada este mal llamado sistema de salud tiene efectos nocivos en la población de adultos mayores.

En un estudio realizado por el Programa de Gerontología del Recinto de Ciencias Médicas (2017) reveló que:

*...el gasto total de salud (co-pagos) para los adultos mayores asegurados fue de 861,749,118 y para las aseguradoras fue de 726,068,783. Esto implica 135 millones de dólares (casi 20%) más para los adultos mayores asegurados que para las compañías aseguradoras. Para los asegurados, el co-pago promedio anual fue de 2,032.97 y para las compañías aseguradoras fue de 1,710.50 (p.54).*

En el caso de los adultos mayores de 85 años, sus gastos son aún mayor. Estos pagaron un 35% más que las compañías aseguradoras.

Si se miran los gastos por las condiciones de mayor prevalencia en esta población, es aún más sorprendente. Haber sido diagnosticado con las tres enfermedades del Trio Metabólico, que incluyen diabetes, hipertensión y desórdenes de metabolismo, representó un co-pago anual promedio para los asegurados de 3,503.64 y un gasto para las aseguradoras de 2,192.57.

Otro dato importante que vale la pena mirar son los gastos de consumo personal por tipo de producto en Puerto Rico. En los últimos años el gasto mayor y que ha ido en aumento ha sido en servicios médicos y funerarios (Universidad de Puerto Rico, 2017).

Por último, me parece importante resaltar el trato desigual en Programas de Medicare y Medicaid. Por ejemplo, el Programa de *Medicaid* tiene una asignación de fondos federales entre \$300 y \$380 millones, no incluye cuidado prolongado a los puertorriqueños y puertorriqueñas y paga una tarifa de unos \$1,571 en comparación con personas en Estados Unidos cuya tarifa asciende a \$5,790. Por otro lado, en términos del *medicare* que acoge a nuestra población de adultos mayores y con discapacidad, esta paga unos \$5,208 en Puerto Rico mientras que, en Estados Unidos, el programa paga \$8,700, y en Puerto Rico la parte B no aplica inmediatamente (Parés, 2016)<sup>1</sup>.

Sin duda, el modelo de servicios basado en el aseguramiento privado, a drenado los bolsillos de los adultos mayores, colocándoles en condiciones de precariedad y limitando otras áreas esenciales para disfrutar de una vida plena, en salud física, mental y social. Por otro lado, es importante dejar claro que el mal llamado sistema que tenemos en Puerto Rico no aguantaba los brotes esperados muy comunes

---

1 Actualmente, el Gobierno de Puerto Rico realiza gestiones en el Congreso para solicitar la paridad de fondos para *Medicaid*, eliminando el tope impuesto por ser un territorio. Puerto Rico tiene un tope de fondos federales de 55% para atender a la población médico indigente, donde el 45% restante debe ser pareado con fondos del gobierno de Puerto Rico (Ramos, 2021).

de la época, no pudo responder a la salud del pueblo cuando los huracanes, dejando morir a 4,645 personas, y tampoco pudo responder en los terremotos del 2020. Los hacedores de política pública están conscientes de esto, pues han sido informados a través de estudios e informes que se han realizado por diversos grupos de la sociedad, entidades académicas, y sectores llamados en ley para atenderlo como el Consejo Multisectorial de la Salud. Bajo este mal llamado sistema, miles de personas han muerto injustamente, estos en espera de tratamientos, intervenciones quirúrgicas, por denegación de medicamentos, y por el afán de lucro de compañías aseguradoras privadas.

Ha todo esto se suma la exigencia de medidas de austeridad por una Junta de Control Fiscal impuesta por el Congreso de los Estados Unidos. Es importante señalar que Puerto Rico ya venía enfrentando la aplicación de medidas que vulneraban derechos sociales que fueron imponiéndose aceleradamente desde el 2007, donde más de 30,000 personas fueron cesanteadas directamente del sector público de servicios, o sea, obreros y obreras en las áreas de respuesta y protección social. Muchos de ellos, hijos e hijas de nuestros adultos mayores, quienes tuvieron que salir del país por necesidades económicas y falta de empleo. Esto quedó registrado en los eventos de los huracanes Irma y María donde cientos de adultos mayores llegaban a diario a refugios y centros de respuesta para la emergencia tratando de acceder a alimentos, buscando la forma de comunicarse con hijos e hijas en Estados Unidos, solos y solas en medio de la catástrofe. Todos estos determinantes han dejado el saldo de un campo minado donde transitan a diario nuestros adultos mayores caracterizado por la desigualdad, la pobreza, y la exclusión.

Ciertamente, pudiéramos decir que todos y todas estamos amenazados frente a la pandemia del coronavirus. Sin embargo, el cumplir con todas las exigencias para que nuestros adultos mayores se mantengan saludables frente al Coronavirus requiere unas condiciones básicas de vida. De acuerdo con Benach (2021) tres cuartas partes de toda la humanidad no disponen de opción para elegir sobre elementos o factores fundamentales para mantenerse saludable tales como alimentarse adecuadamente, tener trabajo digno, vivir en espacios y ambientes saludables. Comer saludable requiere de tener un sistema de protección de pensiones, de asistencia nutricional y de otros recursos sociales y económicos que lo viabilice. El quedarse en casa requiere de tener un techo seguro, y continuar con los servicios de cuidado en ese espacio. El mantener una mente positiva, requiere de lazos sociales y familiares fuertes y ausencia de preocupaciones materiales que lleva a muchos y muchas a tener que decidir entre alimentarse, solicitar las medicinas en la farmacia, o posponer el estudio médico para dos

meses, en lo que reúne los costos del co-pago. Es así como la salud no la elige quien quiere, sino quien puede.

## **REFLEXIONES FINALES Y PROPUESTAS**

Ya para finalizar este análisis, no niego que las estadísticas del CDC estén en lo correcto cuando especifica que 8 de cada 10 muertes por el Covid-19 son adultos mayores, sin embargo, presentar estos datos absolutos sin considerar la precarización de la vida de nuestros viejos y viejas tanto en Estados Unidos y como Puerto Rico es aceptar un exterminio inminente del que el Estado poco tiene de responsabilidad. La crisis no es a causa del coronavirus, y la amenaza de letalidad que representa para nuestros adultos mayores no necesariamente radica en él, sino en las condiciones de vida creadas por este sistema económico que les ha puesto a sobrevivir artificialmente, privándoles de un buen vivir y mercantilizando nuestras vidas. Ello ha resultado en una sociedad donde las condiciones de desigualdad han sido catalogadas como la peor enfermedad que se sufre a nivel planetario (Benach, 2021). Expongo aquí algunas propuestas que pudieran dar continuidad a esta discusión en un futuro cercano, pues no podemos darnos el lujo de postergar la construcción de una sociedad post coronavirus responsiva y responsable con nuestros adultos mayores.

1. Comenzar el proceso de transición ordenada a un Sistema Universal de Salud, solidario, público, gratuito, e integral, que permita enfrentar futuras catástrofes socio sanitarias. Este sistema debe concebirse como un bien colectivo fuera del lucro, basado en los siguientes principios rectores:
  - a. Reconocimiento de la salud como un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro.
  - b. El reconocimiento de la salud como derecho humano implica que los servicios sean: sean suficientes en cantidad y disponibilidad, que sean accesibles y al alcance de toda persona sin discriminación alguna, que sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, y que garanticen la calidad y la equidad.
  - c. No entender ni prestar la salud como un bien de consumo más.
  - d. Cubrir las necesidades de salud de todos los habitantes de Puerto Rico de una manera integral, igualitaria, y justa.

- e. Viabilizar la meta de reducir las desigualdades en la prestación de los servicios de salud de todos los habitantes de Puerto Rico
  - f. Atender las condiciones sociales que determinan la salud, que promueven la salud y previenen la enfermedad.
  - g. Integrar diversos niveles de prestación de servicios de salud (prevención y servicios primarios, secundarios y terciarios), así como la integración de los servicios de salud general con los servicios de salud mental.
  - h. Evitar el discrimen por género, la edad, origen, discapacidad, ideología o afiliación política, raza, orientación sexual, identidad de género, condición económica, condición de salud, condición social o estatus migratorio.
  - i. Facilitar la fiscalización de una forma horizontal, participativa, y transparente con la ciudadanía.
  - j. Promover que la ciudadanía asuma responsabilidad social y participe de todos los niveles del sistema y procesos decisionales tanto de la política pública como del sistema de salud.
2. Articular los servicios sociales como parte de la respuesta frente a esta epidemia y futuras emergencias socio sanitarias, que respondan a las necesidades de las poblaciones en mayores condiciones de vulneración, como lo son nuestros adultos mayores, mujeres, poblaciones migrantes, niñez, y personas sin hogar.
  2. Crear una renta básica universal que cubra las necesidades de las personas durante las emergencias, incluyendo a aquellas encargadas de los cuidados de adultos mayores en espacio de lo doméstico.
  2. Crear una política para la protección de las pensiones de nuestros presentes y futuros adultos mayores.
  2. Creación de un plan de respuesta socio salubrista para atender epidemias y eventos catastróficos que integre a municipios, sectores y grupos comunitarios. Las experiencias pasadas con los huracanes Irma y María en el año 2017 y luego con los terremotos en el 2020 nos dieron grandes lecciones, pues fueron estos grupos quienes conociendo de primera mano las necesidades de la gente, socorrieron a adultos mayores, niños, niñas, mujeres, y personas encamadas.

2. Asegurar el acceso universal a servicios de salud mental para la población, reconociendo las secuelas que puede producir el encierro, la privación de bienes materiales para satisfacer las necesidades humanas durante y post emergencia, el aislamiento, y otros efectos que pudiéramos aun desconocer producto de esta epidemia.

Nos urge pensarnos como humanidad, pero una nueva humanidad, que coloque el cuidado de la vida en el centro y no el mercado. Para ello es importante cambiar la forma en que priorizamos lo público y el bien común. En estos tiempos de pandemia, ha quedado claro que la salud definitivamente se disfruta desde lo colectivo, y no puede ser apostar a “un sálvese quien pueda”. Mi salud, depende del otro, de la otra independientemente si es blanco, negro, joven, adulto mayor, legal, ilegal, mujer, trans, y todos y todas requerimos cuidados colectivamente. No puede ser que haya un sistema que responda para unos si y para otros no. Me preguntaron en otro foro, ¿no cree usted que todos y todas estamos amenazados frente a esta pandemia? Le dije claro que sí, pero no todos y todas estamos en igualdad de condiciones para enfrentarla desde nuestros espacios y nuestras realidades. Pienso que esta emergencia, nos está dando a todas las personas el mismo caldo para beber, aunque no en la misma taza. Y ahora, en estos tiempos de pandemia, nos dimos cuenta de que la salud de los que viven en desigualdad también cuenta.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Benach, Joan (2021). La salud es política: Un planeta enfermo de desigualdad. Barcelona: Icaria.
- Benach, Joan y Muntaner, Carles (2009). La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio-ecológica del capitalismo. [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/la\\_epidemia\\_global.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/la_epidemia_global.pdf)
- Benach, Joan; Vergara, Montse y Muntaner, Carles (2008). Desigualdad en Salud: La mayor epidemia del siglo XXI. Papeles: 103, 29-40. [https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Cohesión%20Social/Desigualdad,%20pobreza%20y%20exclusión/desigualdad%20en%20salud\\_BENACH%20VERGARA%20Y%20MUNTANER.pdf](https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Cohesión%20Social/Desigualdad,%20pobreza%20y%20exclusión/desigualdad%20en%20salud_BENACH%20VERGARA%20Y%20MUNTANER.pdf)
- US Census Bureau (2018). Censo de Puerto Rico. Encuesta sobre la Comunidad 2014-2018. <https://censo.estadisticas.pr/EncuestaComunidad>

- De Sousa Santos, Boaventura (2020). La cruel pedagogía del virus. Buenos Aires: CLACSO. ISBN 978-987-722-599-0.
- Foucault, Michel (1984). ¿Cómo se ejerce el poder? [https://ilusionismosocial.org/pluginfile.php/998/mod\\_resource/content/6/foucault.pdf](https://ilusionismosocial.org/pluginfile.php/998/mod_resource/content/6/foucault.pdf)
- Makary, Martin y Daniel, Michael (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353: i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139. <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>
- Parés, Marga (2016). Lucha ante la desigualdad. *El Nuevo Día*, 27 enero 2016. <https://www.pressreader.com/puerto-rico/el-nuevo-dia/20160127/282505772619894>
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2005). Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Documento de información preparado para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Marzo de 2005. Secretaría de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/action\\_sp.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf)
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1)
- OPPEA -Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (2019). Perfil Demográfico de la Población de Edad Avanzada: Puerto Rico y el Mundo. Gobierno de Puerto Rico.
- Ramos, Christian (2021). Urge la paridad en fondos de Medicaid para la Isla. *El Vocero*, 14 de junio de 2021. [https://www.elvocero.com/economia/otros/urge-la-paridad-en-fondos-de-medicaid-para-la-isla/article\\_c9900c94-cc8c-11eb-9612-5f47e3ca0971.html](https://www.elvocero.com/economia/otros/urge-la-paridad-en-fondos-de-medicaid-para-la-isla/article_c9900c94-cc8c-11eb-9612-5f47e3ca0971.html)
- Rivera, Marinilda (2018). Derechos humanos en salud y trabajo social en Puerto Rico: Un ensayo reflexivo para una propuesta de acción. San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Román, Hillary (2020). Hospital HIMA despedirá profesionales de la salud. *Noticel*, 22 de abril de 2020. <https://www.noticel.com/negocio-de-la-salud/ahora/top-stories/20200422/adelantan-mas-despidos-a-profesionales-de-la-salud-en-medio-de-la-pandemia/>
- Rodríguez, Judith (2015). Demografía: Población de edad avanzada a nivel global y en Puerto Rico. Ponencia presentada durante la Tercera Cumbre de las Américas de Nutrición y Salud. 5-8 de

agosto 2015. San Juan, Puerto Rico. <https://rcm2.rcm.upr.edu/wp-content/uploads/sites/35/2020/04/Judith-Rodriguez-Figueroa-2015-Demografia-poblacion-edad-avanzada-nivel-global-y-Puerto-Rico.pdf>

Sen, Amartya (1999). *Development as freedom*. New York: Alfred A, Knopf, Inc.

Vera, Hernán (2014). Análisis de situación de los adultos mayores en Puerto Rico. Cuadernos de Investigación Social y Economía. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. [https://www.researchgate.net/publication/271517225 Analisis de la Situacion de los Adultos Mayores en Puerto Rico](https://www.researchgate.net/publication/271517225_Analisis_de_la_Situacion_de_los_Adultos_Mayores_en_Puerto_Rico)

UPR -Universidad de Puerto Rico (2016). Perfil de Salud de la Población de 65 años o más en Puerto Rico en 2013. Universidad de Puerto Rico, Escuela Graduada de Salud Pública, Programa de Gerontología del Recinto de Ciencias Médicas. Agosto 2016. <https://estadisticas.pr/files/BibliotecaVirtual/estadisticas/biblioteca/UPR/InformePerfildeSaluddelaPoblacinde65omsenPuertoRicoen2013FINAL.pdf>

UPR -Universidad de Puerto Rico (2017). *Gastos de Salud del Adulto Mayor en Puerto Rico en 2013*.

UPR -Universidad de Puerto Rico (2017). Escuela Graduada de Salud Pública, Programa de Gerontología del Recinto de Ciencias Médicas. Junio 2017.



# **REPÚBLICA DOMINICANA: ESLABONES CRÍTICOS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DEL SARS-COV2 EN UN TERRITORIO INSULAR PERIFÉRICO**

Prasedez Polanco, Josvane Japa Rodríguez,  
Gonzalo Basile y Sheila Baéz

## **INTRODUCCIÓN**

El caso de República Dominicana, como espacio insular periférico dependiente en el gran Caribe, permite observar y estudiar los impactos de la geopolítica de poder y conocimiento sanitario activada como verdad totalizante en el afrontamiento a la pandemia global de SARS-CoV-2 en una dinámica nacional insular. De ahí que más que repetir premisas de la enfermología pública únicas y positivistas (Granda, 2004), este artículo busca aportar una matriz de análisis e interpretación de las acciones, las políticas y operativos de respuesta a una epidemia particular en este caso en el territorio y territorialidades dominicanas.

Este artículo buscó caracterizar la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 en República Dominicana desde una matriz de análisis epidemiológico crítico elaborada para el estudio de casos comparado en América Latina y el Caribe (Basile, 2020b). A partir de la revisión de la experiencia país desde una matriz de cuatro eslabones críticos se abordan los procesos de gobierno del SARS-CoV-2 en el Estado y en la Sociedad dominicana.

## **CARACTERIZACIÓN DE LA SOCIEDAD DOMINICANA PREVIO A LA EPIDEMIA DE SARS-COV-2**

La República Dominicana es un país insular del Caribe, que comparte territorio con Haití. Se estimaba que para el año 2020 su población

era de alrededor 10,500,000 de habitantes, con una distribución por grupos de edad de 27,71% para el grupo de 0-14 años; 64,99% para el grupo de 15-64 años y de 7,30% para el grupo de más de 64 años (ONE, 2020) observándose una reducción importante en el ritmo de crecimiento y el consecuente envejecimiento progresivo de la población. (ONE, 2020a).

Durante varios años la República Dominicana muestra un crecimiento económico que la posiciona en el número 1 entre los países de América Latina y el Caribe, aunque este crecimiento no se tradujo en calidad de vida saludable para grandes segmentos de la sociedad. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.73, y el puesto 94 en el ranking mundial de Desarrollo Humano es una muestra de tal crecimiento económico no llega a la mayoría de la población dominicana (ONE, 2019), en particular a los segmentos sociales empobrecidos, que según estimaciones oficiales era de 20.0% para el año 2019 la zona urbana, y de 25.4% para la zona rural.

A pesar de estos indicadores positivos de crecimiento macroeconómico, la dominicana es una sociedad marcada por la exclusión, caracterizada por una esfera pública restringida, que no incluye a gran parte de la población (Fleury, 2006), y donde se materializan diferentes expresiones de desigualdades que deben ser analizadas, no solo desde el contexto local y nacional, sino que deben ser vistas en el marco de las configuraciones regionales de las desigualdades (Braig, Costa y Göbel, 2015), en especial las que atañen a la región de Latinoamérica y el Caribe.

A su vez, el inicio de la pandemia de SARS-COV-2 encontró a la República Dominicana en aprestos de campaña electoral, con todo lo que ello implica en materia de clientelismo, populismo y corrupción, con la carga de consecuencias negativas para las políticas de protección social, que incluye a las inversiones en el sector salud. En el mes de julio de 2020 se realizó el proceso eleccionario, en un momento de desgaste político del partido gobernante saliente. El hartazgo de la población y la proliferación de denuncias de corrupción eran los temas cotidianos, heredando el nuevo gobierno un país en situación de emergencia sanitaria, corrupción estructural y endeudamiento externo.

La emergencia sanitaria por SARS-COV-2 trajo consigo una contracción de la economía a nivel mundial, que en el país se tradujo en pérdida de empleos y aumento de la pobreza monetaria, incrementando asimismo el porcentaje de personas en condiciones de pobreza extrema que pasó de 2.7%, en 2019, a 3.5% en 2020 (MEPyD/ONE, 2020).

Para hacer frente a la pobreza general, el Estado dominicano puso en marcha varios programas de asistencia social focalizada -característica de la reforma de protección social neoliberal en el país, que llegaron a 1, 005,374 de personas (ONE, 2019a), esto fue alrededor de un 10% de la población, cuando al menos el 20% de la población sobrevivía en situación de pobreza.

Además de los programas de asistencialismo focalizado existentes antes de la emergencia sanitaria, se implementaron tres nuevos programas que fueron:

- Quédate en casa, dirigido a hogares pobres y vulnerables;
- el programa Fondo de Asistencia Solidaria a Empleados (FASE), para apoyar a los empleados formales que hayan sido suspendidos de sus labores y
- Pa' ti (Programa de Asistencia al Trabajador Independiente), que reciben un subsidio económico temporal.

Sin embargo, estas medidas no contribuyeron ni a la expansión de la protección de la ciudadanía ni a la reducción de las desigualdades, y su implementación se llevó adelante con las características habituales en lógicas verticales y asistenciales, donde la población es vista como objeto de las políticas públicas, sin que se creen mecanismos de participación e incidencia social en la toma de decisiones estatales (Arévalo, 2004).

En materia laboral, el 46.1% la población ocupada lo estaba en el sector informal, con un claro predominio de los hombres (54.8%) sobre las mujeres (33.3%). (ONE, 2019b), siendo las mujeres la población que sufrió con mayores niveles de severidad el impacto de la contracción/paralización de la economía a raíz de las medidas de contención y mitigación del SARS-COV-2 impuestas por las autoridades gubernamentales. En contextos de crisis, las desigualdades de género y las inequidades se hicieron más evidentes, en la medida en que se profundizaron las relaciones de poder y se agravaron las limitaciones en el acceso y disposición de bienes, servicios y riqueza.

Entre las personas que tienen trabajo remunerado, el ingreso promedio mensual por ocupación principal de 17,061 pesos dominicanos (unos 300 dólares), observándose una tasa de disparidad de género en los salarios de 77.2 a favor de los hombres (ONE, 2019b).

Es decir, aun entre aquellas personas insertas en el mercado laboral formal, los ingresos mensuales resultan insuficientes para poder costear la Canasta Básica Familiar (CBF), que varía por ubicación geográfica y por quintil de riqueza. Al mes de abril de 2021, el promedio nacional de la Canasta Básica Familiar era de 37.931,10 pesos

dominicanos (22.317,46 para el quintil 1 de riqueza y 62.983,82 para el quintil 5) (Banco Central de la República Dominicana, 2021).

Durante el año 2020, los niveles de pobreza general se incrementaron en el país, debido a la pérdida de empleos registrada por la emergencia sanitaria, situándose en 5.9%, y afectando más significativamente a las mujeres, que perdieron el 7.5% de sus empleos en comparación con los hombres, que fue de 4.9%. (MEPyD/ONE, 2020). Es decir, las consecuencias económicas negativas del SARS-COV-2 tuvieron afectaciones más severas en las mujeres dominicanas.

En materia de servicios básicos, aunque existen grandes avances a nivel nacional en disponibilidad de fuentes e instalaciones mejoradas de servicios básicos en los hogares, la carencia o suministros deficientes de agua, saneamiento, materiales de higiene o recolección de residuos constituyen un reto para muchas familias para proteger la salud colectiva en los hogares.

Para tener una aproximación, en 2018 el 2.2% de hogares a nivel nacional no disponían de ningún servicio sanitario, destacando la región Enriquillo, donde el 13.4% de los hogares no tenían este servicio, seguida de las regiones El Valle (7.6%) y Cibao Noroeste (4.2%). Asimismo, solo el 54.0% de las viviendas tenía abastecimiento de agua dentro del hogar (ONE 2020c) En cuanto a la disponibilidad de instalaciones básicas para el lavado de manos en el hogar (lavamanos o ponchera), el 62.9% de la población a nivel nacional expresó tener acceso a ellas (ONE, 2020d).

Es decir, un porcentaje importante de la población no tuvo disponibilidad para higiene en su hogar como el lavado de manos, una de las medidas fundamentales recomendadas por las autoridades de salud para la prevención de las cadenas de transmisión de SARS-COV-2. La falta de saneamiento básico constituye otras de las expresiones de los territorios malsanos, incompatibles con una vida saludable y digna (Borde y Torres, 2017).

Por otro lado, un porcentaje importante de hogares sobreviven en situación de hacinamiento en la República Dominicana, en particular en las regiones del país más empobrecidas y en los sectores urbanos marginales. Según el IX Censo Nacional de población y vivienda de 2010, el 21% de los hogares dominicanos tenía condición de hacinamiento, 13.4% moderado y 7.6% extremo (ONE, 2019b). Para el 2012, el Estudio socioeconómico de Hogares determinó que el 7.6% del total de las viviendas tenía cuatro o más personas por dormitorios y que el 17.3% tiene entre 2.5 y 4 personas por aposento (Vicepresidencia de la República, 2012). Estos niveles de hacinamiento están vinculados a los procesos de urbanización generados por la migración masiva de la población rural a las zonas urbanas, y que son sinónimo de desigual-

dad y exclusión en todas sus formas (Lima, 2017), configurándose en espacio urbanos como “zonas de descarte” ambiental y social, a lo que se suman los procesos migratorios transfronterizos entre Haití y República Dominicana.

Una de las consecuencias de la emergencia sanitaria por SARS-COV-2 fue el cierre de escuelas públicas y privadas, así como centros de estudios superiores y la implementación de la educación virtual en todo el país. Precariedades de conectividad, debilidades en materia de cultura tecnológica y la baja disponibilidad y/o carencia de dispositivos tecnológicos para dar y recibir las clases fueron algunas de las situaciones que se presentaron en el contexto de virtualización de la docencia. En el año 2020 el Ministerio de Educación identificó a 76,236 profesores sin equipos o dispositivos tecnológicos para impartir docencia y la necesidad de 2.8 millones de dispositivos para que las y los estudiantes se integren a las clases (El Dinero, 2020). Para las familias que tienen hijos e hijas menores de edad a su cargo, la conciliación entre teletrabajo/trabajo presencial y la educación a distancia/cuidado de los y las hijas fue un desafío generador de estrés y dificultades múltiples, más acentuadas para los sectores en condición de desventaja social y económica.

En materia de salud, la concentración de los limitados recursos materiales y humanos existentes en la respuesta al SARS-COV-2 afectó los servicios de atención a otros procesos de salud-enfermedad, lo que repercutió en el incremento de dengue, malaria y mortalidad materna, por mencionar unos cuantos ejemplos, procesos de salud enfermedad que predominan entre grupos sociales empobrecidos. Por ejemplo, en el año 2019, los hospitales de la Red Pública de Servicios de Salud redujeron 31% la mortalidad materna, y un 25% la mortalidad neonatal, en comparación con las cifras del año 2018 para el mismo periodo, cifras que no mostraban reducción desde hacía 20 años (UNICEF, 2019). Sin embargo, en los primeros meses del año 2021, la mortalidad materna aumentó en un 48% respecto al igual periodo en el año 2020. El 37% de estas muertes corresponde a mujeres inmigrantes haitianas. De las fallecidas, alrededor de 20 mujeres embarazadas murieron por Covid-19 en el año 2020 (Álvarez, 2021). La emergencia sanitaria se combina con otras formas de emergencias y epidemias no resultas y *crónicamente naturalizadas* (De Sousa Santos, 2020).

En síntesis, la emergencia sanitaria por SARS-COV-2 encontró a la República Dominicana con un panorama de inequidades sociales, raciales y de género, atravesadas por sistemas de corrupción política, endeudamiento público, precariedad e informalidad laboral, desempleo estructural, pobreza monetaria y exclusión social, hacinamiento,

inequidades en el acceso a servicios básicos, desigualdades en el acceso a bienes y servicios de salud *pública* y políticas sociales focalizadas asistenciales, situaciones que se agravaron a raíz con las medidas restrictivas impuestas por el gobierno para la contención de la emergencia sanitaria, como expresión de una “*cultura de la sobrevivencia*” (Cueto, 2014), y la consecuente contracción de la economía a nivel nacional basada en servicios y bajos salarios como la afectación global, procesos que contribuyeron a un veloz deterioro de las precarias condiciones de vida de los grupos excluidos de la sociedad y por tanto, elementos cruciales empeoramiento de la determinación social de la salud-enfermedad (Breilh, 2013), que se relacionan con determinantes de carácter político y de organización productiva.

### **EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA FUNCIONALISTA Y COLONIZADA POR EL PANAMERICANISMO**

Como ocurrió en la región de América Latina y el Caribe, la salud pública dominicana fue colonizada rápidamente por el gobierno de una biomedicina microbiológica, el panamericanismo sanitario y el complejo médico farmacéutico privado que fueron los actores al mando de la gestión, planificación, preparación y respuesta poblacional al SARS-CoV-2 en República Dominicana (Basile, 2020e). La representación de OPS en República Dominicana fue una voz pública casi gubernamental hablando sobre medidas, los escenarios epidémicos, las acciones, entre otras. Por momentos, en una virtual intromisión diplomática externa al país, bajo la sombrilla de cooperación *técnica*.

República Dominicana contaba con una población estimada de 10,535,535 habitantes para el año 2020, con tan sólo 1.5% mayores de 80 años (155,469 hab.) y un 5.8% mayores de 65 años (612,417 hab.) según la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE, 2020). Sobre esta población ya se contaba con antecedentes de crisis epidemiológicas sobre enfermedades del sistema respiratorio: las defunciones acumuladas según causa de sistema respiratorio fueron 4,512 muertes en el 2018 de las cuales el 62% eran mayores de 65 años (2,783 defunciones).

En cuanto a defunciones acumuladas por neumonías anuales (n=1,000), en promedio el 60% también se produjeron en población mayor de 65 años en los últimos años en el país. La neumonías y enfermedades del sistema respiratorios están dentro de las tres principales causas de muertes en estos grupos de edad (mayores de 65 y mayores de 80 años) en el país.

Es decir, en los periodos endémicos de brotes de influenza como en la circulación de enfermedades respiratorias virales prevalentes de diciembre-enero-febrero y periodo estacional de verano (mayo-junio-

julio), tenían ya impactos agravados en la tasa de mortalidad especialmente en adultos mayores de 60 años.

**Tabla 1. Defunciones acumuladas total 2017 y 2018 de Neumonías y de Sistema Respiratorio**

Causas de Muertes	Defunciones por años		Total Acumulado 2017/2018
	2017	2018	
Influenza (gripe) (J09-J11)	7	9	16
Neumonía (J12-J18)	951	1,054	2,005
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	2,785	3,449	6,234
Total	3,743	4,512	8,255

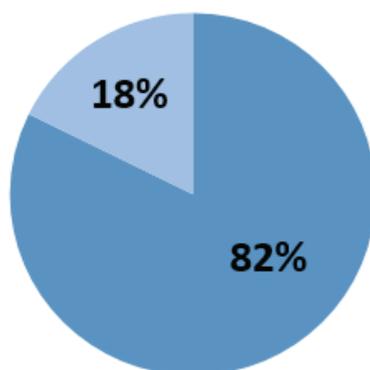
Fuente: Elaboración propia en base del registro en línea del certificado médico de defunción, Departamento de Información en Salud (DIS), MSP.

En este breve contexto epidemiológico es donde se sitúa la novedad virémica respiratoria del SARS-CoV-2 en circulación poblacional desde marzo del 2020, totalizando al 31 de diciembre del año 2020 un total de defunciones acumuladas de 2,492 por la enfermedad de Covid-19, siendo agosto el mes de mayor cantidad de muertes notificadas (n=560). El Covid-19 representó el 5.7% del total de todas las defunciones en el país durante el 2020, considerando que en República Dominicana en los últimos tres años tuvo un promedio de 42,556 muertes anuales por todas las causas (ONE, 2019).

El promedio de edad de las defunciones por Covid-19 fueron de 65.5 años, en su mayoría fueron varones (66%). En general las muertes se registraron en establecimientos sanitarios (hospitales y centros de atención médica), aunque también hay una proporción de muertes en espacios extra-hospitalarios.

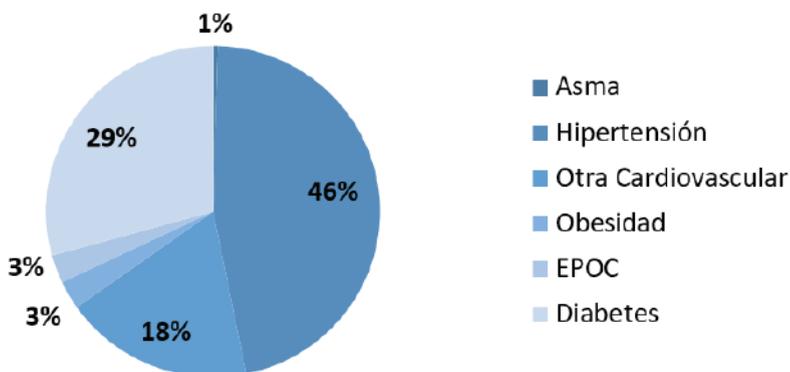
**Gráfico 1. Defunciones por Covid-19 según lugar de la muerte. Año: 2020**

■ Hospitalario    ■ Extra Hospitalario



Fuente: Elaboración propia en base del registro en línea del certificado médico de defunción, Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud

**Gráfico 2. Defunciones por Covid-19 según comorbilidades. Al 31 de diciembre del 2020**



Fuente: Elaboración propia en base del registro en línea del certificado médico de defunción, Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud Pública República Dominicana

Para una primera aproximación descriptiva de la epidemia en República Dominicana resulta necesario algunas clarificaciones: basarse en la tasa de letalidad del Covid-19 partiendo de la totalidad de ca-

sos acumulados y defunciones reflejados en los reportes oficiales del Ministerio de Salud Pública fue un error recurrente de la lectura sanitaria, porque en un proceso de crisis epidemiológica expansiva se conocen las muertes acumuladas totales por una enfermedad, pero en ninguna epidemia en curso se sabe el número total de enfermos/as (notificación de casos) lo cual hace que se comuniquen en tiempo real tasas brutas de letalidad que no es válido reproducir y expresar de esa manera alimentando un comportamiento individual de desinformación e inferencias sesgadas sobre el proceso epidémico en curso.

La tasa de letalidad es una medida de proporción que refleja las personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por esa patología en un periodo y área determinados. Es decir, es una proporción en las defunciones de una enfermedad, sobre los enfermos de la misma enfermedad expresado en porcentaje.

A su vez, hay dos razones por las cuales la tasa de letalidad no refleja el riesgo de muerte (OWD-Oxford University, 2020). La primera es que la tasa de letalidad no nos dice el riesgo de muerte de alguien infectado con la enfermedad, y hay dos razones por las cuales se considera que la letalidad no representa el riesgo real de muerte. Uno de ellos tenderá a sobreestimar; el otro tenderá a subestimar.

Cuando hay personas que tienen la enfermedad, pero no son diagnosticadas, la tasa de letalidad *sobreestimar*á el verdadero riesgo de muerte. Con la epidemia Covid-19, es conocido que hay muchas personas no diagnosticadas (conocido como caso confirmado/notificado). La diferencia entre los casos totales y confirmados es que no sabemos el número de casos totales, aunque se usen porcentajes móviles o ajustes estadísticos. No todas las personas se hacen o tienen acceso a la prueba diagnóstica de Covid-19, por lo que el número total de casos es mayor que el número de casos confirmados y notificados expresados en los sistemas de información. Y cada vez que hay casos de la enfermedad que no se cuentan, la probabilidad de morir por la enfermedad es menor que la tasa de letalidad reportada especialmente en los medios de comunicación, actores sociales y los especialistas de infectología clínica que lo reproducen. Es importante destacar que esto significa que la cantidad de pruebas realizadas afecta la tasa de letalidad: solo puede confirmar un caso evaluando a una persona. Entonces, cuando comparamos la letalidad entre diferentes países, las diferencias no solo reflejan las tasas de letalidad, sino también las diferencias en la escala de notificación de casos y de acceso a pruebas diagnósticas.

Cuando algunas personas están actualmente enfermas y morirán de la enfermedad, pero aún no han muerto, calcular la letalidad hoy en día *subestimar*á el verdadero riesgo de muerte. Con Covid-19,

muchos de los que están enfermos y morirán aún no han muerto. En brotes epidémicos en curso, las personas que actualmente están enfermas eventualmente morirán de la enfermedad. Esto significa que actualmente se cuentan como un caso, pero eventualmente también se contarán como una muerte. Esto significará que la tasa de letalidad es más baja que el verdadero riesgo. Con el Covid-19, puede tomar de dos a ocho semanas que las personas pasen de los primeros síntomas a la muerte, según los datos de los primeros casos (Zhang, 2020). Eso significa que algunas personas que ahora se cuentan como casos confirmados y que morirán aún no están incluidas en el número de muertes. Es decir, la letalidad es una subestimación de lo que será cuando la enfermedad haya seguido su curso y terminado el ciclo epidémico.

Estos son principios básicos en una emergencia epidemiológica que quedaron un tanto en la opacidad por la lluvia de interpretaciones, de curvas (desinformativas), de diversidad de fuentes de información, de especialistas clínicos opinando sobre epidemias de afectación colectiva poblacional (Basile, 2020e).

Partiendo de esta sencilla revisión, en este artículo se trabaja con la tasa de mortalidad acumulada anual del 2020 para realizar comparativas dentro del territorio dominicano como a nivel regional con América Latina y el Caribe, porque es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un período de tiempo, usualmente expresada por cien mil habitantes por año. Esto permite identificar la proporción de las defunciones por la enfermedad sobre la población total (donde están considerados “enfermos” y “sanos”), no sólo la proporción sobre la notificación de casos confirmados (que nunca conocemos).

Dicho esto, la epidemia de SARS-CoV-2 tuvo impactos de mortalidad desiguales en todo el país. La primera epidemia significativa fue en la Provincia de Duarte en el centro-norte del país, para luego expandirse en una tendencia de urbanización en los grandes conglomerados urbanos como el Gran Santo Domingo y Santiago esencialmente donde priman ciudades con territorialidades de exclusión y de acumulación (Harvey y González Arenas, 1979).

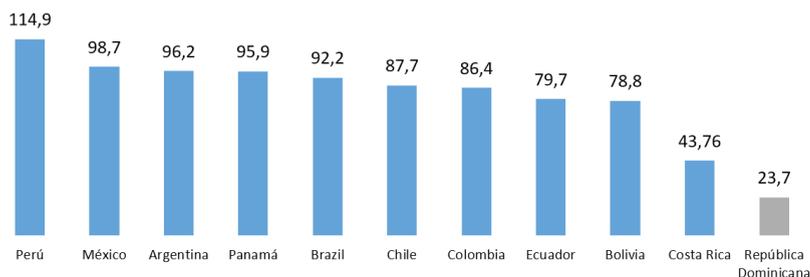
La tasa de mortalidad de la enfermedad de Covid-19 en República Dominicana a nivel nacional terminó en el año 2020 en 23.7 defunciones cada 100,000 habitantes.

Las provincias con las tasas de mortalidad por Covid-19 más elevadas al cierre del año 2020, fueron Duarte, Distrito Nacional, La Romana y Puerto Plata. Aunque como se observa la razón de tasa de mortalidad (RTM) entre la tasa de mortalidad nacional del 23,7 por 100,000 habitantes, era de casi el doble la razón de muertes por habitantes en las provincias de Duarte o Distrito Nacional.

**Tabla 2. Tasa de mortalidad cada 100,000 hab. según Provincia. Año: 2020**

Provincia	Tasa Mortalidad x 100,000 hab.
Tasa Nacional	23,7
Duarte	41,92
La Romana	41,46
Distrito Nacional	39,75
Puerto Plata	39,41
Españolat	37,20
Santiago	34,58
La Vega	30,73
Hermanas Mirabal	27,11
Peravia	22,41
San José de Ocoa	21,83

Fuente: Elaboración propia en base del registro en línea del certificado médico de defunción, Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud

**Gráfico 4. Comparación primeros 10 países con tasa de mortalidad de América Latina y Caribe / al 31 de diciembre 2020**

Fuente: Elaboración propia en base a EU-CDC.

Ahora bien, en una comparativa de indicadores de resultados anuales del 2020 en tasa de mortalidad de Covid-19 en las epidemias en América Latina y el Caribe como se observa (gráfico 4), las epidemias con mayor proporción de defunciones por cantidad de habitantes fueron: Perú, México, Argentina, Panamá y Brasil, entre los primeros cinco países con las tasas de mortalidad más altas de la región.

En el caso del año 2021, la tasa de mortalidad por Covid-19 fue de 18 defunciones cada 100.000 habitantes. Con una disminución de la tasa de mortalidad entre el 2020 y 2021 en República Dominicana.

Lo interesante aquí es ver la razón de tasas de mortalidad (RTM) de Covid-19 comparada de estos diez primeros países del continente

con República Dominicana. La RTM significa la razón de la tasa de mortalidad entre un país A y un país B. El resultado se expresa por ejemplo como una RTM 1:2, que por ejemplo implicaría que por cada muerte en el país A, hubo dos muertes en el país B.

Así la RTM nos marca que por cada defunción por Covid-19 en República Dominicana, hubo 5 muertes en Perú, 4 muertes en México, Argentina, Panamá, Brasil, Colombia y Chile, o 3 muertes en Bolivia, Ecuador o 2.5 en Puerto Rico en el año 2020.

**Tabla 3. Razón de Tasas de Mortalidad por Covid-19 /al 31 de diciembre 2020**

<b>País</b>	<b>Tasa de Mortalidad</b>	<b>Razón Tasa Mortalidad (RTM) Rep. Dom. País</b>
Argentina	96.21	4.32
Bolivia	78.82	3.54
Brasil	92.22	4.14
Chile	87.71	3.93
Colombia	86.40	3.88
Costa Rica	43.76	1.96
Ecuador	79.69	3.57
México	98.67	4.43
Panamá	95.95	4.30
Perú	114.86	5.15
Puerto Rico	54.60	2.45

Fuente: Elaboración propia en base a EU-CDC

Por otro lado, cuando se comparan los resultados de tasa de mortalidad acumulada por Covid-19 en 2020 de República Dominicana en el Gran Caribe insular, nos aparece Puerto Rico con la epidemia con mayor proporción de muertes (54.6 defunciones por Covid-19 cada 100,000 habitantes), aunque también se encuentran Sint Marteen, Aruba, Bahamas e Islas Vírgenes en los primeros lugares por encima de República Dominicana. Aunque estos países al tener poblaciones menores en rangos de 100 mil- 400 mil habitantes, pocas muertes representan una proporción alta y difícilmente comparativa con países demográficamente diferentes como son las islas más grandes del Caribe en el caso de RD, Haití, Cuba, Jamaica o Puerto Rico.

Este breve repaso de tasas de frecuencia en mortalidad a nivel nacional en República Dominicana y de forma comparada con territorios latinoamericanos y caribeños, marcan que los nudos críticos de

la epidemia de Covid-19 deberían ser pensados en clave de la especificidad territorial nacional dominicana y en clave geopolítica periférica para estudiar los condicionantes, ensayos-errores, la dependencia, las dinámicas de “copiar-pegar”, el rol y las inferencias de los “expertos”, o el papel del panamericanismo sanitario (Basile, 2020d). En este artículo en otros apartados, se busca interpretar el gobierno del SARS-CoV-2 y los pronósticos, presunciones, predicciones de “expertos” en un ejercicio de revisión crítica.

### **LA “CAJA NEGRA” DEL PRIMER CUATRIMESTRE DE LA EPIDEMIA**

La caja “negra” es un proceso que no se sabe muy bien qué ocurre dentro de la caja en el tránsito de un fenómeno clínico y sólo se conoce la producción de resultados (Susser, 1996; 2004). Es una metáfora para representar un fenómeno cuyos mecanismos internos están ocultos al observador.

Este concepto quizás permite describir como metáfora los primeros 100 días de las epidemias de SARS-CoV-2 en República Dominicana:

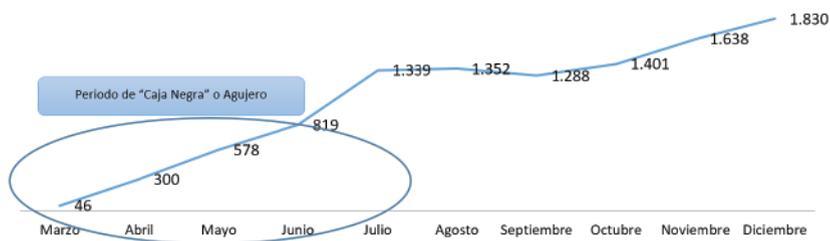
- Sin reactivos para pruebas diagnósticas PCR,
- Con laboratorio nacional con baja capacidad diagnóstica y centralizada.
- Los promedios mensuales y pruebas diarias de PCR por población eran bajas (ver Gráfico 5 y 6).
- bajas capacidades de respuesta en investigación y monitoreo epidemiológico familiar por el tipo de epidemiología implicada como se describe en este artículo,
- con la paralización del sistema de salud,

Bajo estos condicionantes en el trimestre inicial fue donde justamente se implantó una parálisis social con la hipótesis de cuarentena como mecanismo de control de epidemias poblacionales en una sociedad dominicana excluyente, cuando en realidad ese periodo se transformó más en un *agujero* de conocimiento sanitario sobre realmente que estaba sucediendo con la dinámica del proceso de salud-enfermedad epidémico del Covid-19 en la sociedad dominicana en particular (Basile, Polanco y Japa, 2021).

En realidad, como se analiza en el apartado de sistemas de salud, este agujero podría también haberse transformado en una incubadora silenciosa de transmisión de Covid-19 dentro de la sociedad, pero fuera de los sistemas de salud que quedaron como aparatos burocráticos a la espera del tsunami de hospitalización y cuidados críticos. Estas

bases de comprensión implicaron una serie de decisiones públicas, pero también de una subjetividad de culpabilización individual recurrente en una especie de sociedad del miedo y el control.

**Gráfico 5. Pruebas Diagnóstica (PCR) cada 100,000 habitantes según mes /Año: 2020**



Fuente: Elaboración propia en base del registro Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud Pública República Dominicana

**Gráfico 6. Promedio mensual de Pruebas PCR por día e Incidencia acumulada mensual Covid-19 – 2020**



Fuente: Elaboración propia en base del registro Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud Pública República Dominicana

Varios actores en República Dominicana utilizaron las bases de notificación de casos confirmados de Covid-19 para desarrollar diversos pronósticos o estimaciones siempre partiendo del caso individual clínico sintomático que se expresa en una notificación obligatoria en los sistemas de información en salud.

Algunos profesionales dominicanos se centraron en los retardos de la notificación. Otros en sacar conclusiones ajustadas a la cantidad nominal bruta o a una positividad sobre pruebas diagnósticas realizadas siempre girando sobre la notificación de casos diarios (OPS, 2020). Esto trajo como consecuencia la aplicación universal de intervenciones específicas (cierres, toques de queda, otros) basadas en fuentes de

información sesgadas, clausurando otras posibles actuaciones sobre la salud colectiva de las poblaciones.

Ahora bien, en términos acumulados anuales, aunque se realizaron pocos estudios de seroprevalencia a gran escala en el mundo, o a nivel nacional encuestas para estimar tasa de ataque del Covid-19, tomando estudios comparados con un rango de 10-15% de prevalencia (Kamps y Hoffmann, 2020) se puede trabajar con escenarios donde aproximadamente entre un 85 al 90% de la población dominicana no transitaron la infección de la enfermedad de Covid-19 en el año 2020. Esto implica que por lo menos si un 1.5 millones de dominicanos y dominicanas padecieron la enfermedad en formas sintomática o asintomática.

**Tabla 4. Escenarios según tasa de ataque de Covid-19 en República Dominicana / Año: 2020**

Escenarios	Tasa de ataque poblacional (En%)	Cantidad de Casos de Covid-19 en Rep. Dom. 2020
Escenario 1	10%	1,053,554
Escenario 2	15%	1,580,330

Fuente: Elaboración propia en base a (Kamps y Hoffmann, 2020)

Igualmente se requiere una interpretación cuidadosa de todos estos datos e informaciones. Se dispone de pocos estudios de seroprevalencia poblacionales a nivel nacional, en el caso de República Dominicana sólo implementada en la región fronteriza con Haití (OPS, 2020). Además, que la sensibilidad y especificidad de las pruebas serológicas que se utilizan pueden variar de un lugar a otro, y algunas personas pueden haberse infectado sin mostrar niveles detectables de anticuerpos en el momento de estudios de prevalencia.

Lo importante de esta breve reflexión es simplemente volver a distinguir que el número de casos notificados y confirmados por prueba diagnóstica -como suele ocurrir en toda epidemia de enfermedades infecciosas- que son reflejados por los sistemas de información en salud, no es lo mismo que el número total de casos de Covid-19 en la población. Por lo tanto, probablemente los casos notificados confirmados de Covid-19 en República Dominicana, como en el resto de América Latina y el Caribe, son sólo una proporción -poco significativa- del total de casos. Eso por supuesto no sólo que impacta en la letalidad calculada (Número de Casos/Número de Defunciones) estableciendo a diario un cálculo de supermercado -"colmado" como lo llamarían en dominicana-, pero también permite revisar retrospectivamente todas las inferencias de progresión y positividad sobre las cuales muchos ac-

tores nacionales y organismos internacionales sacaron conclusiones rápidas que se denomina como un *fast food epidemiológico*.

En este sentido, es válido puntualizar que los cuerpos administrativos de gestión del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana en ambos periodos intergubernamentales (las dos gestiones de gobierno de la epidemia) mantuvo una comunicación institucional moderada y poco *catastrofista* en los conteos diarios de casos, distribución, frecuencia y defunciones.

Entonces, más que repetir las clásicas descripciones de frecuencia y distribución, este artículo busca aproximarse a abrir análisis sobre algunos territorios y espacios sociales de reproducción del proceso de salud-enfermedad del Covid-19.

Durante los primeros meses de la pandemia global de SARS-CoV-2 y la epidemia de República Dominicana, la transmisión en los hospitales públicos dominicanos desempeñó un papel en el origen de brotes locales. Con una carencia de preparación, acceso a equipos de protección personal y control y prevención de infecciones en servicios de salud pública del primer nivel.

Esto en República Dominicana se verifica especialmente con los equipos de salud de los centros de primer nivel de atención (CPNA) del gran Santo Domingo y en las unidades de atención primaria (UNAP) periféricas y rurales que recién a partir del último trimestre del año 2020 comenzaron a tener una mayor centralidad, apoyo y fortalecimiento de capacidades para la respuesta al Covid-19 en el país. En observaciones no participantes y talleres grupales con 160 profesionales de la salud pública del primer nivel de atención entre los meses de abril y mayo del 2020 se evidenció la falta de preparación metodológica, formación técnica y materiales de protección para la respuesta al Covid-19 por lo cual estaban casi cerrados los CPNA.

En República Dominicana como en la región, también hubo una gran circulación de pronósticos e inferencias sobre eventos considerados “superpropagadores” de Covid-19 (Wang et al., 2020) en el sentido de situaciones productoras de brotes epidémicos: movilizaciones humanas al aire libre (Ej.: peregrinaciones) o personas haciendo ejercicio en parques u otras actividades de la vida en sociedad. Aunque en general aún hubo escasos estudios de la principal cadena de transmisión en el caso dominicano: los hogares dominicanos y la transmisión intrafamiliar. Actualmente hay un estudio en fase exploratoria desarrollado por un equipo de investigación del Programa de Salud Internacional de FLACSO en conglomerados urbanos seleccionados de Santo Domingo Oeste y Santo Domingo Este.

Para terminar de caracterizar la Covid-19 durante el año 2020, es válido destacar que en República Dominicana se realizaron elec-

ciones presidenciales y legislativas nacionales en el mes de julio. Este proceso de alguna manera marca junto a la etapa estacional de enfermedades respiratorias un probable incremento de cadenas de transmisión especialmente por la propia dinámica sociopolítica de las campañas electorales dominicanas donde se basan en contactos directos de cercanía como visitas a las casas, encuentros grupales en lugares cerrados, entre otros. Lo paradójico que múltiples actores sociales<sup>1</sup> <sup>2</sup>que exigían libertad para la movilidad proselitista y transparencia del proceso electoral, posterior al día de votación esos mismos actores estaban anunciando una catástrofe de muertes de Covid-19 y exigían nuevamente cierres<sup>3</sup> <sup>4</sup>.

### **EL GOBIERNO DEL SARS-COV-2 EN REPÚBLICA DOMINICANA**

Es importante aclarar que el presente artículo por una cuestión de extensión no describe ni analiza las dinámicas sociopolíticas a nivel social y comunitario, en los territorios y territorialidades del país donde se desarrollaron experiencias de respuesta de actores de la sociedad civil incluso entrelazadas con gobiernos locales e instituciones subnacionales en trayectorias de *abajo hacia arriba* a través del protagonismo popular:

El primer componente entonces para revisar es la gramática y acción de los “*expertos*”, especialmente en el gobierno *biomedicalizado* de la salud pública y las improntas naturalizadas de asociaciones público-privadas de los actores sanitarios en República Dominicana.

En este sentido, la representación del “*experto*” en la epidemia de SARS-CoV-2 -dentro como fuera del aparato del Estado- resulta clave para entender por un lado la circulación de cierta información, lenguaje y de un tipo de conocimiento sanitario que busca totalizar la comprensión del proceso epidémico, y por otro, sobre todo por los impactos técnicos-políticos y metodológicos que tuvieron estos en las intervenciones de salud colectiva. Se clasifican y detectaron dos tipos de “*expertos*” para el caso de República Dominicana:

---

1 Diario El Caribe. <https://www.elcaribe.com.do/destacado/presidente-cmd-reitera-cuarentena-absoluta-para-controlar-el-covid-19/>

2 Diario Listin. <https://listindiario.com/la-republica/2020/07/10/625722/jose-joaquin-puello-estima-que-en-pais-pudiera-haber-ya-cien-mil-contagiados-por-covid-19>

3 Proceso. <https://proceso.com.do/2020/07/19/foro-ciudadano-presenta-propuestas-a-aplicarse-en-nuevo-estado-de-emergencia/>

4 Z Radio. <http://z101digital.com/jose-joaquin-puello-el-pais-debe-volver-a-establecer-medidas-restrictivas-ante-la-covid/>

- Los *expertos*, en su mayoría varones, del gobierno del aparato del Estado. Incluyendo un entramado de asociación público-privada *de hecho* en el gobierno de la esfera pública.
- Los *expertos* de la conversación pública. Personajes dispuestos a repetir cualquier cuestión por unos minutos en medios de comunicación masiva, aparición en redes sociales y posicionamiento de sus intereses corporativos y/o personales. Quizás el ejemplo más emblemático sea el caso del Presidente y algunas referencias biomédicas del Colegio Médico Dominicano (CMD), aunque hubo otros.
- La importancia de esta categoría de análisis de “*los expertos*” tiene implicancias sobre otros actores subalternizados -o *excluidos*-: la propia universidad pública y sus instituciones (Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD), las mujeres, los jóvenes, los gremios de trabajadores sanitarios no médicos, las comunidades rurales y las/os campesinos, las y los salubristas dominicanos de formación con experiencia y compromiso público que se las ingeniaron para sostener los servicios de salud pública y una respuesta de salud colectiva en contextos adversos. Algunas de estas exclusiones es válido puntualizar que con el cambio de gobierno nacional se comenzaron a revertir. El Gabinete de Salud que actualmente coordina la vicepresidenta del país, los gremios de salud fueron incorporados en espacios de interlocución especialmente por condiciones de trabajo en sector salud.

## **EL APARATO DEL ESTADO EXTERNO A LA SOCIEDAD DOMINICANA: ORGANIGRAMAS EN CLAVE DE CADENA DE MANDO**

En este apartado, se podría listar una cantidad de decretos presidenciales, resoluciones y marcos jurídicos tanto del Poder Ejecutivo como del Congreso Nacional en el marco de las declaratorias del *estado de emergencia* (Resolución No. 62-20, 2020) que se fueron condensando en el diseño institucional de la respuesta del Estado dominicano a la epidemia de SARS-CoV-2 nacional. Aunque el objetivo es caracterizar y analizar.

El aparato estatal en general tendió a describirse a sí mismo con una apariencia de imparcialidad, que garantiza el orden, la seguridad o la salud. El principal problema es que la mayoría de las definiciones weberianas contienen dos niveles diferentes de análisis clásicos: *el funcional* y *el institucional*. Esto implica que muchos autores y actores definen al Estado *por lo que parece* institucionalmente, o bien, *por lo que hace*, sus funciones. Lo que prevalece es una visión mixta, pero en buena medida institucional e instrumental.

El Estado dominicano en clave weberiana quedó reducido a un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al Covid-19 a través de la activación de medidas de expertos, cuarentenas, higienismo, militarización y policía médica.

Para la operacionalización de esta matriz, se pueden distinguir dos aparatos institucionales creados. Uno en la primera etapa del año, y otro a partir del cambio de gobierno nacional en el mes de octubre del 2020:

- Un Comité de Emergencia y Gestión Sanitaria (Decreto 141-20, 2020) para el combate al COVID-19 a nivel de gestión operativa, coordinado por el Ministro de Salud Pública nacional y bajo la particular dirección ejecutiva de un consultor del sector privado de salud y *lobbyista* de asociaciones público-privadas en salud. A su vez, con una Comisión de Alto Nivel para la Prevención y el Control del Coronavirus a nivel presidencial (Decreto 133-20, 2020).
- Un gabinete de salud presidencial (Decreto 498-20, 2020) y un Plan Operativo de Respuesta a la Emergencia por la Covid-19, donde la dirección se encuentra en manos de una mujer la actual vicepresidenta nacional e integrado por el ministerio de salud pública, el Servicio Nacional de Salud (SNS), Seguro Nacional de Salud (SENASA) y otros actores de instituciones gubernamentales.

En ambos diseños, médicos de formación clínica del sector privado y del campo empresarial tuvieron participaciones protagónicas en las estructuraciones del gobierno de la respuesta al SARS-CoV-2.

En una primera etapa del gobierno de la respuesta, la dirección ejecutiva nacional estuvo en manos de un emblema del concepto de “experto”: médico clínico presidente de una fundación llamada Cluster de Salud de Santo Domingo (CSSD<sup>5</sup>) que agrupa importantes actores y empresarios del sector privado de salud (directivos de Humano Seguros, Laboratorios Amadita, Clínica Abreu, ARS Futuro, Medicalnet, entre otros) y en colaboración con las principales sociedades médicas profesionales de especialidad clínica privada. Este director ejecutivo del primer comité de emergencia y gestión sanitaria de Covid-19 de República Dominicana expresaba durante el semestre inicial de la epidemia que:

---

5 Cluster de Salud Santo Domingo - <http://www.clustersaludsd.org/>

*“...las implicaciones económicas, epidemiológicas y de salud privada de las medidas establecidas para responder al COVID-19...el sector privado salud se convierte en una fuente de apoyo social en la crisis, también en un eje de motor económico, así proponemos integrar los siguientes elementos: - Desarrollo de medidas y políticas económicas y fiscales para proteger el sector privado de salud; -Optimizar la integración público-privado en la capacidad de respuesta, ... - Definir claras estrategias de pago y financiamiento de servicios de salud para salvaguardar la sostenibilidad de los prestadores de servicio a las aseguradoras”.*<sup>6</sup>

Este mismo referente nacional recientemente como coautor de una publicación plantea la tesis de *“reconceptualizar las amenazas a la seguridad nacional en la época del Covid-19”*, donde abreva repitiendo todas las concepciones de seguridad sanitaria del Norte global, especialmente las del departamento de Defensa de los Estados Unidos. Abordando al SARS-Cov-2 como amenaza específica a la seguridad nacional en Estados Unidos (Albert et al., 2021). El artículo expresa como idea central:

La seguridad nacional debe redefinirse para una nueva era en la que la guerra convencional ya no es la amenaza física primaria a un estado; en cambio, el enfoque debe cambiar para incluir amenazas de enfermedades que desafían los intereses de Estados Unidos en el exterior y la seguridad de sus ciudadanos en casa. (Albert, Baez, y Rutland, 2021)

Por último, este mismo actor es parte del comité de Team Rubicon Disaster Response<sup>7</sup> un organismo integrado por militares de los Estados Unidos y corporaciones empresarias. Su doctrina la describen claramente: *“enfoque dinámico y adaptativo de Team Rubicon para el socorro en casos de desastre se transcribe en su DocTRine ...conjunto integrado de planes y manuales reúne las mejores prácticas de gestión de emergencias, reducción del riesgo de desastres y operaciones de asistencia militar humanitaria / socorro en casos de desastre”*.

En una segunda etapa del gobierno de la epidemia en el último trimestre del año 2020, aunque hay modificaciones hacia un gabinete de salud en República Dominicana presidido por la propia vicepresidenta del país e integrado bajo otros perfiles sanitarios y en espacios públicos deliberativos, también marca la etapa la presencia destacada de funcionarios en altos cargos de gestión pública provenientes de grupos empresariales del mercado de salud como la Clínica Unión

---

6 El Muncipe (República Dominicana). Covid-19 y Economía de la Salud. <https://elmuncipe.com/Covid-19-y-la-economia-de-la-salud/>

7 Team Rubicon Disaster Response. <https://rollcall.teamrubiconusa.org/>

Médica de la ciudad de Santiago o directamente representantes directivos de la Asociación Nacional de Clínicas Privadas (Andeclip) del país.

Ambos casos descriptos muestran una perennización de los intereses de la mercantilización en salud como en prácticas naturalizadas de asociaciones público-privada *de hecho* en el gobierno de la respuesta al SARS-CoV-2.

### **CIERRES DE CUARENTENA, TOQUE DE QUEDA, NEOHIGIENISMO Y PUNITIVISMO SANITARIO**

El Estado dominicano fue reducido a la preparación de un aparato burocrático externo a la sociedad en la dinámica de afrontamiento al SARS-CoV-2 que tomó cuerpo e institucionalización a través de cuarentenas, (neo)higienismo individual y punitivismo/vigilantismo médico. Por supuesto que este marco de actuación como fue considerado en este texto no puede ser descontextualizado de la determinación internacional de una matriz de dependencia a los mandatos globales y regionales llevados adelante en la región de “las Américas” como un todo uniforme por la doctrina panamericana sanitaria (Basile, 2020d).

Es en este contexto de riesgo epidémico particular donde el andamiaje residual de la salud pública como del Estado se puso al servicio operacional del gobierno de la microbiología y los expertos como expresión de una biomedicina y enfermología pública dispuesta a ensayos experimentales masivos con toda la sociedad de República Dominicana (Basile, 2020e).

Vale observar que en el caso de República Dominicana nunca se implementó una parálisis cuarentenaria total, pero si se implementaron cierres parciales hasta junio del 2020. Aunque se mantuvo durante todo el periodo anual del 2020 las medidas de toques de queda (restricciones horarias para movilidad humana y actividades comerciales y sociales). Que se mantuvieron también durante el primer semestre 2021 por periodos.

La conversión de las ciudades y territorialidades de República Dominicana en grandes *espacios cuarentenarios* remitió a la tesis de homogeneización de las medidas de contención y eliminación de una enfermedad infecciosa epidémica. Esto significó una polarización epidemiológica, donde cada barrio, cada territorio, cada zona transitó “su” epidemia. Por ejemplo, es interesante observar los casos de las provincias fronterizas como Elías Piña o Dajabón donde durante meses se mantuvieron medidas de confinamiento en territorios rurales, periféricos de subsistencia, con baja incidencia de casos nuevos de

Covid-19, pero con las mismas medidas de movilidad, toque de queda o cierre de escuelas que las ciudades.

En este sentido, es necesario unos breves párrafos para la reflexión de la epidemiología de las ciudades en el caso de República Dominicana. Contextualmente el 53% de la población dominicana se concentra en el área metropolitana del gran Santo Domingo y a la región del Cibao (ONE, 2020), con los emblemas de las grandes urbanizaciones desiguales de Santo Domingo (Este, Oeste, Norte y Distrito Nacional) y Santiago.

La dimensión del urbanismo desigual, malsano y racializado de las ciudades dominicanas (Espinosa, 2017), permite evaluar si los conocimientos y saberes tradicionales de la enfermología/salud pública (Granda, 2004) quedaron de alguna forma impotentes, obsoletos y en muchos casos incompetentes para un abordaje e inteligencia epidemiológica sobre las determinaciones territoriales y socioambientales de la salud colectiva que se anidaban en los barrios, en las segregaciones espaciales de las ciudades (Santos, 2000).

El plan cuarentenario, el neohigienismo y el punitivismo médico no operaron de la misma forma en los territorios y territorialidad dominicana. El confinamiento social ensayado en una imitación del Norte global -de sociedades europeas especialmente-, fue implementado en una sociedad dominicana excluyente, inequitativa, racializada, pero *espacialmente* profundamente heterogénea e injusta. Las tramas territoriales de una emergencia sanitaria nunca estuvieron tan visibles por clase social y étnico-racial en República Dominicana. Sin embargo, la matriz de respuesta se mantuvo basada en tesis únicas, totalizantes y homogéneas durante todo el 2020 y parte del 2021.

Frente a estos escenarios de urbanización inequitativa y malsana, en el caso de República Dominicana suele aparecer un cándido relato configurado sobre teorizaciones del desarrollismo urbano donde se enuncian supuestos de la necesidad de una planificación y ordenamiento territorial como solución mágica (Brites, 2017).

El “*desarrollo sostenible*” urbano, como la palabra lo indica implica “sostener”, “continuar”, “mantener” algo. Múltiples autores de la geografía crítica demuestran que de hecho ya se produjo el ordenamiento territorial de las ciudades latinoamericanas y caribeñas como el caso de República Dominicana: fue al ajustar la planificación urbana a los intereses y funcionalidades del mercado inmobiliario financiero y la acumulación de capital (Harvey, 2007). Esto se produjo en una complementariedad público-estatal y privada. El mercado como coordinador y planificador de la producción de la ciudad es quizás uno de los principales eslabones críticos de la salud colectiva en el siglo XXI (Breilh, 2010).

Los perfiles epidemiológicos destructivos en los territorios y territorialidades de las grandes ciudades dominicanas fueron abordados por los expertos y el gobierno de la microbiología a pura repetición de medidas homogéneas o bien por fragmentos aislados de factores de riesgos (Breilh, 2013).

En la República Dominicana, la presencia policial y la militarización cuenta con una larga tradición en la respuesta a emergencias y desastres. Esto se conjuga con un vigilantismo en la privatización de la seguridad (Lalama, 2007).

El recrudecimiento de la histórica militarización de la seguridad ciudadana y control poblacional (Bobeá, 2004) (Labiano, 2008), condujo a la mutación de un punitivismo social que abrió paso a una práctica de un creciente punitivismo sanitario sistemático con policía médica (Mantovani, 2018). La violencia y la histórica utilización de esquemas militares en la seguridad interior son problemas antiguos en el país, como está ampliamente documentado (Bobeá, 2004). Esta situación marca la arbitrariedad de la actuación policial y militar en detenciones implicadas en los «operativos extraordinarios», en las lógicas raciales de vigilantismo, en la recaudación de financiamiento paralelo en las dinámicas de control, entre otros (Bobeá, 2003).

La progresión entre cierres de una cuarentena parcial hacia toques de queda (Decreto 135-20, 2020) de restricciones horarias para la movilidad humana en un esquema que llamaron “desescalada”, puso a las fuerzas seguridad (policías y militares) en el centro de un nexo entre salud y seguridad que los mismos actores que conformaban las instancias de gobierno del SARS-CoV-2 comulgan y consideran clave especialmente en el campo de *los expertos* (Albert, et al. 2021).

Los toques de queda en un primer momento fueron planteados con la finalidad de abordar las actividades nocturnas, fiestas de jóvenes y lugares comerciales de consumo de bebidas alcohólicas.

En la medida que se transformó en una disposición *mágica* que múltiples actores sociales y sanitarios comenzaron a demandar supuestamente como una exigencia de severidad que se fue transformando en una tesis científica enunciada bajo: “*más toque de queda*”. En varios momentos del año las restricciones horarias se fueron convirtiendo en un gran generador de aglomeraciones humanas en espacios cerrados y padecimientos principalmente para la clase trabajadora dominicana. Los principales afectados fueron en especial las y los trabajadores asalariados y de la economía popular; debido al movimiento de ciudades enteras en los mismos horarios donde las clases populares sufrieron constantes situaciones de desbordes, saturación y afectación cotidiana en especial en transportes públicos, en acceso al

metro, entre otros. También la medida produjo saldos en detenciones policiales sistemáticas de dominicanos y dominicanas.

Lo interesante del vigilantismo a partir de los toques de queda en el caso de República Dominicana, es que la propia sociedad civil y diversos actores se transformaron en “*vigilantes*” de las y los Otros. Así se vieron dinámicas sociopolíticas de culpabilización, indignación, acusaciones entre vecinos, entre otros episodios.

En términos generales entonces los antecedentes y revisión del marco teórico y metodológico de las cuarentenas, higienismo y vigilantismo que tuvo fases de implementación en República Dominicana como medida principal de afrontamiento al Covid-19 se pudiera describir resumidamente:

- Es un sistema político-médico basado en un empirismo de ensayos experimentales;
- No se encuentran antecedentes científicos epidemiológicos al respecto que fueran realmente utilizados estructuralmente como base de su diseño, gestión, implementación y evaluación;
- Necesita de la división de la sociedad en individuos con el fin de aislar, inspeccionar y controlar;
- Es un proyecto disciplinador y de nueva normalización por características intrínsecas; donde la militarización y control policial de los territorios pasa a ser una premisa clave
- Homogeneiza a la sociedad e identifica en cada contexto factores aislados considerados peligrosos y punibles;
- Responde a mandatos globales de geopolítica del poder y conocimiento, y a nivel regional del panamericanismo sanitario.
- Fue comandado por expertos y con institucionalización de asociaciones público-privadas.
- Las medidas en general se transforman en un sistema de creencias (cuasi religiosas). Prima narrativa dualista.

## **ESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DOMINICANO EN LA RESPUESTA AL SARS-COV-2**

La paralización virtual o total durante 120 días de las capacidades del Servicio Nacional de Salud y los programas nacionales del Ministerio de salud pública en las redes de centros de primer nivel de atención, de las acciones, programas y estrategias que se realizaban en atención básica, enfermedades crónicas, salud materna, salud de la infancia, entre otras. Todas posiblemente insuficientes y fragmentadas, pero necesarias y con capacidades de producir redes territoriales

y flujos interinstitucionales en abordajes envolventes de procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en el barrio, en la comunidad y el territorio.

Esto implicó un retardo de 120 días para la territorialización de una respuesta más proactiva a la emergencia de salud pública, aunque siempre hubo serias dificultades técnico-metodológicas y operacionales para la búsqueda, investigación y monitoreo epidemiológico desde una perspectiva de salud colectiva (Breilh, 2013). Al día 120, las áreas y direcciones provinciales del Ministerio de Salud Pública, los comités de PMR (Prevención, Mitigación y Respuesta de Desastres) y otros organismos del Estado comenzaron a instalar la premisa de los denominados “operativos” de salud pública donde comenzaron a desarrollarse una investigación de casos más activa, acceso a test diagnósticos, intentos de aislamiento a nivel comunitario.

Ya para finales de año 2020 por ejemplo los Centros de Primer Nivel de Atención se transformaron en puntos de acceso a pruebas diagnósticas (PCR) territorializadas en los barrios de las áreas metropolitanas. Esto mejoró sustancialmente el acceso diagnóstico y la posterior protección familiar en los casos confirmados.

Bajo estas premisas en la preparación y respuesta en República Dominicana se avanzó en la expansión de centros especializados de atención de salud (CEAS) habilitados con camas de hospitalización y camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) exclusivas para el cuidado de los pacientes confirmados o sospechosos para Covid-19 en condiciones graves o críticas, que ameriten asilamiento hospitalario y soporte vital especializado. Este proceso se lleva a cabo a través de una serie de fases progresivas donde se fueron incrementando capacidades hospitalarias de camas de atención especializadas, de cuidados intensivos y provisoriamente la inyección de personal sanitario de emergencia Covid-19 (OPS, 2020).

El Servicio Nacional de Salud (SNS, 2021), órgano de administración y gestión de los servicios de salud pública en el país a partir de la separación de funciones promovida por la reforma sanitaria (Basile, 2020f), organizó una red de atención a la emergencia del Covid-19 con 117 establecimientos sanitarios públicos, de las Fuerzas Armadas y Policía nacional, 64 establecimientos privados y 17 centros de aislamiento.

En este marco el SNS (2021) dispone actualmente en la atención exclusiva para Covid-19:

- 2,557 camas de hospitalización habilitadas, 1,590 sector público y 967 en privados.

- 518 camas de unidades de cuidados intensivos, 234 sector público y 284 sector privado. De las cuales se disponen con 401 camas con ventilación mecánica habilitadas.
- 4,166 camas de aislamiento habilitadas en el sector público.
- El 9 de abril las camas UCI estuvieron ocupadas al 90%, y luego al 84% llegaron el 11 de Julio, aunque ese mes de julio marcaron un promedio de ocupación del 80%.

Aunque sobre estas disponibilidades de camas de hospitalización y cuidados intensivo, es válido marcar que existe una concentración geográfica marcada: el 29% de las camas de hospitalizaciones y el 46% de camas UCI se encuentran en el área metropolitana de Santo Domingo. Aún más sumando la ciudad de Santiago.

En general, República Dominicana contaba previo a la epidemia de SARS-CoV-2, con una disponibilidad de 3 camas UCI cada 100,000 habitantes, lo cual se incrementó a 5 camas UCI cada 100,000 hab. en la presente crisis epidemiológica de Covid-19. Como antecedentes, se disponía con 78 camas de hospitalización cada 100.000 habitantes (SNS, 2019). En el país, el 69% del personal sanitario se encuentra concentrado a nivel hospitalario, y un 26% a nivel de centros de primer nivel de atención (SNS, 2019).

**Tabla 5. Centros de Salud en República Dominicana según nivel de atención – 2019**

Nivel de Atención	Tipo de Establecimiento de Salud	Cantidad
Primario	Consultorios médicos	216
	Centros de zona	31
	Centros de Primer nivel	1,341
	Centros de atención primaria y diagnostico	64
	Total	1,652
Complementario	Hospitales	184
	Centro de diagnóstico especializado	1
	Total	185

Fuente: Elaboración en base Principales datos de Red pública de Servicios de Salud (SNS, 2019)

**Tabla 6. Cantidad de camas disponibles antes y durante la emergencia Covid-19**

Área hospitalaria	Cantidad de camas antes del Covid-19	Cantidad de camas durante Covid-19
Hospitalización	7,852	6,723
Unidad de cuidados intensivos (UCI)	317	518
Total	8,169	7,241

Fuente: Elaboración en base Principales datos de Red pública de Servicios de Salud (SNS, 2019) y en SNS(2020).

**Tabla 7. Cantidad de personal sanitario Sector Público cada 100.000 habitantes**

Personal de salud	Cantidad del personal de salud x 100,000 Habitantes
Médicos/as	145
Enfermería	39
Auxiliares de enfermería	102

Fuente: Elaboración propia en base a Recursos humanos en cifras (SNS, 2019).

Unos párrafos merecen en este contexto nacional epidémico de respuesta de los servicios de salud, estudiar como aún se encuentra invisibilizado que el Sistemas de Salud y el Estado dominicano acumulan cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales, actores económicos-financieros y el complejo político liberal que se demostraron *iatrogénicos* para la salud de la sociedad, colocando al sistema sanitario en una agenda de reforma regional basada en la teorización de pluralismo estructurado para expansión de mercados (des)regulados de coberturas financieras de salud (Basile, 2020e).

Las oleadas de shock de reformas al Estado y en particular al sistema de salud dominicano comandados por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 20 años reconfiguraron los bienes públicos y colectivos y fragilizaron la ya débil situación del sistema sanitario dominicano (Basile, 2020c).

Aunque no es objeto de estudio en el artículo, la estructuración de la propia reforma del sistema de salud y seguridad social dominicano tiene implicancias significativas del tipo de institucionalidad pública disponible tanto para la respuesta al SARS-CoV-2 como en la producción de salud colectiva y vivir bien. Dicho de otro modo, comprender los procesos de *desciudadanización* en salud por mercantilización y

por desposesión que configuran perfiles epidemiológicas cada vez más polarizados y desiguales en el país (Basile, 2020e).

La creación del sistema dominicano de seguridad social en 2001 (Ley No.87-01, 2001), lleva adelante una copia exacta del modelo colombiano con el diseño de un mercado regulado de coberturas a través de aseguramiento en salud: se crean aseguradoras de riesgos de salud (ARS) vinculadas al sistema financiero con cobertura de asegurados contributivos, y una aseguradora subsidiada por fondos públicos llamada Seguro Nacional de Salud (SENASA) con acceso a través de prueba de medio (SIUBEN, sistema de empadronamiento de “pobres”) y un paquete mínimo de procedimientos y servicios (Plan Básico de Salud). Es un subsidio a la demanda que financia las coberturas del SENASA. Los asegurados privados de las ARS cuentan con PDSS (Plan de Servicios de Salud), con exclusiones y modalidades de cobertura según procedimiento y copagos. A partir del 2015 se da el paso a la separación de funciones con la descentralización, consolidando el proceso de autogestión de los servicios de salud de la red pública (gobernado por un ente autárquico llamado Servicio Nacional de Salud), similar al ciclo de reformas en Colombia, Chile, y otros casos (Basile, 2020e).

El alto porcentaje de la población que realiza trabajo informal se traduce en la falta de acceso a protección social y cobertura en el modelo de aseguramiento en salud instituido, debido a que en el país solo están vigentes regímenes contributivo y subsidiado del Seguro Nacional de Salud (SENASA), que benefician a la población con trabajo formal y a las personas en situación de pobreza, personas con discapacidad, jubilados y pensionados, respectivamente. Al 2019, el 76.4% de la población dominicana cuenta con cobertura de aseguramiento en salud, el 53.7% en el régimen contributivo y el 46.3% en el régimen subsidiado. Quienes no cuentan con un plan de aseguramiento en salud hacen uso de la red pública o costean sus servicios médicos directamente en el prestador. Otros pagan por Planes Voluntarios Privados de salud, con coberturas diferenciadas, pero por lo general sus beneficios son inferiores al PDSS, razón por la cual el afiliado tiende a incurrir en un alto gasto de bolsillo en salud (60.2%) (ONE, 2020 b).

Al igual que en Colombia, el proceso incluyó una triple reforma simultánea: a las Pensiones (con la creación de los fondos de capitalización individual conocidos como AFP), los seguros privados por empresa de riesgos laborales para los trabajadores formalizados y un sistema de salud basado en coberturas.

Esta estructuración de la reforma del sistema de salud aunque tiene denodados intentos de múltiples autores y actores por “*dominicanizarla*” (Rathe, 2013), en realidad sencillamente estuvo y está

basada con la importación de una teoría dominante definida como pluralismo estructurado (Lodoño y Frenk, 1997), que fue fundada en Chile con el desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud en el año 1981 y la expansión del aseguramiento con la creación de las aseguradoras privadas de salud llamadas Isapres (Institutos de Salud Previsional) que pertenecen en su mayoría al sistema financiero y posteriormente mejorado en el caso de Colombia con la Ley No.100 como caso emblemático de materialización de esta teorización (Almeida-Filho, 2002).

Este modelo conocido por varios autores como *neoliberalismo sanitario* (Hernández, 2020), su base fundante se encuentra en la separación de funciones:

- *Modulación* — desarrollo del sistema; coordinación; diseño financiero; regulación; protección del consumidor;
- *Financiamiento*;
- *Articulación* — entre poblaciones y prestadores (representación, administración de riesgos y acceso); entre agencias financieras y prestadores de servicios (diseño de incentivos y beneficios, gestión de la calidad);
- *Provisión* (público-privada).

Lo interesante del proceso dominicano, es problematizar la dinámica de los actores sociales y sanitarios no tan sólo gubernamentales sino gremiales, de organizaciones de sociedad civil, académicos, entre otros; que asumieron los lineamientos de la reforma de seguridad social de corte estructural (Mesa Lago, 2004) casi como un único camino al que no se podía encontrar alternativas.

El texto de Fulgencio Batista (2005), "*Sistema Dominicano de Seguridad Social: el Rostro anhelado de la Protección Social*", describe la influencia crucial que tuvieron los organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o la propia agencia cooperante USAID en el proceso de reforma. Pero también una multiplicidad de textos y publicaciones del clima de época en el país expresan como los propios actores participen y protagonistas de esta lo asumieron como natural e indiscutible.

A partir de los noventa se realizan varios estudios en República Dominicana sobre las posibilidades de reforma del sistema de salud, en su mayoría con financiamientos y préstamos del BID, del Banco Mundial y de USAID, lo que impactó fuertemente en los rasgos principales de esta reforma más amplia de la seguridad social. Este tipo de apoyo técnico y financiero se encuentra expresado en los propios

documentos: *“Las reformas destinadas a aplicar los mecanismos de seguros contaron con el apoyo de proyectos del Banco en Belice, Bolivia, Colombia, Perú y República Dominicana, y en Jamaica y Trinidad y Tobago se financiaron estudios para evaluar su pertinencia”* (BID, 2006).

Otras autoras dominicanas denominaron a este proceso de reforma y direccionalidad de un modelo basado en la nueva protección social del gerenciamiento del riesgo social (Holzmann y Jorgensen, 2003) como *“La reforma más importante del Siglo: La Seguridad Social”* (Rathe, 2002):

*.... se promulgó la Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Con dicha ley se hace realidad el marco regulatorio fundamental de la reforma más importante del siglo en la República Dominicana. En efecto, por primera vez, los dominicanos tendrán derecho a una pensión al momento de llegar a la vejez y estarán protegidos por un seguro obligatorio de salud... la reforma de la seguridad social es un hecho histórico sin precedentes, es la reforma social por excelencia y constituye la base para la construcción de una nueva sociedad....* (Rathe, 2002)

Según Laurell (2013) la mayoría de los países en esta corriente de reformas desfinanciaron sistemáticamente sus sistemas y servicios de atención sanitaria y programas de salud pública, con un espiral de deterioro, ineficacia, ineficiencia, pérdida de capacidades que se transforma en una profecía autocumplida: el Estado y la provisión pública de servicios no sirve ni responde a las necesidades colectivas de la población.

Esta breve reseña permite entonces identificar un conjunto de eslabones críticos durante la respuesta a la epidemia de SARS-CoV-2 de carácter sistémico que ya reproducía el propio sistema de salud dominicano:

- Las dificultades inherentes a la coordinación y especialmente a abordajes integrales al Covid-19 con una reforma que reproduce molecularmente separación de funciones, es decir fragmentación, segmentación, respuestas estratificadas y desiguales por tipo de cobertura como matriz estructurante del sistema de salud dominicano. Es decir, una institucionalidad pública fragmentada por los propios mandatos del Estado (marco jurídico), que asiste con algunos servicios pero que respalda respuestas y relaciones desiguales en la sociedad y con burocracias profesionales weberianas actuando de acuerdo con su fragmento de actuación funcional-institucional: Consejo Nacional de Seguridad Social, Servicio Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, SENASA, SISALRIL, otros.

- El mercado de coberturas de salud, administrado por las aseguradoras de riesgo de salud, logran una acumulación extraordinaria de capital acelerado en epidemia a partir que la sociedad dominicana durante seis meses casi no demanda servicios a sus aseguradores privados, junto con la alta rentabilidad de planes complementarios desregulados. Además de recibir financiamiento público para cubrir pruebas diagnósticas, y frente a otros riesgos de gestión de la emergencia sanitaria de Covid-19 que fueron absorbidos por el Estado tal como expresa el lobista Báez: “*para salvaguardar la sostenibilidad financiera de las aseguradoras*”.
- El subsidio cruzado del Estado a los proveedores de servicios privados de salud (clínicas, sanatorios y laboratorios de especialidad diagnóstica) para equipamiento en la atención especializada y en capacidades diagnósticas de Covid-19, que funcionaron como asociaciones público-privadas de carácter permanente.
- El deterioro en las condiciones de trabajo en salud, con el pluriempleo sanitario, que abrevan a una baja capacidad institucional en prevención y control de infecciones en los establecimientos.

La reforma operada por organismos y tecnocracias de la salud global liberal (Basile, 2018), implica también enfrentar aún adversidades que persisten en actores políticos, sociales (ONGs, Fundaciones, etc.) y académicos del campo de salud pública dominicana que continúan abrevando a la propia reforma, o a tesis eurocéntricas de cambios en los sistemas sanitarios al estilo *Beverige* o esquemas de socialdemocracia europea en una *retrotopía* de Estados de Bienestar. O bien, articulando propuestas de más arreglos institucionales a una “*reforma de la reforma*” proponiendo “Seguros Únicos de Salud” para universalizar el seguro para pobres SENASA, los mitos de la idealización de la APS, entre otros. a partir de una *autocensura* marcada de no plantearse otros horizontes emancipatorios de refundación del sistema de salud (Basile y Hernández, 2021).

Frente a estas tesis, existe la necesidad de descolonizar(nos) de estas teorías y políticas sobre los sistemas de salud en el Siglo XXI, y continúa siendo una deuda pendiente y una gran encrucijada nacional en República Dominicana (Basile, 2020f).

La gran capacidad de innovación y transformación en un rediseño de las relaciones entre Sociedad y Estado es donde se ubica el punto de partida para repensar este eslabón crítico de Sistemas de Sa-

lud en el siglo XXI. La transformación del aparato administrativo del Estado dominicano para tornarlo más democrático, intercultural, eficiente, eficaz y orientado a la sociedad es una demanda universal (De Sousa Santos, 2010). Ahora la respuesta a esta demanda está condicionada tanto por el enfoque teórico que guía este cambio, como por las opciones de acción política adoptadas y por la capacidad técnica de los gobiernos para implementar las estrategias enunciadas y/o elaboradas. También en la capacidad técnico-político de los movimientos sociales y sociedad civil que muchas veces promueven resultados finales de *solucionitis enunciativa* pero que tienen severas dificultades de lograr abordar realmente problemas complejos semiestructurados (Matus, 1987).

### **A MODO DE REFLEXIONES FINALES:**

República Dominicana, desde su especificidad insular del Gran Caribe y periférica en el sistema mundo contemporáneo (Dussel, 2004), tuvo un tránsito de la epidemia del SARS-CoV-2 durante el año 2020 y el año 2021 marcado por las particularidades y complejidades enunciadas, pero con un impacto comparado largamente diferente a otras epidemias en América Latina y el Caribe, o del Norte global. La mayoría de los pronósticos e hipótesis anunciadas en el país se encuentran demostradas como *falsas* al cierre del segundo año epidémico. Su revisión sistemática quizás ayude a salir de la reproducción de un modelaje de matriz única, simplificada y universal donde las predicciones reduccionistas reemplazaron a un conocimiento sanitario complejo, contingente y multidimensional (Morin y Ruiz, 2005).

El diseño del proceso de gobierno de la gestión y respuesta a la emergencia del SARS-CoV-2 en República Dominicana de forma comparada con la región del Caribe reprodujo eslabones críticos concatenados y articulados en una territorialidad periférica insular, en la implantación de microbiologización e individualización conductista del riesgo con el sobreprotagonismo de esta nueva profesión tecnocrática de *los expertos*, la preeminencia de una salud pública *enfermológica* de Estado, conjuntamente con una hibridación de arreglos institucionales rápidos y asociaciones público-privadas en el sistema sanitario, y una creciente militarización y *punitivismo* en el campo de la salud colectiva, las emergencias y la vida misma.

Asimismo, en términos de una descripción epidemiológica clásica, República Dominicana atravesó una epidemia particular durante el 2020 y con una tasa mortalidad decreciente en el 2021 con desiguales impactos por provincias, ciudades, territorios y territorialidades atravesadas por inequidades por clase social, étnico-racial y de género que aún se dispone de escasa información y conocimiento

epidemiológico crítico. A nivel nacional, sobre el primer cuatrimestre de la epidemia hay un agujero de desconocimiento sobre el monitoreo del proceso de salud-enfermedad del SARS-CoV-2 en la sociedad dominicana que nunca podría ser considerado como línea de base desde donde comparar periodos sucesivos. Sin embargo, los indicadores de resultados comparados anuales muestran diferencias significativas con América Latina y el Caribe: la tasa de mortalidad de Covid-19 en República Dominicana en 2020 refleja una muy marcada menor proporción de defunciones por habitantes que una larga lista de países de la región: México, Perú, Argentina, Panamá, Brasil, Puerto Rico, Ecuador, Chile, Bolivia, Colombia, Honduras y continúa. A nivel país, la identificación de sobremortalidad por Covid-19 en especial en rangos de edad mayores de 65, comparados con anteriores ciclos anuales de enfermedades respiratorias parece indicar cambios en las proporciones en defunciones por neumonías, aunque es necesario una revisión pormenorizada de este posible salto.

Abordar los eslabones críticos del SARS-CoV-2 implica una labor de resignificar las teorías y políticas sobre los estudios de Sistemas de Salud para América Latina y el Caribe, y particularmente marca una necesidad en República Dominicana de revisión crítica de la reforma sanitaria basada en pluralismo estructurado vigente y las tesis reactualizadas que reproducen “*más de lo mismo*”.

Resulta clave en el sentido general de este artículo, fortalecer espacios de producción de conocimiento epidemiológico situado potenciando las capacidades colectivas de dominicanas y dominicanos como lo expresa la reciente iniciativa del Laboratorio de Pensamiento Crítico Caribeño en Salud en República Dominicana como aporte estratégico a la formación de nuevas generaciones de salubristas críticos e investigación-acción en salud colectiva hacia la construcción de soberanía sanitaria en el Gran Caribe.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Albert, Craig, Baez, Amado y Rutland, Joshua (2021). Human security as biosecurity: Reconceptualizing national security threats in the time of COVID-19. *Politics and the Life Sciences*, 1-23.
- Álvarez, Yulissa (12 de abril de 2021). La mortalidad materna aumenta un 48% en los primeros meses de 2021. Periódico Diario Libre. <https://www.diariolibre.com/actualidad/salud/la-mortalidad-materna-aumenta-un-48-en-los-primeros-meses-de-2021-FE25563666>
- Arévalo, Decsi (2004). Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud. *Rev. Salud Pública*. 6 (2), pp. 107-139.

- BCRD -Banco Central de la República Dominicana (2021). Costo Canasta Familiar por Quintiles de Ingreso y Nacional 2020-2021. Santo Domingo.
- Basile, Gonzalo (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.
- Basile, Gonzalo (2020a). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência y Saúde Coletiva*, 25, 3557-3562.
- Basile, Gonzalo (2020b). Enfermos de desarrollo: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe. *ABYA-YALA: Revista sobre acesso á justiça e direitos nas Américas*, 4(3), 173-208.
- Basile, Gonzalo (2020c). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. ISBN 978-84-1352-007-0
- Basile, Gonzalo (2020d). La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), Mayo 2020.
- Basile, Gonzalo (2020e). El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2. PRIMERA Parte: Coronavirus en el Mundo, América Latina y el Caribe. Revista Salud Problema, UAM Xochimilco, México, Junio 2020.
- Basile, Gonzalo (2020f). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe. Colección de los “Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano”, N73, Abril, Buenos Aires.
- Basile, Gonzalo y Hernández, Antonio (Coords.) (2021). Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. Descolonizar las teorías y políticas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial CLACSO.
- Basile, Gonzalo; Polanco, Prasedez y Japa, Jovsane (2021). República Dominicana: eslabones críticos en la epidemiología del SARS-CoV-2 en un territorio insular periférico. En Libro “Enfrentando la Covid-19 en el Caribe: Experiencias en República Dominicana

- y Cuba”, editado por FLACSO Cuba y la Fundación FES Caribe, Habana, 2021.
- Batista, Fulgencio (2005). Sistema Dominicano de Seguridad Social: el Rostro Anhelado de la Protección Social: Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud, República Dominicana.
- BID -Banco Interamericano de Desarrollo (2006). Evaluación del sector de la salud: 1995-2005. BID 2006, p.24., Washington.
- Bobeá, Lilian (2004). ¿Juntos pero no revueltos? De la militarización policial al policiamiento militar: implicaciones para las políticas de seguridad ciudadana en el Caribe. Nueva sociedad, 191, 90.
- Bobeá, Lilian (Ed.) (2003). Entre el crimen y el castigo: seguridad ciudadana y control democrático en América Latina y el Caribe. Flacso-Programa República Dominicana.
- Borde, Elis y Torres, Mauricio (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate* | *Rio de Janeiro*, V. 41, N. Especial, pp. 264-275.
- Braig, Marianne, Costa, Sérgio y Göbel, Barbara (2015). Desigualdades sociales e interdependencias globales en América Latina: una valoración provisional. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México. Nueva Época, Año LX, núm. 223, enero-abril de 2015, pp. 209-236
- Breilh, Jaime (2010a). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.
- Breilh, Jaime (2010b). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6, 83-101.
- Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (2013): 13-27.
- Brites, Walter (2017). La ciudad en la encrucijada neoliberal. Urbanismo mercado-céntrico y desigualdad socio-espacial en América Latina. urbe. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 9(3), 573-586.
- Calcagno, Andrea et al. (2020). Risk for SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers, Turin, Italy. *Emerg Infect Dis*. 2020 Oct 6;27(1).
- COE -Centro de Operaciones de Emergencias– Director del COE recibe visita del Jefe del Comando Sur”. <https://www.coe.gob>.

[do/index.php/noticias/item/314-director-del-coe-recibe-visita-de-cortesia-del-jefe-del-comando-sur-de-ee-uu](http://www.consultoria.gov.do/Documentos/GetDocument?reference=7fd96a6a-2fac-49a5-818a-1d5dc114a867)

Congreso Nacional de República Dominicana. Resolución 62-20. <http://www.consultoria.gov.do/Documentos/GetDocument?reference=7fd96a6a-2fac-49a5-818a-1d5dc114a867>

Cueto, Marcos (2014). La “cultura de la sobrevivencia” y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, pp.255-273.

De Sousa Santos, Boaventura (2010). *Refundación del estado en América Latina*. Lima: Instituto Internacional de Derecho y Sociedad.

De Sousa Santos, Boaventura (2020). *La cruel pedagogía del virus*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.

Dussel, Enrique (2004). Sistema mundo y transmodernidad. *Modernidades coloniales*, 201-226.

El Dinero (2020). El sistema educativo dominicano y los nuevos retos. <https://eldinero.com.do/122540/el-sistema-educativo-dominicano-y-los-nuevos-retos/>.

Escobar, Arturo (2011). Ecología política de la globalidad y la diferencia. La naturaleza colonizada. *Ecología política y minería en América Latina*, 61-92.

Espinosa, Yuderkys (2017). Recensión de Libro: No existe sexo sin racialización. *Arte y Políticas de Identidad*, 17, 167-170.

Fleury, Sonia (2006). Democracia, ciudadanía y políticas sociales. *Salud Colectiva* 2(2), mayo-agosto 2006, pp.109-112.

Foucault, Michel (1999). Nacimiento de la biopolítica. En: *Obras esenciales*. Vol. III: Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós, 1999 (a) [1979], p. 209-215.

Foucault, Michel (2008). *Seguridad, territorio, población: curso impartido en el Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes. 2008.

Granda, Edmundo (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, n. 2, online.

Hernández, Mario (2020). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate*, 43, 29-43.

- Holzmann, Robert y Jorgensen, Steen (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(1).
- Kamps, Bernd y Hoffmann, Christian (2020). COVID reference. *Tradução de Joana Catarina Ferreira da Silva e Sara Mateus Mahomed. Alemanha: Steinhäuser Verlag.*
- Labiano, Virginia (2008). La militarización de la seguridad pública en América Latina. *Jornadas de Relaciones Internacionales "Los desafíos del siglo XXI"*, Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Lalama, Gustavo (2007). Privatización y seguridad ciudadana. Ediciones FLACSO Ecuador.
- Laurell, Asa (2013). Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. CLACSO.
- Lima, Mauricio (2017). Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Ciência y Saúde Coletiva*, 22(7), pp. 2097-2108.
- Londoño, Juan y Frenk, Julio (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington^ eDC DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
- Machado-Aráoz, Horacio (2012). Los dolores de Nuestra América y la condición neocolonial. Extractivismo y biopolítica de la expropiación. *Observatorio Social de América Latina*, Buenos Aires, n. 32, sep. 2012.
- Mantovani, Rafael (2018). O que foi a polícia médica?. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* , 25 (2), 409-427.
- Matus, Carlos (2007). Escuela de gobierno. *Salud colectiva*, 3, 203-212.
- Menéndez, Eduardo. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.
- Mesa-Lago, Carmelo (2004). Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. United Nations Publications.
- MEPYD/ONE -Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo/ Oficina Nacional de Estadística [MEPyD/ONE (2020). Boletín de estadísticas oficiales de pobreza monetaria 2020, Boletín no. 8, año 6, Comité Técnico Interinstitucional de Pobreza. Santo Domingo.
- Morin, Edgar (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Paris, UNESCO, 1999, p. 5-12.

- Morin, Edgar y Ruíz, Solana (2005). Con Edgar Morín, por un pensamiento complejo (Vol. 22). Ediciones AKAL.
- O'Donnell, Guillermo (2009). El Estado burocrático autoritario 1966-1973: triunfos, derrotas y crisis. Prometeo libros.
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation report. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2018). Infection Prevention and Control (IPC) Assessment Framework (IPCAF). WHO/HIS/SDS/2018.9 © World Health Organization.
- ONE -Oficina Nacional de Estadísticas (2020). Atlas: características de las viviendas en República Dominicana. Santo Domingo.
- ONE -Oficina Nacional de Estadísticas (2019a). Panorama Estadístico. Boletín Bimestral Septiembre-October 2019, Año 10, n°. 98. Santo Domingo.
- ONE -Oficina Nacional de Estadísticas (2019b). Anuario de Estadísticas Sociodemográficas 2019. Santo Domingo.
- ONE -Oficina Nacional de Estadísticas (2020 b). Análisis del gasto de bolsillo República Dominicana a partir de datos de la ENGIH-2018. Santo Domingo.
- ONE -Oficina Nacional de Estadísticas (2020a). Boletín Demográfico y Social. Santo Domingo.
- ONE -Oficina Nacional de Estadísticas (2020d). Panorama Estadístico. Boletín bimestral Julio - Agosto 2020, Año 11, N°. 103. Santo Domingo.
- ONE -Oficina Nacional de Estadísticas (2019). Compendio de estadísticas vitales 2015-2019. <https://www.one.gob.do/demograficas/estadisticas-vitales>
- ONE -Oficina Nacional de Estadísticas (2020). Estimaciones y proyecciones de la población total por año calendario, según región y provincia, 2000-2030.
- OPS -Organización Panamericana de la Salud (2011). Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Washington D.C.
- OPS -Organización Panamericana de la Salud (2020). Sistematización de la respuesta de la Representación en la República Dominicana a la emergencia por la COVID-19 en el período de enero a septiembre de 2020. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52882/dorcovid-1920001\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52882/dorcovid-1920001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Our World in Data (2020). Casos y muertes confirmados por Covid-19. Oxford University.
- Paim, Jairnilson y Almeida-Filho Naomar (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.
- Presidencia de la República Dominicana Decreto 132-20. <http://www.consultoria.gov.do/Documents/GetDocument?reference=086188b8-4a61-49dd-bf47-c0ea96f4962a>
- Presidencia de la República Dominicana Decreto 135-20. <http://www.consultoria.gov.do/Documents/GetDocument?reference=8cace746-e893-40e7-b17c-0397867b3148>
- Presidencia de la República Dominicana Decreto 141-20. <http://www.consultoria.gov.do/Documents/GetDocument?reference=8cace746-e893-40e7-b17c-0397867b3148>
- Rathe, Magdalena (2002). La reforma de salud y la seguridad social. PUCMM-PID-CENANTILLAS-USAID.
- Rathe, Magdalena (2013). El sistema dominicano de salud con perspectiva de equidad y protección financiera. INTEC y Fundación Plenitud, República Dominicana.
- Santos, Milston (2000). La naturaleza del espacio: técnica y tiempo, razón y emoción. Barcelona: Ariel.
- SNS -Servicio Nacional de Salud (2019). Principales Datos de la Red Pública de Salud. Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIESS), República Dominicana.
- SNS -Servicio Nacional de Salud (2021). Reporte situacional de Camas para atención de pacientes Covid-19. Dirección de Gestión de Información del Servicio Nacional de Salud, República Dominicana.
- Susser, Mervyn (1996). Choosing a future of epidemiology: From black box to chinese boxes and eco-epidemiology. Am J Public Health 1996; 86(5): 674-677.
- UNICEF -Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019). Hospitales públicos reducen 31% mortalidad materna y 25% mortalidad neonatal. <https://www.unicef.org/dominicanarepublic/comunicados-prensa/hospitales-p%C3%BAblicos-reducen-31-mortalidad-materna-25-mortalidad-neonatal>
- Vicepresidencia de la República (2012). Estudio socioeconómico de hogares 2012. Santo Domingo: Amigo del Hogar.

Wang, Liang et al. (2020). Inference of person-to-person transmission of COVID-19 reveals hidden super-spreading events during the early outbreak phase. *Nat Commun.* 2020 Oct 6;11(1):5006.

Zhang, Xiaodong (2020). Epidemiology of COVID-19. *N Engl J Med*, 382(10.1056).

# LAS EPIDEMIAS DE LA COVID-19 EN ESPAÑA: UNA HISTORIA DEL PRESENTE

Manuel Espinel Vallejo y Paula Re

## RESUMEN

A partir de del concepto de Michel Foucault de una historia del presente, interpretado y desarrollado por Robert Castell, se pretende construir un relato sobre las diferentes epidemias de la Covid-19 en España. Se pretende desentrañar la compleja, heterogénea y problemática relación entre lo novedoso e inédito de las epidemias en España (hospitales y unidades de cuidados intensivos saturados; personal sanitario sin equipos de protección personal; personas mayores infectadas y confinadas en residencia para mayores; personas que no se pueden despedir de sus familiares fallecidos, que son apilados en ataúdes, y que son enterrados o cremados, sin funerales ni velatorios; confinamiento casi total) y lo heredado (crisis económica, austeridad, recortes sociales, privatizaciones, Estado del bienestar familiarista, crisis de los cuidados, mercado de trabajo basado en los servicios). Se afirma que lo novedoso e inédito de las múltiples epidemias de la Covid-19 en España es el resultado de la intensificación pandémica en espacios altamente feminizados como han las residencias de mayores, los hospitales y los propios hogares, refamiliarizados por la crisis económica, donde el trabajo de los cuidados es invisibilizado y precarizado (macrofísica del contagio), finalmente terminó convirtiéndose en el contexto de producciones discursivas y de las representaciones

que dieron materialidad a las epidemias tanto en España como en otros países europeos liberales del norte global. Se concluye que esta contradicción es el resultado de la fragilidad del modelo de Estado de bienestar español, agudizada por el impacto social, político, económico de la crisis del 2008, y en un contexto ambiental crítico que genera desequilibrios naturales y sociales que condicionan los futuros escenarios.

## INTRODUCCIÓN

No creemos que resulte muy complicado comprender que no puede existir un único relato o discurso sobre la pandemia de la Covid-19 en España. De hecho, existen como mínimo un relato por cada una de las Comunidades Autónomas que se tome como referencia. España es un país de regiones y de regionalismos. En este sentido, también parece razonable señalar que no podemos hablar de la pandemia de la Covid-19 en España. Podemos hablar de muchas epidemias o, incluso, de la ausencia de epidemias, si consideramos regiones del territorio español en algún momento que no se presentaron “casos” o los “casos” fueron escasos. Además, a lo largo de este año de “epidemias” locales y regionales, la imagen que se ha transmitido es la de una “montaña rusa”, según el número de caso, en el que cada ascenso en este número ha sido bautizado como “ola”. De allí que el esfuerzo sea “doblegar” cada ola, es decir, reducir el número de “casos”.

Al respecto, es importante no perder de vista que la mayoría de los relatos sobre el impacto de la Covid-19 en España se construyeron sobre lo que pasó en las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña, particularmente en la denominada “primera ola” donde se concentraron cerca del 50% del total del casos diagnosticados, hospitalizados y fallecidos (Ministerio de Sanidad, 2020). De allí que, a partir de la experiencia en estas Comunidades Autónomas, se hayan construido la mayoría de los relatos, con sus respectivas imágenes o representaciones, han caracterizado la denominada pandemia en España. En efecto, al menos cuatro relatos se construyeron en la “en la primera ola” de la pandemia en España: en primer lugar, la de hospitales y unidades de cuidados intensivos saturados; en segundo lugar, la del personal sanitario sin equipos de protección personal, o con equipos improvisados según la imaginación del caso; en tercer lugar, la de personas mayores infectadas y confinadas en residencia para mayores, y que posteriormente fallecían; finalmente, la de personas que no se pueden despedir de sus familiares fallecidos, que son apilados en ataúdes, y que son enterrados o cremados, sin funerales ni velatorios. El lenguaje periodístico y cotidiano comenzó a llenarse de expresiones técnico-epidemiológicas, hasta entonces, críticas al “gran

público”: doblegar la curva, inmunidad de rebaño, PCR, incidencia, incidencia acumulada, entre otros.

En menos de un mes (marzo de 2020) buena parte de la población española pasó del shock emocional, generado por estas imágenes, al confinamiento casi total. Los recuerdos del pasado se actualizaban con estas imágenes y con la imagen distópica de un presente de calles vacías. De repente, la seguridad vendida y materializada, en algunos casos, por una transición aparentemente modélica parecía diluirse. Nuestro Sistema Nacional de Salud, ¡la joya de la Corona! (como se afirma frecuentemente, pero subastado en muchas ocasiones como suele ocurrir con las joyas de la corona) era incapaz de “vencer a este invisible y minúsculo enemigo” (a duras penas lo contenía). Héroes sanitarios (toda guerra necesita soldados), aplaudidos a las 20 horas en los meses de marzo, abril y mayo, pedían memos aplausos y más recursos y, de paso, mejores salarios y condiciones de trabajo (Redacción, La Vanguardia, Barcelona, 2020).

Retomando la idea de relato, parece pertinente detenernos a reflexionar, al menos un instante, sobre el hecho de contar historias. En efecto, contar la historia de la Covid-19 en España es hablar del presente, o mejor, contar una historia del presente. Como nos recordaba el sociólogo Robert Castel (2013) “...el presente puede ser concebido como una conjunción de efectos de innovación y de efectos de herencia” (p. 95). El presente no es una repetición del pasado. El presente suele estar lleno de eventos, situaciones o realidades novedosas, inéditas o desconocidas. Pero estas realidades no se dan en el vacío social, se insertan en realidades dadas, preexistentes. Parafraseando a Marx, hacemos nuestra propia historia del presente, pero no la hacemos a nuestro arbitrio ni bajo las circunstancias que elegimos, sino bajo aquellas circunstancias que hemos heredado del pasado. Lo heredado y lo inédito se entremezclan de una manera contingente, heterogénea y compleja, produciendo configuraciones problemáticas en relación con el curso cotidiano de nuestros acontecimientos. Estas configuraciones problemáticas, diría Castel, implican un especial esfuerzo para tratar de desentrañarlas, comprenderlas y controlarlas.

Para la mayoría de los/as españoles/as, incluyendo los/las expertos/as en salud pública y epidemiología y sobre todo los/as responsables del gobierno en los diferentes niveles de la administración, las imágenes arriba referidas se antojan dramáticamente inéditas. El confinamiento ha resultado ser una experiencia social compleja, extraña, problemática y en muchos casos difícil de asumir por sus consecuencias. El virus no es un castigo divino, no es una plaga ni la avanzadilla de los jinetes del apocalipsis. El virus no ha emergido en una especie de “vacío social sino en contextos concretos socialmente construidos

que dan cuenta de su propia dinámica, atravesada por una situación ambientalmente crítica y sin precedentes (Burki, 2020). De hecho, como hemos conocido, su emergencia se dio en un contexto social concreto; su manejo y control ha variado dependiendo del contexto económico, social y político de cada país; las experiencias vividas por las personas y las consecuencias de la presencia del virus varían y variarán también dependiendo de esos contextos (Espinel, 2020). Estos contextos son la materialización de lo heredado, es lo que hace que la epidemia de la Covid-19, como experiencia inédita, se exprese y se viva como una determinada configuración problemática para el caso de España. Comparte rasgos con otros países de la Unión Europea, como pueden ser Italia, Francia o el Reino Unido, pero se antoja diferente en relación con los países nórdicos, inclusive con nuestro vecino Portugal.

España viene de una herencia franquista, cuya sombra, así sea en jirones y desdibujada, todavía se proyecta en los intersticios de las estructuras políticas y sociales, configurando historias y sentidos. El partido político Vox es uno de esos jirones atados a la sombra del franquismo (Caparrós, 2019). Viene también de la crisis del 2008, versión europea de la crisis de las hipotecas basura, gracias a un modelo de desarrollo dependiente del ladrillo que, entre otras cosas, da también buena cuenta del negocio del turismo y de la hostelería (Naredo, 2014). Viene de la austeridad, del paro, de los desahucios y de los recortes sociales sobre todo en salud y educación, producidos por esa crisis (Donato, 2015; Méndes y Plaza, 2016). Viene de un modelo de Estado del Bienestar familiarista, donde los gobiernos han dado por descontado que las familias, es decir, las mujeres, son las responsables del cuidado de las personas en el hogar y del “apoyo emocional”, reduciendo los aportes estatales a programas y proyectos de protección social (Moreno y Mari-Klose, 2013). Viene sobre todo de un mercado de trabajo dual, con alta estacionalidad, concentrado en el sector de los servicios (sociedad de servicios), dado que alrededor de 75% de los puestos de trabajo se concentra en esta actividad, con una estructura empresarial de pequeñas y muy pequeñas empresas y con una alta precariedad en el empleo (bajos salarios, bajos costes laborales). En efecto, cerca del 93% del tejido empresarial en España está formado por empresas que tienen menos de 10 trabajadores/as, de las cuales cerca del 60% son PYMES sin trabajadores/as asalariados/as. Finalmente, el índice de vulnerabilidad laboral<sup>1</sup> en España alcanzó algo

---

1 Mide la relación entre el conjunto de trabajadores en situación de precariedad laboral (suma de aquellos que se hallan ocupados en empleos precarios —temporales y/o a jornada parcial—, y de los que se hallan en situación de desempleo) y la totali-

más del 55% en 2016 (Alós, Beneyto y Jódar, 2017; Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, 2020).

La idea por tanto de este texto es tratar de articular discursivamente, en términos de Stuart Hall (Clark, 2015), lo novedoso e inédito de las epidemias de la Covid-19 en España, siempre teniendo como telón de fondo a Madrid y Cataluña, con la herencia recibida, tanto de la crisis de 2008, de la crisis inmobiliaria que la gestó, como de la crisis del sistema sanitario y del gobierno de los cuidados de las personas mayores. Que la gran mayoría de fallecidos por la Covid-19 sean mayores de 69 años (85% del total de fallecidos), dice muchas cosas de España (ISCIII, RENAVE, CNE, 2021). Es una sociedad que envejece y, como señalamos anteriormente, enfrenta muchas dificultades para cuidar a las personas mayores. Que la externalización de los cuidados tenga como epicentro entidades privadas con ánimo de lucro, algo tendrá que decir de la alta incidencia de infectados y fallecidos en residencia de mayores. En efecto, según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2021) cerca de 30.000 personas mayores de edad que vivían en residencias fallecieron por Covid-19 o síntomas compatibles: Estas personas representan cerca del 45% del total de fallecidos a la fecha de publicación de los datos.

Para discutir todos estos aspectos, dividiremos nuestra historia en varias partes. En primer lugar, hablaremos del gobierno de la salud y la enfermedad en las sociedades liberales de Europa Occidental. Creemos que la tensión entre producción y reproducción social (cuidados) está en la base del “comportamiento epidemiológico” de las epidemias de la Covid-19 en España. Mostraremos como el gobierno de la salud y la enfermedad en estas sociedades atraviesa esta contradicción. En segundo lugar, hablaremos del Sistema Nacional de Salud en España, mostrando sus profundas debilidades estructurales que da buena cuenta del impacto de las epidemias de la Covid-19 en España. En tercer lugar, hablaremos de la crisis de los cuidados o de la reproducción social, sobre todo en personas mayores de 65 años, en el contexto de la contradicción capital cuidados o entre capital y reproducción social. La idea del “hospitalismo social” nos permitirá integrar los servicios de salud y los de protección social. En cuarto lugar, mostraremos como este contexto impacta de manera frontal la línea de flotación de los cuidados en España. En quinto lugar, nos detendremos en detallar la crisis del 2008 en España, como historia mediata que antecede esta crisis. La crisis propiamente dicha, en relación con un modelo de desarrollo basado en el ladrillo, las consecuencias socia-

---

dad de trabajadores (suma de asalariados ocupados y parados” (Alós, Beneyto, Jódar, 2017, p: 78).

les y ambientales de este modelo y las propias consecuencias de la crisis, dan el contexto productivo, capitalista que media la contradicción entre el capital y los cuidados. En sexto lugar, trataremos de integrar todos estos elementos para tratar de desentrañar la compleja, heterogénea y problemática relación entre estos elementos heredados de la historia más reciente de España y los novedosos e inéditos generados por las epidemias de la Covid-19.

Para cerrar, mostraremos que la crisis de 2008 y la actual pandemia, ambas de carácter global y multidimensional, han desarrollado dinámicas sustentadas en prácticas de explotación de recursos de la naturaleza (extracción, explotación, acaparamiento), en el despliegue de poderes públicos que han legitimado estas prácticas depredadoras, y en espacios de reproducción social, invisibilizados y no remunerados, muy importantes para el sostenimiento de la vida. La crisis climática y ambiental forma parte de la llamada crisis de la reproducción social que, a partir de la pandemia de Covid-19, evidencia la situación de colapso a la que nos lleva el actual modelo neoliberal. La necesidad de una transición ecosocial, como único modo de mitigar y frenar posibles escenarios más graves e irreversibles, en la que la categoría cuidado se torna clave para entender los nuevos modos de vida, demanda una nueva biopolítica planetaria que enfrente esta lógica depredadora de la naturaleza.

## **EL GOBIERNO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LAS SOCIEDADES LIBERALES OCCIDENTALES BIOPOLÍTICA DE LOS CUERPOS PRODUCTIVOS O LA TECNOLOGÍA DEL ASEGURAMIENTO Y LA SEGURIDAD**

*“...con el capitalismo no se dio el paso de una medicina colectiva a una medicina privada, sino justamente lo contrario; el capitalismo, desarrollándose a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, socializó un primer objeto que fue el cuerpo como fuerza de producción, fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente, por la conciencia o por la ideología, sino que se comienza en el cuerpo, con el cuerpo. Fue en lo biológico, en lo somático, en lo corporal antes que todo, en lo que invirtió la sociedad capitalista. El cuerpo es una realidad bio-política. La medicina es una estrategia bio-política” (p. 364)*

Como nos recuerda Michel Foucault, en las sociedades europeas capitalistas occidentales, el control de la salud y la enfermedad comenzó en el espacio productivo, con el control del cuerpo de los trabajadores, fundamentalmente hombres. De allí que el control de la salud y la enfermedad en estas sociedades sea considerado por Foucault una estrategia biopolítica, es decir, la racionalidad que da cuenta de los regímenes de discursos y las prácticas sobre el gobierno de “organismos humanos vivos”. En este sentido, los datos estadísticos disponibles mostraban que la esperanza de vida durante prácticamente todo el siglo XIX apenas superaba los 50 años; las enfermedades respiratorias y las gastroenteritis agudas generaban una alta mortalidad infantil en menores de 5 años y el tifus y la tuberculosis dieztaban a la clase trabajadora, particularmente en las ciudades. El hacinamiento de las familias obreras en las ciudades y de la propia clase trabajadora en sus lugares de trabajo, sumado a problemas de alimentación y de disponibilidad de agua potable y viviendas adecuadas daban buena cuenta de esta mortalidad (Ostry y Frank, 2010). La clásica obra de Federico Engels, “*La situación de la clase obrera en Inglaterra*” publicada en 1845, documenta la situación de los trabajadores de la Inglaterra victoriana.

...En suma, todo este rincón ofrece un espectáculo tan repugnante como los peores patios de las orillas del Irk [Manchester]. La población que vive en esos *cottages* deteriorados, detrás de ventanas rotas sobre las que se ha pegado papel engrasado, y las puertas hendidas con marcos podridos, incluso en los sótanos húmedos y sombríos, en medio de semejante suciedad y hedor infinitos, en esa atmósfera que parece intencionalmente reducida, esta población debe realmente situarse en la escala más baja de la humanidad. Tal es la impresión y la conclusión que impone al visitante el aspecto de este barrio visto desde el exterior. Mas, ¿qué decir cuando se conoce que, en cada una de esas pequeñas casas, que tienen a lo sumo dos piezas y una buhardilla, a veces un sótano, viven veinte personas, que en todo ese barrio no hay más que un retrete -casi siempre inabordable desde luego- para unas 120 personas, y que pese a todos los sermones de los médicos, pese a la emoción que se apoderó de las autoridades sanitarias durante la epidemia de cólera, cuando descubrieron el estado de la “Pequeña Irlanda”, todo está hoy, en el año de gracia de 1844, casi en el mismo estado que en 1831? (Engels, 1845)

Importantes reformas sociales promovidas por las luchas sociales y sindicales de la propia clase trabajadora, a finales del siglo XIX, contribuyeron más que las tecnologías médicas propiamente dichas, basadas en la intervención sobre los cuerpos enfermos o “enfermología clínica” en términos de Edmundo Granda (2000), a una reducción significativa de la mortalidad. En efecto, mejoras en la alimentación, en el abastecimiento de agua potable, en la calidad de las viviendas, en el control de la

natalidad, en las condiciones del trabajo infantil, en la escolarización de menores de edad, etc., contribuyeron a una reducción de la mortalidad por causas infecciosas (respiratorias y gastrointestinales), inicialmente en la población infantil y, por tanto, a un aumento de la esperanza de vida (Mckeown y Lowe, 1984; Boyer, 1988; Link y Phelan, 200; Bruton, 2004, Weindling, 2004; Ostry y Frank, 2010; Chapman, 2019).

Por otra parte, a finales del siglo XIX se desarrollaron formas de aseguramiento (seguros) para brindar asistencia sanitaria a los trabajadores mayoritariamente hombres en caso de enfermedad o accidente de trabajo asalariado (Donzelot, 1991; Foucault, 1999; Ewald, 2000 y 2002). Varios elementos contribuyeron a esta transformación en las sociedades capitalistas de Europa Occidental. Por una parte, la enfermedad, la incapacidad o muerte de los trabajadores, fundamentalmente hombres, tenían un impacto negativo que sobre la productividad y la competitividad de la empresas; por otra parte; generaban costes sociales, por su impacto sobre las familias y aumentaban la conflictividad y la inestabilidad social debido a las malas condiciones de vida y trabajo; finalmente la expansión del comunismo en Europa, catalizada por la conflictividad social, provocaba alarma entre gobernantes y empresarios. En otras palabras, como nos recuerda Paul Starr (19981), el seguro de salud estuvo más relacionado con mantenimiento de los ingresos de los trabajadores, de la productividad y de la estabilidad social, que con el financiamiento de la asistencia sanitaria y el desarrollo de sistemas de salud.

Este sistema de seguro o aseguramiento dio origen a la denominada Seguridad Social, base del Estado del bienestar en estas sociedades liberales y capitalistas situación que, por otra parte, permitió también reducir las contradicciones entre el capital y el trabajo, responsable de estas malas condiciones de trabajo y de los bajos salarios (Ewald, 2000 y 2002). La Seguridad Social incorporó socialmente la idea de la seguridad, fundamentalmente en el mundo del trabajo, la idea de prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades laborales; la idea de costes económicos generados por estos accidentes y enfermedades, en relación tanto con su prevención como con su materialización; y finalmente, incorporó la idea de costes morales, en términos de la aceptabilidad de los riesgos en el mundo del trabajo (qué riesgo son asumibles socialmente). De esta manera la tecnología de la Seguridad Social consiguió al menos 2 objetivos importantes para estas sociedades liberales. Por una parte, integró a los partidos socialistas y a los trabajadores al orden político existente en ese momento, en la medida en que participaron en el control del sistema de mutualidades, rebajando con ello la conflictividad social. Por otra parte, incrementó el poder y la riqueza de estas sociedades, al mejorar la salud de la población, tanto como fuerza de trabajo como fuerza militar (Starr, 2013).

El seguro de accidente de trabajo en la industria se puede considerar como una de las formas de aseguramiento que dio cuenta del desarrollo de la Seguridad Social, toda vez que los accidentes de trabajo eran responsables de una alta siniestralidad laboral. Los trabajadores eran víctimas de su trabajo (Ewald, 1981; Defert, 1991). Al respecto, con la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 se dieron los primeros pasos legislativos para la institucionalización del sistema de seguridad social (sistema de previsión) en España (González, 2015). A partir de este momento, los costes de la asistencia sanitaria, relacionada con la enfermedad o los accidentes de trabajo, comenzó a financiarse a través de aportes económicos, tanto de los trabajadores (hombres) como de los empresarios (cotizaciones). El sistema de aseguramiento en salud, basado en las cotizaciones de los trabajadores (asegurados hombres) y empresarios, con cobertura a la familia (mujer e hijos/as como beneficiarios/as) y gestionado a través de un sistema de mutualidades, se constituyó en el primer modelo de cobertura sanitaria para trabajadores (Busse et al., 2017). En 1948 en el Reino Unido el gobierno laboralista desarrolló el denominado Sistema Nacional de Salud de cobertura universal, financiado por impuestos y sin necesidad de pago en el punto de asistencia (Mckeown y Lowe, 1984). España adoptó este modelo de cobertura y asistencia sanitaria, a través de la Ley General de Sanidad de 1986.

Mientras que en Europa el Estado jugó un papel central en la socialización del cuerpo de los trabajadores, como fuerza de producción, como fuerza de trabajo, en Estados Unidos este papel lo desempeñó fundamentalmente la empresa privada capitalista, tanto la relacionada directamente con la producción, como la relacionada con el aseguramiento. El poder de los empresarios, de las empresas aseguradoras privadas y de las asociaciones médicas, unido a la debilidad del partido socialista y de los sindicatos, favoreció este proceso (Starr, 1982, 2013). Este poder empresarial y de las aseguradoras privadas ha impulsado procesos de privatización y desregulación que han afectado a la seguridad social. La incorporación de la lógica del mercado y de la prestación de servicios por parte de empresas privadas (cooperación público- privada) termina definiendo las lógicas del gobierno de la salud (Starr, 1990; Gaffney, Pollock, Price, Shaoul, 1999; Player, Pollock, 2001). En la fase neoliberal del capitalismo, el gobierno de la salud, la biopolítica de los cuerpos productivos se organiza, estructura, configura y ordena a través de un control corporativo privado “invisible”, financiarizado y mediado tecnológicamente (digitalmente), que dispone de todas las variables corporales vitales, en forma de un patrimonio explotable mercantilmente (Lupton, 2013).

## EL SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA

Desde la Ley General de Sanidad de 1986, España cuenta con un Sistema Nacional de Salud (modelo Beveridge) que se financia con impuestos directos a las rentas del trabajo y al capital e impuestos indirectos (impuesto al valor agregado). Desde el 2003 se encuentra completamente descentralizado y su gestión y funcionamiento depende de las Comunidades Autónomas. El Consejo Interterritorial de Salud es responsable de la coordinación del sistema (Bernal-Delgado et al., 2018). El gasto público en sanidad en España en 2018 ascendía a 75.435,4 millones de euros, lo que supone el 6,24% del PIB. Este gasto prácticamente no ha crecido nada en los últimos 10 años. En este mismo año, el gasto público per cápita en sanidad en España fue de 1.617 euros por habitante (Expansión, 2020). El 62% de estos recursos se destinan a servicios hospitalarios y especializados, el 14% a atención primaria, el 17% a farmacia, el 1% solo a salud pública y el restante 6% a otros servicios (Ministerio de Sanidad, 2019).

El gasto sanitario privado en España representa el 3,3% del PIB, siendo el 29% del gasto sanitario total. En los últimos 10 años el gasto sanitario privado en España ha crecido un 20%, con una alta penetración en Madrid y Cataluña (IDIS, 2019), mientras que el gasto sanitario público se ha estancado. Aquí es importante no perder de vista que entre el 25-30% de este gasto proviene de concertos con el sector público (alianzas público privada), lo que significa un 12% del gasto del sector público (casi un punto del PIB del gasto público en salud), es decir, transferencias netas de recursos del sector público al sector privado. Este proceso responde a la incorporación de la lógica del mercado y de la prestación de servicios de salud por parte del sector privado.

En términos del personal sanitarios, según el INE, España en 2018 contaba con 260.588 médicos/médicas colegiadas/os, siendo el 51% mujeres (INE, 2019). En términos de población representaba 5,5 médicos/as/1000 habitantes, algo superior a la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y de los países de la Unión Europea (OCDE, 2020). En relación con el personal de enfermería en 2018, España contaba con 307.762 enfermeras/os siendo el 84% mujeres (INE, 2019). De igual manera, en términos de población representaba 6,55 enfermeras/os/1000 habitantes, muy por debajo de la media de los países de la OCDE de 8.8/1000 habitantes, de la Unión Europea de 9,0/1000 habitantes (OCDE, 2019). Este solo dato por sí solo muestra la fragilidad del Sistema de Salud de España, en relación con los cuidados especializados, particularmente con el cuidado de larga duración de personas mayores (ver más adelante).

En términos de camas hospitalarias en 2018, según la OCDE, España contaba con 2.8 camas/1000 habitantes, muy por debajo de la

media de países de la OCDE de 4,5/1000 habitantes y casi la mitad de los países como Austria, Bélgica, Francia o Alemania. Es importante no perder de vista que en los últimos años ha habido una pérdida de camas hospitalarias públicas y un cierre de camas estacional, particularmente en la Comunidad de Madrid (Rico, 2018; Medina, 2019; Vargas, 2019). Es importante resaltar que existe una correlación entre el número de camas hospitalarias y el número del personal de enfermería y de auxiliares de enfermería, en términos tanto asistenciales como de presión asistencial. En España, la reducción del número de camas hospitalarias y del personal de enfermería ha significado una sobrecarga significativa para el Sistema Nacional de Salud, particularmente en los tiempos de agudización de las gripes estacionales.

Los recortes y la austeridad también han impactado de manera directa en la Atención Primaria y en las políticas y programas de Salud Pública. En relación con la Atención Primaria, base del Sistema Nacional de Salud, Joan Gené-Badia (2019) señalaba que los recortes en los presupuestos y en las plantillas de Atención Primaria han sido muy severos y se han mantenido en el tiempo. Los equipos se han visto obligados a atender más pacientes con menos profesionales, y con problemas de salud que no accedían al especialista por las largas listas de espera. El aumento de la burocracia, la estructura jerárquica en la toma de decisiones, la falta de recursos, la escasa participación de los pacientes y la comunidad en el gobierno y la toma de decisiones, dan cuenta adicional de la fragilidad de la Atención Primaria. En relación con la Salud Pública, la situación es muy semejante. Los recursos de las comunidades autónomas no superan el 2% del total del presupuesto para salud, siendo la mayoría de este presupuesto destinado a la compra de vacunas. Es muy llamativo, además, que se eliminen instituciones de investigación y formación en salud pública en varias comunidades autónomas (Hernández-Aguado y García, 2020). Las debilidades en Atención Primaria y en la Salud Pública en España son, en consecuencia, estructurales y dan buena cuenta de la fragilidad del Sistema Nacional de Salud para enfrentar cualquier contingencia que implique sobrecarga del Sistema.

## **LA BIOPOLÍTICA DEL ENVEJECIMIENTO O LA CRISIS DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN**

### **BIOPOLÍTICA DE LOS CUERPOS NO PRODUCTIVOS O LA CRISIS DE LA REPRODUCCIÓN SOCIAL**

Como señalamos en los párrafos anteriores, desde finales del siglo XIX la asistencia sanitaria, en estas sociedades liberales capitalistas de Europa occidental, estuvo relacionada directamente con los espacios de la producción, al estar vinculada tanto a la propia salud de tra-

bajadores hombres como a la propia actividad productiva relacionada con el trabajo asalariado. Por otra parte, cuando las mujeres se vinculaban al mercado de trabajo recibían bajos salarios, no podían formar parte de los sindicatos y estaban subordinadas a los hombres (Hartmann, 1976). Todas las actividades de cuidados, relacionadas con la reproducción social (cuidado del trabajador asalariado, cuidado de los hijos e hijas, socialización, integración afectivo-emocional) terminaron confinadas formalmente al espacio familiar, espacio reproductivo por excelencia, quedando materializadas y substancializadas bajo la forma de un trabajo no asalariado de las mujeres casadas, invisibles para la producción (Hartmann, 1981; Federici, 2000 y 2004; Fraser, 2016). Como ha puesto en evidencia el feminismo, este trabajo de los cuidados, invisible y no asalariado, producto de la división sexual del trabajo (productivo y reproductivo), ha contribuido de manera significativa, no solo a la reproducción social, sino a la propia acumulación de capital. Esta acumulación se produce por desposesión, en la medida que los costes de los cuidados, que se llevan a cabo en el espacio reproductivo, no deben ser asumidos por el espacio productivo de las empresas ni por el propio Estado (Federici, 2000, 2004; Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Carrasco et al., 2014, Fraser, 2016). En efecto, como señala Silvia Federici (2000):

Al negar un salario al trabajo en la casa (a la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo) y al transformarlo en una amorosa entrega, el capitalismo ha matado varios pájaros de un tiro. Primero que nada, ha tomado una cantidad enorme de trabajo casi gratuitamente. Segundo, se ha asegurado de que las mujeres, lejos de luchar en contra, vean a este trabajo como lo mejor de la vida...Al mismo tiempo, ha disciplinado al trabajador masculino para que haga a su mujer dependiente de su trabajo y de su salario, atrapándolo en este adiestramiento, al darle una sirvienta para las horas que siguen al duro trabajo en la fábrica o la oficina (p. 54).

Como resultado de la expansión del Estado del bienestar, particularmente después de la Segunda Guerra Mundial, aumentó la esperanza de vida en estas sociedades europeas, sobre todo durante la segunda mitad del siglo pasado. En efecto, la población mayor de 64 años creció de una manera significativa, alcanzando el 20% de la población en 2019, según cifras de Eurostat (2020). En este año, la tasa de dependencia (relación entre población dependiente y población activa) fue del 31%. En el caso de España, según las mismas cifras de Eurostat, en este mismo año la población mayor de 64 ascendía también al 20%, es decir, unos 9,1 millones de personas, de las cuales algo más del 30% (2,9 millones) eran mayores de 80 años. La tasa de dependencia era sensiblemente igual al resto de los países de Europa. En estas con-

diciones en las sociedades liberales europeas se va instaurando una necesidad creciente por el cuidado de larga duración de las personas mayores (Astrain, 2018).

Un “tácito consenso de género”, construido desde una perspectiva patriarcal y capitalista, relacionado precisamente con las dimensiones políticas y económicas de estas sociedades, y materializada en la división sexual del trabajo, asumió que las familias, es decir las mujeres, se encargarían del cuidado de las personas mayores, como en su momento lo hicieron de los/las menores de edad. La vinculación activa de las mujeres al sistema educativo y al mercado de trabajo asalariado, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial, la externalización de los cuidados a mujeres migrantes y la expansión de las doctrinas neoliberales a partir de la década de los 70 del siglo pasado -planteando entre otras cosas la reducción de los salarios, la flexibilización laboral y la disminución del Estado-, terminaron “rompiendo” este “consenso”, situación que generó la denominada “crisis de los cuidados” (Ezquerro, 2011; Carrasco, Borderias y Torns, 2011; Fraser, 2016; Deusdad, Pace y Anttonen, 2016).

Como nos recuerda Nancy Fraser (2016) la crisis de los cuidados debe ser interpretada como la agudización de las contradicciones socio reproductivas dentro del capitalismo organizado financiera y tecnológicamente. En este sentido, siguiendo a Fraser, la reproducción social en forma de cuidados (la crianza de niños/niñas, la educación, los cuidados afectivos, la generación y organización de vínculos sociales y de mentalidades compartidas), contribuiría de manera activa a la acumulación de capital (reproducción de la fuerza de trabajo, mantenimiento del trabajo asalariado, reducción de costes, mantenimiento de plusvalor). Sin embargo, la propia aceleración (ilimitada) de la acumulación de capital en este capitalismo financiero tendería a desestabilizar la propia reproducción social: 1) por el aumento de las cargas de trabajo (tiempo) tanto productivo como reproductivo debido, entre otras causas, a la reducción de los salarios, a la flexibilización y a la precarización del mercado de trabajo, y 2) por la disminución del Estado (del bienestar), en términos de su participación en la protección social.

La crisis de los cuidados de las personas mayores o cuidado de larga duración ha asumido múltiples caras en las sociedades liberales europeas, sobre todo después de la crisis económica de 2008. En primer lugar, en los últimos años la externalización (privatización) de los cuidados ha sido una constante en estas sociedades, con un aumento significativo de la participación del sector privado con ánimo de lucro, y la disminución de la participación del Estado en los sistemas de protección social (Player y Pollock, 2001; Deusdad,

Pace y Anttonen, 2016; Kröger y Bagnato, 2017). La externalización o institucionalización privada (con ánimo de lucro) ha estado acompañada por una desinstitucionalización por parte de los servicios de protección social del Estado, es decir, reducción de plazas públicas, disminución de ayudas a las familias, etc. Esto ha determinado que el acceso a este tipo de recurso dependa, en lo fundamental, de los ingresos de las familias. El segundo lugar, los cuidados de larga duración requieren que se dé una adecuada integración entre los servicios de protección social y los asistenciales. Esta integración ha sido muy complicada en muchas sociedades europeas, de tal forma que, en términos generales, cada servicio funciona de manera separada (Kröger y Bagnato, 2017). Esta separación puede suponer que los servicios de salud terminen asumiendo responsabilidades de protección social, particularmente cuando las familias no cuentan con sistemas de protección social públicos y, por tanto, sus recursos no les permiten asumir directamente los cuidados o pagar su externalización. En tercer lugar, aunque la experiencia parece demostrar que los cuidados en casa, realizados en lo fundamental por personal especializado (formal) y a cargo de los sistemas de protección social públicos (externalización pública), puede ser la mejor tecnología de gobierno de los cuidados de las personas mayores, la externalización privada (con ánimo de lucro) tanto del cuidado en casa como de la propia institucionalización en hogares para personas mayores, cada día gana mayor peso en esta sociedades europeas (Deusdad, Pace y Anttonen, 2016; Kröger y Bagnato, 2017).

En estas circunstancias, la crisis de los cuidados termina materializándose en lo fundamental en dos tipos de experiencias: 1) que las familias asuman los cuidados, es decir, que las mujeres sigan asumiendo el cuidado de las personas mayores, de manera no asalariadas o con discretos “salarios” en calidad de cuidadoras informales, y asumido por la asistencia social pública; 2) que las familias externalicen los cuidados a otras “cuidadoras informales” fundamentalmente mujeres migrantes del Sur Global, también con discretos salarios, configurando las denominadas cadenas internacionales de cuidados (Yates, 2012; Pérez, 2014). La combinación de este tipo de experiencias es el modelo que termina consolidándose en los países mediterráneos, que no es otra cosa que la refamiliarización de los cuidados de las personas mayores. Esta refamiliarización ha sido una de las estrategias principales con la que tanto los gobiernos locales y regionales como las propias familias han enfrentado la crisis de los cuidados, particularmente en el contexto de la crisis económica del 2008 (Deusdad, Pace y Anttonen, 2016).

## CRISIS DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA

Como el resto de los países del sur de la Unión Europea, España es un ejemplo de familiarismo, en el cual las familias, sobre todo las mujeres (madres/hijas/nueras) asumen el cuidado de mayores y menores, con un sistema de protección social débil y donde los hombres asumen una escasa responsabilidad en las labores de cuidado y del hogar en general (Moreno et al., 2016). La crisis de los cuidados, particularmente de las personas mayores, ha adquirido múltiples caras en España especialmente después de la crisis económica. Por una parte, las familias han tenido que aumentar la carga y los costes de estos cuidados, sea directamente a través de las mujeres hijas/nueras, o indirectamente a través de mujeres migrantes (Martínez, 2011; Díaz, Martínez-Buján, 2018); además, en aquellos hogares donde las personas mayores eran autónomas, éstas han asumido el cuidado de nietos/as (Mestre-Miquel, Guillen-Palomares, J, Caro-Blanco, 2012; Tobío, 2013) y sus pensiones de jubilación sirvieron de sustento para las familias o para paliar las desigualdades en la crisis (Magallón, 2017, 2019). Por otra parte, cuando los ingresos familiares lo permitían, se recurrió al mercado a través del modelo de residencias para mayores.

Al respecto, según el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en su informe de abril de 2019, en España había alrededor de 5,400 centros, de los cuales aproximadamente el 70% era privados, elevándose al 83% en comunidades como Cataluña o Madrid. En términos de plazas, en toda España había 372.985 plazas, siendo el 73% privadas, llegando de igual manera a cerca del 80% en las comunidades de Madrid y Cataluña (Abellán, Aceituno, Ramiro, 2019). Tanto por el valor medio de las pensiones de jubilación y viudedad<sup>2</sup> como por la escasez de plazas públicas, es claro que la mayoría de las personas mayores queda excluida de esta “oferta privada” de cuidados. Además, y en este contexto, no podemos perder de vista que, según el informe sobre el Estado de la Pobreza y Exclusión Social en España, en 2018 algo más del 15% (1,4 millones) de las personas mayores de 64 años estaba en riesgo de pobreza o exclusión social (Llano-Ortiz, 2019). A esto hay que incluir que el 30% de las mujeres mayores de 64 años y el 18% de los hombres

---

2 Con el incremento de comienzos del 2020, el valor medio de la pensión de jubilación y viudedad quedó en 1.004,7 euros mensuales. La pensión mínima de jubilación quedó en 639,5 euros mensuales y la de viudedad en 683,5 euros mensuales. Ver Gómez, M. (15 de enero 2020) Así queda su pensión tras la subida del 0,9% aprobada esta semana. El aumento adicional de las prestaciones mínimas al que se comprometió Sánchez en el debate de investidura tendrá que esperar. El País. [https://elpais.com/economia/2020/01/14/actualidad/1579041129\\_553759.html](https://elpais.com/economia/2020/01/14/actualidad/1579041129_553759.html)

con este rango de edad vivían en hogares unipersonales, es decir solos (Abellán et al., 2019).

En términos de salud, el lento, errático y, en ocasiones, clientelar desarrollo de los sistemas de protección social de las personas mayores en España, tanto a nivel local como regional, y la consiguiente falta de acceso a sus servicios, han generado el fenómeno de la denominada “hospitalización social”. Esto quiere decir que, ante la ausencia de un adecuado sistema de protección social, los servicios de salud, en particular los hospitales, se han convertido en una alternativa para obtener ayudas para las actividades de la vida diaria, provocando en algunos casos un uso excesivo de la asistencia sanitaria (Kröger y Baginato, 2017). Esta situación se ve agudizada por la escasa o limitada coordinación e integración entre los sistemas de asistencia sanitaria y de asistencia social. Al respecto, según el Informe sobre Perfil de las Personas Mayores en España 2019 realizado por el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) las personas mayores suponen cerca del 50% de las altas hospitalarias y del 60% de las estancias hospitalarias. Esto quiere decir que el Sistema Nacional de Salud, además de brindar asistencia sanitaria, se ha convertido en un recurso esencial para el cuidado de las personas mayores (Abellán et al., 2019).

## **DEL GOBIERNO DEL MERCADO INMOBILIARIO EN LA CRISIS DEL 2008 A LA BIOPOLÍTICA DE LA CRISIS DE LA COVID-19 EN ESPAÑA**

### **EL NEOLIBERALISMO DE ESTADOS UNIDOS O EL ORIGEN DE LA CRISIS DEL 2008**

Según Michel Foucault (2009) el neoliberalismo norteamericano (de Estados Unidos más concretamente) presenta dos características fundamentales. En primer lugar, la economía de mercado se ha convertido en un principio de inteligibilidad de las relaciones sociales y de los comportamientos individuales; en segundo lugar, la economía de mercado también se ha convertido en un principio que permite filtrar las políticas públicas o las acciones del gobierno en términos de mercado, es decir, de oferta y de demanda. Foucault analiza el primer principio desde la perspectiva del capital humano, o como el ser humano, en términos económicos, se convirtió en un capital dadas sus posibilidades o capacidades de producir y de consumir; de ser al mismo tiempo un productor y un consumidor:

Los neoliberales dicen: el trabajo formaba parte con toda legitimidad del análisis económico, pero el análisis económico clásico, tal como se encaraba, no era capaz de hacerse cargo de ese elemento del trabajo. Bueno

nosotros si lo hacemos. Y desde que lo hace, en términos que acabo de señalarles, se ve en la necesidad de estudiar el modo de constitución y acumulación de ese capital humano, lo cual les permite hacer análisis económicos de campos y dominios que le son totalmente novedosos (p.230)

En relación con esto último, Foucault recuerda como los neoliberales pueden entonces explicar la relación madre-hijo, por ejemplo, en términos de la inversión que hace la madre en el cuidado del hijo, cuyos beneficios se traducen en una renta psicológica para la madre, no solo en el cuidado en sí mismo, sino al recoger los frutos de esos cuidados cuando el hijo, en cuanto capital humano, entra al mercado de trabajo. Este tipo de “relaciones económicas” tejerán a su vez, la relación entre la madre y su hijo.

Por otra parte, para Foucault el segundo principio plantea la posibilidad, o mejor, la necesidad de filtrar, probar, evaluar o criticar todas y cada una de las actividades públicas del gobierno, asumiendo como referente fundamental la economía de mercado:

[para el neoliberalismo norteamericano] la forma general del mercado se convierte en un instrumento, en una herramienta de discriminación en el debate de la administración. En otras palabras, en el liberalismo clásico se le pedía al gobierno que respetara la forma del mercado y el dejar hacer. Aquí, el dejar hacer se invierte para transformarse en un no dejar hacer el gobierno, en nombre de una ley del mercado que permitirá evaluar y juzgar cada una de sus actividades. De tal modo queda invertido el *laissez-faire* y el mercado ya no es un principio de autolimitación de gobierno, es un principio que se vuelve contra él. Es una especie de tribunal económico que se vuelve contra él (p.246).

¿Qué importancia puede tener esta perspectiva de Foucault en relación con el neoliberalismo norteamericano, cuando hablamos de la crisis económica del 2007-2008? La respuesta la da David Harvey (2011) cuando señala que, aunque se han dado múltiples explicaciones en relación con la crisis económica del 2007-2008, todas estas explicaciones coinciden en que su origen se encuentra en el mercado inmobiliario de los Estados Unidos; por tanto, resulta entonces necesario comprender cómo las políticas públicas de los últimos gobiernos norteamericanos impulsaron los mercados de vivienda y el crédito hipotecario, en los años previos a la crisis. En efecto, la disminución de las rentas del trabajo desde la década de los 80 en Estados Unidos y Europa, asociada a la fuerte implantación del neoliberalismo, gracias a los Gobiernos de Reagan y Thatcher, la disminución de las tasas de interés, y la promoción del consumo, a

través del crédito, y del endeudamiento que lo acompaña, están en la base de esta situación (Harvey 2011; Navarro, 2013).

Según David Harvey (2011) el gobierno de Estados Unidos generó deducciones significativas de impuestos a los créditos hipotecarios, incluyendo las personas más ricas, por lo que dejó de percibir cerca de 100 millones de dólares en ingresos fiscales. Además de incentivar una cultura del consumo y el endeudamiento (en las rentas medias y bajas) y del patrimonialismo (en las rentas altas), relacionados con la vivienda y la propiedad inmobiliaria, estas políticas fiscales apuntalaron e incentivaron un negocio lucrativo relacionado con el financiamiento de hipotecas del alto riesgo (sub-prime o que no cumplen con todos los requisitos para otorgar el crédito hipotecario), prácticamente sin límite (burbuja inmobiliaria). De hecho, como afirma el propio Harvey (2012), la deuda (privada) en el mercado hipotecario representaba el 40% del PIB de Estados Unidos. Como recuerda Saskia Sassen (2016), muchas personas y familias perdieron sus viviendas, no solo por la lógica de la extracción de rentas en forma de pagos hipotecarios y honorarios de agentes hipotecarios, sino fundamentalmente, como veremos a continuación, a través de la generación de un mercado internacional inmobiliario. Este mercado, a través de un contrato en un activo material (la hipoteca) que los grandes inversores asumían como un valor “real”, como valores respaldados por determinados activos, permitió construir instrumentos de inversión complejos para grandes mercados financieros.

En este contexto, como no podía ser de otra manera dentro de esta lógica neoliberal, una parte significativa de esas obligaciones de deuda colateralizadas se vendieron a todo el mundo, convirtiéndose posteriormente en productos tóxicos, a partir de la quiebra del Banco de Inversiones *Lehmans Brothers*. Por esta vía, una crisis regional se convirtió en una crisis global, algo esperable desde la desregulación de los mercados internacionales en la década de los 70 del siglo XX. Como señala Harvey (2011) esta desregulación estaba orientada a generar formas más fluidas y móviles de capital (capital monetario), a través de sistemas y banca electrónicos no regulados. De esta manera se constituye un mercado inmobiliario transnacional, asociado a la desregulación del suelo y, por tanto, al desarrollo de proyectos urbanísticos, abiertos a “las fuerzas libres” del mercado internacional.

Buena parte de estos productos tóxicos fueron adquiridos por bancos europeos, principalmente alemanes y franceses. Buena parte de la deuda hipotecaria de Cleveland terminó en manos del Deutsche Bank. En los años que precedieron a la crisis, el deseo de ciudadanos alemanes y del norte de Europa de tener una segunda residencia en el litoral Mediterráneo, en países como España, Portugal o Grecia, esti-

muló un mercado inmobiliario, caracterizado por el acceso a lugares soleados, a través del desarrollo de grandes complejos de vivienda. Para Harvey (2011) buena parte de lo que sucedió con la deuda soberana de estos países, tuvo que ver con la forma cómo se materializó esta dinámica en los respectivos mercados inmobiliarios.

## **LA BURBUJA INMOBILIARIA EN ESPAÑA Y EL IMPACTO DE LA CRISIS**

...el boom inmobiliario, que alcanzó en España una intensidad y duración sin precedentes, originando una crisis económica también sin precedentes. Y junto con este boom también culminó y entró en crisis el modelo inmobiliario que lo había propiciado. Pues este modelo acentuó el comportamiento cíclico de la actividad inmobiliario constructiva, haciendo que las burbujas inmobiliarias condicionaran la marcha de la economía española con mucha más intensidad que en los otros países europeos. El creciente peso del negocio inmobiliario y de la construcción de viviendas e infraestructuras, colaboradora necesaria de ese negocio, corrió en paralelo con el desmantelamiento industrial y agrario observado tras la adhesión de España a la Unión Europea (Naredo, 2014, p.13)

Con estas palabras el economista José Manuel Naredo inició su participación el *Coloquio sobre urbanismo, democracia y mercado: una experiencia española (1970–2010)*, promovido por el Institut d'Urbanisme de Paris, Université de Paris 12 Val-de-Marne, la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid y la Casa de Velázquez, en marzo de 2010. De estas palabras se desprenden al menos dos hechos relevantes. Por una parte, que la adhesión a la Unión Europea significó para España un cambio de su modelo de desarrollo: la desindustrialización de los 80 del siglo XX y el desmantelamiento de las actividades agrarias fueron seguidas por el negocio inmobiliario, la construcción de vivienda y de infraestructuras. El ladrillo entonces se convirtió en el motor de la economía española (Palomo, 2008). Por otra parte, que la gran dependencia del modelo de desarrollo del negocio inmobiliario y de la construcción determinó que la crisis del 2008 en España fuera especialmente severa, no solo en lo económico sino en lo social (Navarro, 2012).

Tradicionalmente se ha tratado de explicar este boom del ladrillo por la “cultura mediterránea” del familiarismo, en la cual la propiedad de una vivienda se considera un pilar fundamental de la organización e integración familiar, en este caso de las familias españolas. Naredo (2014) pone en evidencia que el boom del ladrillo tuvo que ver, en lo fundamental, con la forma en la que se consolidó el régimen de la dictadura franquista. En efecto, Naredo nos recuerda que, en los años

50 del siglo XX, más de la mitad de las viviendas en España se encontraba en régimen de alquiler, pero este porcentaje se elevaba al 90% en ciudades como Madrid, Barcelona, Sevilla o Bilbao. Por otra parte, en el momento de la crisis inmobiliaria del 2008 ese porcentaje se había reducido al 10%.

¿Qué pasó en este periodo de algo más de 50 años, para que se produjera semejante cambio? Siguiendo a Naredo (2014), durante la dictadura franquista, hay al menos tres elementos que dan cuenta de este cambio. Por una parte, la recalificación del suelo para fines urbanísticos permitió consolidar el capital de una oligarquía afín al régimen franquista, a través del desarrollo de grandes empresas inmobiliarias-constructivas. Este proceso estuvo mediado por decisiones políticas relacionadas con la recalificación del suelo, para fines urbanísticos, sin seguir ningún tipo de normativa urbanística. La corrupción y el denominado pelotazo urbanístico (dinero fácil por la recalificación del suelo) camparon a sus anchas durante este período. Por otra parte, este proyecto urbanístico se consolidó, no sólo por la migración de personas del campo a la ciudad sino, sobre todo, en la década de los 60 por el impulso de un turismo del norte de Europa, que consolidó una segunda vivienda en la costa mediterránea y en los territorios insulares. Como expusimos en párrafos anteriores, este proceso urbanístico permitió el desarrollo e integración de un mercado inmobiliario transnacional; además, inició todo un proceso de depredación salvaje de costas y de muchos espacios naturales, incluyendo aquellos protegidos por ley.

En efecto, estas ocupaciones se hicieron y se siguen haciendo a costa de la destrucción de paisajes, de los suelos fértiles, de las zonas agrarias de huerta y de las zonas litorales de alto valor ecológico. Dos ejemplos claros materializan los graves e irreversibles impactos en áreas costeras del Mediterráneo, en particular las de la Comunidad Valenciana y de la Comunidad de Cataluña. En el caso de la Comunidad Valenciana, un informe de Greenpeace (2019), "*A toda costa 2019 Análisis de los ecosistemas naturales costeros vulnerables a la urbanización masiva del litoral*", señaló que el 22,9% de su costa está urbanizada, amenazando al 23% de los hábitats naturales costeros por la urbanización masiva reactivada sobre todo en este último año. Si la Comunidad Valenciana es la segunda más urbanizada de todo el litoral español, Cataluña es considerada la Comunidad con mayor presión humana en la costa, donde un 26,1% de la superficie costera está urbanizada, teniendo en cuenta que muchos proyectos urbanísticos se están retomando durante este último año. La costa de Barcelona es una de la más urbanizada junto con Málaga y sigue expandiéndose. En particular El proyecto Fòrum 2004 o Foro Universal

de las Culturas se formuló como una estrategia para atraer y generar negocios, en su artículo Luis del Romero destaca este proyecto como “el aprovechamiento de un evento para introducir reformas urbanas profundas” transformando aquellas zonas que habían permanecido intactas a las renovaciones urbanas que se llevaron a cabo durante los Juegos Olímpicos de 1992 en la ciudad de Barcelona:

*Se trataba de un pretexto para atraer turismo de calidad, para convertir una zona sin valor en un nuevo barrio elitista, para continuar con los procesos de gentrificación iniciados con la cita olímpica y actuaciones como la Vila Olímpica, para poner en el mercado más suelo con el que poder especular, para crear un nuevo oasis de consumo durante un periodo de tiempo (Del Romero, 2010, p.317).*

Con una inversión de 3.000 millones de euros, el Fòrum 2004 se erigió sobre una plataforma artificial de cemento en dominio público-marítimo terrestre con el beneplácito de las instituciones, pudiendo afectar recursos como playas, sistemas dunares, acantilados o marismas con el consecuente perjuicio ambiental y posible desaparición del litoral.

Finalmente, el proyecto urbanístico del franquismo también formó parte de una estrategia de control social y consolidación del régimen, no solo frente a los sindicatos verticales afines, sino frente a muchas familias de clases trabajadoras y medias emergente. En efecto, con el fin de incentivar la construcción de viviendas de alquiler público, con alquileres baratos, se establecieron subvenciones, desgravaciones y exenciones fiscales a importantes empresas constructoras para desarrollar este tipo de proyectos urbanísticos. Pero, simultáneamente con esto, se estimuló de manera abierta la vivienda en propiedad, a través de facilidades hipotecarias y desgravaciones fiscales. Toda esta infraestructura fiscal generó fuertes incentivos para la construcción de vivienda para la venta, y desincentivo las construcciones de viviendas para alquiler. Además, permitió que muchos propietarios de viviendas en alquiler declararan en ruina los inmuebles, para así poder expulsar a los inquilinos y propiciar la construcción de nuevas edificaciones destinadas a la venta. En este punto, no podemos perder de vista el papel del endeudamiento en el disciplinamiento de la población, en la medida en que genera vínculos con el acreedor, tanto económicos como morales. Que la deuda esclaviza, lo tenía claro tanto el derecho romano-“*legis actio per manus iniectionem*”- como la Iglesia Católica, afín al franquismo.

Durante la transición y con la llegada de la democracia, a finales de 70 y comienzos de los 80 del siglo XX, esta tendencia, en lugar de desaparecer, tuvo un especial auge. Y el hecho que la deuda esclaviza,

fue algo que también puso en evidencia la crisis del 2008. Al respecto, como señalan Sonia Vives y Onofre Rullan (2014), la gran dependencia del modelo de desarrollo del negocio inmobiliario y de la construcción determinó que la crisis del 2008 en España se consolidara, a partir de la década de los 90 del siglo XX, a través de dos procesos. Por una parte, de la legislación del suelo, que permitió su revalorización, el crecimiento casi sin límites de la urbanización y la apropiación de la renta del suelo por promotores urbanísticos y entidades financieras, principalmente cajas de ahorro. Por otra parte, la legislación hipotecaria, que promovió la integración del suelo a los circuitos globales de capital, a través de mecanismos financieros fundamentalmente de tipo hipotecario. Estos dos mecanismos, directamente relacionados con la acción política, reflejan claramente la discusión planteada por Harvey al comienzo de esta parte del trabajo.

En efecto, el suelo en España ha estado supeditado a la presión de determinadas actividades como los lobbies de la construcción y las multinacionales del sector automotriz que han ejercido influencia a la hora de determinar sus usos y su planificación. A ello hay que sumarle las tardías legislaciones en materia urbanística, algunas resultantes del ingreso de España a la Unión Europea. En la década de los 90 del siglo pasado se erosionó aún más la legislación existente en materia de planificación y usos del suelo. Su proceso de privatización, combinado con desregulaciones legislativas, tuvo como resultado un salto cuantitativo en materia de suelo urbanizado, pasando de 669.222 hectáreas aproximadamente en 1987 a 1.017.356 hectáreas en 2005, lo que supone una media de 53 hectáreas al día (Prieto et al., 2011). En este período, la superficie artificial (urbanización e infraestructuras asociadas) se incrementó en más de un 50%. (Prieto et al., 2011). Los lobbies de la construcción en España y la entrada de los llamados fondos de inversión ejercieron un papel determinante en el modelo urbanístico dibujado por los gobiernos de las diferentes regiones. Este modelo influyó en la remodelación de barrios donde vivían los sectores más marginados (trabajadores precarizados, migrantes), en la creación de urbanizaciones cerradas en la periferia, en las líneas de segundas residencias en la costa, en los megaproyectos de carácter cultural y lúdico y en las infraestructuras para el transporte como aeropuertos que permanecieron no operativos durante años. Sólo el parque de viviendas se incrementó en un 30% desde 1998 a 2007 (Arellano y Bentolila, 2009).

Uno de los casos más emblemáticos de la llamada “regeneración” urbana, es la ciudad de Barcelona. Los procesos de desindustrialización y la consecuente degradación y abandono de barrios obreros fueron decisivos en los llamados proceso de regeneración urbanística

bajo el proyecto de “*city marketing*”, en el que la inversión de capitales produjo un rápido aumento en el valor del suelo, expulsando a la población más humilde a zonas periféricas (Cócola, 2016). El gobierno de la derecha catalana en el Ayuntamiento en 1979 significó un punto de inflexión en la reconfiguración de la ciudad privilegiando su remodelación como impulso a megaproyectos de carácter cultural, deportivo, y turístico (como los Juegos Olímpicos de 1992 o el Fòrum de las Culturas de 2004). Esta reconfiguración urbana incluyó un tipo de modelo que se basaba en la transformación de zonas industriales en centros de consumo, un “*fun model*” materializado en parques temáticos y áreas recreativas capaces de promover el consumo como forma de entretenimiento. (Cócola, 2016). Como resultado de esta estrategia, barrios del litoral como Poble Nou fueron desapareciendo y sustituidos por un enclave de consumo elitista que incluía hoteles, terrazas orientadas al mar, apartamentos de lujo, restaurante o marina deportiva.

Por otro lado, Madrid se transformó bajo la misma lógica donde las inversiones de capital se realizaron en barrios céntricos, redibujando espacios para el entretenimiento, el consumo y el turismo y desplazando a poblaciones asentadas durante mucho tiempo, junto a nuevos vecinos migrantes, hacia las zonas periféricas, profundizando la Madrid dual con un noroeste rico y un sureste empobrecido. Al respecto, podemos nombrar proyectos como Chamartín, Operación Río o Candalejas en los que existía complicidad entre instituciones públicas y grandes empresas privadas de carácter nacional como transnacional. Quizá el proyecto más sonado fue “Eurovegas” que, aunque no llegó a ejecutarse, consistía en la construcción de una ciudad del juego con un predio de 750 hectáreas en zona no urbanizable, destinado a prácticas de casino y con regulaciones específicas que llegaban a exigir desde exenciones fiscales y laborales hasta derogación de la ley antitabaco (Marcos y García, 2013).

El impacto de este “boom inmobiliario” sobre el ecosistema también ha resultado devastador. Un modelo de desarrollo basado en el ladrillo requiere, por una parte, una ingente cantidad de insumos como agua para la extracción y producción de materiales como cemento, yeso, vidrio, cerámica; por otra parte, un elevado consumo energético, actividades de transporte relacionadas y movimientos de tierra; finalmente genera grandes cantidades de residuos. Además, al optarse por modelos de ciudad dispersa o difusa, se necesitan más infraestructuras, como la construcción de carreteras, de nuevos tendidos eléctricos, de nuevas canalizaciones de agua, etc. En efecto, la cantidad de hectáreas ocupadas e impermeabilizadas derivan en un incremento de escorrentía (circulación de agua de lluvia sobre el terreno), en más

inundaciones, en la imposibilidad de recarga de acuíferos y, consecuentemente, en la pérdida de áreas ambientales sensibles como humedales o reservas de flora y fauna (Moliní y Salgado, 2012). Desde el punto de vista medio ambiental todo esto produce serios desequilibrios en los ecosistemas y, por tanto, resulta insostenible. El rediseño de las ciudades neoliberales y sus megaproyectos significó, entonces, en serios perjuicios ecológicos de envergadura y en algunos casos difíciles de revertir, junto a masivos desplazamientos de población hacia zonas periféricas que empeoraron sus condiciones de vida, con menores y peores servicios sanitarios y educativos, viviendas más precarias, mayor movilidad y menor esperanza de vida.

A estos procesos hay que sumarles el problema de la “corrupción urbanística” que se benefició (al subir los beneficios del suelo urbanizable, en conveniencia con las grandes constructoras, fondos de inversión, administraciones locales y partidos políticos que también se beneficiaron de los proyectos urbanísticos y los megaproyectos) y contribuyó de manera significativa con la expansión urbanística o “burbuja inmobiliaria” (Jeréz, 2011). Esta expansión inmobiliaria, como se señaló anteriormente, por una parte, se integró activamente a circuitos de capitales financieros internacionales para su financiación, al considerarse un activo seguro y de gran rentabilidad y, por otra parte, promovió el gran endeudamiento de familias, empresas y del propio Estado. Para Ricardo Méndez Gutiérrez y Julio Plazas (2016) “...el resultado fue que en 2007 nada menos que un 87% de la población accedía a la vivienda mediante compra, por tan sólo un 13% a través del alquiler, lo que suponía un desajuste de casi treinta puntos respecto al promedio de la Unión Europea (p.103).

A raíz de la crisis hipotecaria (*subprime*) en Estados Unidos, y su generalización, como señalamos anteriormente (particularmente en Alemania), se propició en España una marcada restricción al crédito, en general, y sobre todo al acceso a los préstamos hipotecarios, situación que provocó, a su vez, una paralización del mercado inmobiliario y, por tanto, la quiebra en cascada de empresas inmobiliarias, constructoras y numerosas industrias o servicios auxiliares. El desempleo y la precarización generaron el impago de las hipotecas y mayor paralización del mercado hipotecario (Méndez y Plazas, 2016). Para Vincent Navarro (2012) una parte importante del dinero que alimentó el crecimiento inmobiliario en España, en los años previos a la crisis, procedía de bancos alemanes. De hecho, afirma Navarro, la crisis se precipitó cuando los bancos alemanes paralizaron el flujo financiero. Como señalamos anteriormente, esta situación generó un parón súbito de la actividad económica relacionada con la actividad inmobiliaria, situación que redujo, a su vez, los ingresos del Estado.

Las políticas de austeridad incluidos los recortes que se tomaron, presionadas por la *troika* (Banco Central Europeo, Fondo Monetario Internacional, Comisión Europea) estuvieron encaminadas a pagar la deuda a los bancos alemanes y de otros países (Francia, Gran Bretaña y Bélgica) que se habían beneficiado con la “burbuja inmobiliaria” de España.

Las consecuencias de esta crisis, que aún siguen coleando en la sociedad española han sido muy graves, como afirma Donato Fernández (2015). El paro ascendió entre 2008 a 2013 a cerca de 7 millones de personas, casi el 26% de la población activa. En educación, el gasto se redujo cerca del 15% (7,3 mil millones de euros) entre 2009 y 2013. En este mismo período, el gasto en salud se redujo algo más del 13% (9,9 millones de euros). Un hecho que ha caracterizado de manera significativa el impacto de la crisis fue el fuerte incremento de los procesos de desahucio por impago hipotecario. Además de dar cuenta de uno de los movimientos sociales más importantes del momento, como ha sido Plataforma de Afectados por la Hipoteca y el Observatorio DESC, los procesos de desahucio sustancializaron la convergencia de “...factores estructurales, derivados de la crisis económica y el devastador efecto de las políticas neoliberales de austeridad fiscal, con características personales o familiares que reducen la capacidad de resistencia ante las dificultades planteadas” (Méndez y Plaza, 2016). Finalmente, el rescate de la banca española ascendió a 65.725 millones de euros, de los que 42.561 millones son la estimación de coste para el Estado (Gonzalo, 2019). Se considera poco probable recuperar este dinero del rescate.

### **BIOPOLÍTICA DE LA COVID-19 EN ESPAÑA**

Como en Italia, Francia o Reino Unido, en España el rostro de la epidemia de la Covid-19, sobre todo en Madrid y Cataluña, estuvo estructurado al menos por cuatro imágenes: la de hospitales y unidades de cuidados intensivos saturados (Tondo, 2020; Jones, 2020); la del personal sanitario sin equipos de protección personal, o con equipo improvisados según la imaginación del caso (Sevillano, 2020); la de personas mayores infectadas y confinadas en residencia para la tercera edad, y que posteriormente fallecieron (Booth, 2020); y la de personas que no se pueden despedir de sus familiares fallecidos, que son apilados en ataúdes, y que son enterrados o cremados, sin funerales ni velatorios. Estas imágenes estaban acompañadas de sus respectivos relatos:

... ‘la situación es dramática’, según denuncian varios sindicatos médicos que apuntan que, además de que están completas o al borde del colapso

algunas UCI, faltan respiradores para ampliar este servicio, las urgencias también están “a rebosar” y, como llevan denunciando días, no hay suficientes equipos de protección para el personal sanitario (Warnand, 2020).

A María le obligaron el viernes a hacer una elección macabra: dejar de atender a personas enfermas de coronavirus porque no había equipo de protección disponible al empezar su ronda, o volverse a poner el equipo que había usado en la primera ronda y llevarse puesto a casa un posible contagio. ‘Era la hora de la cena y no habían más EPIs. Así que cogí el que había usado a mediodía, que después de dos horas entrando en las habitaciones llevaba el virus pegado en la bata, en las gafas y en la mascarilla, y me lo tragué todo al volver a ponérmelo. ¿Cómo no voy a atender a mis 22 pacientes diarios? Los pobres no tienen la culpa, muchos están con fiebre, tienen el oxígeno a tope y aun así se ahogan, y yo entro con mi EPI contaminado a ayudarles aun sabiendo a lo que me expongo’, cuenta María entre suspiros (Brunat, 2020).

Hasta hace un mes había clases de patinaje y partidos de hockey, pero desde el 23 de marzo solo hay féretros sobre los 1.800 metros cuadrados que ocupa la pista del Palacio de Hielo, un gigantesco centro comercial y de ocio reconvertido en morgue por la crisis del coronavirus. Los muertos llegan por las noches en las furgonetas de la Unidad Militar de Emergencias (UME) y van saliendo a cuentagotas a lo largo del día, en función de la capacidad de las empresas funerarias, que nunca habían tenido tantos encargos (Olmo, 2020)

...El trato que se dispensa a algunos ancianos en estos centros es cruel, aunque haya especialistas que lo consideren inevitable en estos momentos. Al menos en tres casos descritos por trabajadores entrevistados para este reportaje –un empleado en una residencia del Vallès Oriental, otra de Girona y una del área metropolitana de Barcelona– se acredita que algunos usuarios de estas residencias pasan ahora parte del día atados para evitar que se muevan y se contagien o contagien a los demás. El problema es que en muchas residencias aún no saben quién está infectado y quien no... (Orovio, Aroca y Tarrín, 2020).

Estas imágenes y estos relatos contrastan dramáticamente con la voz de los expertos apenas unas cuantas semanas de antelación. En efecto, a finales de enero de 2020, en España algunos medios de comunicación daban eco a la voz a los expertos en relación con el virus (Guell, 2020, 25 de enero): “Lo estamos siguiendo todo con gran interés, pero también con tranquilidad. Es muy poco probable que el nuevo virus llegue a ser un problema relevante en España”, comentaba el Jefe de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid; “la

población tiene que tener un nivel de percepción de riesgo muy bajo”, afirmaba el Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias de Ministerio de Sanidad; “[lo recomendable es] adoptar aquí las medidas necesarias para estar preparados si llega algún caso...Y estar tranquilos, porque nuestro sistema de salud pública y nuestros hospitales están sobradamente preparados para hacer frente a un episodio como este”, señalaba el Jefe de Enfermedades infecciosas del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Un mes después en Italia la pandemia se desborda (Lazzerini y Putoto, 2020) y a comienzos de marzo la pandemia se desbordaba de manera semejante en España (Tremlett, 2020).

¿Cómo podemos explicar este contraste tan marcado entre el relato previo de los expertos y la emergencia de una situación que prácticamente desbordó el Sistema Nacional de Salud? Para contestar esta pregunta vale la pena recordar algunas noticias que daban cuenta de la situación de los hospitales de España. En efecto, en los últimos años varios medios de comunicación señalaban de manera reiterado “el colapso” de los hospitales con la gripe estacional: “Las urgencias no aguantan ni el primer pico de casos de gripe” titulaba *El Diario*. es de enero de 2015 (Rejón, 2015, 15 de enero); “La gripe colapsa los hospitales de media España” era uno de los titulares de *El Mundo* de enero de 2017 (*El Mundo*, 2017, 12 de enero); ¿Por qué la gripe significa colapso en los hospitales españoles? se preguntaba *El Huffington Post* en enero de 2017 (Ventura, 2017, 13 de enero); “Urgencias saturadas en Barcelona con la gripe a punto de entrar en epidemia” era el titular de *El País* de enero de 2019 (Mouzo, 2019). Finalmente, y manteniendo la tónica de años anteriores, en febrero del mismo 2020 también los medios de comunicación daban cuenta del colapso de las urgencias por la gripe estacional: “El mayor pico de gripe en cuatro años colapsa las urgencias y a los profesionales” titulaba *El País* en febrero de 2020 (Valdés, 2020, 6 de febrero); “Hospitales de Madrid se colapsan ante uno de los picos más altos de gripe con niños enfermos” era uno de los titulares de *Público* también de febrero de 2020 (Asuar, 2020).

La saturación del sistema hospitalario español en cada período de gripe estacional se puede considerar como una expresión de la fragilidad del Sistema Nacional de Salud, particularmente en el contexto de la crisis económica (Martin, 2016). Su colapso con la pandemia de la Covid-19 es una expresión clara, manifiesta y explícita esta fragilidad. Al parecer, al igual que no se prestó especial atención a las señales de alarma de la Covid-19, tampoco se le había prestado la atención del caso a las señales de alarma de la fragilidad del Sistema Nacional de Salud. El énfasis en la actividad meramente asistencial, hospitalo-

céntrica y enfermológica, como señalamos anteriormente en relación con el gasto sanitarios (el 62% de los recursos se destinan a servicios hospitalarios y especializados), no ha permitido ver que el Sistema de Salud, debido al proceso creciente de envejecimiento de la población, se había convertido en un recuso esencial para los cuidados de larga duración, particularmente de personas mayores. El hospitalismo social y las crecientes y largas estancias hospitalarias de personas mayores, como lo pusimos en evidencias en la parte relacionada con la crisis de los cuidados, han transformado paulatinamente los servicios hospitalarios que han tenido que orientarse más al cuidado de pacientes mayores con problemas crónicos, que a la atención de pacientes agudos (Coronado-Vázquez et al., 2020). También, como señalamos anteriormente, esta contradicción también se refleja en el número de personal sanitario de enfermería que está muy por debajo de la media de los países de la OECD. Esto contribuye a un serio déficit en el cuidado, particularmente de pacientes crónicos, con las consecuencias que se desprenden de ello, tanto en términos de mortalidad y morbilidad como al aumento de la estancia hospitalaria. Todo lo anterior se ve agudizado por la disminución de camas hospitalarias que va de la mano de la reducción del personal de enfermería, es decir la disminución de la ratio de enfermeras por paciente (Cruz et al., 2019). Todos estos aspectos dan cuenta de la fragilidad del Sistemas Nacional de Salud de España. Los procesos de privatización que se han dado en el sistema han contribuido adicionalmente y de manera activa a fortalecer la visión hospitalocéntrica y enfermológica de los Sistemas de Salud y a una reducción de costes, sobre todo por la reducción del personal sanitario de enfermería (Holden, 2005; Heimeshoff, Schreyögg y Tiemann, 2014). Es estas condiciones, cabría esperar que un aumento en la demanda de servicios de salud hospitalarios, particularmente por parte de personas mayores, terminara por saturar relativamente rápido estos servicios hospitalitos.

Al hilo de lo anterior no podemos perder de vista dos problemas que se suman a esta situación. Por una parte, la marcada reducción de los recursos en las actividades de salud pública y vigilancia epidemiológica, situación que se ha convertido en una especie de tragedia en tiempo de pandemia, en la medida en que no contribuyeron de manera activa a “contener la enfermedad antes de que anegara el sistema asistencia” (Trapero-Bertran y Lobo, 2021). Por otra parte, la debilidad crónica de la atención primaria en España, no solo presupuestal sino simbólica, en relación con la mirada hospitalocéntrica, se ha puesto más en evidencia con la crisis de la Covid-19 (Hernández-Aguado y García, 2020). La importancia de su relación directa con la comunidad y su papel necesario para el control de las epidemias

a nivel local han quedado desdibujados por años de recortes y de precarización laboral del personal sanitario (Rejón, 2020). El debilitamiento de la atención primaria y comunitaria se traduce, a su vez, en la prácticamente ausencia de una relación constante y fluida con los servicios sociales y las autoridades locales. La ausencia de programas de salud pública locales redundan en una dificultad creciente para desarrollar actividades locales de promoción y prevención de la salud. De allí las dificultades para realizar seguimientos y controles de las epidemias a nivel local. El resultado final es que las acciones locales que involucren activamente a la comunidad en estos procesos son prácticamente inexistentes (Pollock et al., 2020).

Otro aspecto muy importante para considerar en relación con la crisis sanitaria generada por la pandemia de la Covid-19 en España tiene que ver con las estrategias de cuidado de larga duración de las personas mayores. Debemos recordar que cerca de 30.000 personas mayores que estaban ingresado en residencias murieron por Covid-19 o síntomas compatibles con la Covid-19 (Imsero, 2021), algo menos del 10% de todos los residentes y cerca del 50% de todos los fallecidos, desde el inicio de la pandemia hasta finales de febrero de 2021, cuya cifra rondaba algo más de 69.000 fallecidos. El 40% de los fallecidos de residencias estaban ingresados en residencias de Madrid y Cataluña. Estas cifras dan cuenta por sí solas del gran impacto de la pandemia de la Covid-19 en el sistema español de cuidados de larga duración. En este sentido, debemos poner nuevamente sobre la mesa que cerca del 80% de las residencias y de las plazas de residencias para personas mayores estaban privatizadas en Madrid y Cataluña.

Como señalamos anteriormente, la privatización de las residencias, es decir, la externalización de los cuidados de personas mayores con ánimo de lucro se constituyó en una de las principales estrategias de cuidado de larga duración de personas mayores, además de las familias o de cuidadoras en hogares, la mayoría de las veces mujeres migrantes (Díaz y Martínez-Buján, 2018). Al respecto es importante resaltar que cerca del 80% de los puestos de trabajo en las residencias de personas mayores pertenece en lo fundamental al sector privado. Como cabría esperar es un sector fuertemente feminizado, representando cerca del 85% de todos los puestos de trabajo, con una media de edad entre 35-55 años, y mayoritariamente con una jornada laboral a tiempo completo. En los últimos años, en el contexto de la crisis económica, el sector ha experimentado una fuerte precarización del empleo, con disminución de los contratos indefinidos, aumento de la temporalidad, aumento de la tasa de temporalidad y disminución de los salarios, en relación con el sector servicios (Codorniu, 2020; Jiménez-Martín y Viola, 2020). Dos datos resultan especialmente sig-

nificativos en el contexto de la pandemia en España. Por una parte, la relación entre el personal de cuidados por plaza de residencia de mayores ocupada está a la mitad de los esperado, es decir, que al igual que lo que ocurre en los hospitales habría que duplicar el número de personas responsables de los cuidados para alcanzar la ratio adecuada; por otra parte, existe un sensible déficit de personal sanitario cualificado en el cuidado de personas mayores (Codorniu, 2020). Esta situación tiende a ser mucho más grave cuando la coordinación entre el sistema de cuidado de personas mayores en residencias y el Sistema Nacional de Salud, desde el punto de vista asistencia, es débil y en algunos casos inexistente (Kröger y Bagnato, 2017; del Pino, *et al*, 2020).

La situación de España en relación con la pandemia de la Covid-19, semejante a lo de otros países europeos del norte global, pone en evidencia importantes tensiones dentro de la biopolítica del control de la salud y en enfermedad en estas sociedades. Como habíamos puesto de manifiesto en este trabajo, siguiendo las reflexiones de Michel Foucault, la biopolítica del control de la salud y la enfermedad en estas sociedades liberales capitalistas, desde el siglo XIX, estuvo orientada al control de los cuerpos de los trabajadores (hombres), al control de los cuerpos productivos. Las tecnologías del control o gobierno de la enfermedad, la enfermología (individual, social, política), sobre todo laboral, de los accidentes en las fábricas, de las discapacidades y de la propia muerte, estaban orientadas en lo fundamental a garantizar la productividad de la clase trabajadora, de las fuerzas productivas, reduciendo a su vez los costes y la conflictividad social (el orden social es necesario para garantizar la actividad económica). El gobierno de la salud y sobre todo de la enfermedad era una biopolítica de los cuerpos productivos. Las feministas, sobre todo de línea marxista, pusieron en evidencia que, junto a esta biopolítica de los cuerpos productivos se desarrolló, de manera invisibilizada socialmente, otra biopolítica, la biopolítica de los cuidados, de la reproducción social, también de los cuerpos productivos, ejercida por las mujeres como trabajo no remunerado (del hogar, de los cuidados en el hogar) que invisiblemente, por la puerta de atrás, ha contribuido a la acumulación de capital.

Como manifestamos en otra parte (Espinel, 2020) la macrofísica del contagio (Loon, 2005), la “espacialización” social del contagio, la geografía pandémica de la Covid-19 en estas sociedades capitalistas liberales de Europa Occidental, ha generado espacios epidémicos especialmente intensificados discursiva y prácticamente como ha sido el caso de las residencias de mayores y los hospitales. Estos espacios han “proyectado” las representaciones y han sido el lugar de enunciación de los discursos que han dado cuenta de la pandemia como tal. Imá-

genes y relatos que nos han situado en un espacio, a la vez abstracto y complejo, pero especialmente vívido, inédito para la mayoría desde un punto de vista fenomenológico. Estos espacios, llenos de cuerpos no productivos, se pueden considerar, como lo relatamos anteriormente, espacios de cuidado. Invisibilizados y feminizados, frágiles y precarizados por el neoliberalismo, estos espacios han puesto en profunda tensión los espacios de la producción de los cuerpos productivos. En el caso de España, por su propio modelo productivo, espacios tercerizados, de servicios, de hostelería y turismo. El gobierno de la pandemia de la C6vid-19, ante el desbordamiento epid6mico por ser espacios de intensificaci6n pand6mica, no por el virus en s3 mismo, sino por las condiciones socioculturales y socioecon6micas que los han caracterizado, como hemos reiterado a lo largo de este texto, ha obligado a restringir, confinar o desmovilizar el espacio productivo, bajo la tecnolog3a de la cuarentena, especialmente conflictiva para los liberales y el capitalismo desde el siglo XIX (Osborne, 1996).

La crisis de los cuidados o de la reproducci6n social, en t6rminos Nancy Fraser (2016), producida por las contradicciones socio reproductivas dentro del neoliberalismo, est3 en la base de la organizaci6n, configuraci6n y estructuraci6n precaria y fr3gil de estos espacios de cuidado y, sobre todo, de los "flujos" que dan cuenta de la intensificaci6n de la microf3sica del contagio, la biopol3tica de los cuidados, desde esta perspectiva, ser3a entonces un correlato de la biopol3tica de los cuerpos productivos, en t6rminos de desposesi6n del trabajo reproductivo de las mujeres y de extracci6n de la naturaleza. La intensificaci6n pand6mica en espacios altamente feminizados como son las residencias de mayores, los hospitales y los propios hogares, refamiliarizados por la crisis econ6mica, donde el trabajo de los cuidados es invisibilizado y precarizado, finalmente termin6 convirti6ndose en el contexto de producciones discursivas y de las representaciones que dieron materialidad a las epidemias tanto en Espa3a como en otros pa3ses europeos liberales del norte global.

Las medidas emprendidas para controlar la expansi6n de la pandemia tambi6n intensificaron la crisis de los cuidados. En efecto, la cuarentena o el confinamiento (*lockdown* en su expresi6n en ingl3s) se convirti6 en la principal tecnolog3a del gobierno para el control de la pandemia en Europa (Espinel, 2020; Henley, 2021). La intensificaci6n pand6mica en los espacios de cuidado, y sus respectivas consecuencias, hab3a obligado a los gobiernos a confinar a la mayor3a de la poblaci6n para evitar los contagios. Las medidas de confinamiento, a su vez, hab3an intensificado el trabajo en el espacio de los cuidados, particularmente para las mujeres: cuidados de menores que no acud3an a la escuela, teletrabajo, etc. (Sen, 2020; Boras, 2021; Osborne,

2021). Este proceso de intensificación de las crisis de los cuidados se ha visto agravado por las condiciones materiales de existencia de muchas familias. Ha sido el caso de la Comunidad de Madrid. A partir de la denominada segunda ola, se puso en evidencia que los barrios del sur, donde viven familias con rentas bajas, hacinadas y donde los miembros de la familia están en el paro o tienen rentas bajas, la incidencia de la Covid-19 puede duplicar la incidencia de las zonas ricas de la ciudad. Además, en condiciones de hacinamiento, el confinamiento intensifica los problemas de cuidado, sobre todo cuando los y las menores de edad no pueden acudir al colegio, lo cual determinan que pierdan los comedores escolares y que se haga francamente complicado realizar seguir virtualmente las actividades o realizar los deberes escolares (Grasso et al., 2020; Pérez y Sánchez, 2020; Ricart, 2020).

### **CONCLUSIONES**

La tesis que hemos sostenido a lo largo del texto en relación con la pandemia o mejor las epidemias de la Covid-19 en España, sus aspectos inéditos y sus articulaciones históricas generadas por las consecuencias de la crisis económica del 2008, en resumidas cuentas, su historia del presente en términos de Robert Castel ha puesto el acento en la crisis de la reproducción social o de los cuidados, particularmente en los cuidados de larga duración de las personas mayores. Las imágenes y los relatos de las epidemias en España, principalmente en relación con Madrid y Cataluña, dan cuenta de una macrofísica del contagio y de una intensificación del fenómeno pandémico, en términos de unas espacialidades o geografías marcadas por los discursos y las prácticas relacionadas con de los cuidados. Las residencias de personas mayores y los hospitales concentraron esta intensificación espacial de la pandemia. La forma como se fueron organizado social, cultural e históricamente, en un contexto neoliberal, da cuenta de la macrofísica del contagio, es decir, de las líneas de los flujos socialmente construidos por las que podía circular no solo el virus sino las propias consecuencias intensificadas de la pandemia. Las residencias de las personas mayores, externalización lucrativa del cuidado, dada la precarización del trabajo asalariado de cuidado de muchas mujeres, resultante del despojo que experimentan y que contribuye de manera activa a la acumulación de capital y que, además, tensiona sobremanera la reproducción social, ya presentaban importantes líneas de fractura y de fragilidad estructural por la crisis económica. Son precisamente estas líneas de fractura y esta fragilidad estructural las que organizan, estructuran o configuran la macrofísica del contagio y su intensificación pandémica. Los hospitales reconvertidos por el envejecimiento de la población y el hospitalismo social son espacios

de cuidados, intrínsecamente relacionados con la cronicidad, con la larga duración, más allá de la “enfermología clínica aguda”, también presentaban una especial fragilidad institucional, debido a la marcada reducción del personal sanitario relacionado con los cuidados, a los conciertos público privados altamente lucrativos, y a las precarias relaciones con los servicios de protección social locales.

En los últimos 10 años, España ha experimentado dos crisis importantes. La crisis económica se tradujo en una crisis de la relación entre capital y trabajo, marcada por una importante devaluación salarial, una profunda precarización del mercado de trabajo, por recortes en salud, educación y servicios sociales. Muchas de estas acciones estuvieron orientadas al rescate de bancos responsables en mayor o menor medida de la crisis. La crisis de la pandemia de la Covid-19 se tradujo, a su vez, en una crisis de los cuidados, en una crisis de la reproducción social y de la vida. La crisis económica había generado profundas fracturas, grietas y debilidades estructurales, como mencionamos anteriormente, en estos espacios de los cuidados, situaciones que permitieron la intensificación pandémica en estos espacios. Las propias tecnologías para el control pandémico, particularmente los confinamientos contribuyeron también a intensificar las cargas de trabajo en estos espacios de cuidado, particularmente en los hogares. Otra vez las mujeres tuvieron que asumir estas cargas, como también los señalamos anteriormente. En este contexto de crisis recurrente cabe preguntarse: ¿Cuál será la siguiente crisis? O, de otra manera, ¿estamos preparados para asumir otra crisis? ¿qué elementos resultantes de esta crisis o de su gobierno vislumbran la nueva crisis?

Como lo señalamos en la crisis económica del 2008, España viene experimentando la agudización de los impactos socioambientales derivados en lo fundamental de un modelo de desarrollo basado en el “ladrillo”. La crisis ecológica resultante ha estado permeando desde hace muchos años diferentes ámbitos sociales, económicos y políticos. Existe un amplio consenso según el cual el clima será más cálido y las precipitaciones tenderán a disminuir (Gómez, 2015), fenómenos que derivarán inevitablemente en problemáticas de diferentes magnitudes y que afectarán, entre otras, a la salud de la población.

En este sentido la crisis ecológica, agudizada en las últimas décadas, marca un punto de inflexión en cuanto a escenarios futuros: el aumento de la temperatura media global, de la frecuencia y la intensidad de olas de calor y de frío supondrán un incremento de la mortalidad. En efecto, recordemos la ola de calor del año 2003 que supuso un exceso de mortalidad cifrado en 70.000 fallecimientos en todo el continente europeo (Boscà et al., 2012), mientras que las olas de frío pueden suponer un incremento de la mortalidad en invierno

debido principalmente a enfermedades respiratorias y cardiovasculares. El informe de la Comisión Europea *“Efectos del cambio climático en la salud humana, animal y vegetal”* indica que por cada grado que suba la temperatura media global, la mortalidad aumenta entre 1 y 4%, dejando abierta la posibilidad de que para la década 2030 la mortalidad, por olas de calor, fuese de 30.000 fallecimientos al año. Podríamos decir que el clima se “extremiza” de tal manera que experimentaremos sequías prolongadas y lluvias torrenciales. Otro factor para considerar son las modificaciones de las enfermedades transmitidas por vectores, tras eventos de precipitación extrema y aumento de las temperaturas que inducen nuevas condiciones de transmisión de patógenos. En efecto, como se ha confirmado recurrentemente, a través de declaraciones e informes científicos, el 70% de las enfermedades emergentes son de origen zoonótico, y una nueva enfermedad infecciosa surge en humanos cada cuatro meses (PNUMA, 2020).

Es muy importante enfatizar que la crisis ecológica no obedece sólo a variables climáticas sino a sistemas de producción y reproducción del capital, que generan dinámicas de desposesión y despojo, de apropiación y privatización de bienes naturales comunes y de fuerzas materiales y emocionales en las sociedades actuales. Ante esta perspectiva resulta imprescindible construir una nueva ética de la vida para recuperar la vida en la tierra, generando una simbiosis que refuerce el cuidado colectivo. La categoría “cuidado” resulta central en el abordaje de las alternativas de transformación, rompiendo el binomio sociedad-naturaleza que, entre otras cosas, se ve reflejado en la “artificialización de la ciudad”, dando lugar a las condiciones necesarias para que no sólo el SARS-CoV-2 sino cualquier microorganismo tenga un contexto de intensificación pandémica.

Sin embargo, ante esta catástrofe global de características desconocidas, en España se plantean respuestas que priman la revitalización económica, a través del impulso de sectores como el de la construcción y el turismo, entre otros. Algunas comunidades autónomas, aprovechando la desmovilización durante el estado de alarma, han flexibilizado las regulaciones en materia ambiental para la actividad turística y urbanística: acortando plazos, eliminando requisitos y controles ambientales, agilizando trámites o sustituyendo multitud de informes sectoriales por un único pronunciamiento para incentivar la inversión extranjera. Al respecto resultan esclarecedoras las declaraciones de la Ministra de Industria, Comercio y Turismo María Reyes Maroto: “el sector turístico debe transformarse y modernizarse para seguir siendo el país más competitivo del mundo [...] teniendo como principales objetivos que el turismo siga siendo dentro de 60 años el motor de desarrollo en España” (20minutos, 2021). De igual manera

el Ministro de Transporte, Movilidad y Agenda Urbana, José Luis Ábalos afirmó que: “la construcción ha de convertirse en la palanca para la recuperación del empleo y la economía” (EuropaPress, 2020).

Frente a esta agenda amenazadora que conllevaría la profundización de esta crisis ecológica, el ecofeminismo, desde una perspectiva emancipadora, se constituye una de las líneas de pensamiento más potentes porque integra realidades críticas como la emergencia ecológica y la perspectiva feminista que rompen con estas lógicas de producción y reproducción del capital. El ecofeminismo, como filosofía crítica, no se apoya en el género en sí mismo, sino en las relaciones que derivan de una visión y prácticas relacionadas con la desposesión, el despojo, la apropiación y la privatización de bienes comunes. Frente a valores como competitividad, exaltación del individualismo y la mercantilización de espacios vitales, el ecofeminismo reivindica una filosofía del cuidado, de lo común y de lo comunitario.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Abellán, Antonio; Aceituno, Pilar y Ramiro, Diego (2019). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Madrid, Informes Envejecimiento en red No.24.
- Abellán, Antonio et al. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red No.22.
- Alós, Ramon; Beneyto, Pere y Jódar, Pere (2017). Reforma laboral i desregulació del mercat de treball. Anuario IET de trabajo y Relaciones Laborales,4, 73-86.
- Arellano, Manuel y Bentolila, Samuel (2009). ¿Quién es responsable de la burbuja inmobiliaria? El País. [https://elpais.com/diario/2009/02/22/negocio/1235312065\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2009/02/22/negocio/1235312065_850215.html)
- Astrain, Borja (2018). Growing demand, precariousness and austerity: The long way to universal and quality long term care in Europe. New York, NY: Expert Group Meeting on Care and Older Persons: Links to Decent Work, Migration and Gender.
- Asuar, Beatriz (2020). Hospitales de Madrid se colapsan ante uno de los picos más altos de gripe con niños enfermos. Público. <https://www.publico.es/sociedad/gripe-madrid-hospitales-madrid-colapsan-pico-alto-gripe-colapso-estres-falta-recursos-hospitales-madrilenos-epidemia-gripe.html>
- Bacigalupe, Amaia et al. (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? Gaceta Sanitaria, 30(1), 47-51.

- Bachega, Hugo (2020). Murieron en silencio y solos: la indignación de los familiares de los fallecidos en residencias para ancianos. BBC News. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52509480>
- Bernal-Delgado, Enrique et al. (2018). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(2):1–179.
- Bocanegra, Raúl (2020). Los ecologistas arremeten contra la Ley del Suelo de Moreno porque «da vía libre a edificar cualquier cosa en cualquier lugar». Público. <http://www.publico.es/politica/ecologistas-arremeten-ley-suelo-moreno-da-via-libreedificar-cosa-lugar.html>
- Booth, Robert (2020). Half of coronavirus deaths happen in care homes, data from EU suggests. Figures from Italy, Spain, France, Ireland and Belgium suggest UK may be underestimating care sector deaths. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/13/half-of-coronavirus-deaths-happen-incare-homes-data-from-eu-suggests>
- Borras, Marta (2021). La doble cara de la crisis de los cuidados que agravó la pandemia, en seis rostros: Somos las grandes olvidadas. *El Diario.es*. [https://www.eldiario.es/sociedad/seis-rostros\\_1\\_7277320.html](https://www.eldiario.es/sociedad/seis-rostros_1_7277320.html)
- Boscà, José et al. (2012). Cambio Global España 2020/2050. Cambio climático y salud. Asturias. <https://sanidadambiental.com/wpcontent/uploads/varios/Informe%20Salud%20y%20Cambio%20Climatico.pdf>
- Boyer, George (1988). What did unions do in nineteenth-century Britain? *Journal of Economic History*, 319-332.
- Brunat, David (2020). Batas que se rompen y mascarillas de papel contra el virus: las enfermeras estallan. *El Confidencial*. [https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-05/coronavirus-mascarilla-enfermeras-contagio\\_2534731/](https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-05/coronavirus-mascarilla-enfermeras-contagio_2534731/)
- Bruton, Deborah (2004). Dealing with disease in population. *Public Health 1830-1880*. In Bruton, D (Ed.) *Medicine Transformed. Health Disease and Society in Europe 1800-1930* (p.180-210). Manchester and New York: Manchester University Press, Open University
- Burki, Talha (2020). The origin of SARS-CoV-2. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(9), 1018-1019.
- Busse, Reinhard et al. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390 (10097), 882-897.

- Caparrós, Martín (2019). Vox y los restos de Franco. El partido de extrema derecha fue el ganador claro de los recientes comicios y acabó con el mito del excepcionalismo español. *New York Time* (versión en español). <https://www.nytimes.com/es/2019/11/14/espanol/opinion/vox-espana.html>
- Castel, Robert (2013). Michel Foucault y la historia del presente. *Con-ciencia social: anuario de didáctica de la geografía, la historia y las ciencias sociales*, (17), 93-100.
- Carrasco, Cristina y Torns, Teresa (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata
- Carrasco, Cristina et al. (2014). Expolio y servidumbre: apuntes sobre la llamada deuda de cuidados. *Revista de Economía Crítica*, 2014,18, 48-59.
- Cannolly, Kate (2020). Care homes across globe in spotlight over Covid-19 death rates Residential homes have emerged as key breeding ground for infections from Madrid to New York. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/09/care-homes-across-globe-in-spotlight-over-covid-19-death-rates>
- Clarke, John (2015). Stuart Hall and the theory and practice of articulation. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 36(2), 275-286.
- CCE -Comisión de las Comunidades Europeas (2009). *Efectos del cambio climático en la salud humana, animal y vegetal*. Bruselas. [https://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_threats/climate/docs/com\\_2009-147\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/climate/docs/com_2009-147_es.pdf)
- Cócola, Agustín (2016). La producción de Barcelona como espacio de consumo. Gentrificación, turismo y lucha de clases. En Rodríguez Medela, J., Salguero Montaña, O. Y Sánchez Cota, A. (Coord.), *Cartografía de la ciudad capitalista. Transformación urbana y conflicto social en el Estado Español*. (p.31-45). Madrid: Traficantes de Sueños. <https://www.traficantes.net/libros/cartograf%C3%ADa-de-la-ciudad-capitalista>
- Codorniu, Julia (2020). La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales)*, (73), 45-60.
- Coronado-Vázquez, Valle et al. (2020). Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gaceta Sanitaria*, 33, 554-562.

- Congostrina, Alfonso (2020). Entierros sin velatorio ni funeral: “Nuestro trabajo siempre es delicado, pero ahora es mucho más triste”. Los servicios funerarios denuncian la falta de mascarillas y trajes de protección. El País. <https://elpais.com/sociedad/2020-03-19/los-servicios-funerarios-denuncian-la-falta-de-mascarillas-y-trajes-de-proteccion.html>
- Cruz, Alfonso et al. (2019). Distribución de enfermeras por Unidades de pacientes agudos y Unidades de Cuidados Intensivos en España. *Index de Enfermería*, 28(3), 147-151.
- Chapman, Jonathan (2019). The contribution of infrastructure investment to Britain’s urban mortality decline, 1861–1900. *The Economic History Review*, 72(1), 233-259.
- De Benito, Emilio (2020). Sanidad advierte del papel de los hogares en la difusión de la pandemia. En 130.000 de los casi 170.000 casos diagnosticados se ignora el lugar del contagio. El protocolo para la macroencuesta epidemiológica en los domicilios no está listo. El País. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-13/130000-casos-sin-justificar.html>
- Del Romero, Luis (2010). Dos décadas de urbanismo-espectáculo en España: Los grandes eventos como motor de cambio urbano. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, No.53, 309-327. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3321295>
- Defert, Daniel (1991). Popular life and insurance technology. Burchell, G., Gordon, C., y Miller, P. (Eds.). *The Foucault effect: Studies in governmentality*, (p.211-233) Chicago University Press.
- Del Pino, Eloísa et al. (2020). Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC). Madrid. <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
- Dirección General de Innovación y Estrategia Social. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social (2020). Informe del Estudio sobre el impacto de la situación de confinamiento en la población de la ciudad de Madrid, tras la declaración del estado de alarma por la pandemia COVID-19. Impacto económico y laboral sobre los hogares. Madrid. España. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Calidad-y-Evaluacion/Percepcion-Ciudadana/2020-002-ASN-Estudio-sobre-el-impacto-de-la-situacion-de-confinamiento-en-la-poblacion-de-la-ciudad-de-Madrid-tras-la-declaracion-del-estado-de>

alarma-por-la-pandemia-COVID-19/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=ba4995daf9902710VgnVCM2000001f4a900aRCRD&vgnnextchannel=f22ff49c4495d310VgnVCM2000000c205a0aRCRD

- Donzelot, Jacques (1991). The Mobilization of society. In Burchell, G., Gordon, C., Miler, P (Ed.) *The Foucault effect, Studies in governmentality* (p.169-180), Chicago: The University of Chicago Press.
- Deusdad, Blanca; Pace, Charles y Anttonen, Anneli (2016). Facing the challenges in the development of long-term care for older people in Europe in the context of an economic crisis. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 144-150.
- Díaz, Magdalena y Martínez-Buján, Raquel (2018). Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España. *Panorama Social*, (27), 23-36.
- El Mundo (2017). La gripe colapsa los hospitales de media España. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/ciencia/2017/01/12/58767cb4268e3e1f448b459a.html>
- El País (2020). La pandemia golpea a las residencias de mayores de toda Europa. España no es una excepción en los países de su entorno. El virus dejará decenas de miles de fallecimientos en estos centros. En Bélgica son la mitad de los casos. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-27/la-pandemia-golpea-a-las-residencias-de-mayores-de-toda-europa.html>
- Espinel, Manuel (2020). Geografía política de los cuidados (O por qué la pandemia del coronavirus confinó a buena parte del Norte global). *Geopolítica(s)*, 11(Especial): 127-140
- Esquivel, Valeria; Faur, Eleonor y Jelin, Elizabeth (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En V. Esquivel et al. (Ed). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*, 11-43. Buenos Aires: IDES
- EuropaPress (2020). Ábalos quiere erigir la construcción en palanca de la recuperación y espera no tener que parar obras. EuropaPress. <https://www.europapress.es/economia/noticia-abalos-quiere-erigir-construccion-palanca-recuperacion-espera-no-tener-parar-obras-20200427161246.html>
- Eurostat -European statistics (2020). Proportion of population aged 65 and over % of total population. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en>
- Eurostat -European statistics (2020). Old age dependency ratio per 100 persons. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en>

- Ewald, François (1981). Formation de la notion d'accident du travail. *Sociologie du travail*, p. 3-13.
- Ewald, François (2000). La providence de l'Etat. *Reveu Porject, Dossiers, mars*, p.45-50
- Ewald, François (2002). The return of Descartes's malicious demon: An outline of a philosophy of precaution. En Baker, T., Somon, J. *Embracing risk: The changing culture of insurance and responsibility*, (p.273-301). Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Expansión (2020). España, gasto público salud. *Datosmacro.com*. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana>
- Ezquerria, Sandra (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones feministas*, 2: 175-187).
- Federici, Silvia (2004). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2004.
- Federici, Silvia y Acevedo, Marta (2000). Salario contra el trabajo doméstico. *Debate Feminista*, 22, 52-61.
- Federici, Silvia (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. *Nueva Sociedad*, (256), 45-62.
- Fernández, Donato (2016). La crisis económica española: una gran operación especulativa con graves consecuencias. *Estudios Internacionales (Santiago)*, 48(183), 119-151.
- Foucault, Michel (1999). *Estrategias de poder* (p. 365-384), Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel (2009). *El nacimiento de la biopolítica*. Tres Canto Madrid: Akal
- Fraser, Nancy (2016). Las contradicciones del capital y los cuidados. *New Left Review*, 100: 111-132.
- Gaffney, Declan et al. (1999). The politics of the private finance initiative and the new NHS. *Bmj*, 319(7204), 249-253.
- Gené-Badia, Joan (2019). Atención primaria: urge cambiar para mantener la calidad. *Atención Primaria*, 51(5), 266.
- Górgolas, Pedro (2017). Burbujas inmobiliarias y planeamiento urbano en España: «una amistad peligrosa». *Cuadernos de Investigación Urbanística*, 111. <https://doi.org/10.20868/ciur.2017.111.3536>
- Gómez, Jonathan (2015). El cambio climático en Europa: Percepción e impactos 1950-2050. *Los Verdes-ALE/EQUO*. <http://ethic.es/wp-content/uploads/2015/07/1950-2050->

Impactos-del-Cambio-Climático-en-España-y-Europa.-  
Percepción-e-impactos.pdf

- Gonzalo, Ángeles (2019). El coste del rescate a la banca por la crisis crece a 65.725 millones. Cinco Días, *El País Económico*, 22 de noviembre. [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2019/11/20/companias/1574245470\\_048581.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2019/11/20/companias/1574245470_048581.html)
- González, Guillermo (2015). Los inicios de la previsión social en España: responsabilidad patronal y seguro de accidentes en la ley de accidentes del trabajo de 1900. *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*, 5(2), 1-32.
- González, Luis et al. (2019). Escenarios de trabajo en la transición ecosocial 2020-2030. *Ecologistas en Acción*. Con el apoyo del Ministerio para la Transición Ecológica a través de la fundación Biodiversidad. <https://www.ecologistasenaccion.org/wp-content/uploads/2019/12/informe-escenarios-de-trabajo-WEB.pdf>
- Greenpeace (2019). A toda costa. Análisis de los ecosistemas naturales costeros vulnerables a la urbanización masiva del litoral. Greenpeace. <https://es.greenpeace.org/es/wp-content/uploads/sites/3/2019/06/Costas-2019-LR.pdf>
- Granda, Edmundo (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 83-100.
- Grasso, Daniele et al. (2020). Covid de ricos, Covid de pobres: las restricciones de la segunda ola exponen las desigualdades de Madrid. *El País*. [elpais.com/espana/madrid/2020-09-16/covid-de-ricos-covid-de-pobres-las-restricciones-de-la-segunda-ola-exponen-las-desigualdades-de-madrid.html](https://elpais.com/espana/madrid/2020-09-16/covid-de-ricos-covid-de-pobres-las-restricciones-de-la-segunda-ola-exponen-las-desigualdades-de-madrid.html)
- Madrid - 17 SEPT 2020 - 11:17 CESTGuell, O (2020, 25 de enero). Los hospitales españoles se anticipan a la llegada del coronavirus. El Ministerio de Sanidad considera “muy bajo” el riesgo para la población por el brote desatado en China. *El País*. [https://elpais.com/sociedad/2020/01/24/actualidad/1579898708\\_822682.html](https://elpais.com/sociedad/2020/01/24/actualidad/1579898708_822682.html)
- Hartmann, Heidi (1976). Capitalism, patriarchy, and job segregation by sex. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 1(3, Part 2), 137-169.
- Hartmann, Heidi (1981). The family as the locus of gender, class, and political struggle: The example of housework. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 6(3), 366-394.

- Harvey, David (2011). Roepke lecture in economic geography—crises, geographic disruptions and the uneven development of political responses. *Economic Geography*, 87(1), 1-22.
- Harvey, David (2012). *Rebel cities: From the right to the city to the urban revolution*. New York-London: Verso books.
- Heimeshoff, Mareike; Schreyögg, Jonas y Tiemann, Oliver (2014). Employment effects of hospital privatization in Germany. *The European journal of health economics*, 15(7), 747-757.
- Henley, Joan (2021). A once-in-a-generation event': lessons from a year of lockdown in Europe. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2021/mar/09/a-once-in-a-generation-event-lessons-from-a-year-of-lockdown-in-europe>
- Hernández-Aguado, Ildefonso y García, Ana (2020). ¿Será mejor la salud pública tras la COVID-19? *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.004>
- Hernández, Antonio (2019). *Green Deal: El camino para una Europa neutra climáticamente*. España-European Commission. [https://ec.europa.eu/spain/news/20191212\\_Europe-climate-neutral-2050\\_es](https://ec.europa.eu/spain/news/20191212_Europe-climate-neutral-2050_es)
- Holden, Chris (2005). Privatization and trade in health services: a review of the evidence. *International journal of health services*, 35(4), 675-689.
- Horowitz, Jason y Bubola, Emma (2020). Isolating the Sick at Home, Italy Stores Up Family Tragedies. “Stay home” measures have helped Italy control the coronavirus, but home is also a dangerous place that may be propping up the infection curve the lockdown was meant to suppress. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/04/24/world/europe/italy-coronavirus-home-isolation.html>
- IDIS -Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2019). *Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2019*. <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2019>
- INE -Instituto Nacional de Estadísticas (2019). *Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2018*. Notas de prensa. [https://www.ine.es/prensa/epsc\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/epsc_2018.pdf)
- Imsero (2021). Reporte No.1. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. [https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe\\_Semanal\\_Residencias\\_20210302.PDF](https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_Semanal_Residencias_20210302.PDF)

- ISCIII, CNE, RENAVE, (2021). Informe No.71. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2071\\_%2024%20de%20marzo%20de%202021.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2071_%2024%20de%20marzo%20de%202021.pdf)
- Jeréz, Luis y Martín, Victor (2011). La renta de la tierra: los precios del suelo y la especulación inmobiliaria en España. *Nimbus: Revista de climatología, meteorología y paisaje*, (27), 41-61.
- Jiménez-Martín, Sergi y Viola, Analía (2020). La asistencia residencial en España y COVID-19. *Estudios sobre la Economía Española - 2020/20*. Madrid, España: FEDEA. <https://www.fedea.net/la-asistencia-residencial-en-espana-y-covid-19/>
- John Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Jones, Sam (2020). Spain: doctors struggle to cope as 514 die from coronavirus in a day. Healthcare workers in country account for more than 13% of the country's Covid-19 cases. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/24/spain-doctors-lack-protection-coronavirus-covid-19>
- Keucheyan, Razming (2016). La naturaleza es un campo de batalla. *Ensayo de ecología política España: Clave intelectual*.
- Keenan, Jesse; Hill, Thomas y Gumber, Anurag (2018). Climate gentrification: From theory to empiricism in Miami-Dade County, Florida. *Environmental Research Letters*, 13(5), 054001. <https://doi.org/10.1088/1748-9326/aabb32>
- Kröger, Teppo y Bagnato, Angela (2017). Care for older people in early twenty-first-century Europe: dimensions and directions of change. En Martinelli, F., Anttonen, A., y Mätzke, M. (Eds.). *Social services disrupted: changes, challenges and policy implications for Europe in times of austerity*. (p. 201-218) Edward Elgar Publishing: UK, USA.
- Lazzerini, Marzia y Putoto, Giovanni (2020). COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties. *The Lancet Global Health*, 8(5), e641-e642.
- Linde, Pablo; Alfageme, Ana y Martín, Javier(2020). Los sanitarios se baten en las UCI: “Es la guerra de nuestra generación” Miles de profesionales atienden a los 1.600 pacientes graves que desbordan las unidades de cuidados intensivos. Se enfrentan a un enemigo todavía desconocido en un escenario inédito, El

- País. <https://elpais.com/sociedad/2020-03-21/los-medicos-se-baten-en-las-uci-es-la-guerra-de-nuestra-generacion.html>
- Link, Bruce y Phelan, Jo C (2002). McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *American Journal of Public Health*, 92(5), 730-732.
- Loon, Joost (2005). Epidemic space. *Critical Public Health*, 15(1), 39-52.
- López, Celeste(2020). La especulación en el mercado bloquea la llegada de material sanitario a España. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vida/20200324/4874322651/especulacion-mercado-bloquea-llegada-material-sanitario-espana-coronavirus.html>
- Lupton, Deborah (2013). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory & Health*, 11(3), 256-270.
- Llano-Ortiz, Juan (2019). El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2018. Madrid: EAPN. <https://www.eapn.es/estadodepobreza/capitulos-2019.php>
- Llaneras, Kiko y Sevillano, Elena (2020). ¿Cómo son las zonas restringidas en Madrid? Más densas, con más inmigrantes y sobre todo más pobres. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-09-19/como-son-las-zonas-restringidas-en-madrid-mas-densas-con-mas-inmigrantes-y-sobre-todo-mas-pobres.html>
- Magallón, Eduardo (2017). Los abuelos fueron el sustento de las familias durante la crisis. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/economia/20170722/424288995209/abuelos-sustento-familias-tesis-pensiones-informe.html>
- Magallón, Eduardo (2019). Las pensiones son el instrumento que más atenuó la desigualdad en la crisis. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/economia/20191026/471186769662/pensiones-amortiguador-tesis-espana-pobreza-funcas.html>
- Marí-Klose, Marga y Escapa, Sandra (2015). Solidaridad intergeneracional en época de crisis: ¿mito o realidad? *Panorama Social*, 22 (2). semestre, 61-78.
- Mestre-Miquel, Joana; Guillen-Palomares, Juana y Caro-Blanco, Fernanda (2012). Abuelas cuidadoras en el siglo XXI: recurso de conciliación de la vida social y familiar. *Portularia*, 12, 231-238.

- Medina, Miguel (2019). La sanidad madrileña pierde 800 camas en cuatro años pese al aumento de la población, *El País*. [https://elpais.com/ccaa/2019/05/13/madrid/1557747161\\_256460.html](https://elpais.com/ccaa/2019/05/13/madrid/1557747161_256460.html)
- Marcos, José y García, Bruno (2013). Eurovegas se instalará en Alcorcón y empezará a construirse este año. *El País*. [https://elpais.com/ccaa/2013/02/08/madrid/1360320473\\_403277.html](https://elpais.com/ccaa/2013/02/08/madrid/1360320473_403277.html)
- Martín, José (2016). El sistema nacional de salud español ante la gran recesión. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 315-334.
- Martínez, Raquel (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1), 93-123.
- Martínez, Raquel y Martínez, Lucía (2015). La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (60), 5-7.
- Méndes Ricardo y Plaza, Julio (2016). Crisis inmobiliaria y desahucios hipotecarios en España: una perspectiva geográfica. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, (71):99-127
- Ministerio de Sanidad (2019). Estadística de gasto sanitario público 2017: Principales resultados. <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Mckeown, Thomas y Lowe, C.R (1984). *Introducción a la Medicina social*, México: Siglo XXI Editores.
- Ministerio de Industria, Comercio y Turismo (2020). *Cifras PYMES. Datos enero 2020*. <http://www.ipyme.org/Publicaciones/CifrasPYME-enero2020.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2020). Actualización No. 65. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 04.04.2020 (datos consolidados a las 21:00 horas del 03.04.2020). Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_65\\_COVID-19.pdf](https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_65_COVID-19.pdf)
- Ministerio de Sanidad (2021). Actualización No.340. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 26.03.2021 (datos consolidados a las 14:00 horas del 26.03.2021). Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_340\\_COVID-19.pdf](https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_340_COVID-19.pdf)

- Ministerio de la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (2020). Gestión del Dominio Público Marítimo Terrestre. <https://www.miteco.gob.es/es/costas/temas/procedimientos-gestion-dominio-publico-maritimo-terrestre/>
- Moreno, Luis y Marí-Klose, Pau (2013). Las Transformaciones del Estado de bienestar Mediterráneo: Trayectorias y retos de un régimen en Transición. En E. del Pino y M. Josefa Rubio (eds). Los Estados de bienestar en la Encrucijada, (p. 126-46) Madrid: Technos.
- Moreno-Colom, Sara et al. (2016). Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde el discurso de las cuidadoras. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5416616>
- Moliní, Fernando y Salgado, Miguel (2012). Los impactos ambientales de la ciudad de baja densidad en relación con los de la ciudad compacta. XVII (no958). <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-958.htm>
- Mouzo, Jessica (2019). Urgencias saturadas en Barcelona con la gripe a punto de entrar en epidemia. El País. [https://elpais.com/ccaa/2019/01/16/catalunya/1547643754\\_015186.html](https://elpais.com/ccaa/2019/01/16/catalunya/1547643754_015186.html)
- Munárriz, Ángel (2020). ¿Salida verde? La pandemia desata una oleada de reformas para salvar el ladrillo. infoLibre.es. [https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/05/29/la\\_pandemia\\_desata\\_una\\_oleada\\_rebajas\\_ambientales\\_para\\_salvar\\_ladrillo\\_107252\\_1012.html](https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/05/29/la_pandemia_desata_una_oleada_rebajas_ambientales_para_salvar_ladrillo_107252_1012.html)
- Naredo, José (2014). El modelo inmobiliario español y sus consecuencias. Boletín CF+S. Tierra y libertad, (44), 13-28.
- Navarro, Vicenç (2012). La banca alemana, beneficiaria del “rescate” español. Diario Público, 21 de junio. <https://blogs.publico.es/dominiopublico/5342/la-banca-alemana-beneficiaria-del-rescate-espanol/>
- Navarro, Vicenç y Clua-Losada, Mònic. (Eds.). (2012). El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. Observatorio Social de España. Barcelona: Ariel.
- Nicas, Jack (2020). Es la ley de la selva en el mercado de las mascarillas. Hospitales, gobiernos, benefactores y vendedores improvisados están compitiendo. Las estafas y los precios están en aumento. New York Times. <https://www.nytimes.com/es/2020/04/06/espanol/ciencia-y-tecnologia/precio-mascarillas-n95-coronavirus.html>

- OECD -Organisation for Economic Cooperation and Development (2020). OECD Health Statistics 2020. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- Olmo, José (2020). 400 ataúdes en islotes de plástico sobre el hielo: “Las máquinas de frío están a tope”. El Confidencial. [https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-02/400-ataudes-palacio-de-hielo-coronavirus-muertos-madrid\\_2530043/](https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-02/400-ataudes-palacio-de-hielo-coronavirus-muertos-madrid_2530043/)
- Orovio, Ignacio; Aroca, Jaume y Tarín, Santiago. (2020). Qué ha pasado en las residencias. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vida/20200426/48714890909/residencias-mayores-coronavirus.html>
- Osborne, Thomas (1996). Security and vitality: drains, liberalism and power in the nineteenth century. En Barry, A., Osborne, Th., Rose, N., (eds.). Foucault and political reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government (p.99-121). Chicago, London: University of Chicago Press.
- Osborne, Hilary (2021). Home workers putting in more hours since Covid, research shows Staff in countries including UK log on for two hours longer at home and face bigger workloads. The Guardian. <https://www.theguardian.com/business/2021/feb/04/home-workers-putting-in-more-hours-since-covid-research>
- Ostry, Aleck y Frank, John (2010). Was Thomas McKeown right for the wrong reasons? *Critical Public Health*, 20(2), 233-243.
- Palomo, Aleksandro (2008). En busca de un nuevo motor para España: el derrumbe del ladrillo colapsa la economía. *Le Monde diplomatique en español*, (150), 3.
- Pasley, James (2020). La fiebre del oro de las mascarillas llega a China: más de 38.000 empresas registradas en 2020 ya pueden fabricarlas o distribuirlas, pero la calidad se ha vuelto un problema. *Business insider España*. <https://www.businessinsider.es/coronavirus-fiebre-empresas-chinas-fabrican-mascarillas-625587>
- Pellicer, Lluís (2020). La economía de la zona euro se desploma un 3,8% por la pandemia. Bruselas urge a un plan para rescatar a las economías más afectadas tras constatar un derrumbe mayor que el sufrido tras la caída de Lehman Brothers. *El País*. <https://elpais.com/economia/2020-04-30/la-economia-de-la-zona-euro-se-desploma-un-38-por-la-pandemia.html>
- Pérez, Amaia (2014). Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. Madrid: Traficantes de sueños.

- Pérez, Sofía y Sánchez, Raúl (2020). La realidad detrás de los contagios en el sur de Madrid: “Nos preguntan que cómo se aíslan si viven en una habitación”. *El Diario.es*. [https://www.eldiario.es/madrid/realidad-detras-contagios-sur-madrid-preguntan-aislan-si-viven-habitacion\\_1\\_6183895.html](https://www.eldiario.es/madrid/realidad-detras-contagios-sur-madrid-preguntan-aislan-si-viven-habitacion_1_6183895.html)
- Player, Stewart y Pollock, Allyson (2001). Long-term care: From public responsibility to private good. *Critical Social Policy*, 21(2), 231-255.
- Pratt, Bridget y Hyder, Adnan (2017). Governance of global health research consortia: Sharing sovereignty and resources within Future Health Systems. *Social Science & Medicine*, 174: 113-121.
- Prieto, Fernando; Llanos, Mónica y Pulido, José (2011). Tendencias recientes de evolución del territorio en España (1987-2005): Causas y efectos sobre la sostenibilidad. 18. <https://recyt.fecyt.es/index.php/CyTET/article/view/76053/46453>
- Pollock, Allyson et al. (2007). The market in primary care. *British Medical Journal*, 335(7618), 475-477.
- Pollock, Allyson et al. (2020). Covid-19: why is the UK government ignoring WHO's advice? *British Medical Journal*, 368. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1284>
- Redacción, La Vanguardia, Barcelona (3 de junio de 2020). El personal sanitario, ¿de los aplausos a unas mejores condiciones laborales? *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/participacion/debates/20200603/481579032564/debate-condiciones-laborales-medios-salarios-personal-sanitario-pandemia-covid-19.html>
- Remacha, Belén (2019). Las malas condiciones laborales provocan falta de enfermeras en las residencias de ancianos. *El diario.es*. [https://www.eldiario.es/sociedad/condiciones-laborales-residencias-ancianos-enfermeria\\_0\\_944206281.html](https://www.eldiario.es/sociedad/condiciones-laborales-residencias-ancianos-enfermeria_0_944206281.html)
- Rejón, Raúl (2015). Las urgencias no aguantan ni el primer pico de casos de gripe. *El Diario.es*. [https://www.eldiario.es/sociedad/estrenada-epidemia-problemas-urgencias-inmediata\\_1\\_4424115.html](https://www.eldiario.es/sociedad/estrenada-epidemia-problemas-urgencias-inmediata_1_4424115.html)
- Rejón, Raúl; Requena, Ana y Pérez, Sofía (2020). Los hospitales de Madrid bordean el colapso por la llegada de casos y la escasez de material para atajar el coronavirus. *El diario.es*. [https://www.eldiario.es/sociedad/hospitales-Madrid-bordean-material-coronavirus\\_0\\_1007200253.html](https://www.eldiario.es/sociedad/hospitales-Madrid-bordean-material-coronavirus_0_1007200253.html).
- Rejón, Raúl (2020). La falta de inversión y la precariedad están detrás de la escasez de médicos de Atención Primaria. *Los*

recortes y la mala planificación para dotar la Atención Primaria se han traducido en un deterioro de las condiciones de trabajo que ahuyenta a los sanitarios. El Diario.es. [https://www.eldiario.es/sociedad/falta-inversion-precariedad-detras-escasez-medicos-atencion-primaria\\_1\\_6238376.html](https://www.eldiario.es/sociedad/falta-inversion-precariedad-detras-escasez-medicos-atencion-primaria_1_6238376.html)

- Ricart, Marta (2020). Clase confinada, apáñese como pueda. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vivo/20201101/49103256401/covid-baja-confinamiento-cuarentena.html>
- Sassen, Saskia (2016). At the systemic edge: Expulsions. *European Review*, 24(1), 89.
- Sen, Cristina (2020). La sobrecarga de los cuidados recayó sobre las mujeres durante la pandemia. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vida/20200625/481943832970/sobrecarga-recae-sobre-ellas-pero-aumentan-hombres-cuidan.html>
- Sevillano, Elena y Valdez, Isabel (2020). Por qué España está sin mascarillas cuando lo peor de la crisis no ha llegado. La falta de material de protección pone contra las cuerdas al sistema sanitario. El País, <https://elpais.com/sociedad/2020-03-20/las-uci-de-varios-hospitales-de-madrid-ya-estan-al-doble-de-su-capacidad-con-pacientes-de-coronavirus.html>
- Soria, Fernando (2017). Cambio global, poblaciones y riesgos sanitarios: Una compleja relación. 6.
- Starr, Philip (1982). Transformation of defeat: the changing objectives of national health insurance, 1915-1980. *American Journal of Public Health*, 72(1), 78-88.
- Starr, Philip (1990). The New Life of the Liberal State: Privatization and the Restructuring of State-Society Relations. En John Waterbury and Ezra Suleiman (eds). *Public Enterprise and Privatization* (p. 22-54), Boulder, CO: Westview Press.
- Starr, Philip (2013). *Remedy and reaction: The peculiar American struggle over health care reform*. ASA; UK: Yale University Press.
- Tremlett, Giles (2020). How did Spain get its coronavirus response so wrong? Spain saw what happened in Iran and Italy – and yet it just overtook China’s death toll in one of the darkest moments in recent Spanish history. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/26/spain-coronavirus-response-analysis>
- Tobío, Constanza (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución complemento. *Cuadernos de relaciones laborales*, 31(1), 17-38.

- Tondo, Lorenzo (2020). Italian hospitals short of beds as coronavirus death toll jumps. Lombardy health system under pressure as country records its highest daily rise in deaths. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/09/italian-hospitals-short-beds-coronavirus-death-toll-jumps>
- Trapero-Bertran, Marta y Lobo, Félix (2021). El gasto público en servicios de prevención y salud pública en España antes de la COVID-19. Los datos nacionales. Cuadernos de Información Económica, 280: 59-71.
- UNEP -United Nations Environment Programme (2020). Coronavirus: ¿llegó para quedarse? <http://www.unep.org/es/noticias-y-reportajes/reportajes/coronavirus-llego-para-quedarse>
- Valdés, Isabel (2020). El mayor pico de gripe en cuatro años colapsa las urgencias y a los profesionales. El País. [https://elpais.com/ccaa/2020/02/05/madrid/1580903246\\_652477.html](https://elpais.com/ccaa/2020/02/05/madrid/1580903246_652477.html)
- Vargas, Jairo (16 de junio de 2019). La Sanidad pública madrileña cerrará más de 2.000 camas en los hospitales este verano. Público. <https://www.publico.es/sociedad/cierre-camas-hospitales-madrid-sanidad-publica-madrilena-cerra-2000-camas-hospitales-verano.html>
- Ventura, Daniel (2017, 13 de enero). ¿Por qué la gripe significa colapso en los hospitales españoles? The Huffington Post. [https://www.huffingtonpost.es/2017/01/13/gripe-colapso-hospitales\\_n\\_14135402.html](https://www.huffingtonpost.es/2017/01/13/gripe-colapso-hospitales_n_14135402.html)
- Warnand, Julien (20 de marzo 2020). Las ucis más saturadas comienzan a seleccionar a los pacientes. El Periódico. <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20200320/coronavirus-uci-seleccion-pacientes-saturacion-7898825>
- Weindling, Paul (2004). From germ theory to social medicine: public health 1880-1930. Bruton, D. (Ed.) *Medicine Transformed. Health Disease and Society in Europe 1800-1930* (p. 239-265). Manchester and New York: Manchester University Press, Open University
- Yeates, Nicola (2012). Global care chains: a state of the art review and future directions in care transnationalization research. *Global Networks*, 12(2), 135-154.
- Zarzalejos, Ana (7 de abril de 2020). La especulación y el caos se apoderan del mercado internacional en la guerra por conseguir suministros contra el coronavirus: Nueva York paga hasta 15 veces más por hacerse con mascarillas y equipos médicos. Business insider España. <https://www.businessinsider.es/>

coronavirus-especulacion-mercados-internacionales-material-medico-616311

Statista. COVID-19/Coronavirus. <https://www.statista.com/page/covid-19-coronavirus> 20minutos. (19 de abril de 2021).

20minutos (2021). Maroto: El sector turístico debe transformarse y modernizarse para seguir siendo el país más competitivo del mundo. <https://www.20minutos.es/noticia/4663609/0/maroto-el-sector-turistico-debe-transformarse-y-modernizarse-para-seguir-siendo-el-pais-mas-competitivo-del-mundo/>



# **COYUNTURA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN BOLIVIA: DOS MOMENTOS, DOS ENFOQUES, DOS POLÍTICAS**

**Marcelo Emilio Parra Gutiérrez  
e Inti Pacheco Espinoza**

## **RESUMEN**

Se presenta en el siguiente documento una narrativa cronológica sobre el comportamiento del Covid-19 en Bolivia durante las gestiones 2020 y 2021, caracterizado por estar enmarcados en una coyuntura política diametralmente opuesta en ambas gestiones, por ende los enfoques de manejo de la pandemia fueron opuestos, el primero de un gobierno de facto con denuncias de corrupción, cuarentenas forzadas que golpearon severamente la economía del país, sin mejorar la capacidad de respuesta a la pandemia y la segunda de un gobierno que recuperó la democracia en las urnas que priorizó la salud y la economía con la adquisición de vacunas, dotación de exámenes de diagnóstico, fortalecimiento del sistema de salud con recursos humanos, medicamentos e insumos, se recuperó la vigilancia epidemiológica comunitaria y los equipos móviles de salud, se recuperó la atención de otros programas de salud, en síntesis se recuperó el Ajoyu (Alma o espíritu del cuerpo).

## **INTRODUCCIÓN**

El presente documento es planteado como una contribución al análisis coyuntural del manejo de la pandemia Covid-19 en Bolivia, analizando el manejo de esta pandemia por un gobierno de corte neoliberal

y golpista en una primera ola desde marzo hasta noviembre de 2020 y el manejo de una segunda ola de la pandemia entre noviembre 2020 a diciembre de 2021 por el gobierno progresista del Movimiento Al Socialismo (MAS).

Este documento aportará con criterios y elementos conceptuales para el análisis del manejo de una situación pandémica bajo dos enfoques y políticas opuestas, permitirá tener elementos que podrán ser posteriormente profundizados en otras investigaciones de aspectos sociales, económicos y hasta psicológicos según la necesidad identificada.

La relevancia de este documento radica en la descripción y comparación del manejo de la pandemia por Covid-19 en Bolivia bajo dos parámetros diametralmente opuestos, de un gobierno neoliberal de facto y de un gobierno democrático progresista, en aspectos relacionados a sistema sanitario, ámbitos sociales, corrupción, desestructuración del sistema de salud, respuesta del estado y otros aspectos, obviamente respetando las diferencias contextuales nacionales e internacionales, haciendo diferencia temporal y coyuntural entre la primera ola (2020), segunda y tercera ola (2021) en el marco del Neo higienismo y securitización, la geopolítica y de la Salud Global Internacional.

### **MARCO TEÓRICO**

El Neo higienismo y securitización, doctrina del panamericanismo, propuesta del profesor (Basile, 2020) propone 3 elementos para comprender el nexo entre seguridad y salud en la incidencia del Covid-19: las cuarentenas empíricas, el neo higienismo con policía médica y la securitización global, como elementos destinados a limitar la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas y los riesgos que supondría normalizar este tipo de intervención de seguridad en el campo de la salud colectiva, tomando en cuenta el panamericanismo sanitario en América latina y el Caribe en sus vertientes biomedicalizadas y de enfermología pública.

Espinell (2020) plantea que la pandemia del Covid-19 ha generado una nueva geografía política, si bien su análisis es realizado en el norte global, existen elementos que pueden ser extrapolados a Bolivia y otros países de Latinoamérica seguramente, como el confinamiento, el cierre de la economía y su correspondiente desplome.

En el aspecto geopolítico (Hernandez, 2015) teoriza la praxis geopolítica como la caracterización de las determinaciones de ida y vuelta que se establecen a partir de las intervenciones políticas sobre un tipo peculiar de órdenes que rigen la convivencia humana: los órdenes espaciales o geográficos.

Como plantea (Harvey, 2008) realiza una narrativa de cómo la ciudad se constituye en un lugar que jamás fue armónico, libre de confusión, de violencia, sino más bien es un lugar de destrucción creativa, donde todos somos arquitectos de esta, ya sea de forma individual o colectiva, mediante nuestras acciones cotidianas, mediante nuestro compromiso político, intelectual y económico, pero a la misma vez la ciudad nos hace a nosotros.

En el marco del planteamiento del profesor (Basile, 2018) sobre la Salud Global Internacional que compone tres elementos: Las reformas sociales al Estado y reformas sectoriales a los sistemas de salud de corte neoliberal; la funcionalización de la salud pública a los mandatos del mercado y la consolidación del complejo industrial farmacéutico y las cooperaciones internacionales, identificando claramente elementos que caracterizan cada uno de estos 3 componentes para el respectivo análisis integrador del documento presentado. En este documento nos adherimos en mayor o menor medida a todas las categorías y dimensiones, planteadas.

### **DESARROLLO TEMÁTICO**

Bolivia sufrió una ruptura en su trayectoria democrática en noviembre de 2019 mediante un golpe de Estado maquinado, a partir de la victoria del MAS en las urnas y las denuncias de algunos líderes de partidos opositores, comités cívicos, universidades y otras instituciones de un posible fraude, que en primera instancia demandaban un recuento y auditoria del proceso electoral mismo que tuvieron su amplificador en los medios de prensa copados por dueños con tendencias políticas de derecha, mediante la quema de los tribunales departamentales electorales en varias ciudades, actos de vandalismo e inseguridad ciudadana, quema de casas de familiares de Diputados, Senadores y Ministros de Estado y secuestro de familiares de autoridades del hasta entonces gobierno democráticamente electo, además de la movilización de personas afines a estos grupos de poder, financiados por intereses externos, esta situación se mantuvo aproximadamente 3 semanas, a estas acciones se sumó un motín policial mediante el cual las fuerzas del Estado llamadas por la Constitución Política del Estado a precautelar el orden interno se rehusaron a cumplir su mandato constitucional, además el Alto Mando Militar sugiere al presidente constitucional Evo Morales su Comandante en Jefe, presentar su renuncia para pacificar el país, vale la pena mencionar que en todo este tiempo el hasta entonces presidente Morales jamás ordenó la represión de los manifestantes opositores, ante este clima el entonces presidente decidió presentar su renuncia una vez conocidos resultados preliminares de una auditoría realizada por la OEA a la cabeza

Luis Almagro, que meses después se demostró que fue manipulada y tergiversada, ya que nuestro país al igual que muchos otros de Sur América fueron considerados como un territorio de explotación, dominio y expansión de intereses geopolíticos, militares, comerciales y hasta sanitarios (Basile, 2020), considerando las enormes extensiones de parques naturales, agua, petróleo, gas y litio como recursos naturales propios de Bolivia.

A partir de la renuncia, el país atravesó una acefalia en el mando del gobierno por 3 días y por una jugarreta politiquera e interpretación de la normativa conveniente a grupos de derecha que aspiraban al poder, previa renuncia forzada de las autoridades llamadas a la sucesión constitucional a la presidencia como ser el Vicepresidente, Presidente de la Cámara de Senadores, Presidente de la Cámara de Diputados, cabeza del Órgano Judicial y en un acto desde todo punto de vista irregular, la senadora opositora Yanine Añez se autoproclama presidente de Bolivia, con apoyo de las Fuerzas Armadas, que además son las que le colocan la banda presidencial, lo que denoto la complicidad de las mismas, a partir de este acto bochornoso se inició un periodo de persecución política, como hacía décadas no se tenía referencia en el país, ocasionando que muchas ex autoridades y políticos se tengan que exiliar en países amigos y un grupo de 7 ex autoridades asilarse en la embajada de México que sufrió los embates del nefasto Ex Ministro de Gobierno Arturo Murillo, además de 2 masacres con 37 muertos, una en Senkata de la ciudad de El Alto y la otra en Sacaba departamento de Cochabamba, para impedir que el pueblo organizado llegue a las ciudades, consolidado el régimen represivo se viro abiertamente hacia un gobierno de toque neoliberal que trato de destruir el aparato productivo construido en 14 años del gobierno de Evo Morales.

En febrero del 2020, el gobierno de facto de Bolivia a la cabeza de la Sra. Yanine Añez, anunció que realizaría los esfuerzos para poder equipar los hospitales en respuesta a la pandemia de Covid-19 que aún no había llegado a nuestro país, además de la dotación de pruebas de diagnóstico y otras medidas sanitarias, para lo cual recibió donaciones de la Embajada de China y de otros Gobiernos, así como ayuda de organismos bi y multilaterales, se inició la especulación sanitaria, económica, política y social de un posible brote en el país, sobre todo el aspecto socio económico en vista de que el cierre de fronteras tuvo un impacto negativo en los flujos comerciales, además de la caída del precio del petróleo y gas que se constituyen en la principal fuente de ingresos del país, siendo esta coyuntura adversa y el temor a la enfermedad, ambos fueron aprovechados para postergar las elecciones nacionales planificadas para el mes de mayo.

El 25 de febrero se presentó el primer caso en Latinoamérica en Brasil y a mediados del mes de marzo la pandemia llegó al país, para ese entonces aun el sistema de salud boliviano, no había recibido ningún fortalecimiento, ni estaba preparado para la llegada del virus, ya que no existían protocolos de atención, dotación de equipos de protección personal, no había certeza de la capacidad instalada de respuesta sanitaria, como prueba de ello el único laboratorio habilitado para diagnóstico fue el CENETROP en la ciudad de Santa Cruz en el oriente boliviano, se inició la estrategia comunicacional mal denominada de aislamiento social “Quédate en casa”, por lo que se intensificó la actividad en grupos de redes sociales con una población ansiosa de conocer más sobre esta enfermedad, medidas de prevención, tratamiento y vacunación que no tuvieron respuestas por parte del gobierno al no tener líneas de acción y una estrategia comunicacional clara. Paralelamente se invisibilizaron otras enfermedades prevalentes en el país, lo que fue criticado por sectores contestatarios al régimen.

El 10 de marzo se diagnosticaron los dos primeros casos de Covid-19 en Bolivia, provenientes de Italia, este hecho causó una respuesta inesperada de los trabajadores del sector salud en Santa Cruz que se organizaron ante el desconocimiento y falta de información clara, concreta y concisa, bloqueando los hospitales e impidiendo el ingreso de los pacientes a los nosocomios, ocasionando escándalos mediáticos y graves perjuicios en la oportunidad de atención a los pacientes con Covid, este malestar también fue transmitido a los vecinos que a lo largo del brote pandémico, quienes se opusieron a que sus hospitales reciban pacientes Covid-19, ante lo cual se tuvo que habilitar edificios abandonados para atender los primeros casos, la inexistencia de EPP y de una estrategia comunicacional clara, ocasionó la primera muerte de una persona de 50 años sin patología de base, a quien se le negó la atención en terapia intensiva y desnudo que el sistema de referencia establecido había fallado.

En el país el acceso al testeo se dio a los pacientes con síntomas claros y específicos lo cual restringía el acceso a la población en general, pues a quien no clasificaba dentro los requerimientos de esta definición, le era negada la prueba diagnóstica, ocasionando desazón en la población, realizándose solamente 800 pruebas hasta el 5 de abril en aproximadamente 25 días, recién en esta etapa se realizó el anuncio de la llegada de equipos de laboratorio para diagnóstico de Covid en Cochabamba y La Paz y hasta el final de la primera ola aproximadamente apenas se realizaron 250.000 pruebas en 9 meses, que ocasiono un importante sub diagnóstico de casos.

Otro hecho importante que debe resaltarse, es el confinamiento asumido por el gobierno, que ocasionó incertidumbre en la población,

sobre todo, en aquellos que no contaban con un trabajo formal, como las personas que se dedican al transporte público, comerciantes, gremiales, productores agrarios, constructores y otros que veían afectada su economía y por ende su subsistencia diaria, este aislamiento, el lavado de manos, el distanciamiento social, posicionaron en el imaginario colectivo una pseudo seguridad que se demuestra contradictoria a las dinámicas caóticas e injustas que se visualizan en la materialidad de las condiciones de vida de familias, grupos sociales y poblaciones (Basile, 2020), siendo utilizada esta cuarentena como una medida de contención en base a mensajes que daban la responsabilidad del cuidado a la población, con un sistema de salud sin capacidad de respuesta, para este fin como en gobiernos dictatoriales se vieron las calles militarizadas en cruces y plazas, donde solo se permitía la circulación de algunos vehículos que tenían autorización del Ministerio de Gobierno, además de presencia policial en patrullas, con la consiguiente afectación psicológica a la población, ya que salían a las calles armados, en tanquetas y carros militares haciendo uso de sirenas y todo el aparato represivo, como menciona (Hernandez, 2015) “sería sesgado considerar cualquier proceso geopolítico local o regional sin considerar las determinaciones que provienen del poder político y militar institucionalizado”.

Y es que, si bien el proceso de subordinación y producción capitalista del espacio ha alcanzado la escala global, no quiere decir que se haya establecido únicamente por procesos geopolíticos extendidos en esta misma escala, ya que en realidad es el resultado de un sin número de estos procesos desplegados en diversas escalas, por lo cual la lógica a seguir fue penalizar y castigar al ciudadano que osaba vulnerar las disposiciones, en un sistema político-médico basado en el empirismo, la improvisación y la militarización, llama la atención que “Necesita de la división de la sociedad en individuos con el fin de aislar, inspeccionar y controlar; este hecho tiende a una extrema biomedicalización de enfermedades de afectación poblacional; Es un proyecto disciplinador y de nueva normalización por características intrínsecas; Homogeneiza a la sociedad e identifica en cada contexto factores considerados peligrosos y punibles” (Basile, 2020), reproduciéndose matrices de intervención en salud basadas en control poblacional masivo como premisa, persecución y policía médica, militarización de emergencia de salud pública (Basile, 2020).

Misma actitud se evidenció por parte de algunos ministros de estado, que llegaron a agredir a pobladores, sobre todo del área rural sin respetar usos y costumbres ni tradiciones ancestrales, quienes trataban de legitimizar sus “acciones de gobierno” siguiendo las recomendaciones de expertos internacionales (Espinel, 2020).

Este confinamiento inició el 22 de Marzo y fue sobre todo cumplido por los sectores económicamente acomodados y clase medieras, con ingresos fijos mensuales, por otra parte en sectores de ingresos diarios se dieron formas de vulnerar la norma y realizar algún tipo de comercio en calles, que tuvo que reinventarse para satisfacer sus necesidades de alimentación y vivienda, como menciona (Harvey, El derecho a la ciudad, 2008) “el derecho a la ciudad no es simplemente el derecho de acceso a lo que ya existe, sino el derecho a cambiarlo a partir de nuestros anhelos más profundos”, esta población tuvo que vender alcohol gel, barbijos, guantes, hierbas medicinales y otros insumos para contrarrestar el Covid, exponiéndose a extorsiones y detenciones por parte de la policía con multas de hasta 2.000 Bs (US\$287 dólares americanos), casi equivalente al salario mínimo nacional mensual en Bolivia, este confinamiento de inicio anunciado por un mes, fue ampliándose paulatinamente hasta que se decretó el estado de emergencia sanitaria y cierre de fronteras, se determinó que la personas podían salir a abastecerse de alimentos y provisiones una vez a la semana de lunes a viernes según la terminación del número de su carnet de identidad, ante esta crisis económica y social el gobierno lanza un bono de 500 Bs (US\$70 dólares americanos), siguiendo recetas de países del norte globalizado, sin que exista ninguna evidencia científica de que el confinamiento de personas sanas haya tenido algún resultado positivo, como identifica (Harvey, 2008) “vulnerando derechos como la propiedad privada de uno mismo (que permita vender libremente la fuerza de trabajo, ser tratado con dignidad y respeto y preservar la propia integridad física), derechos de libertad ideológica y libertad de expresión” simplemente con el objeto de retrasar el incremento de casos para que no colapse el sistema de salud, que no fue adecuadamente preparado en 3 meses de gobierno.



Militares bolivianos realizan un control en el municipio de El Alto durante la cuarentena.  
MARTÍN ALIPAZ (EFE)

También procedieron en algunas regiones contestatarias y opositoras al régimen de facto a declarar zonas de encapsulamiento, término que no se utiliza en salud y que va en concordancia con la enfermología pública internacional, con tradición militar, con lenguaje propio de las FFAA como ser vigilar, controlar, eliminar (Basile, 2020) o en este caso específico encapsular.

Para tratar de paliar la situación económica, el gobierno lanzó algunas medidas económicas como el descuento y diferimiento de pagos de servicios básicos por un par de meses, de créditos bancarios que sin embargo solamente diferían el pago ya que los intereses deberían ser pagados con nuevos intereses beneficiando a los dueños de los bancos en Bolivia, por el impacto político, social y económico de las medidas asumidas por el gobierno se creó un ambiente de malestar generalizado sobre todo de las clases populares que fueron las más afectadas, por lo cual los grupos clase medieros que apoyan al gobierno de facto, iniciaron una ofensiva mediante redes sociales para estigmatizar a los protestantes como salvajes e ignorantes que arriesgan a su familia y ponen en riesgo al resto de las personas, sobre todo centrando este ataque a mujeres provenientes del área rural y de los sectores más desfavorecidos económicamente, con muestras de racismo y discriminación contenida por mucho tiempo y en un acto de vendetta, pese a que estos

campesinos y comerciantes son los que proveen de alimentos a las ciudades, dándose modos de transportar su producción del área rural a las urbes siendo muchas veces estos productos decomisados y ellos encarcelados y sancionados con multas económicas como se menciona en el texto Estudios sociológicos (Talledos, 2015) en base al análisis de Hervey(2008) en su texto Ciudades Rebeldes “el derecho a la ciudad supone reivindicar la forma en que se hacen o rehacen nuestras ciudades”.

En Bolivia, la pandemia coincidió en su primera etapa con una crisis de gobernabilidad por la falta de legitimidad de un Gobierno de facto en un año electoral inusual, además por los casos de corrupción que fueron sucediéndose en diferentes instituciones estatales como ser YPFB, Entel, Ministerio de Hidrocarburos, en el Ministerio de Salud la corrupción fue detectada en el caso de los respiradores con sobrepagos que no funcionaron nunca, además de sobrepagos en equipos de bioseguridad, distribución arbitraria de ítems y otros denunciado por algunos medios de prensa y que fue el detonante para que se dé la renuncia del primer Ministro de Salud y su sucesor, ambos posesionados en el Gobierno de Facto, por haber estado involucrados inminentemente en los actos de corrupción.



Fuente: [https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-bolivia-paz-suspende-actividades-analiza-volver-cuarentena-dura\\_0\\_-QtLj5-Sr.html](https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-bolivia-paz-suspende-actividades-analiza-volver-cuarentena-dura_0_-QtLj5-Sr.html)

Ante la escasa capacidad de atención de los subsectores público, de la seguridad social y privados, existió una reacción de pánico cuando se conoció que en Bolivia existían tan sólo 252 camas de aislamiento y 35 de terapia intensiva (UTIs) para atender a pacientes afectados por la pandemia que aumentaban a un promedio diario de 200, llegando a sobrepasar los 2000 casos positivos diarios en el pico de la primera ola, con una cantidad por encima de los 100 fallecidos día, alcanzando una letalidad específica por Covid-19 de 9,6%, algunas clínicas privadas adaptaron sus instalaciones para tratar casos de Covid-19 pero los costes, que oscilan entre US\$30.000 a US\$50.000 dólares americanos eran inalcanzables para la mayoría de la población; los Servicios Departamentales de Salud lanzaron paquetes de tratamiento sintomático para Covid-19 ocasionando que exista agio y especulación en farmacias, también existió especulación y escasez de oxígeno y botellones de oxígeno, como menciona (Miranda, 2020), la liberalización de los mercados ha desatado una tormenta de poderes especulativos como indica Harvey (2008), y peor aún, los mercados necesitan la escases para funcionar, y si la escases no existe se crea socialmente (Harvey, 2008).

Esta pandemia desnudo una realidad en la que las mujeres bolivianas fueron las más golpeadas por la misma, ya que según estimaciones por cada 100 hombres que viven en hogares pobres, hay 113 mujeres en la misma situación, sobre todo porque ellas están insertas con mayor frecuencia en sectores y ocupaciones de baja productividad y son quienes dedican más horas a las tareas de cuidado y al trabajo doméstico en los hogares, este desastre ocasionado por la pandemia aumenta la brecha de ingresos entre hombres y mujeres, volviendo más pobres a estas últimas, las mujeres son más vulnerables producto de la construcción social previa que las coloca en condiciones de desigualdad en una sociedad patriarcal (Fernandez, 2020). Así mismo se evidencio que en tiempos de aislamiento el hogar no es un lugar seguro, porque es ahí donde se suceden la mayoría de las agresiones físicas y emocionales, incrementándose los índices de violencia intrafamiliar y de violaciones.

El Ministro de Salud en persona y posteriormente el Jefe Nacional de Epidemiología salían a difundir en cadena nacional de televisión, todas las noches los casos positivos y los fallecidos por Covid-19, que más que en sentido informativo, ocasionaba temor y pánico entre la población, esta acción podríamos decir que estuvo enfocada en la especialización de la praxis política, es decir a partir de las intervenciones políticas sobre un tipo peculiar de órdenes que rigen la convivencia humana: las ordenes espaciales o geográficas (Hernandez, 2015), nos ponían pendientes diariamente si la sumatoria de múltiples ac-

ciones individuales, más o menos coordinadas, y si las decisiones relacionadas con el confinamiento en el que nos encontramos, reducirían finalmente los contagios o “aplanarían la curva de contagios”, representación gráfica que daría cuenta del resultado de este esfuerzo colectivo (Espinel, 2020). Todo este espectáculo mediático fue una argucia para postergar las elecciones programadas inicialmente para el 3 de mayo 2020 al 17 de mayo del mismo año y luego hasta el 6 de septiembre, ante los afanes prorroguitas y el anuncio de la presidenta de facto de ser candidata y tras una movilización popular con bloqueo de caminos se obligó a que el Tribunal Supremo Electoral presente un proyecto de ley para que las elecciones democráticas se lleven a cabo finalmente el 18 de octubre de 2020.

La gestión en materia de salud de la primera ola del Covid-19 en el gobierno de facto puede resumirse en los siguientes hechos:

- Rezago del Sistema Único de Salud Universal y Gratuito, puesto en vigencia en el país desde el mes de febrero 2019, mediante la promulgación de la Ley No.1152, que significaba la atención universal y gratuita para más de 7 millones de bolivianos y bolivianas no protegidos por los entes gestores de la seguridad social de corto plazo.
- Falta de transparencia en el uso de los recursos programados, destinados a las atenciones del Sistema Único de Salud y al fortalecimiento de la infraestructura y el equipamiento de los hospitales públicos; y a la asignación de mayores recursos humanos para la salud programados en forma ascendente de US\$200.000 dólares a US\$307.663 dólares americanos para el año 2023.
- Acoso, persecución, apresamiento y, finalmente, retiro de 700 profesionales de la Brigada Médica Cubana en Bolivia que habían asumido la responsabilidad en la atención de muchas poblaciones, especialmente rurales, en el marco de un Convenio de Cooperación Bilateral, que se había constituido en un importante paliativo al enorme déficit histórico de salud de Bolivia. Desde 2005, la Brigada Médica Cubana en Bolivia ha realizado 73 millones de consultas y millón y medio de operaciones quirúrgicas, atendido 60 mil partos y salvado 110 mil vidas según el Ministerio de Salud.
- El gobierno de facto de Jeanine Añez relegó importantes programas nacionales del Ministerio de Salud, como el de Salud Familiar Comunitaria Intercultural-Mi Salud (Programa SAFCI-Mi Salud) desprotegiendo así la atención a la salud de las

familias y comunidades más necesitadas, el promedio de atenciones médicas al año era de 4,2 millones de atenciones, pero en esta nefasta gestión del golpe de Estado se tuvieron únicamente 2,1 millones de atenciones realizadas, reflejando una caída brusca de este indicador, Bono Juana Azurduy, Telesalud y otros, procediendo al despido de profesionales de estos programas, especialmente al despido de médicos bolivianos graduados en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de la República de Cuba. El blanco del cierre fueron algunos de los programas del primer nivel de atención que estaban dirigidos a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, sobre todo los de enfoque comunitario de la salud, como refiere (Barros, 2003) para promover la asistencia culturalmente coherente a los pueblos indígenas, es necesario comprender las distintas categorías de las tradiciones indígenas originarias en el proceso salud enfermedad, es decir como un grupo humano vive, piensa y simboliza ese proceso salud-enfermedad.

- **Corrupción.** Una característica que resalta a los nueve meses del gobierno de facto es la corrupción, expresado en la compra de respiradores artificiales, cuyo costo es US\$6.600 dólares americanos por unidad según su fabricante español y fueron adquiridos cada uno en US\$27.000 dólares americanos por el Ministerio de Salud, operación que le costó a Bolivia más de US\$5 millones dólares americanos. Además del importante daño económico que este acto representó para el país, mucho más importante es el daño a la salud del pueblo boliviano, pues hasta ahora y a pesar de la adquisición fraudulenta de esos respiradores para las Unidades de Terapia Intensiva, estos no llegaron nunca a los servicios de salud y no se pudo disponer de los respiradores que pudieron salvar muchas vidas de los afectados por el coronavirus. El escándalo de corrupción por sobreprecio en la adquisición de estos 170 respiradores, de conocimiento de todo el país, que dio como resultado el encarcelamiento del exministro Navajas principal sindicado de este acto de corrupción y de otros funcionarios del Ministerio de Salud, ellos siguen privados de libertad, mientras tanto, el ex ministro de salud, Marcelo Navajas, bien gracias, en prisión preventiva en una clínica privada.
- **Inestabilidad e improvisación en la designación de ministros de salud.** Desde el 10 de marzo, fecha en la que se reportan los dos primeros casos de coronavirus en el país, se han tenido 4 ministros de salud hasta noviembre de 2020: El primero

Aníbal Cruz, del Colegio Médico de Bolivia, como premio a la participación de los gremios de salud en el Golpe de Estado, quien tuvo que renunciar el 8 de abril, en plena pandemia y cuando en el país ya teníamos 200 casos confirmados y 15 muertos a causa del Covid-19. En la misma fecha, la Sra. Jeanine Añez, posesiona en el cargo de Ministro de Salud al Dr. Marcelo Navajas Salinas, médico de Embajada Americana y propietario de 3 clínicas privadas. Actualmente, el Dr. Navajas, ex ministro de salud, se encuentra con detención domiciliaria, acusado por corrupción en la compra de 170 respiradores con sobreprecio. Desde el 20 de mayo, la Dra. Heidy Roca, del Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz, asume el cargo de Ministra de Salud en forma interina. Finalmente, el 10 de julio el ministro interino de Defensa de Bolivia, Luis Fernando López, ex militar de profesión (sub teniente), es nombrado en forma irresponsable como la cabeza del Ministerio de Salud en tanto dure la recuperación de la ministra interina de esa repartición Heidy Roca, que contrajo la Covid-19, lo que demuestra el manejo discrecional de la salud a mando de los militares, como refiere (Fernandez, 2020) bajo la doctrina del nexo seguridad-desarrollo, las respuestas a situaciones de desastres se organizan como parte de las estrategias de defensa nacional por lo tanto desde el protagonismo de las Fuerzas Armadas, recurriendo a jerarquías verticales y al monopolio de la violencia desconociendo los saberes y conocimientos locales.

- Improvisación en la gestión de la pandemia por el coronavirus, centrado en el modelo biomédico, el gobierno aparentemente se preocupó más en la preparación de los servicios de salud para la atención hospitalaria de los casos del Covid-19. La carencia de pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la Covid-19, que es otra de las negligencias de ese gobierno, no ha permitido, y no permite hasta ahora, conocer el número real de contagiados por el coronavirus en el país. En estas condiciones, tampoco fue posible desarrollar acciones efectivas de contención de la pandemia, por más cuarentenas que se hicieran.
- En esta primera ola que duro aproximadamente 263 días se registraron en Bolivia 144.592 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 1.221 por cada 100.000 habitantes, un total de 9.030 fallecidos, con una tasa de letalidad de 6,2%.

## **RECUPERACIÓN DE LA DEMOCRACIA, SEGUNDA Y TERCERA OLA DE LA PANDEMIA COVID-19 GESTIÓN 2021**

Las elecciones del 18 de octubre de 2019 en las cuales salió victorioso el candidato del MAS, Luis Arce con el 54% de la votación, votación histórica comparable con la lograda por el Ex presidente Evo con 53,7%, restituyeron la democracia, pese a la persecución política, postergaciones e inhabilitación de candidatos del MAS, el presidente electo Luis Arce, asume el mando del país el 4 de noviembre del mismo año, también se dieron elecciones de gobiernos sub nacionales como gobernaciones y municipios en abril de 2021, a partir del nuevo gobierno democrático, se encaminó un plan de reactivación económica como prioridad junto a salud y educación como 3 sectores estratégicos desmerecidos en el gobierno de facto.

El gobierno de Luis Arce planteó como oferta electoral la recuperación de la economía, la salud y educación para lo cual promulgó la dotación de un bono contra el hambre de 1.000 bolivianos (US\$142 dólares americanos), la pacificación del país ya que no se registraron protestas, bloqueos ni convulsión social, amnistía a los perseguidos políticos.

En salud presentó un Plan estratégico de lucha contra el Covid-19 con 3 pilares:

1. *Garantizar las vacunas:* Uno de los ejes fundamentales para el Gobierno Boliviano democráticamente electo, es la vacunación de la población como parte de la prevención del Covid-19, por lo que en diciembre de la gestión 2020, a un mes de asumir el cargo el Presidente del Estado inicia la gestión de la compra de vacunas contra la Covid-19, para beneficio a la población boliviana que permitirán vacunar a 7,4 millones de bolivianos según el plan hasta septiembre de este año.

El 16 de junio de 2021, el Gobierno Nacional aprobó el Decreto Supremo No.4521, que autoriza a las administraciones subnacionales firmar contratos directos y confidenciales para adquirir vacunas contra el Covid-19, pese a esto y a la politización de gobiernos subnacionales para comprar vacunas ninguna de las alcaldías ni gobernaciones compró vacunas ya que se descubrió presuntos hechos de sobrepresios cotizados por estos gobiernos subnacionales.

El nivel central ha gestionado vacunas para más del 100% de la población vacunable, a través de adquisiciones bilaterales con recursos propios del Estado (70%), mecanismo COVAX y donaciones (30%), a la fecha, se han recibido más de 22,5 millones

de dosis de Vacunas de los siguientes proveedores: Sputnik-v, Sinopharm, Astrazeneca, Pfizer, Janssen y Moderna.

2. La adquisición de 2,2 millones pruebas de diagnóstico de PCR (552.027) y antígeno nasal (1,6 millones) que permitió diagnosticar oportunamente e iniciar el tratamiento precoz, la dotación de 3500 ítems de médicos y personal de salud para atención del Covid, no se realizó cuarentena estricta pese que existían regiones como Santa Cruz región opositora a tomar estas medidas anti económicas y que asfixiarían a la población, también se importó de forma directa 23 toneladas de medicamentos para luchar contra el Covid, equipos de protección personal y otros insumos mediante negociaciones en países de origen con precios por debajo del mercado internacional, esa cantidad de pruebas fue incrementándose hasta llegar a 4.083.525 pruebas adquiridas el 2021.

El actual gobierno nacional regula los precios de los medicamentos en farmacias para evitar el agio y la especulación y promulgó una ley de Emergencia Sanitaria que en inicio tuvo aprobación y consenso con el Presidente del Colegio Médico de Bolivia, a los 2 días este se desdice y niega los acuerdos convocando a un paro medico en plena pandemia, esta ley garantiza que la inmunización dentro el marco de la emergencia sanitaria será gratuita, voluntaria y previo consentimiento informado, regula los precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos, controla las tarifas básicas de servicios de internación y tratamiento médico sobre todo terapia intensiva, además de la prohibición de cobro de depósitos previos, garantías o cualquier cobro anticipado para la atención médica en los establecimientos de salud privados, menciona que durante la emergencia sanitaria los servicios de salud en todo el sistema no pueden ser interrumpidos, además que apertura la contratación de personal médico que haya concluido sus estudios dentro o fuera del país una vez se sobrepase la oferta a nivel nacional.

3. Coordinación con gobiernos locales quienes deben garantizar toda la logística para la distribución de vacunas, pruebas, medicamentos e insumos, se reactiva de a poco la política SAFCI mediante el SUS, se cancela deuda de la gestión pasada por este concepto, programas como Telesalud y otros que priorizan la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en forma participativa.

A finales del mes de noviembre de 2020 se identificó en estudios epidemiológicos que mostraban un inquietante ascenso sostenido de los casos de Covid en el país, mismo que fue ascendiendo hasta tener un pico y meseta que llegó a sobrepasar a los 2.500 casos día, dato por encima de la primera ola la última semana de enero de 2021, se caracteriza por un ritmo de contagio alto, mucho mayor en comparación a la primera ola. Se registró un total de casos confirmados de 142.446. Decesos: 3.778. Tasa de Letalidad fue 2,7%. Es decir que fallecieron 2,7 personas por cada 100 infectados. Se caracterizó por una oferta amplia y masiva de pruebas de diagnóstico; tratamiento temprano; inicio de proceso de inmunización, esta segunda Ola duro hasta aproximadamente inicios del mes de abril de 2021.

Desde inicios de abril a inicios de octubre de 2021 que se caracterizó como la tercera ola con circulación predominante de la variante Delta se registra un total de casos de 225.422, decesos: 6.107, Tasa de Letalidad es de 2,7%. es decir que fallecen 2,7 personas por cada 100 infectados, se realizaron intervenciones ante riesgo de propagación de variantes del virus; vigilancia genómica; actividades de vigilancia epidemiológica activa en municipios; continua inmunización masiva.

Y finalmente nos llegó una cuarta ola desde la semana epidemiológica 43 aproximadamente con un incremento de casos muy por encima de las olas previas, con circulación de la variante Ómicron que hasta fines de diciembre de 2021 llegó a oscilar en 9000 casos día, con un acumulado de 60.801 casos la última semana epidemiológica del año, 365 decesos en esta ola con una letalidad del 0,6% muy por debajo de lo observado en las olas previas.



Comportamiento Covid-19, Bolivia gestiones 2021 y 2022.



Fuente: <https://github.com/CSSEGISandData/Covid-19>

## OTRAS ACCIONES DE CONTROL DEL COVID-19

- El gobierno nacional a la Cabeza del presidente Luis Arce realizó la compra y dotación de 49 equipos de alta tecnología a unidades de Terapia Intensiva para la atención de pacientes críticos adultos, pediátricos y neonatos con el objetivo de hacer frente a la cuarta ola del Covid-19. inversión de 23.385.617 de bolivianos repartidos en todo el país.
- Garantizó el acceso a atenciones médicas mediante el programa Telesalud a 118 municipios que tienen un presupuesto reducido gracias a la firma de un convenio entre el Ministerio de Salud y Deportes, la Agencia Boliviana Espacial (ABE) y la Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), mismo que tiene una inversión de 10.151.235 de bolivianos
- El Gobierno nacional puso a disposición la línea gratuita 800-10-1104, para la atención gratuita de toda la población boliviana que requiera de un médico a través del programa Telesalud dependiente del Ministerio de Salud y Deportes.
- Se desplazaron más de 187 brigadas médicas en 33 ambulancias, mismas que realizaron una vigilancia epidemiológica activa, vacunación y diagnóstico de casos Covid-19 en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra de inicio, extendiéndose luego a Cochabamba, Oruro, Tarija, El Alto y La Paz.
- En relación con el diagnóstico oportuno se distribuyó el año 2021, 4.083.525 pruebas, 2.741.095 fueron realizadas a nivel nacional.
- Bolivia a través del Instituto Nacional de Laboratorios en Salud (INLASA), cuenta con un secuenciador genómico de última

generación para detección de variantes del Covid-19, ingresando a la Red internacional de Vigilancia Genómica.

- Se invirtió 545.321.792 de bolivianos en medicamentos insumos y equipos médicos que fueron entregados a los servicios departamentales de Salud (SEDES), para que de forma gratuita atiendan las necesidades de sus pobladores.
- Respecto a las vacunas se adquirieron 22.5 millones de dosis, hasta fines del 2021, se administraron 4.673.515 primeras dosis, 3.618.674 segundas dosis, 983.511 uni dosis, 552.821 dosis de refuerzo. 915.896 niños y adolescentes entre los 5 a 17 años accedieron al menos a una dosis contra el Covid-19.
- La cobertura en mayores de 18 años alcanzo hasta fines del 2021 68.6% en primeras dosis y 59.6% el esquema completo.

## **SITUACIÓN DE OTROS PROGRAMAS SOCIALES Y DE SALUD**

### **SITUACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS)**

La Gestión 2019, se tuvieron 3,9 millones de adscritos al SUS, la gestión 2020 solamente 918 mil adscripciones y la gestión 2021 se tienen 1,5 millones de adscritos a fin de gestión.

### **SITUACIÓN DEL PROGRAMA SAFCI - MI SALUD (GESTIÓN 2015 A OCTUBRE 2021)**

Hasta octubre de la gestión 2019, se realizaron más de 23 millones de atenciones gratuitas, de las cuales el 49% se corresponden a visitas familiares, se realizaron carpetizaciones y seguimientos a más de 2,5 millones de familias, garantizando el acceso a la salud de la población más alejada y desprotegida, con presencia en 313 municipios y 2.763 RRHH.

Durante la época del Golpe de Estado, se desconoció la Política SAFCI. El personal del Programa SAFCI-MI SALUD coadyuvó en la contingencia del Covid-19 en la primera línea de atención, bajo dependencia de los SEDES, sin contar con un estudio técnico que avale dicha decisión, desprotegiendo así la atención a la salud de las familias y comunidades más necesitadas, El promedio de atenciones médicas al año era de 4,2 millones de atenciones, pero en esta nefasta gestión del golpe de Estado se tuvieron únicamente 2,1 millones de atenciones realizadas, reflejando una caída brusca del indicador.

### **SITUACIÓN DEL BONO MADRE NIÑO-NIÑA "JUANA AZURDUY"**

En el periodo 2020, durante la gestión del Gobierno de Facto, no se realizaron las ferias del PBJA y SUPPV en los diferentes departamentos, tampoco existió acceso a los subsidios móviles para las áreas rura-

les lejanas, se interrumpió el pago del Bono hasta Marzo de la Gestión 2020. Se destinó al personal a realizar actividades de rastillaje, triaje y atención de pacientes Covid-19, siendo irregular la entrega del Bono, captando a 209,809 beneficiarios. Como producto del esfuerzo realizado en la gestión 2021, se captó a 213,000 beneficiarios, entre mujeres gestantes y niños menores de 2 años.

#### **SITUACIÓN DEL SUBSIDIO UNIVERSAL PRENATAL POR LA VIDA (SUPPV)**

El SUPPV, en las gestiones 2015 - 2019, en promedio ha logrado beneficiar a 84.688 mujeres gestantes; en la gestión 2020 se ha suscitado una disminución, beneficiando solo a 68.891 beneficiarias. Como producto del esfuerzo realizado en la gestión 2021, se benefició a 83,840 mujeres gestantes.

#### **SITUACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL GRATUITO**

Hasta octubre del 2019 se realizaron 231 Trasplantes Renales Gratuitos, asimismo dotó gratuitamente medicamentos inmunosupresores a los pacientes trasplantados. Entre noviembre de 2019 y octubre de 2020 no se realizó la adquisición de equipamiento, por lo que no se pudo realizar trasplantes renales gratuitos. La gestión 2021, se realizaron 9 trasplantes renales Gratuitos (dato con corte a noviembre 2021).

#### **SITUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS - TUBERCULOSIS**

Número de casos de Tuberculosis en todas sus formas (nuevos y previamente tratados) notificados en la gestión, se ha incrementado la captación de casos de Tuberculosis en un 7% con respecto a la gestión 2020, esto debidoprincipalmente a las acciones llevadas adelante por el Gobierno en mejorar el acceso de la población en general a los Establecimientos de Salud p, así como también por las políticas del Ministerio de Salud en el acceso universal a nuevas tecnologías de diagnóstico como es el GeneXpert MTB/RIF.

#### **SITUACIÓN DEL PROGRAMA VIH**

Los esfuerzos desplegados, para superar los efectos de crisis sanitaria han permitido incrementar la proporción de personas con tratamiento desde 55% hasta 62%, entre 2020 y 2021.

#### **SITUACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA**

Las gestiones 2019 y 2020 han sido identificados como los años con el mayor reporte de casos de dengue de los últimos 16 años con 84.418 y

111.350 casos notificados respectivamente. Históricamente, alrededor del 78% del total de casos de Dengue registrados en Bolivia recaen en 2 departamentos; Santa Cruz (62%) y Beni (16%). El 22% restante de los casos de Dengue se distribuye en los otros 5 departamentos (Pando, Cochabamba, Tarija, Chuquisaca y La Paz).

Hasta la Semana epidemiológica 43 de la gestión 2021, se notificaron en todo el territorio nacional 7.122 casos sospechosos y 1906 casos confirmados, siendo uno de los departamentos más afectados el departamento de La Paz con 1581 casos sospechosos y 839 casos confirmados. Asimismo, hasta la fecha, se han notificado dos decesos asociados a dengue, uno en el departamento de Beni y el otro en el departamento de Pando. La circulación del virus del Dengue en todos los departamentos y municipios endémicos esta atribuida a los serotipos DENV1 y DENV 2.

### **SITUACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL**

Hasta Octubre de la Gestión 2019, se contaba con el Viceministerio de Medicina Tradicional. El gobierno de facto reduce al Viceministerio de Medicina Tradicional a solo una Dirección. Hasta finales de octubre del 2019, se contaba con prestadores de Medicina Tradicional, que promovían una atención médica integral e intercultural con participación comunitaria y control social, con un enfoque intersectorial e intercultural. Durante el 2020, no se priorizó la incorporación de nuevos prestadores de Medicina Tradicional, restando importancia al proceso de fortalecimiento del fortalecimiento del Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en los Municipios del Estado Plurinacional de Bolivia, desacreditando el rol fundamental de la Medicina Tradicional.

El 2020 aún con un gobierno golpista la medicina tradicional fue la estrategia de resistencia socio cultural con todas sus potencialidades a una carencia de atención y medicamentos contra la Covid-19, el 2019 se realizaron 9.56 prestaciones, el 2020 apenas 341 y el 2021 hasta noviembre 1809.

### **OTRAS ÁREAS**

#### **EDUCACIÓN**

Se inició la gestión escolar en febrero de 2021, con el 38,5% de las instituciones educativas en modalidad presencial, aumentando a 58,7% en octubre. “Si a esa modalidad se suma las clases semipresenciales, tendríamos un total de 84,1% del total de las unidades educativas del país bajo estas dos modalidades, que significa una mejora sustantiva del proceso educativo en nuestro país en época de pandemia”.

## **ECONOMÍA**

La reactivación económica es una de las principales premisas del Gobierno de Luis Arce, quien fue Ministro de Economía de Evo Morales, en un año ha aplicado varias medidas como el bono contra el hambre, una ayuda social por la pandemia de la covid-19, también ha promovido fideicomisos para otorgar créditos a productores con la finalidad de reactivar la industria y sustituir las importaciones.

De la misma manera creó un impuesto a las grandes fortunas y se dio luz verde al retiro total o parcial de los aportes de jubilación de las Administradoras de Fondos de Pensiones, una promesa cumplida de su campaña electoral. El PIB creció un 9,4% en el primer semestre de 2021, mientras que en el tercer trimestre de 2020 tuvo una caída de -12,6%.

## **MATRICES CONCEPTUALES, EPISTEMOLÓGICAS Y POLÍTICAS QUE SE REPRODUCEN EN EL ÁMBITO DE SALUD EN BOLIVIA**

Luego de realizar un análisis del contexto socio político de los acontecimientos sucedidos en el sistema sanitario de Bolivia, trataremos de analizar las matrices conceptuales, epistemológicas y políticas que se reproducen en el ámbito de salud en Bolivia, en sus relaciones con organismos internacionales de salud, así como las políticas nacionales en salud en un momento neoliberal reimplantado transitoriamente por el gobierno de facto de la Sra. Añez la gestión 2020, donde el modelo predominante fue la Salud Global Liberal y actualmente consideramos que nos hallamos en un momento de transición, tras haber recuperado la democracia en noviembre de 2020.

Según Basile (2018), el modelo de la SGI tiene tres elementos: Las reformas sociales al Estado y reformas sectoriales a los sistemas de salud de corte neoliberal; la funcionalización de la salud pública a los mandatos del mercado y la consolidación del complejo industrial farmacéutico; y las cooperaciones internacionales, trataremos de realizar el análisis de los 3 elementos mencionados

## **LAS REFORMAS SOCIALES AL ESTADO Y REFORMAS SECTORIALES A LOS SISTEMAS DE SALUD DE CORTE NEOLIBERAL**

El sistema de salud boliviano está compuesto por la salud pública y la salud privada. En la salud pública solo algunos sectores de la población tienen acceso a la atención gratuita; el resto de la población tiene que aportar para las cajas de salud en un 40% aproximadamente, las personas que no tienen un trabajo regulado por ley como lo es la mayor parte de la población boliviana (60%), sólo les queda acceder a los hospitales públicos, en los cuales se paga desde la atención médica, los medicamentos y los días de internación entre otros, con precios

menores que las clínicas privadas, hecho que se trató de superar a partir de la promulgación de la Ley No.1152 hacia el Sistema Único de Salud del año 2019 con atención gratuita y universal que fue truncado en el gobierno del Golpe de estado a la cabeza de Yanine Añez desde noviembre de 2019, hasta noviembre de 2020.

Bolivia transito desde la década de los 80 del siglo pasado por un modelo político y económico de corte neoliberal, que obviamente reflejo su política en el ámbito de la salud, reduciendo el Estado y por ende al Ministerio de Salud en un simple regulador, con capacidad técnica limitada, un sistema de salud fragmentado y segmentado, de alta exclusión a expensas de las decisiones e injerencias de organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional que se profundizaron en nuestra región durante la segunda mitad del siglo XX, una subordinación extractivista ante la economía global, pese a los esfuerzos de gobiernos progresistas de Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador y Uruguay que incrementaron los recursos asignados a políticas sociales (Fernandez, 2020), estos organismos daban línea y marcaban rumbo a las acciones que debería desarrollar el país, que con el fin de darle una cara social a las mismas implementaron un sistema de aseguramiento en un inicio de patologías prevalentes de la madre y el niño según la corriente internacional, mediante el Seguros Nacional de Maternidad y Niñez, Seguro Básico de Salud, Seguro Universal de Salud. A partir de la promulgación de la Nueva Constitución Política del Estado el año 2009 se constitucionaliza el Sistema Único de Salud y se trabaja en su construcción, promulgándose mediante la Ley No.1152 Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito, resaltando también la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural como política de estado (SAFCI), promoviendo la participación social en salud.

### **LA FUNCIONALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA A LOS MANDATOS DEL MERCADO**

Un hecho tangible de este retroceso en los avances logrados en Salud con la Ley 1152 Hacia el SUS, se evidenció durante la pandemia de SARS Covid-19, la que desnudo de la forma más cruel la mercantilización de la salud, donde los intereses de la empresa privada primaron sobre el derecho a la salud de la población, ya que el accionar de las clínicas y entidades privadas en salud no fue regulado, menos controlado por el Estado, dejando la regulación del mercado a la libre oferta y demanda, primando la atención a la población por el sub sector privado sin ningún tipo de regulación, en forma paralela el Estado no desembolso los recursos económicos presupuestados para el pago de

SUS como una forma de mostrar la ineficiencia del mismo y justificar su suspensión.

### **LA CONSOLIDACIÓN DEL COMPLEJO INDUSTRIAL FARMACÉUTICO Y LAS COOPERACIONES INTERNACIONALES**

Los Servicios Departamentales de Salud lanzaron paquetes de tratamiento sintomático para Covid-19, ocasionando que exista agio y especulación en farmacias, además de oxígeno, los tanques y accesorios para utilización del mismo, las farmacias sobre todo corporativas se encargaron de ocultar los mismos y especular haciendo subir los precios de forma astronómica, por ejemplo antes de la pandemia la aspirina tenía un costo de menos de 7 centavos de dólar y durante ese periodo llegó a incrementarse en más de 50 centavos de dólar o como la azitromicina o ivermectina que tenían un costo previo de 1,5 dólares subió entre 2 a 3 dólares por unidad (Miranda, 2020), así mismo se vieron escandalosos casos de corrupción en la compra de respiradores, equipamiento y otros en los cuales estaban involucradas altas autoridades del gobierno.

### **CONCLUSIONES**

Se evidencia que los elementos planteados por el profesor Basile sobre el neo higienismo y securitización en sus 3 componentes: las cuarentenas empíricas, el neo higienismo con policía médica y la securitización global, se cumplieron plenamente en la primera ola de Covid-19 en Bolivia manejo gestionado por un gobierno de derecha, mientras que en el manejo de la segunda, tercera y el inicio de la cuarta ola gestionada por un gobierno progresista, por lo menos en los 2 primeros componentes cambiaron de enfoque dejando de lado las cuarentenas, la policía médica, la militarización de las calles, restricción de la circulación y otras, sin embargo es difícil concluir si esto influyó en la securitización global, por el momento de transición en la que nos encontramos.

Respecto a la geografía política se puede concluir que también tuvo su efecto a nivel nacional pudiendo diferenciarse zonas urbanas y rurales, trabajadores formales e informales, hombres y mujeres, entendiendo el lugar de habitar de las personas como su centro generador de demanda de cumplimiento de sus derechos y la denuncia de violación de estos.

Finalmente en ese marco se realizó el análisis de toda esta coyuntura tratando de sistematizarla en la Salud Global Internacional, que encaja muy nítidamente en la primera ola en sus 3 componentes y como esto podría cambiar bajo una visión de política sanitaria con enfoque diferente basado en reformas socio sanitarias que prioricen

la participación popular activa en su cuidado y toma de decisiones, la incidencia de la política de salud del nuevo gobierno en los mandatos del mercado, como es la regulación de precios de fármacos, de costos de servicios de salud y finalmente en el complejo medico industrial la incidencia económica y social, que se evidencia al regular los precios de medicamentos, seguimiento y control de la especulación y la importación de medicamentos y vacunas de fácil acceso para la población.

Existió un cambio en el enfoque y manejo de la segunda a cuarta olas, garantizando el acceso a pruebas diagnósticas, medicamentos y exámenes complementarios, se fortaleció el sistema de salud con equipamiento, se retomó la vigilancia epidemiológica comunitaria, la atención primaria de salud a través de brigadas móviles de salud, se encaró una campaña nacional de vacunación y otras acciones que permitieron contener la pandemia de una forma más adecuada y sin el trauma de estar encerrados en una cuarentena rígida.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda profundizar en estudios sobre la efectividad de las cuarentenas rígidas, donde se aisle no solo al enfermo sino a la persona sana y su efecto no solo en el cumplimiento de su objetivo de retrasar el incremento de casos, sino también de la afectación económica, social y psicológica del mismo en grupos según zonas urbanas o rurales, trabajadores formales o informales y entre hombres y mujeres para plantear alternativas específicas en cada grupo.

Se recomienda realizar estudios sobre el impacto económico de la pandemia en cada una de las olas, resaltando la incidencia del gasto de bolsillo en salud en ambos momentos para demostrar que las políticas sociales reducen esa incidencia en beneficio de la población.

Se recomienda realizar estudios de afectación y secuelas psicológicas de la pandemia y la cuarentena, que pudieron afectar negativamente en una elevación de casos de violencia intrafamiliar, feminicidios, infanticidios, agresiones sexuales y otros.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Barros, Edir (2003). Saude indigena: a invisibilidade como forma de exclusao. En P. Goldenberg, O clasico e o novo Tendencias, objetos e abordagens em ciencias sociais e saude (p.225). Rio de Janeiro: Fundacion osvaldo Cruz.
- Basile, Gonzalo (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemologico. II Dossier de salud internacional Sur Sur.

- Basile, Gonzalo (2020). La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2:matriz. <http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20200529070501/Neohigienismo-y-cuarentenas-verticales.pdf>"
- CECOMET -Centro de epidemiología comunitaria y medicina tropical (2001). SECCION I Desde la epidemiología hacia la comunidad. En Epidemiología y participación.
- Espinel, Manuel (2020). Geografía política de los cuidados (O por qué la pandemia del. Geopolítica(s) Revista de estudios sobre espacio y poder, 127-140.
- Fernandez, Ana (2020). Comunidad, vulnerabilidad y reproducción en condiciones de desastre. Abordajes desde América Latina y el Caribe <presentación del dossier. Iconos 66, 7-10.
- Harvey, David (2008). El derecho a la ciudad. International Journal of Urban and Regional Research vol 27 No.4, 2-3.
- Hernandez, Efraín (2015). Geografía crítica. Espacio teoría social y geopolítica.
- Ministerio de Salud INLASA (2020). <https://www.inlasa.gob.bo/2020/06/el-41-de-las-pruebas-de-laboratorios-en-bolivia-para-detectar-covid-19-dieron-positivo/>
- Miranda, Boris (2020). BBC NEWS. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53508643>
- Talledos, Edgar (2015). David Harvey, Ciudades rebeldes. Del derecho de la ciudad a la revolución urbana, traducido por Juanmari Madariaga, Madrid, Akal, 2013, 238 p. Estudios sociológicos XXXiii, 689.



# NEGACIONISMO, NEGLIGÊNCIA E NECROPOLÍTICA

## A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL E SEUS REFLEXOS NA POPULAÇÃO NEGRA E INDÍGENA

Leny A. Bomfim Trad, Clarice Mota, Diana Anunciação,  
Leo Pedrana, Patrícia Rezende, Sara Mota, Carlos  
Alberto e Yeimi Alexandria Alzate Lopez

### INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 atingiu de forma diferente territórios e populações e tem agravado dramaticamente o cenário socioeconômico, político e sanitário em alguns países. Dentre os desafios para o enfrentamento da Pandemia Covid-19 no continente latino-americano, destacam-se aspectos relativos à infraestrutura dos sistemas de saúde, dimensões geográficas e heterogeneidade do desenvolvimento político, social e econômico, sendo especialmente problemática a situação do Brasil, com mais de 200 milhões habitantes e elevada desigualdade socioeconômica (Rodriguez-Morales et al., 2020).

A morbimortalidade por Covid-19 tem se caracterizado no caso brasileiro pela combinação entre negacionismo, negligência e peculiaridades na gestão da pandemia, que configuram um quadro de necropolítica. Estudo publicado recentemente (CEPEDISA, 2021)<sup>1</sup>, apresenta dados contundentes que demonstram que o governo federal

---

1 Trata-se de estudo vinculado ao projeto de pesquisa “Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil” do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) publicado em 28 de maio de 2021. Disponível em [CEPEDI-SA-USP-Linha-do-Tempo COVID Maio-2021.pdf](#). Acesso em 15/06/2021.

tem adotado ao longo da pandemia estratégias sistemáticas que vem contribuindo para a disseminação da Covid-19 no Brasil. A pesquisa traçou a linha do tempo de tais estratégias, classificadas em três categorias: atos normativos adotados na esfera da União, incluindo vetos presidenciais; atos de governo, os quais incluem ações de obstrução de medidas adotadas por gestores estaduais e municipais visando a contenção da doença, além de omissões na gestão nacional da pandemia; propaganda ou discurso político através de argumentos econômicos, ideológicos e morais, assim como notícias falsas e informações técnicas sem comprovação científica visando “desacreditar as autoridades sanitárias, enfraquecer a adesão popular a recomendações de saúde baseadas em evidências científicas”, promovendo assim um “ativismo político contra as medidas de saúde pública necessárias para conter o avanço da Covid-19” (CEPEDISA, 2021).

O estudo referido contribui para reforçar a referência presente no título deste capítulo ao negacionismo e a negligência no caso brasileiro. A análise documental realizada mapeou de forma cronológica um conjunto de comportamentos recorrentes do presidente Bolsonaro e/ou de membros da sua equipe estimulando a população à exposição ao vírus e ao descumprimento de medidas sanitárias preventivas, apoiados no argumento de negação da gravidade da doença e de defesa do interesse econômico em detrimento da defesa à vida. Dentre as facetas mais perversas da conduta presidencial, a pesquisa trouxe à tona depoimentos do presidente nos quais ele banaliza as mortes e sequelas causada pela Covid-19 doença e uma clara omissão no apoio às famílias e comunidades afetadas pela morbimortalidade em proporções alarmantes.

A atuação negligente e claramente ineficaz de enfrentamento da crise foi evidenciada na mesma pesquisa através de dados que apontam para a disseminação de duas vertentes centrais de explicação e atuação frente à pandemia. De uma parte, assistimos à propagação de um discurso em defesa da adoção em larga escala de um “tratamento precoce” sem comprovação científica para a Covid-19, baseado em medicamentos como a cloroquina. Vale notar que foram investidas somas consideráveis de recursos públicos para aquisição de tais medicamentos. De outra parte, conforme demonstrado no estudo, o governo federal norteou a gestão da crise sanitária na “tese da imunidade de rebanho (ou coletiva) por contágio (ou transmissão)”. Em outras palavras, uma tese fundada na “crença de que a “imunidade natural” decorrente da infecção pelo vírus protegeria os indivíduos e levaria ao controle da pandemia (CEPEDISA, 2021)

Importa ademais enfatizar que quando se analisa a primeira fase da pandemia, considerada a primeira onda, fica patente o ritmo pro-

gressivo de taxas de contágio e de mortalidade por Covid-19 entre pobres, negros, indígenas e outras populações vulneráveis. O acesso restrito ao saneamento básico, as dificuldades de aderir a medidas preventivas de isolamento e distanciamento social, as barreiras geográficas, econômicas e culturais de acesso aos serviços de saúde, são elementos chave para compreender este perfil.

Constata-se, de fato, uma distribuição desigual de casos de contaminação e óbitos entre regiões, classes sociais e grupos étnicos-raciais, em que pese as variações quando comparados os perfis da primeira e segunda onda. A pandemia reflete e, ao mesmo tempo, aprofunda um contexto histórico de iniquidade social e sanitária, fruto da combinação entre herança colonial, racismo estrutural e sistêmico e projetos de desenvolvimento ancorados no capitalismo neoliberal.

Parte-se do pressuposto que o racismo é um dos determinantes deste processo e que seus efeitos são potencializados frente às intersecções de certos marcadores sociais, com destaque para a raça, classe social e gênero. Trata-se, portanto, de um “processo em que condições de subalternidade e de privilégio que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas” (Almeida-Filho, 2018).

O cenário da pandemia reflete toda esta dimensão estrutural do racismo, caracterizado como um processo de necropolítica, uma forma de guerra, que de diversas formas determina quem deve viver e quem deve morrer. O conceito de necropolítica nos ajuda a compreender de que forma o governo detém a “capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é “descartável” e quem não é”, o qual se legitima para isso através de narrativas sobre o valor e utilidade das pessoas para a sociedade (Mbembe, 2018).

Com efeito, diante de uma frágil e desarticulada vigilância epidemiológica, considerando a dimensão territorial do país e suas conseqüentes disparidades socioeconômicas, se percebe que os agravos de uma pandemia, aumentaram substancialmente os desafios de mensurar as ações de governo, sobretudo quando o perfil epidemiológico de populações distintas requiere do Estado uma atenção especial quanto a identificação das características específicas e condições sanitárias próprias.

Do surgimento do primeiro caso, em fins de fevereiro, a atualidade percebe-se uma desastrosa política governamental verificada em todas as áreas estratégicas e com efeito na política de saúde. Apesar de termos um sistema público de saúde considerado um modelo exemplar para o mundo, as investidas pretéritas no desinvestimento no Sistema Único de Saúde, na privatização da atenção especializada (setores diagnóstico e hospitalar) e os cortes sistemáticos na atenção

primária em nome da eficiência propugnada pela lógica do capital e do mercado, culminou com o momento mais agudo da crise mundial com o advento da pandemia.

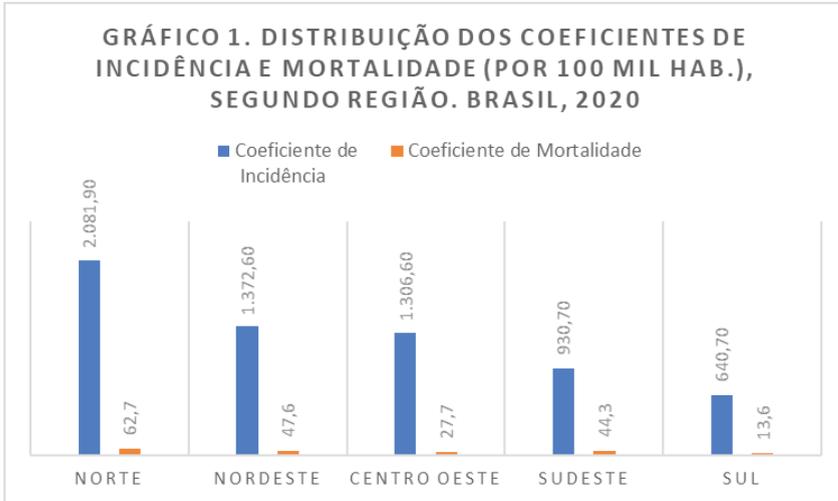
O Brasil adentrou nessa crise sanitária estando no curso de uma crise política e econômica de proporções assustadoras e tendo no comando um governo inepto, isolado no cenário internacional por escolhas políticas de adesão cega aos ditames de Washington e na sem um programa efetivo de enfrentamento da pandemia de Covid-19 articulado com estados e municípios.

Vale ressaltar, que mesmo antes deste cenário, ameaças às populações indígenas e quilombolas já eram proferidas publicamente por lideranças do governo federal e seus seguidores. Portanto, a pandemia vem contribuindo para acelerar processos de extermínio que já estavam em curso. A partir destes argumentos iniciais, propõe-se neste capítulo apresentar, inicialmente, um breve panorama da pandemia no Brasil e, logo, concentrar a análise nas configurações específicas (de morbimortalidade, acesso a tratamento etc.) na população negra e indígena. O capítulo aborda de forma relativamente sucinta dados relativos à vacinação no Brasil, considerando que este processo se deu de forma tardia no país, sendo posterior ao momento de produção do levantamento de dados aqui apresentado.

## **O PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO E SANITÁRIO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

Em maio de 2021, quando o país acumula mais de 16 milhões de casos e quase 450 mil óbitos por covid-19, especialistas anunciaram a chegada da terceira onda de infecções no Brasil. Nos primeiros meses da pandemia no país, a maioria dos casos estava concentrada nas regiões Norte e Nordeste, e entre os mais pobres (dobro de infecção entre os 20% mais pobres em relação aos 20% mais ricos) segundo resultados divulgados da segunda fase do inquérito nacional EPICOVID-19-BR. Essa pesquisa apontava ainda que o número de casos na população brasileira podia ser 6 vezes maior do que apontavam as estatísticas oficiais.

No gráfico abaixo é possível observar o perfil de distribuição regional até a semana epidemiológica n. 24 (de 30/05/2020), quando as regiões mais pobres do país apresentavam maior número de casos, a saber, Norte e Nordeste. Em contraste, temos a região Sul com as menores taxas de incidência e de mortalidade (Gráfico 1).

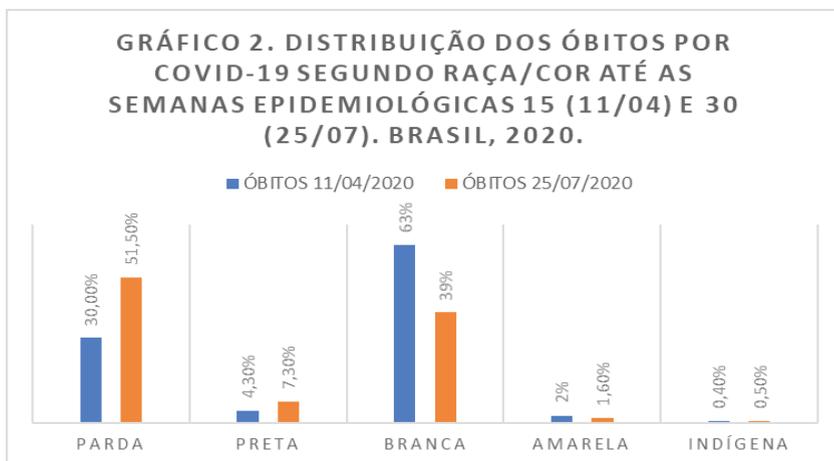


Fonte: Produção dos autores com base em dados divulgados no Boletim Epidemiológico Especial n. 24 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Brasil, 2020

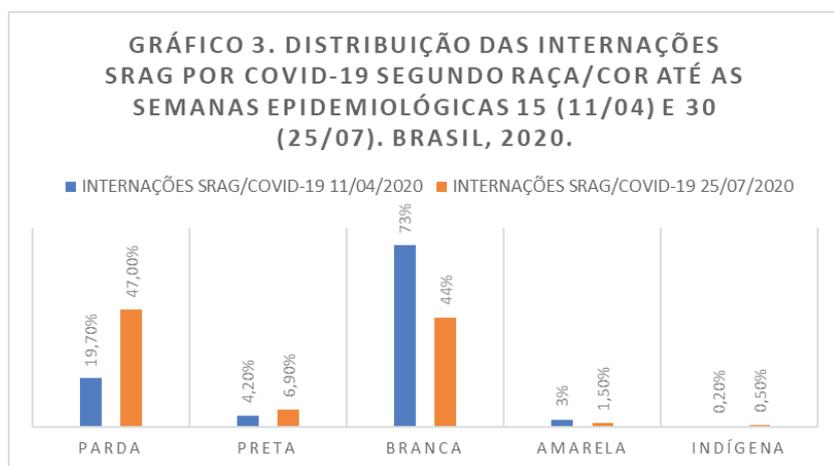
Embora os critérios para distribuição dos insumos sejam mais ou menos proporcionais aos dados demográficos por macrorregião, as maiores desigualdades parecem estar nas condições pré-pandemia, quando a região sudeste já concentrava 50% dos leitos de UTI adulto no país.

Em relação às desigualdades raciais, destaca-se a dificuldade de monitorar e avaliar de forma adequada este indicador uma vez que os dados de notificação de suspeitas e casos confirmados da Covid-19 no Brasil não têm oferecido informações consistentes em relação ao campo raça/cor.

Considerando os dados do Ministério da Saúde, observa-se uma variação ao longo do tempo em relação ao perfil de mortalidade e hospitalizações por raça/cor. Se, no início a população acometida era majoritariamente branca, o percurso epidemiológico da doença indica que, em pouco tempo, a tendência do perfil de raça/cor na evolução da covid-19 se inverteu. No final de julho de 2020, as pessoas de raça/cor parda e preta correspondiam a 59% do total de óbitos (Gráfico 2) e 54% das internações (Gráfico 3), excluindo os registros sem informação ou com esse campo ignorado (que correspondiam a aproximadamente 30% dos dados de óbitos e internações por Covid-19 em 25/07) (Brasil, 2020).



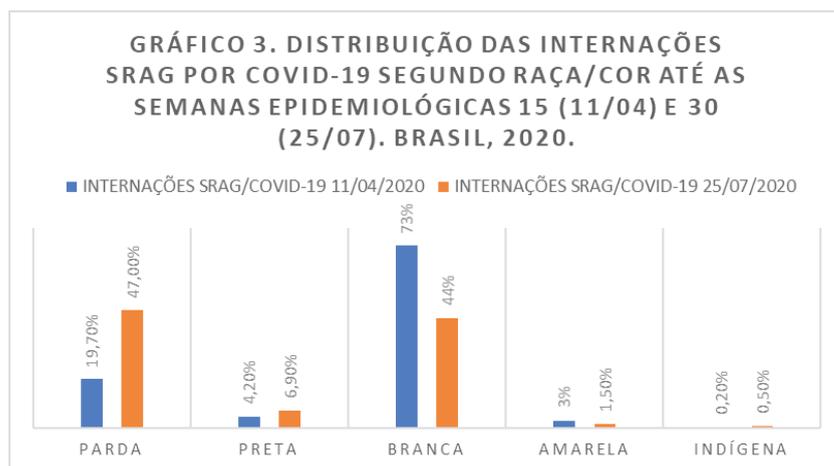
Fonte: Produção dos autores com base em dados divulgados nos Boletins Epidemiológicos Especiais n. 9 e n. 24 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Brasil, 2020



Fonte: Produção dos autores com base em dados divulgados nos Boletins Epidemiológicos Especiais n. 9 e n. 24 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Brasil, 2020.

A partir de janeiro de 2021, entretanto, essa tendência inverte-se novamente. Um novo e acelerado aumento no número de casos, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, atinge novamente a população branca de forma majoritária. Tal inversão poderia guardar relação com o fato de que o presidente Bolsonaro e suas teses encontram maior

respaldo nestas regiões e grupo étnico-racial. Entretanto, faz-se necessário um estudo acurado para investigar a fundo este fenômeno.



Fonte: Produção dos autores com base em dados divulgados nos Boletins Epidemiológicos Especiais n. 9 e n. 24 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Brasil, 2020.

Vale notar que as diferenças regionais no Brasil expressam também desigualdades de classe, uma vez que as regiões Sul e Sudeste concentram maior poder econômico no país. Historicamente, são regiões marcadas por um regime de colonialismo diferenciado, com incentivo à ocupação de imigrantes europeus e emprego da mão de obra assalariada, majoritariamente branca e estrangeira (Fernandes, 2008).

O cenário epidemiológico do Brasil expôs, simultaneamente, as fragilidades e a centralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na atuação contra a pandemia. A despeito da displicência do governo federal em adquirir vacinas tempestivamente e em quantidade suficiente para imunizar a população brasileira, a estrutura do SUS mostrou-se absolutamente capaz de colocar em curso uma das maiores e mais importantes campanhas de vacinação do país. Com quase 40 milhões de pessoas vacinadas com a primeira dose e mais de 18 milhões de pessoas com esquema de imunização completo contra a Covid-19 no país, o SUS colocou o Brasil em 4º lugar no ranking internacional dos países que mais vacinam (Mathieu et al., 2021). O relativo sucesso nessa campanha se deve também ao empenho de institutos nacionais de pesquisa, como a Fiocruz e o Butantan, na construção de parcerias com laboratórios internacionais com o intuito de viabilizar a produção de vacinas no país.

Não restam dúvidas que a pandemia acentuou desigualdades sociais e o processo de vulnerabilização já decorrente do neoliberalismo, afetando determinados segmentos populacionais mais expostos ao adoecimento, ao desemprego, à pauperização e à morte (Nunes, 2020). O levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua (IBGE, 2020a; 2020b), registrou em junho de 2020 taxa de desocupação de 13,3% da população, alcançando 14,6% em setembro do mesmo ano.

A perspectiva do desemprego crescente é uma das graves consequências da pandemia e do modo como (não) tem sido combatida no país. O agravamento de uma crise econômica por conta da pandemia não atinge somente o Brasil, mas toda América Latina e Caribe, onde se observa uma tendência crescente de pauperização e desemprego, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2020).

Dados em relação ao impacto socioeconômico da pandemia no Brasil em 2021, todavia, não estão disponíveis. Houve descontinuidade de importantes pesquisas como a PNAD e o inquérito nacional da covid-19 este ano, quando o governo federal anunciou também o cancelamento da realização do censo no país. O ‘apagão de dados’, como tem sido chamado entre os pesquisadores, não é recente. Desde o início da pandemia de covid-19 no país, logo após do primeiro óbito, o governo federal editou Medida Provisória (MP) n. 928/2020 impondo restrições à Lei de Acesso à Informações, que regulamenta o direito constitucional de qualquer cidadão receber, do poder público, informações de interesse da sociedade. Essas restrições vigoraram até a manifestação contrária do Supremo Tribunal Federal (STF), que suspendeu a eficácia da medida por julgá-la abusiva e constituir ofensa ao princípio da publicidade e da transparência.

Os constrangimentos judiciais não se encerraram aí e outras iniciativas autoritárias do governo federal foram alvo de manifestações do STF, como o caso da MP n. 926/2020, também publicada em março e referente ao contexto de enfrentamento da emergência de saúde pública, que ameaçava a autonomia de estados e municípios no exercício de suas competências. A esta altura se delineava um cenário de conflito entre esferas de governo que persiste até hoje, considerando que medidas protetivas adotadas pelos governadores têm sido sistematicamente boicotadas pela presidência da república.

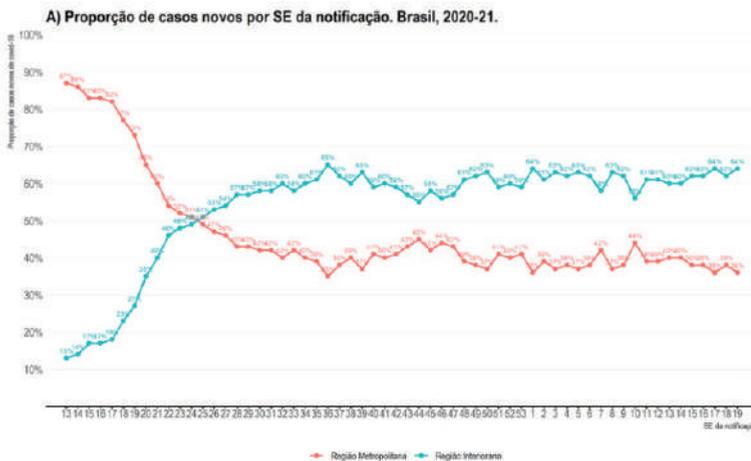
O despreparo e desinteresse do governo federal nas ações de enfrentamento da pandemia acirrou um cenário de crise política nacional que culminou no afastamento do cargo por dois ministros da saúde em poucos meses e, mais recentemente, na instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal que conduziu ao afastamento de mais um ministro ora investigado.

Com respeito à resposta estatal à vulnerabilidade socioeconômica em função da pandemia, as medidas adotadas, além de insuficientes, tiveram efeitos controversos. Os auxílios financeiros emergenciais, por exemplo, concedido pelo Governo Federal aos trabalhadores/as informais, desempregados/as, microempreendedores/as individuais (MEI) e autônomos/as geraram filas e aglomerações nas agências bancárias em todo o país, provocando assim uma maior propagação do vírus entre a população em situação de maior vulnerabilidade.

A tendência de interiorização da epidemia no Brasil constitui outro grande desafio. No início de julho de 2020, as previsões já estavam consolidadas e mais da metade dos casos (63%) e dos óbitos (52%) eram registrados nas cidades do interior do país (BRASIL, 2020c). Segundo apuração da Agência Pública (Muniz, Fonseca y Pina, 2020) até 06/07/2020 mais de 2500 municípios com menos de 100 mil habitantes contava com, pelo menos, um óbito por Covid-19. Destes municípios, a matéria destaca que “80% não possuíam sequer um leito em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) antes da pandemia – e 78% seguiram sem UTIs até o mês de maio de 2020 [...]”.

Esta tendência se manteve e atualmente a maioria dos casos novos registrados está em cidades do interior do Brasil (ver figura 1 ).

**Figura 1. Distribuição proporcional de novos registros de casos de COVID-19 por municípios integrantes das regiões metropolitanas e do interior do Brasil. Brasil, 2021**



Fonte: Boletim Epidemiológico Especial n. 63 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Brasil, 2021

Este deslocamento geográfico da Covid-19 é coerente com a malha aérea, rodoviária e hidroviária. Uma vez que o contágio se dá no contato

de pessoa a pessoa, os meios de transporte e as respostas intersetoriais são centrais na análise da situação que vivemos (Guimarães et al., 2020; Ferrari, 2020).

O espraiamento da doença ao interior do Brasil afligiu as autoridades sanitárias, os pesquisadores e a população em geral por vários motivos. De um lado há rapidez do contágio, a alta taxa de contaminação e lenta recuperação – combinação de fatores que provoca a ocupação dos leitos das grandes cidades, pressionando a capacidade do sistema de saúde até o colapso. De outro lado, preocupa o fato de as cidades menores não possuírem infraestrutura capaz de assistir todas as situações agravadas da doença, dado o aumento da demanda por serviços especializados, UTIs e respiradores. Os pacientes são enviados para as cidades maiores agravando a sobrecarga e pressão do sistema de saúde (FIOCRUZ, 2020).

A situação é mais grave nos municípios menores de 20 mil habitantes, que são o ente mais vulnerável da federação por diversas razões, dentre elas: a pouca autonomia na gestão dos orçamentos e baixa capacidade de arrecadação fiscal; o seu poder reduzido de decisão nos espaços de governança; as limitações do serviço de saúde, aliadas às dificuldades de gerenciar uma rede de serviços pouco integrada institucionalmente, com oferta insuficiente dos serviços de média e alta complexidade, além da baixa fixação dos profissionais médicos (Pinafo et al., 2020).

Neste contexto, os povos aldeados, em particular a população indígena, e quilombolas que estão situados em regiões mais distantes de aglomerados urbanos, muitas vezes em condições mais precárias de vida, encontram-se, portanto, em maiores condições de vulnerabilidade (Escobar, 2020).

## **2. O RACISMO ESTRUTURAL E OS IMPACTOS DA PANDEMIA SOBRE A POPULAÇÃO NEGRA**

A desigual situação de saúde da população negra no Brasil resulta de processos históricos de violência e exclusão social. Seja pelos obstáculos à mobilidade social, pelas condições de vida, pela violência e pelas barreiras de acesso à saúde, acumulam-se desvantagens sociais que repercutem negativamente na saúde. Parte-se do pressuposto que o racismo é um dos determinantes deste processo e que seus efeitos são potencializados frente às intersecções de certos marcadores sociais, com destaque para a raça, classe social e gênero. Trata-se, portanto, de um “processo em que condições de subalternidade e de privilégio que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas” (Almeida, 2018).

Diante deste fato, podemos afirmar que esta condição só se torna possível porque, como afirma Almeida (2018), antes de ser individualista ou mesmo institucional, o racismo é estrutural e a estrutura social gesta uma socialização entre seus indivíduos fundamentada organicamente numa ideologia racista. “[...] a sociedade é racista” e o racismo é por ela reproduzido, seja nas relações interpessoais, seja por meio das instituições, seja a partir da sua ordem social.

Embora a dimensão estrutural deste processo deva ser constantemente ressaltada, também se faz necessário lembrar das estratégias e dos atores sociais envolvidos neste processo cíclico, no qual a roda não gira sozinha. Neste sentido, o racismo não é apenas um resquício histórico, mas é um projeto de sociedade que sempre fundamentou a formação da sociedade brasileira. Trata-se de aspectos subjetivos e objetivos, de uma mentalidade colonialista, escravocrata e meritocrática, fundamentada num ideário neoliberal de sociedade excludente. Mas também se funda em dimensões objetivas de lucro, poder e dominação.

É importante destacar que a falta de acesso adequado aos serviços de saúde para prevenção de doenças e a situação de vulnerabilidade que coloca esta população frente aos determinantes sociais que favorecem a condição de adoecimento, sinalizam os porquês dos altos índices de contaminação e letalidade neste grupo. Tratam-se de sujeitos que se viram obrigados a continuarem trabalhando (empregadas domésticas, porteiros, seguranças, trabalhadores dos serviços gerais, motoristas e cobradores do transporte coletivo, os entregadores de aplicativo, agentes de segurança pública etc.), mesmo tendo sido declarado pelo Ministério da Saúde Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) – Portaria n. 188 de 03 de fevereiro de 2020 – e decretado no país Estado de Calamidade Pública, por meio do Decreto Legislativo n. 6, de 20 de março de 2020.

Vale notar que o campo raça/cor, mesmo constando nos formulários (formSUS) só foi incorporado como categorias de análise para a situação epidemiológica da Covid-19 após manifestação de movimentos sociais e setores do meio acadêmico/científico, a exemplo do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade (Santos *et. al.*, 2020). Essa ausência de uma política de identificação racial dos casos de morbidade e mortalidade impediu a produção de informações para a tomada de decisões em ações focalizadas e dificultou a produção de conhecimento sobre o impacto da Covid-19 nas populações negras, sobretudo, da situação das populações quilombolas.

O Boletim Epidemiológico n. 04 janeiro de 2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador com dados acumulados até o dia 30 de janeiro de 2021, destaca, por exemplo, que o município de Salvador, capital do estado da Bahia, região Nordeste do país, totalizava 126.117 casos confirmados da Covid-19 e 3.332 óbitos, com uma média na taxa de letalidade em torno de 2,4%. Desagregando o dado pela categoria raça/cor temos um maior índice de contaminação entre indivíduos pretos (72%) e pardos (76%). Já no que tange aos óbitos, observa-se um total de 2.308 mortes entre negros/as e pardos/as (75%), sendo: 1.566 (51%) de pardos e 742 (24%) de pretos. Já entre os brancos/as foram 787 (25%) óbitos, 6 entre amarelos/as (0,0%) e 3 entre os indígenas (0,0%)<sup>2</sup>. Com base nisto, percebe-se que a taxa de letalidade estava em torno de 2,6%, sendo maior que a média da população em geral. (SMS/DVS/SSA, 2021).

É importante também destacar a existência de um total de 31.380 casos confirmados de Covid-19 e 228 óbitos em que não constam informações sobre a variável raça/cor dos indivíduos nos registros dos formulários (formSUS) para análise de situação epidemiológica da Covid-19, por não preenchimento pelos profissionais de saúde. Isso nos alerta que o percentual de pessoas pardas e pretas contaminadas ou que evoluíram a óbito pode ser ainda muito maior ao que vem sendo registrado e divulgado, confirmando, assim, a subnotificação do perfil da raça/cor dos indivíduos. (SMS/DVS/SSA, 2021).

Todavia, salienta-se que 79% da população soteropolitana se autodeclara preta ou parda (IBGE, 2018). Desse modo, percebe-se que os dados apresentados refletem a condição muito maior de risco à contaminação, agravo e morte que a população negra (preta e parda) está exposta. (SMS/DVS/SSA, 2021).

Cabe ainda ressaltar que durante os meses de março e abril, o país vivenciou a chamada segunda onda, batendo todos os recordes diários, em todos os entes federativos, de contaminações e óbitos, ocupação de leitos clínicos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com falta de medicações específicas para o processo de intubação e sua manutenção, de EPIs para os profissionais de saúde e de oxigênio, tanto em unidades de saúde públicas quanto privadas.

Se articula a esse processo a própria estrutura demográfica das comunidades, que em si já dificultam qualquer tentativa de isolamento social. Mais uma vez é possível perceber um fenômeno cíclico, no

---

2 No Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador n. 04 de janeiro de 2021, ambas as categorias, amarelo e indígena, foram consideradas nulas em termos percentuais diante o quadro percentual apresentado pelas demais categorias: brancos, pardos e pretos.

qual a segregação racial dos centros urbanos também se configura como um projeto político que envolve a separação entre ricos e pobres, negros e brancos. A segregação racial não vai apenas confinar populações negras à territórios com as piores condições de vida, como também limita qualquer tentativa de mobilidade social, dificultando o acesso a boas escolas e às oportunidades de emprego menos precarizadas (Williams y Collins, 2001).

Configura-se assim um processo de produção de negligência que alia invisibilidade social -fruto do não reconhecimento de um agravo ou situação como um problema de saúde-, assim como a inação ou ausência de ações para responder ou agir diante do agravo que também pode ser decorrente da incompetência em planejar e executar ações (Nunes, 2016).

Não são apenas doenças negligenciadas, mas pessoas, populações, territórios, comunidades inteiras ignoradas através de processos históricos e sociais complexos. As comunidades remanescentes de quilombo são uma parte importante destes grupos sociais que são invisibilizados e da qual a necropolítica de estado determina a sua condição de morte.

Utilizando o conceito de abjeção, como um sentimento que motiva a negligência, é possível também incluir a dimensão do racismo para compreender que sentimentos/emoções contribuem para a produção da negligência (Nunes, 2016). O conceito de abjeção permite atentar para as pessoas ignoradas, postas à margem dos interesses políticos e econômicos, o que, muitas vezes, explica a persistência da exclusão e subordinação social, assim como a necropolítica.

Tal processo tem ocorrido sistematicamente em relação às populações tradicionais<sup>3</sup>, comunidades vinculadas aos seus territórios e modos próprios de se relacionar com a terra (Lacerda y Silva, 2018). Historicamente essas populações têm sido descartadas do projeto nacional de desenvolvimento, excluídas e ameaçadas em decorrência do agronegócio, dos projetos turísticos, da mineração, dentre outros processos que impactam a vida e a saúde (op cit).

Vê-se, portanto, que a pandemia tem agravado as situações de vulnerabilidade já existentes. Especialmente nos territórios rurais, os serviços de saúde disponíveis se limitam a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo incapaz de solucionar casos mais graves que dependem de uma atuação articulada com outros níveis de atenção. Em realida-

---

3 A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) classifica como povos tradicionais indígenas, quilombolas, povos das florestas, ribeirinhos, entre outros, chamados de populações do campo, floresta e águas.

de, os desafios abrangem também o suporte a casos leves de Covid-19, tendo em vista os problemas estruturais de acesso a água, produtos de higiene, saneamento e segurança alimentar,” além da escassez de profissionais de saúde, problema que se agravou com a pandemia (Floss et al., 2020).

De acordo com a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), até o dia 15 de maio de 2021, já se tinha confirmação de 5.345 quilombolas contaminados pela Covid-19, com 272 casos evoluídos para óbito, e cinco óbitos sem a devida confirmação legal, distribuídos entre dezenove estados da federação. Os estados que apresentaram a maior concentração de mortes são: Pará com 80 óbitos, Rio de Janeiro com 42, Amapá com 35, Maranhão com 19; Pernambuco e Goiás, ambos com 15 óbitos. E vinte e um estados da federação apresentaram confirmação de casos de quilombolas contaminados por Covid-19. A região Norte acumula recorde de mortes de quilombolas por Covid-19, com taxas de letalidade superiores a outras partes do país. No Estado do Pará, por exemplo, essas taxas se devem ao esgotamento da rede hospitalar (Orellana et al., 2020), dentre outros fenômenos históricos de vulnerabilidade social.

Essas mesmas pessoas e comunidades, ausentes da agenda de prioridades do Estado, são responsabilizadas por conter a disseminação da pandemia, através de políticas que foca nos riscos individuais, em detrimento das causas sociais da mesma (Airhihenbuwa et al., 2020). Medidas de prevenção focadas em comportamentos individuais de risco, tendendo a culpabilizar os indivíduos pela contaminação e disseminação da doença, deixam de agir nas causas e nos contextos de vulnerabilidade.

### **3. COVID-19 E POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL: VULNERABILIDADES HISTÓRICAS E GENOCÍDIO INSTITUCIONALIZADO.**

O Novo Coronavírus chegou ao Brasil numa fase aguda de piora das condições já crônicas da saúde dos povos indígenas e da atenção à saúde dessas populações. Sabemos que no Brasil encontram-se duas especificidades em relação a esta população no continente latino-americano: i) a imensa heterogeneidade étnico-cultural expressa em 305 etnias falantes e 274 línguas distribuídas ao longo do território brasileiro e representando, 4% da população geral (IBGE, 2010); ii) um subsistema de atenção (SASISUS) complementar, criado para oferecer uma “atenção integral e diferenciada” sensível as especificidades socioculturais das comunidades indígenas (MS, 2002).

O SASISUS é regulamentado pela Política Nacional de Atenção à Saúde (PNASPI) e gerenciado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde através de 34 Distritos Especiais (DSEI). Trata-se de uma conquista da luta indígena/ista no processo de redemocratização do País nos anos '80, fruto do reconhecimento constitucional de direitos eminentemente socioculturais (Verdun, 2009).

O tamanho populacional, a sua distribuição no território e as características principais do seu perfil em si são dados que dependem exclusivamente dos ciclos decenais do censo nacional, atualmente suspensos pela emergência pandêmica. Levantamento recente estimou 7.103 localidades indígenas nos territórios referentes a 828 municípios (IBGE, 2019), apontando que só 632 resultam terras oficialmente demarcadas e que só 2% dessas foram reconhecidas nos últimos 10 anos.

Existem duas subcategorias *nebulosas* da população indígena que merecem ser consideradas pela maior exposição ao risco de contaminação e vulnerabilidade ao COVID-19 e menor acesso a atenção diferenciada à saúde. Por um lado, 114 comunidades isoladas, voluntariamente isoladas e de recente contato (ISA, 2018), expostas ao contato de garimpeiros e até de missionários que mascarando os interesses de evangelização religiosa se prontificam a oferecer assistência a essas comunidades que, por sinal, estão protegidas pelo órgão indigenista federal (FUNAI), chefiado por um antropólogo, teólogo e ex-missionário evangélico.

Por outro lado, temos a população indígena não aldeada sem acesso a atenção diferenciada do SASISUS que há 10 anos atrás era representada pelos 42,3% de domiciliados fora das TI, 79% dos quais em áreas urbanas e em condições socioeconômicas piores dos *parentes*<sup>4</sup> aldeados nas áreas rurais (IBGE, 2010).

Além de descrever situações de estrutural omissão das instituições públicas, esses dados apontam a outros fatores de risco devidos a limitada capacidade de prevenção ao Covid-19, considerando inclusive que o acesso à água potável (44,6%) e ao serviço de coleta do lixo (16,4%) são direitos ainda negados a maioria das comunidades reconhecidas (Ibidem, op. cit.).

Ao considerar também que 2/3 da população indígena não possuía qualquer rendimento (Ibidem, op. cit.), podemos estimar a mesma proporção de beneficiários indígenas da medida de subsídio econômico federal “auxílio emergencial” que tem que se deslocar em

---

4 “Parente” é uma expressão utilizada pelos indígenas para identificar qualquer outro indígena, seja da mesma comunidade, etnia ou outras.

contextos urbanos para recebê-lo, quebrando, portanto, a medida de segurança do isolamento comunitário e ampliando a possibilidade de contaminação das comunidades.

No que concerne as condições de saúde indígena, são limitados os estudos que representam a situação a nível nacional, pois a maioria foca em alguns distritos sanitários ou etnias específicas (Carvalho, 2014). Entretanto, em relação a chegada da pandemia, preocupam as evidências de maior incidência de doenças infecto contagiosas e a significativa porção de doenças circulatórias e respiratórias (Anderson, 2016), bem como os dados relativos a maior incidência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em específicos contextos comunitários (Cardoso, 2019). Por outro lado, outras doenças crônicas (hipertensão, diabetes, obesidade, câncer) estão aparecendo nos grupos indígenas (Ibidem, op. cit.), ampliando, portanto, as possibilidades dos fatores de risco e comorbidade ao Covid-19.

No começo da pandemia no Brasil, a fim de ter uma representação mais articulada e completa da vulnerabilidade das comunidades indígenas no Brasil a chegada do Novo Coronavírus, alguns esforços foram realizados por organizações indigenistas na construção de um índice a partir de outras variáveis determinantes como a presença de conflitos e invasões da terra indígena, a distância e disponibilidade de unidades de terapia intensiva<sup>5</sup>.

Cabe ressaltar que os dados primários implementados através do SIASI resultam consensualmente não confiáveis para fins de análise científica e epidemiológica desde a sua implantação (Sousa 2005; Santos 2003). Além de não possibilitar uma avaliação da efetividade, qualidade técnica e barreiras ao acesso aos serviços de atenção básica as comunidades indígenas, foram construídos na perspectiva intercultural, com a participação dos indígenas, o que se configura um problema de soberania indígena sobre os dados da saúde indígena, todavia compartilhado a nível global (Kukutai y Taylor, 2016).

Barreiras estruturais como o subfinanciamento e má gestão dos recursos alocados na saúde indígena, a gestão terceirizada e as propostas de privatização da assistência aos povos indígenas definem uma cobertura incompleta, descontínua e de precária qualidade, pois nas unidades básicas faltam medicamentos básicos, profissionais nas equipes da atenção básica (especialmente médicos e dentistas) bem como meios de transporte para desloca-los e acompanhar os pacientes em casos de emergência nas cidades além da escassa articulação interinstitucional (SESAI e secretarias de saúde de Municípios e Estados) para garantir o acesso integral e diferenciado nos níveis com-

---

5 CIMI, disponível em: <https://cimi.org.br/coronavirus/>, consultado em: 02/07/2020.

plexos de cuidado. Soma-se a isto o fato de as condições e características das unidades básicas de saúde indígena, de fato, não possuem espaços suficiente ou próprios pela observação e eventual quarentena dos usuários, assim que não resulta possível garantir o isolamento do contagiado pelo Covid-19 da sua família e comunidade.

O primeiro óbito por Covid-19 registrado entre os indígenas, foi de um adolescente Yanomami no Estado de Roraima (em 10/04/2020), quando entidades indigenistas já estavam contabilizando decessos devidos a pandemia nas comunidades indígenas, demonstrando a escassa eficácia do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19), implementado pelo MS desde final de janeiro 2020.

A partir das primeiras suspeitas de subnotificação de casos/decessos por Covid-19 nas comunidades indígenas, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), expressão unitária dos movimentos indígenas do Brasil começou, junto a outras organizações indigenistas a produzir e traduzir em 4 línguas não indígenas os próprios boletins epidemiológicos, a partir de fontes de dados consideradas mais confiáveis (secretarias de saúde estaduais e municipais, Ministério Público Federal, comunidades indígenas), registrando em 4 semanas epidemiológicas uma constante subnotificação da SESAI do número de óbitos mais de 3 vezes menor que os casos denunciados pela APIB. Além disso, os dados construídos pela APIB permitem uma leitura por etnia/povo.

O diferencial entre essas estatísticas se nivelou a partir do mês de agosto 2020, pois os números registrados pelo MS/SESAI alcançaram o volume indicado pela APIB que, todavia, manteve ativos até hoje a vigilância e controle sobre os dados institucionais.

Em um ano (entre 25/05/2020 e 25/05/2021), a evolução da doença registrou a seguinte padrão : casos confirmados de 1.140 até 54.560; óbitos: de 131 até 1.081;povos afetados: de 101 até 163. O plano de contingência elaborado no mês de março 2020 pela SESAI/MS, o qual não contemplou o direito a consulta dos povos indígenas, tem se revelado absolutamente ineficaz. Paradoxalmente, em alguns casos foram até os profissionais da saúde indígena que se tornaram vetores do Covid-19 nas comunidades.

Frente a essa situação, se mobilizou um grupo de parlamentares apresentando um projeto de lei (PL 1142), aprovado no final de maio 2020 pelo Congresso para implantar um plano emergencial de combate ao Coronavírus para populações indígenas e quilombolas. Não obstante, o Presidente da República promulgou a Lei n. 14.021/2020 que impõe vetos a 17 artigos da proposta parlamentar entre os quais o acesso a água potável, a distribuição de produtos de higiene e alimen-

tos ou “cestas básicas” interferindo no acesso as UTIs e a inclusão do quesito raça/cor no registro de casos de Covid-19. Mais uma explícita demonstração da intencionalidade e responsabilidade genocida do atual Governo.

Em seguida, O APIB instituiu rapidamente um Comitê Nacional da Vida e Memória Indígena que além de produzir os dados reportados, divulgou a própria proposta de plano, denominada “Emergência Indígena. Uma proposta do movimento indígena e seus parceiros para salvar vidas e evitar o aumento da tragédia da pandemia do Coronavírus entre os povos indígenas do país” (APIB, 2020). Outras entidades acadêmicas e dos movimentos sociais se reuniram (Frente pela Vida) e apresentaram também no final de maio 2020 um plano de intervenção urgente pelo Brasil, no qual um capítulo é dedicado as determinantes da saúde dos povos indígenas.

A partir do mês de março 2021, os povos indígenas conseguiram junto ao Poder Judiciário federal impor ao governo brasileiro a inclusão dos indígenas como grupo prioritário e reconhecer também os grupos que residem em territórios indígenas ainda não homologados e os que moram em áreas urbanas (ADPF n. 709). Entretanto até hoje os números relativos ao progresso da vacinação também não resultaram transparentes, pois existem diferenças nos totais registrados por diferentes fontes institucionais consultáveis referentes ao mesmo Ministério da Saúde (Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, Rede Nacional em Dados em Saúde (RNDS) e Coordenação Geral do Programa de Imunizações).

Esses dados foram novamente criticados pelos movimentos indígenas, pois segundo a SESAI, até 25/05/2021 resultam vacinados o 81% com a 1º dose e 69% com a 2º dose, na base de uma população de 408.232 maiores de 18 anos, mesmo quando o censo em 2010 apontava uma população de mais de 800.000 pessoas. A partir da instituição de uma comissão de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a gestão da pandemia pelo governo brasileiro, estão gradualmente aparecendo ulteriores evidencias da ação negacionista e da intencionalidade genocida e etnicida do governo, como por exemplo a distribuição e incentivo de medicamentos sem eficácia nos serviços de atenção à saúde indígena<sup>6</sup> e uma campanha de desinformação sobre a efetividade da vacina.

Essa evidencias são coerentes com outras ações e inações ou omissões do governo contra os povos indígenas atreladas a legiti-

---

6 <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/05/bolsonaro-fez-um-post-por-semana-em-defesa-do-tratamento-precoce-desde-o-inicio-da-pandemia.shtml>

mação de incursões nos territórios indígenas para mineração (PL 191/2020 e Projeto de Lei No. 3.729/2004), inquéritos contra lideranças parlamentares indígenas promovidos pelo mesmo órgão indigenista (Fundação Nacional do Índio – FUNAI), a eliminação dos órgãos de participação e controle social na saúde indígena (essa última ação foi anulada através a portaria n. 3.021, de 4 de novembro de 2020, depois uma dura luta promovida por consultores jurídicos indígenas junto as comunidades e seus movimentos).

Sem dúvida, a resposta mais contundente frente à omissão e ao abandono do Estado veio das próprias comunidades indígenas através da autogestão nas comunidades. Cabe destacar a capacidade política e jurídica desta comunidade para ativar estratégias que permitiram sensibilizar instituições jurídicas a nível nacional e internacional para pressionar o governo federal (por exemplo: o Ministério Público e Supremo Tribunal Federal brasileiros, o atual Governo - Departamento do Tesouro dos EUA, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos - CIDH).

Visando enfrentar “o novo inimigo que vem de fora” (expressão utilizada por liderança indígena do Povo Tuxá em 2020) e garantir o isolamento das comunidades, foram criadas barreiras sanitárias visando controle das vias de acessos as aldeias. Para suprir a falta de EPIs, se ativou a produção criativa e coletiva das máscaras. As *armas* do conhecimento ancestral, da espiritualidade, da coragem e da solidariedade, animam a força da união inter e intracomunitária que há 500 anos permite aos povos indígenas de (r)es(x)istir as opressões de colonialismo e colonialidade, a violência sistêmica e ao racismo institucional que sempre “vem do mundo lá de fora”, como a epidemia Covid-19.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 além de agravar, desvelou o cenário de desigualdades e vulnerabilidades que, apesar de históricas, são reiteradamente renovadas como parte de um projeto político. A variação ao longo do tempo em relação ao perfil de mortalidade e hospitalizações por raça/cor, com incremento na segunda onda da morbimortalidade nas regiões Sul e Sudeste, parece apontar para os efeitos do negacionismo e da priorização da economia em detrimento da vida e da saúde.

É preciso reconhecer que o Brasil se destaca com um dos países com as piores gestões da pandemia. O panorama epidemiológico e sanitário evidencia a falta de ações coordenadas, ou melhor, o retardo das respostas por parte do governo federal, incluindo a compra e distribuição de vacinas que, entre o descaso e o negacionismo, negligên-

cia a vida e a saúde da população, fragiliza as instituições do estado, desacredita a ciência e confunde a população.

São irrefutáveis as evidências de que a resposta à pandemia de Covid-19 por parte do governo federal pautou-se na promoção da “imunidade de rebanho”, apoiado na crença de que “a infecção naturalmente induziria à imunidade dos indivíduos, e a redução da atividade econômica causaria prejuízo maior do que as mortes e sequelas causadas pela doença” (CEPEDISA, 2021). Ele fracassou em ambos os intentos. A crise sanitária se agravou, assim como a econômica, tornando ainda mais perverso os efeitos da pandemia sobre os grupos mais vulneráveis, em particular a população não branca do país.

A pandemia tem evidenciado também a importância e centralidade do SUS e tem forçado a reconhecer sua importância para o enfrentamento da pandemia em termos de rede de serviços e uma das melhores estruturas de vacinação da região e que, a pesar do sub e desfinanciamento crônico, continua sendo o sistema que tem sustentando o atendimento neste cenário. Os ataques ao SUS não se resumem ao não repasse de verbas para os Estados e Municípios para o enfrentamento da pandemia, mas pela fragilização dos seus sistemas de informação e vigilância.

Somadas à subnotificação, subtestagem, acesso a UTIs, oxigênio e serviços especializados (cujo acesso também pode ser diferenciado por regiões) entende-se que tanto as medidas de exclusão dos marcadores de raça / cor / etnia dos dados de Covid-19, como a naturalização e banalização do alto número de mortes e a consequente desresponsabilização do estado, se apresenta como parte do processo caracterizado como necropolítica.

Torna-se imperativo, ademais, conforme destacam Goes, Ramos e Ferreira (2020), “exigir maior transparência dos órgãos responsáveis pelos dados da pandemia no país”, o que passa necessariamente pela “inclusão dos marcadores de raça ou etnia nos dados referentes a todo o curso da doença, desde a testagem, hospitalizações e possíveis óbitos” e ampliação da capacidade de testagem, priorizando os grupos mais vulneráveis.

O foco colocado na população negra, quilombola e indígena evidencia essa relação entre a necropolítica e o racismo estrutural. No caso da população negra, as condições de vida e saúde, historicamente caracterizadas pela falta sistemática de uma estrutura de oportunidades para ter acesso aos direitos básicos como água, saneamento básico, habitação, educação de qualidade e emprego formal, dentre outros, se constituem como as principais causas da impossibilidade de seguimento das medidas de prevenção e cuidado, assim como a subnotificação e alta contaminação e letalidade pela Covid-19.

Numa linha semelhante, no caso da população indígena o cenário da pandemia não só expõe a cronicidade dos processos de vulnerabilidade socioambiental dos povos e as instituições indigenistas, mas é utilizada como um mote para a ampliação dos processos de desmatamento e invasão das comunidades, aprofundando tanto a crise ecológica como a contaminação e morte de indígenas por Covid-19. A grave situação de não reconhecimento da autonomia e cidadania plena dos povos indígenas, passa pelo não reconhecimento dos seus territórios, o desmantelamento das instituições e políticas indigenistas, com destaque aqui para o sistema de saúde diferenciado. Também em relação a este grupo, não há informações precisas sobre morbidade, mortalidade, taxas de vacinação. Além disso, a perversa estratégia de distinguir entre grupos “aldeados” e não aldeados” para garantir o acesso, reitera o argumento da necropolítica e de ações “genocidas” por parte do governo federal.

Nesse contexto, mais uma vez, os movimentos sociais têm sido importantes para pressionar, junto a instituições do Estado pelo direito à saúde, acesso a informações confiáveis, a vacinas, e tomar medidas frente as denúncias dos já sistemáticos conflitos ambientais e a taxa de homicídios que tem se acirrado durante a pandemia, fundamentando a continuidade dos genocídios, tanto da população negra como indígena.

Em efeito, o apoio da sociedade civil, o qual inclui coletivos que atuam no ativismo social, ONGs, universidades e outras instituições sociais tem permitido uma articulação de redes de solidariedade e cooperação para fazer frente aos desafios impostos pela pandemia. Uma rede que, certamente, será fundamentais nas lutas que virão no cenário pós pandemia.

É importante reafirmar, por certo, que não basta refletir sobre o racismo como parte da estrutura da sociedade capitalista, é crucial identificar os sujeitos e as instituições que compõem as engrenagens dessa estrutura. Trata-se de um compromisso ético-político sem o qual não será possível avançar numa sociedade verdadeiramente democrática.

Encerramos este capítulo destacando que no dia 8 de abril de 2021, o ministro do STF Luís Roberto Barroso determinou a instalação da CPI da Covid-19 no Senado Federal. A Comissão Parlamentar de Inquérito tem como objetivo apurar se houve falhas e negligência por parte do Governo Federal no enfrentamento da pandemia. A necessidade deste instrumento já tem muito a dizer sobre a gestão do governo atual e acreditamos que todos nossos argumentos já apresentam uma resposta para tal inquérito.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Airhihenbuwa, Collins et al. (2020). Culture Matters in Communicating the Global Response to COVID-19. *Prev Chroni.*
- Almeida, Silvio (2018). *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 204p. (Feminismos Plurais).
- Anderson, Ian et al. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, v. 388, n. 10040, p. 131-157.
- APIB -Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (2020). Plano Emergência indígena: plano de enfrentamento da covid-19 no Brasil. <http://emergenciaindigena.apib.info/files/2020/06/PLANO-ENFRENTAMENTO-PT-290620.pdf>.
- Brasil COE coronavírus (2020). Ministério da Saúde. Boletim No.09. <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.
- Brasil COE coronavírus (2020). Ministério da Saúde. Boletim No.19. <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos> Acessado em 02 jul 2020.
- Brasil, MS/SVS (2020). Boletim epidemiológico especial doença pelo coronavírus Covid-19. 15 jul. 2020. <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude>. Acesso em: 18 jul. 2020.
- Cardoso, Andrey et al. (2019). Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of Influenza A (H1N1) pdm09 and human respiratory syncytial viruses. *Plos one*, v. 14, n. 7, p. e0218925, 2019.
- Carvalho, André; Oliveira, Anna; e Guimarães, Sandra (2014). Caracterização epidemiológica das populações indígenas e do Subsistema de Saúde Indígena do Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Bol. Inf. Geum*, v. 5, n. 3, p. 72-84.
- CEPEDISA. USP. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. 2021. Disponível em CEPEDISA-USP- *Linha-do-Tempo COVID Maio-2021.pdf*. Acesso em 15/06/2021.
- Coordenação Nacional de Articulação Comunidades Negras Rurais Quilombolas. CONAQ. Boletim epidemiológico em quilombos do Brasil coronavírus Covid-19 de 15 de maio de 2021. Disponível em: <https://quilombosemCovid-19.org/>. Acesso em: 24/05/2021.
- Escobar, Ana (2020). A interiorização da pandemia: potenciais impactos em populações em situação de vulnerabilidade na Amazônia. *NAU Social*, v. 11, n. 20, p. 137-143, 2020.

- Fernandes, Florestan (2008). A integração do negro na sociedade de classes. Volume I. 5ª edição. São Paulo: Globo.
- Ferrari, Carlos (2020). Resposta Brasileira à Pandemia de Covid-19: O Ministério da Saúde acertou, a Presidência da República errou. Boletim de Conjuntura (BOCA), v. 3, n. 7, p. 47-52.
- FIOCRUZ -Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde (2020). MonitoraCovid-19. Nota Técnica 3 –28/04/2020 -Tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados. <https://bigdata-Covid-19.icict.fiocruz.br/>
- Floss, Mayara et al. (2020). A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *cadernos.enasp.fiocruz.br/csp/pages/iframe\_print.php?aid=1115* <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00108920>.
- Goes, Emanuelle; Ramos, Dandara e Ferreira, Andrea (2020). Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3.
- Guimarães, Raul et al. (2020). O raciocínio geográfico e as chaves de leitura da Covid-19 no território brasileiro. *Estudos Avançados*, v. 34, n. 99, p. 119-140.
- IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). Indicadores IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua –Segundo Trimestre de 2020. ABR. - JUN. 2020a. [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2020\\_2tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2020_2tri.pdf).
- IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). IBGE. Indicadores IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Terceiro Trimestre de 2020. JUL. - SET. 2020b. [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2020\\_3tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2020_3tri.pdf).
- IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). Censo 2010. <https://censo2010.ibge.gov.br>
- IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019).Base de informações geográficas e estatísticas sobre os indígenas e quilombolas.
- ISA -Instituto Socioambiental (2020). [https://pib.socioambiental.org/pt/%C3%8Dndios\\_isolados](https://pib.socioambiental.org/pt/%C3%8Dndios_isolados)
- Kukutai, Tahu e Taylor, John (Eds.) (2016). Indigenous data sovereignty: Toward an agenda (Vol. 38). Anu Press.

- Lacerda, Roberto e Silva, Mendes (2018). Territorialidades, saúde e ambiente: conexões, saberes e práticas quilombolas em Sergipe, Brasil. *Sustentabilidade em Debate*, v.9 n.1.
- Mathieu, Edouard et al. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav* (2021). Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em 25/05/2021.
- Mbembe, Achille (2018). *Necropolítica*. São Paulo, sp: n-1 edições.
- Muniz, Bianca; Fonseca, Bruno e Pina, Rute (2020). Pequenas cidades brasileiras têm mais de 10 mil mortes por coronavírus. Agência Pública, 9 Jul 2020, Dados. <https://apublica.org/2020/07/pequenas-cidades-brasileiras-tem-mais-de-10-mil-mortes-por-coronavirus/>
- Nunes, João (2016). Ebola and the production of neglect in global health. *Third World Quarterly*. v. 37, 2016, p. 542-56.
- Nunes, João (2020). A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.36, n.5. <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1035/a-pandemia-de-covid-19-securitizacao-crise-neoliberal-e-a-vulnerabilizacao-global>. Acessado em 02 jul 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00063120>.
- OIT - Organização Internacional do Trabalho (2020). Forte aumento do desemprego na América Latina e no Caribe deixa milhões sem renda. OIT Brasília. Notícias. 01 de Jul 2020. [https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS\\_749687/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_749687/lang--pt/index.htm) Acesso em 02 de Jul 2020.
- Pinafo, Elisângela et al. (2020). Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.25, n.5, p. 1619-1628, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>>. Acesado em 26 Jul. 2020.
- PNASPI -Fundação Nacional de Saúde (2002). *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Rodriguez-Morales, Alfonso *et al.* (2020). Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, V 34, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>
- Santos, Márcia et al. (2020). População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. av. [online]*. vol.34, n. 99, p. 225-244.

- Santos, Ricardo e Coimbra, Carlos (2003). Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 13-47.
- SMS/DVS/SSA -Secretaria Municipal de Saúde/Diretoria de Vigilância em Saúde (2020). Boletim epidemiológico n.4, janeiro de 2021. [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/wp-content/uploads/sites/27/2021/02/BOLETIM-N.-04-2021\\_SMS-\\_DVIS\\_CIEVS-SSA\\_COVID-19.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/wp-content/uploads/sites/27/2021/02/BOLETIM-N.-04-2021_SMS-_DVIS_CIEVS-SSA_COVID-19.pdf). Acesso em: 24 mai. 2020.
- Teixeira, Carla e Garnelo, Luiza (2014). Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Verdum, Ricardo (2009). Povos Indígenas no Brasil: O desafio da autonomia. Povos Indígenas, Constituições e Reformas Políticas na América Latina (2009): 91.
- Williams, David e Collins, Chiquita (2001). Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. Public Health Reports, v. 116, n. 5, p. 404-416.



# PANDEMIA EN CHILE Y EL DESBANDE DEL MODELO NEOLIBERAL

Camilo Bass del Campo

## RESUMEN

En Chile el escenario de la Pandemia por Covid-19 ha sido muy complejo, con más de 1.900.000 personas contagiadas (tasa de incidencia acumulada: 10.090,5 casos por 100.000 habitantes) y más de 47.000 fallecidos/as reconocidos/as (243,1 por 100.000 habitantes). Esta situación se puede explicar debido a una política reduccionista y centrada en el nivel hospitalario, así como por condiciones de pobreza, hacinamiento, precariedad laboral entre otras consecuencias del modelo de desarrollo. Dicha situación se evidencia, en la desigualdad en la mortalidad ajustada por Covid-19, con una diferencia es de más de 5 veces entre las comunas de menores y mayores ingresos del Gran Santiago.

En un marco político caracterizado por falta de legitimidad del gobierno, posterior al “estallido social” de octubre de 2019. Además de una notoria falta de transparencia y democracia en el acceso a la información y en la toma de decisiones. Teniendo como contexto, un sistema de salud dañado por políticas neoliberales (desde hace más 40 años), la apuesta fue sumar las camas hospitalarias (sector público y privado), sin embargo, se descuidó el abordaje centrado en la atención primaria de salud (APS), dificultando la interrelación con la comunidad para un buen control de los contagios.

En cuanto a la necesaria protección social, en una situación de alta vulnerabilidad (29% de pobreza multidimensional, 70% de los trabajadores/as con sueldos insuficientes y una alta informalidad, 30% de adultos/as mayores trabajando), las medidas además de insuficientes fueron tardías. Frente a la falta de liderazgo, las comunidades se organizan a nivel territorial, con ollas comunes, intercambio de bienes de primera necesidad, cultivos comunitarios, entre otras maneras de subsistencia. A pesar de las sombrías circunstancias de los últimos meses la sociedad se encuentra retomando las movilizaciones por una nueva constitución, en la perspectiva de garantizar el derecho a la salud, así como los demás derechos sociales universales.

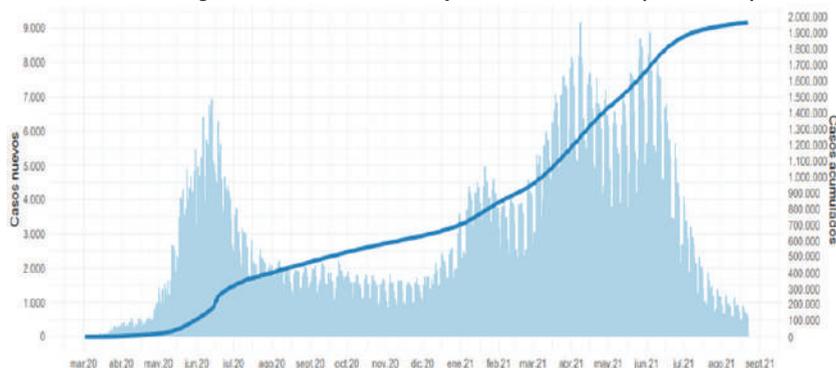
Se realiza un ensayo, con análisis crítico de realidad político-sanitaria chilena entre marzo de 2020 y agosto de 2021.

## DESARROLLO

### I. EPIDEMIOLOGÍA DE LA PANDEMIA

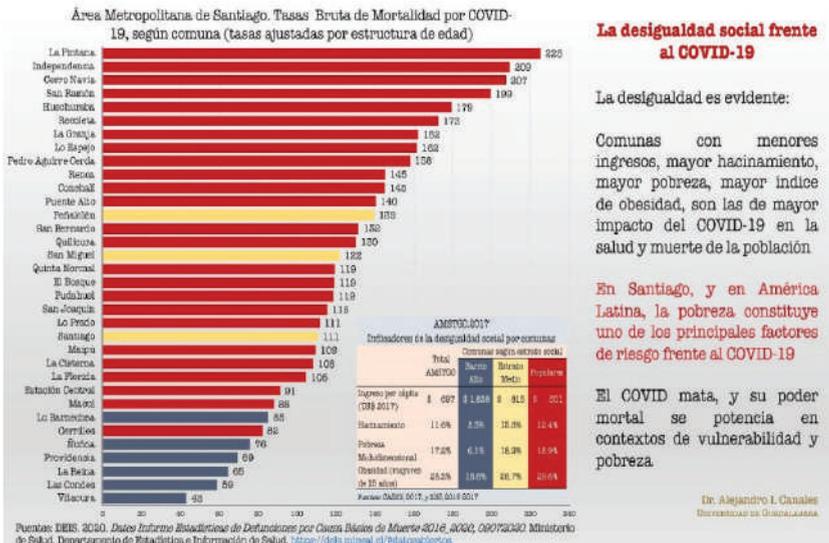
En Chile el escenario de la Pandemia por Covid-19 ha sido muy complejo, con más de 1.900.000 personas contagiadas (tasa de incidencia acumulada: 10.090,5 casos por 100.000 habitantes) y más de 47.000 fallecidos/as reconocidos/as (243,1 por 100.000 habitantes) (MINSAL, 2021a). Esta situación se puede explicar debido a una política reduccionista y centrada en el nivel hospitalario, así como por condiciones de pobreza, hacinamiento, precariedad laboral entre otras consecuencias del modelo de desarrollo. Dicha situación se evidencia, en la desigualdad en la mortalidad ajustada por Covid-19, con una diferencia es de más de 5 veces entre las comunas de menores y mayores ingresos del Gran Santiago (Canales, 2020).

**Figura 1. Número de casos nuevos confirmados (incluye probables) y acumulados de Covid-19 según fecha de confirmación por laboratorio. Chile (22-08-2021)**



Fuente: Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile

**Figura 2. Tasa de mortalidad ajustada según comunas del Gran Santiago (Chile)**



Fuente: Elaborado por: Dr. Alejandro I. Canales. Universidad de Guadalajara.  
Base de Datos Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) Ministerio de Salud. Datos extraídos 09/07/2020.

Actualmente la situación sanitaria es más tranquila, con altos índices de vacunación contra Covid-19, han disminuido los niveles de contagio y hospitalizaciones en el país. Sin embargo, la situación ocurrida en el último año y medio refleja una muy limitada disponibilidad de camas hospitalarias a nivel nacional, que en algunos momentos ha alcanzado niveles críticos con una proporción de ocupación de camas críticas sobre un 95% a nivel nacional. Si bien las autoridades sostienen que no ha habido falta de camas o ventiladores para pacientes Covid-19 graves, las diferencias de mortalidad en periodos de saturación de la red de salud apuntan en el sentido contrario (ICOVID Chile, 2021).

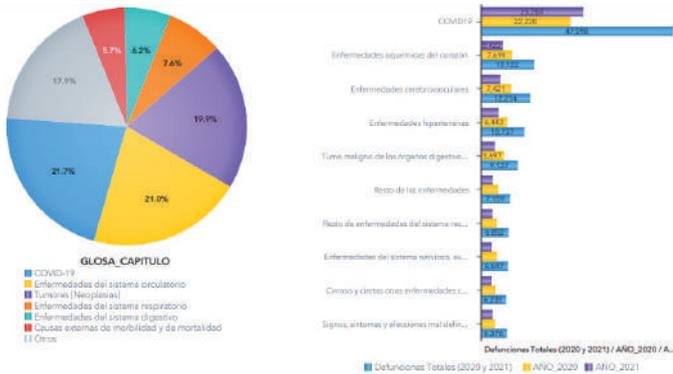
Figura 3. Indicadores por región

	Dimensiones e Indicadores					
	Dinámica contagio (23/5-29/5)		Testeo (22/5-28/5)	Trazabilidad (17/5-23/5)	Capacidad Hospitalaria (23/5-29/5)	
	R	Carga	Positividad casos	Tiempo examen y laboratorio	Uso camas UCI	Uso COVID camas UCI
<b>NACIONAL</b>						71,0
Arica y Parinacota						80,4
Tarapacá						86,0
Antofagasta						53,8
Atacama						69,6
Coquimbo						69,3
Valparaíso						64,6
Metropolitana						73,4
O'Higgins						73,9
Maule						74,7
Ñuble						68,0
Biobío						61,4
La Araucanía						70,9
Los Ríos						72,4
Los Lagos						70,6
Aysén						100,0
Magallanes						62,8

Fuente: Informe ICOVID CHILE #43 (03/06/2021)

Una evidencia de la compleja situación enfrentada la encontramos en la mortalidad por Covid-19, con 47.504 defunciones acumuladas entre marzo 2020 y agosto 2021 (correspondientes a 22.220 defunciones para el año 2020 y 25.284 en lo que va del año 2021), ocupando el primer lugar como causa de muerte en el país. Además, en la comparación de las defunciones registradas en los últimos 6 años (2016-2021), agrupando el cuatrienio 2016-2019 en relación con los años 2020 y 2021, se observa un aumento en la mortalidad en todos los meses analizados (MINSAL, 2021b).

**Figura 4. Distribución Causa Básica de Defunción por Capítulos CIE-10**



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

## II. DINÁMICAS SOCIOPOLÍTICAS DE LA SOCIEDAD FRENTE AL RIESGO EPIDÉMICO

Desde hace varias décadas a la fecha, debido a la desregulación estatal, el sistema financiero presenta ayuda gubernamental y una posterior bancarización de las deudas familiares por servicios y productos, para acceder al consumo o satisfacer necesidades fundamentales. El Estado dejó de proveer servicios, como vivienda, salud, educación, entre otros, mientras las entidades financieras comenzaron a ocupar este espacio, en este nuevo desarrollo del capitalismo de financiarización de la economía de las personas. Las grandes empresas generan ganancias retenidas y las utilizan para financiar sus propias inversiones (grandes cantidades de dinero para invertir en los mercados financieros). En consecuencia, estas grandes empresas, incorporan una actividad financiera a sus propias ganancias. En este contexto, los bancos se adaptaron a estos mercados abiertos y pasaron a desempeñar un papel de intermediarios, con ganancias esencialmente por el cobro de transacciones u operaciones. Todos estos son instrumentos financieros, que corresponden a los ahorros de empresas y personas, nos enfrentan a una expropiación completa en la que la población se ve enfrentada a la pandemia (Fundación SOL, 2019).

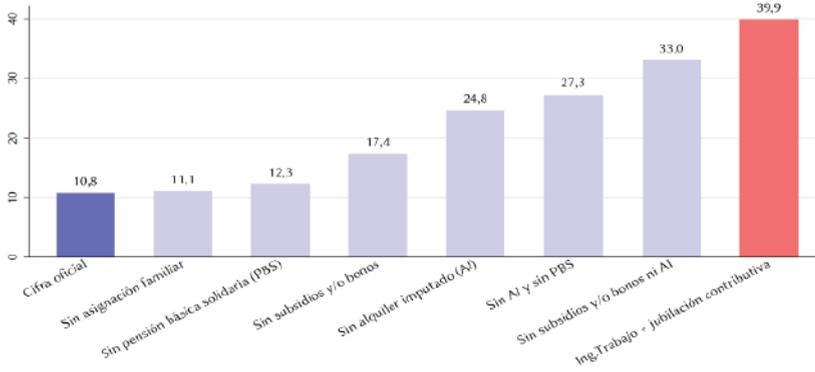
El espectacular crecimiento de los grupos económicos se ha visto favorecido por las bajas tasas del impuesto a la renta, impuesto cuyo diseño proviene de la reforma tributaria de 1984, que privilegió el fomento del ahorro y la inversión por sobre la recaudación fiscal o la redistribución de ingresos. De no haber existido el FUT (Fondo de Utilidad Tributaria), las utilidades habrían tributado a una tasa dos veces más alta y la acumulación de capital y de riqueza sería mucho

menor. La concentración del ingreso y de la riqueza en los grupos económicos que controlan la propiedad de las empresas que generan parte significativa del PIB nacional, es un núcleo duro de la desigualdad, que explica entre otros hechos la inconsistencia que hay entre el elevado ingreso per cápita del país y el bajo nivel de vida de la mayoría de la población, que no accede a los empleos provistos por este sector de alta productividad (Desiguales, 2017).

Chile, como país “periférico”, se subordina las economías a las del centro. En los bancos nacionales, todos los productos bancarios cuentan con participación de capitales globales. Esto se ha traducido, en una integración de gran tamaño, con mercados financieros que mantienen flujos de capital gigantes en el centro del capitalismo. La referencia mundial a este estado de cosas se denomina liberalización, que describe una financiarización subordinada a las economías del centro.

Por tanto, la desigualdad del país pasó a ser parte de la fisonomía, aunque la tasa de pobreza se ha reducido, los ingresos de los hogares han aumentado, la matrícula escolar y universitaria se ha expandido, persisten enormes diferencias socioeconómicas que se reflejan en espacios urbanos segregados, tratos discriminatorios y capacidades muy distintas de influencia y poder. Aunque la tasa de pobreza monetaria o por ingresos oficial sería de un 10,8%, en la práctica existe una clara insuficiencia de ingresos del trabajo y las pensiones para permitir que las personas superen la pobreza monetaria. La vinculación entre bajos salarios, bajas pensiones y pobreza es robusta. Si se considera la canasta de referencia de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) en Pandemia 2020, la pobreza por ingresos totales subiría de 10,8% a 22,2%, es decir al utilizar criterios de alimentación más exigentes, 2 de cada 9 personas que viven en Chile se encontraría en situación de pobreza. Además, la pobreza real pasa de un 10,8% a un 39,9% (de un 11% a un 42,2% en mujeres, mientras que de un 10,6% a un 37,3% en los hombres) y en el caso de la pobreza por ingresos del trabajo y pensiones contributivas, esta llegaría a 52,3%, lo que equivale a 10,2 millones de personas. (Durán y Kremerman, 2021).

**Gráfico 1. Porcentaje de pobreza según distintas fuentes de ingreso**



Fuente: Durán y Kremerman, 2021.

La elevada desigualdad de ingresos se explica por los bajos salarios que afectan a un gran número de trabajadores/as (considerando como bajo salario, como el que es insuficiente para cubrir las necesidades básicas de un hogar promedio en ausencia de otras fuentes de ingresos), la mitad de los/as asalariados/as con jornada de treinta y más horas semanales se encuentra en esta situación. De acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2017, la situación es bastante crítica, ya que los/as trabajadores/as chilenos/as perciben \$516.892 líquidos al mes por concepto de ingresos asociados a la ocupación principal (US\$ 738). Sin embargo, el umbral máximo alcanzado por la mitad de estos/as sería de sólo \$350.000 líquidos mensuales (US\$ 500). Dicho de otro modo, en el país donde el ingreso promedio es de US\$ 25.891, el 50% de los/as trabajadores/as gana tan sólo US\$ 6.000 (casi US\$20.000 menos que el promedio). Lo que evidencia la extrema injusticia en los salarios del país, en que, por el otro lado, el 1% más rico (los representantes del gran empresariado) acumulan 33% de los ingresos nacionales (Durán y Kremerman, 2019).

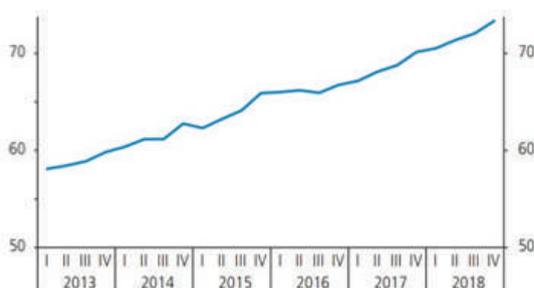
A la desigualdad que se origina en los bajos salarios, se suma la que produce un sistema de pensiones que no provee los medios de vida requeridos para la vejez. Alrededor de la mitad de los/as jubilados/as percibe hoy una pensión inferior a un valor mínimo (definido en este trabajo como un 70% del salario mínimo). Este resultado considera la pensión contributiva más el monto que provee el Estado como aporte previsional solidario. En ausencia de este componente, un 72% de adultos mayores habría recibido una pensión inferior a la mínima. Por lo tanto, más que fortalecer los mercados financieros, resulta ur-

gente sustituir el modelo de cuentas individuales administradas por las AFP, como pilar fundamental para financiar pensiones, considerando además que después de casi cuarenta años de funcionamiento el sistema de acumulación capitalista de capitalización individual no logró cumplir con el objetivo prometido de pensiones dignas (Gálvez y Kremerman, 2019).

Las consecuencias de esta extrema desigualdad se expresan en diferentes ámbitos de la vida, algunos ejemplos de esta realidad se presentan a continuación:

- El endeudamiento de los hogares chilenos alcanza máximo histórico, de acuerdo con el informe del Banco Central (Cuentas nacionales por sector institucional), los hogares registran una deuda equivalente a 73,3% del ingreso disponible. Además de este significativo nivel de endeudamiento, hay una gran carga financiera a ingreso de los hogares endeudados en todos los estratos de ingreso. También, se encuentran incrementos en los problemas de pago de deudas, por lo que los hogares ven reducidos sus márgenes financieros, y, por tanto, su capacidad para enfrentar shocks futuros de ingreso y/o tasas de interés (Banco Central, 2019).

**Deuda de los hogares (porcentaje del ingreso disponible)**

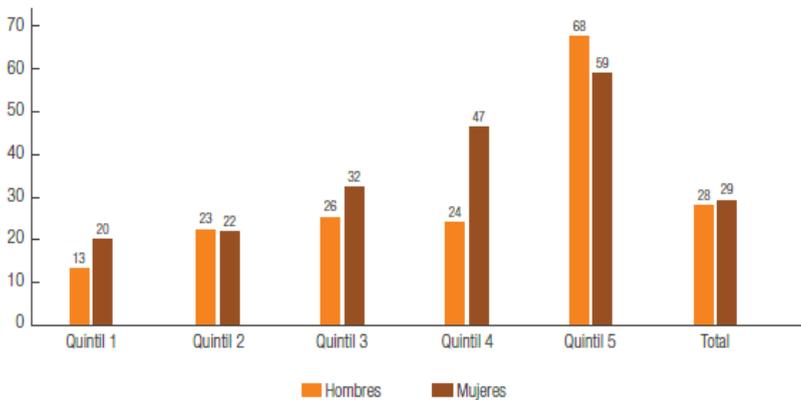


Fuente: Banco Central de Chile, 2019.

- 7 de cada 10 chilenos/as declara tener o haber tenido algún problema o enfermedad asociada a la salud mental. Los problemas más frecuentes son ansiedad o angustia, depresión, trastornos del sueño y estrés. Un 35% declara tener o haber tenido depresión. Por su parte, el estrés laboral alcanza a más de la mitad de los/as de entre 36 y 51 años. (CADEM, 2019).

- Confianza que tienen los/as ciudadanos/as en que se tendrá atención de salud en caso de enfermedad catastrófica o grave, donde el 63% de las personas que dicen tener mucha o bastante confianza en este acceso son del nivel socioeconómico alto, sin embargo, en el nivel socioeconómico bajo, solo 17,5% tiene confianza en poder ser atendido/a. En otras palabras, en Chile confiar en que las personas que se enferman gravemente serán atendidas es un lujo al que pocos pueden acceder (Desiguales, 2017).

**Gráfico 2. Población mayor de 18 años que confía en que tendrá atención médica oportuna en caso de enfermedad catastrófica o crónica grave (%)**



Fuente: Desiguales, 2017.

En este duro contexto, la precariedad social demandaba medidas de apoyo urgente a las familias, sin embargo, las medidas además de insuficientes fueron tardías. Y frente a la falta de liderazgo, las comunidades se organizaron a nivel territorial, con ollas comunes, intercambio de bienes de primera necesidad, cultivos comunitarios, entre otras maneras de subsistencia. A pesar de las sombrías circunstancias de los últimos meses la sociedad se encuentra retomando las movilizaciones por una nueva constitución, en la perspectiva de garantizar el derecho a la salud, así como los demás derechos sociales universales.

### III. ESTADO (DINÁMICA SOCIOPOLÍTICA DEL ESTADO ANTE RIESGO COVID-19)

Como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura de Pinochet, se realizaron reformas neoliberales en el campo de salud y seguridad social, imponiendo un modelo de mercado y un incentivo

negativo hacia los sistemas públicos. Esta situación es responsable que existan importantes desigualdades en acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales.

Una vez terminada la dictadura cívico militar chilena, la clase política dominante incumple las promesas de justicia social y bienestar, trasladando el debate sobre derechos sociales universales a la tecnocracia en los poderes representativos del estado. Con una ciudadanía que hasta el año 2011, prácticamente no tuvo incidencia en la toma de decisiones en ninguno de los ámbitos de la vida, colonizados por el mercado. El debate, acerca de una necesaria reforma de salud para nuestro país, se dio con un pueblo espectador de los diálogos entre el gobierno y los empresarios, naturalizando una visión mercantilista de la Salud, que se centra en la asistencia y en la forma más racional, económicamente hablando, de darla.<sup>1</sup>

En el contexto de pandemia, el gobierno chileno ha tomado una serie de decisiones respecto a su enfrentamiento que evidencian el neoliberalismo que domina en el sistema sociopolítico. Desde el primer momento se llama al confinamiento social el cual nunca se ha cumplido de la manera esperada. Se decretó el 22 de marzo de 2020 toque de queda en todo el territorio desde las 10 de la noche a las 5 de la mañana, siendo mantenido hasta la fecha. Por otro lado, el carácter de los aportes provenientes desde el estado, se han caracterizado por la focalización extrema, incluso criticado desde la propia derecha<sup>2</sup>. Ejemplo de las ayudas son: canastas individuales de alimentos entregadas por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), caja de alimentos destinada a las familias vulnerables, Ingreso Familiar de Emergencia, Subsidio al Ingreso Mínimo Garantizado y Bono Covid-19.

Debido a lo limitado del apoyo gubernamental, al poco tiempo de decretado el estado de excepción, emergieron las protestas y el malestar social debido a las dificultades para poder cumplir con el confinamiento, particularmente en las zonas con la peor determinación social de Santiago. Las repercusiones sociales y económicas, que trae consigo la Pandemia, muestran con mayor fuerza los bordes de la desigualdad en el país, lo que ha obligado al Gobierno a tomar medidas que permitan subsanarlos, que sin duda no ha reparado la necesidad más cruda de las comunidades “vivir una cuarentena sin hambre”, puesto

---

1 Izquierda Autónoma Salud (2016). Con reflexión, participación y movilización, vamos Creando Salud.

2 <https://www.elmostrador.cl/destacado/2021/03/30/critica-a-las-medidas-economicas-y-sociales-anunciadas-por-el-presidente-pinera/>

que dichas medidas se han generado de manera tardía o con escasa mirada de la realidad social.

Desde las primeras medidas económicas anunciadas, se privilegió evitar el endeudamiento público, debido a que éstas se caracterizaron por:

1. Reasignar fondos al sector salud (desde otros rubros del gasto público);
2. Emplear fondos individuales del seguro de cesantía y la entrega de un bono de \$50.000 CPL (US\$66), más similar monto por cada carga familiar;
3. Medidas tributarias para las empresas, como postergación de obligaciones financieras.

En el caso de las cuentas individuales del seguro de desempleo de cada trabajador o trabajadora (para quienes no podían realizar teletrabajo), accedieron a parte o la totalidad de su seguro de cesantía, mediante acuerdo mutuo con empleador y mandato de la autoridad sanitaria. Por lo tanto, trabajadores dependientes vieron sus contratos suspendidos en el marco de la pandemia, otorgándoles a cambio un porcentaje máximo calculado a partir de sus últimos salarios, disminuyendo progresivamente desde el primer mes hasta un máximo de seis meses. Asociado a un fondo solidario para trabajadores y trabajadoras dependientes con montos insuficientes para alcanzar los topes porcentuales establecidos, a los cuales el gobierno subsidia con fondos públicos.

Con lo que se constataba que el paquete de medidas que el gobierno definía como inédito, en la práctica, no entregaba protección a trabajadores y sus familias. Por lo que, frente a la insuficiencia de las medidas anteriores, a un mes del confinamiento, el gobierno entrega una segunda propuesta de ayuda económica, con lo que se crea un fondo adicional por US\$2.000 millones orientado a los 2,6 millones de trabajadores informales sin contrato de trabajo, y que no contaban con seguro de desempleo. Además de otras medidas para facilitar el crédito con garantías estatales a las empresas. Con lo que se persiste en el intento de moderar los efectos recesivos de la crisis sin incurrir en un gasto público necesario para mantener a las familias en situación de confinamiento (Heiss, 2020).

Por tanto, evidenciamos que las políticas de protección social en el marco de la pandemia por Covid-19 se han caracterizado fundamentalmente por ser financiadas por ahorro individual y endeudamiento de las personas.

En cuanto a las transferencias directas, se implementaron:

- El “Bono Covid-19” que benefició al 60% de los hogares más vulnerables del Registro Social de Hogares, con un pago único en abril 2020 de \$50.000 CPL (US\$66). Por otro lado, el Ingreso Familiar de Emergencia cubre al mismo segmento y consta de \$65.000 CPL (US\$85) por integrante del hogar en el primer mes y \$100.000 CPL (US\$130) en el segundo y tercer mes.
- El llamado “Bono clase media”, destinado a trabajadores independientes, consistente en un subsidio de \$100.000 CPL (US\$130) con ingresos promedio mensuales menores a \$500.000 CPL (US\$660); y de forma complementaria, un crédito de hasta \$650.000 CPL (US\$850) para trabajadores que hayan disminuido sus ingresos por en al menos un 30%.
- El “Ingreso Mínimo Garantizado” otorga una transferencia a los trabajadores dependientes con rentas menores a \$380.000 CPL (US\$500) para alcanzar este monto.

El Foro para un Desarrollo Justo y Sostenible, realiza un balance sobre las medidas económico-sociales del gobierno, a un año del inicio de la pandemia:<sup>3</sup>

- Las últimas medidas intentan avanzar en la corrección de una ausencia de políticas de apoyo a las familias, sin embargo, lo hacen de un modo tardío, insuficiente, persistiendo en trámites burocráticos y falta de claridad.
- El Gobierno ha faltado a su compromiso de transparencia, incumpliendo la responsabilidad de dar cuenta de cómo se financiaba y cómo se iba utilizando el fondo COVID de correspondiente a US\$12.000 millones.
- Esta situación se da, a pesar de que el estado cuenta con fondos soberanos por US\$20.000 millones y además dispone de capacidad de endeudamiento para enfrentar de mejor forma una pandemia. Dichos recursos no se han utilizado de manera suficiente y han forzado a la ciudadanía a utilizar US\$35.000 millones de sus fondos previsionales y US\$1.000 millones de sus fondos de cesantía.

Como se menciona en el punto anterior, y a pesar de la férrea resistencia del ejecutivo, la manera de poder obtener alivio frente al hambre y

---

3 Crítica a las medidas económicas y sociales del presidente Piñera. El Mostrador (30 marzo, 2021). <https://www.elmostrador.cl/destacado/2021/03/30/critica-a-las-medidas-economicas-y-sociales-anunciadas-por-el-presidente-pinera/>

precariedades de segmentos mayoritarios de la ciudadanía fue posible debido el retiro de sus fondos previsionales. Hasta el momento se ha aprobado en 3 ocasiones poder descontar de los montos destinados a la jubilación hasta un 10% (en cada oportunidad). Posterior al segundo de estos, hacia fines de marzo del 2021, casi 11 millones de personas habían solicitado retiros al sistema AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones), instituciones privadas que cuentan con el poder de administrar los fondos de pensiones bajo la modalidad de cuentas personales (CENDA, 2021).

El costo de la crisis ha recaído básicamente en las mayorías vulneradas del país, en un contexto de pérdida de más de un millón de empleos y un aumento en la pobreza absoluta cercana a un 4%. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2021), la tasa de desocupación el 2020 alcanzó un promedio de un 10,7% (incremento atenuado por la gran cantidad de personas que salieron de la fuerza de trabajo). Estas cifras implican un alza de 3,5 puntos porcentuales en la tasa y un aumento de 34,5% en la cantidad de desocupados en comparación con 2019 (Menz, 2019).

Una evidencia más acerca de la precaria situación que ha debido enfrentar a gran mayoría de la población se objetiva en los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen 2020), donde además del aumento de la pobreza y la pobreza extrema a cifras de hace por lo menos 5 años. Se constata que los ingresos provenientes del trabajo del 10% más pobre fueron 417 veces menores que los del 10% más rico. En el caso de los ingresos autónomos (montos provenientes trabajo, jubilaciones, pensiones, rentas, entre otros.), los recursos del 10% más rico fueron 251 veces mayores que los del 10% más pobre. Con un promedio de ingresos autónomos por persona del 10% más pobre de \$4.136 (US\$5) al mes en 2020, frente a \$1.617.206 (US\$2.130) del decil con más ingresos (desde hace más de 15 años, el promedio por persona de ingresos autónomos del 10% más pobre nunca había bajado de \$12.000 (US\$15) al mes. Por último, si bien las ayudas estatales intentan mitigar en parte esta dramática situación, entre los más pobres el costo más alto lo pagaron los sectores más postergados, como mujeres e inmigrantes (Scherman, 2021).

#### **IV. RESPUESTA DEL SISTEMAS DE SALUD**

En el marco de la profundización del carácter subsidiario del Estado (heredado desde la dictadura), durante los gobiernos posteriores se ha mantenido una política y una visión del Estado, acordada entre los sectores políticos y económicos que deciden por el país y que pone el interés financiero por encima del sanitario, generando nichos de acumulación para el capital privado, asegurados por el Estado.

Como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), un listado actual de 85 enfermedades con acceso a intervenciones sanitarias específicas. Sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia, generación de discriminación y desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado.

Por esta razón, los conflictos principales en el tema de salud son entre grupos empresariales, pues ellos son los que han influido en la dirección hacia donde el sector se desarrolla. Los conflictos políticos al interior de los grupos dominantes se caracterizan por repercusiones de las disputas oligarcas, sin que los sectores llamados progresistas hayan logrado levantar algún proyecto alternativo, terminando en el caudillismo, las ventajas cortoplacistas y beneficios personales. El mercado y las decisiones en salud están sustentadas en los grandes holdings y otras empresas medianas y pequeñas, que aprovechan la oportunidad de hacer negocios. Para conseguir estos fines, ha sido llamativa la contratación de exdirectivos públicos del sector, así como también el financiamiento a la clase política gobernante.

En la actualidad el sistema de salud se encuentra en crisis. Integrado principalmente por el sistema público (Fondo Nacional de Salud) y el sistema privado (Instituciones de salud previsual), que produce segmentación de la población en el acceso a salud, consagrando una salud para pobres y enfermos y otra para ricos y sanos. Con un sector público crónicamente desfinanciado, perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación y arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. El sistema público de salud cubre aproximadamente al 75% de la población con el 45% de los fondos recaudados vía cotización individual obligatoria, que junto al aporte estatal es administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Por otro lado, las ISAPRE perciben la cotización de la población de mayor ingreso (aproximadamente al 18% de la población, con el 55% de los fondos recaudados vía cotización individual) y los utiliza como primas individuales que no se distribuyen en la población general según necesidad, llevando a una distribución desigual de los recursos. El sistema se financia con un 8.4% del PIB, de ello aproximadamente un 50% del gasto total en salud es financiado con gasto público.

Esta situación inequitativa ocasiona que el gasto per cápita en salud de una persona de una ISAPRE sea un 50% mayor que el de una persona en FONASA. Lo que produce segmentación de la población en el acceso a salud, ya que las personas con mayores recursos económicos y mejor estado de salud se encuentran en el sistema privado, recibiendo una atención más rápida e incluso excesiva, a diferencia de

las personas con menores recursos y de peor estado de salud que se atienden en el sector público. Se consagra una salud para ricos y sanos y otra para los pobres y enfermos.<sup>4</sup>

Por otro lado, el elevado gasto de bolsillo en nuestro país, representando una proporción muy elevada del gasto total en salud, correspondiendo a lo menos a un 32% (Benítez, Hernando, Velasco, 2018), aún puede ser catastrófico para familias de ingresos bajos y medios que se atienden en la MLE de Fonasa. Esto desincentiva la voluntad de mantenerse en el sistema público, ya que se obtienen transitoriamente mejores coberturas en el subsistema de ISAPRES. Por otra parte, persiste la errada concepción de que los copagos deben ser una fuente de ingreso del sistema, que contribuye en su financiamiento.

Para el periodo de la pandemia, en un marco político caracterizado por falta de legitimidad del gobierno, posterior al “estallido social” de octubre de 2019. Además de una notoria falta de transparencia y democracia en el acceso a la información y en la toma de decisiones. Teniendo como contexto, un sistema de salud dañado por políticas neoliberales (desde hace más 40 años), la apuesta fue sumar las camas hospitalarias (sector público y privado), sin embargo, se descuidó el abordaje centrado en la atención primaria de salud (APS), dificultando la interrelación con la comunidad para un buen control de los contagios.

La situación ocurrida en Chile se podría definir como una tardía y deficiente incorporación de la estrategia de abordaje comunitario para su contención, a pesar de la evidencia demostrada en países que priorizaron el trabajo en el nivel primario de atención, a lo menos en los primeros 4 meses del desarrollo de la pandemia en Chile, menos de 5% de los recursos para su enfrentamiento fueron destinados a la AP. Por otro lado, a pesar de la necesidad de una estrategia de trazabilidad eficiente, hasta el día de hoy su implementación ha detentado importantes demoras, aumentando el riesgo de nuevos brotes.

No se ha comprendido el comportamiento del virus desde una mirada regional, donde tanto consultorios y hospitales deben mantener las medidas sanitarias que promuevan el control de contagios y la capacidad de atención oportuna. Persisten algunas dificultades para establecer con claridad y de manera unitaria la mantención de los protocolos y gestión clínica de los establecimientos de atención, dificultando la posibilidad de respuesta ante un aumento de casos de contagios por Covid-19 y sobre todo la capacidad de TTA (Testeo, Trazabilidad y Aislamiento).

---

4 Comando Programático de Salud - Beatriz Sánchez (2017). La salud en Chile.

La apertura de actividades y movilidad significan una tarea de igual o mayor esfuerzo por mantener el control de la pandemia. Países como Israel, España y Australia han demostrado una importante dificultad en la implementación de una transición. En base a dichas experiencias, se debieran mantener las adecuaciones críticas en los establecimientos de salud hasta poder encontrarnos en un escenario que disminuya los riesgos para la población y los equipos de salud, por lo que es necesario contar con evidencia más robusta de la que hemos obtenido hasta el momento y así enfrentar de manera exitosa la compleja transición en salud.

Por lo tanto, si bien la situación de precariedad y discriminación en el acceso a la atención de salud ha sido una constante en las últimas décadas, la pandemia ha evidenciado con mayor crudeza que Chile no cuenta con un sistema robusto de salud, sino con uno público y otro privado, con lógicas divergentes, lo que produce una situación de franca discriminación entre un segmento pequeño de población con mayores recursos económicos y gran parte de la ciudadanía de menores recursos.

## **PROPUESTAS**

La pandemia por Covid-19 ha venido a demostrar con mayor crudeza las consecuencias de más de 45 años de políticas neoliberales, de desigualdad y exclusión. Se hace imprescindible avanzar hacia un proceso de rearticulación de las clases subalternas, promoviendo un cambio a los amarres constitucionales del Estado subsidiario, trabajando la capacidad de alianzas que el mundo del trabajo organizado pueda establecer con otros movimientos sociales con diferentes problemáticas, para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo Chile, con una nueva forma de vivir, que valore la vida por sobre el mercado. Este nuevo Chile requiere de una nueva constitución (en construcción), que releve los derechos humanos, derechos sociales universales como una manera de relacionarnos socialmente, con un Sistema Universal de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Con un diálogo respetuoso de saberes entre la atención de salud alopática y los conocimientos ancestrales y populares. Además, de potenciar la autonomía de los pueblos en la generación de procesos de atención acordes con las dinámicas de las propias localidades, disminuyendo así la dependencia hacia la medicina occidental.

El derecho a la salud debe ser consagrado en la Constitución de manera pública, gratuita y de calidad para todo/as. Concebir la salud como un derecho implica que el Estado garantice a toda la población el mayor grado de bienestar en salud, y que este no se encuentre se-

gregado por capacidad de pago y riesgo de enfermar. La Constitución debe garantizar el derecho universal a la salud, es decir el acceso, la calidad y la protección financiera al conjunto de los habitantes del país, provisto desde el Estado a través de un Servicio Nacional de Salud. Generar un cambio de esta magnitud, obliga al Estado a mejorar y ampliar el sistema público de salud. Sólo en un sistema donde desaparezca la segregación, y que funcione bajo un marco solidario de financiamiento lograremos satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población.

Un Sistema Universal de Salud basado en atención primaria: caracterizado por un financiamiento por impuestos generales. El sistema es universal, constituyéndose un solo financiamiento nacional que distribuye los riesgos, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades. Además, se debe avanzar en la construcción de una política integral de desarrollo de los/as trabajadores/as para mejorar la calidad de la atención que se brinda a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de médicos/as y otros funcionarios/as de salud.

La atención primaria debe ser el pilar fundamental del sistema de salud, en este sentido es fundamental mejorar su financiamiento, es necesario que los/as funcionarios/as y la comunidad tengan injerencia en la toma de decisiones con respecto al presupuesto y de esta forma evitar que los recursos de salud se mal utilicen o se desvíen hacia otros gastos. Además, se deben reevaluar las actividades de la AP, reformulándola y adecuándola a lo que realmente debiera hacerse, es decir, incorporar acciones de prevención y promoción de salud, así como mejoras a la capacidad resolutive.

El rol que debe jugar la AP, sobre las políticas sanitarias y sociales es fundamental para lograr la contención de esta crisis epidémica, por medio de una robusta gestión clínica y territorial desde los establecimientos, favoreciendo la respuesta ante la Covid-19, con una estrategia organizada, participativa y eficiente de TTA. Debiéndose avanzar en una política que fortalezca la incorporación y permanencia de los/as trabajadores/as de salud, estableciendo una perspectiva que asegure la longitudinalidad en la atención.

Por otro lado, la complejidad de los contextos sociales, exacerbados en la situación actual, exige la interrelación de trabajadores y la ciudadanía, que deben contar con mecanismos efectivos de participación vinculante en la toma de decisiones, por medio de una gestión triestamental. Ya que a pesar de las sombrías circunstancias de los últimos meses, la sociedad se encuentra retomando la organización por una nueva constitución, en la perspectiva de garantizar el derecho a la salud, así como los demás derechos sociales universales.

Poniéndose énfasis en que enfrentar los problemas actuales y crónicos del sistema de salud, se requiere una profunda transformación, con una provisión de servicios de calidad en la red asistencial pública, que se oriente desde una perspectiva multisectorial, considerando la determinación social de salud, para resolver de forma integral los problemas de salud de la población (Bass, 2020).

Nos encontramos en un momento decisivo para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo modelo de sociedad, que contenga un Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, el neoliberalismo que nació en Chile muera en post de los derechos universales, incluyendo a la salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Banco Central (2019). Evolución del ahorro, la inversión y el financiamiento sectorial en el año 2018. Cuentas nacionales por sector institucional. Chile. [Consultado 28 Ago 2021]. <https://www.bcentral.cl/contenido/-/detalle/cuentas-nacionales-por-sector-institucional.-evolucion-del-ahorro-la-inversion-y-el-financiamiento-sectorial-en-el-segundo-trimestre-de-2019-1>
- Bass, Camilo (2020). Atención primaria y estrategias comunitarias, para salir fortalecidxs de esta crisis. 5 de mayo de 2020. [Consultado el 13 de septiembre de 2020]. <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/163091/atencion-primaria-y-estrategias-comunitarias-para-salir-fortalecidxs>
- Benítez, Alejandra; Hernando, Andrés y Velasco, Carolina (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos de Referencia MR, Edición Digital. No.491, Centro de Estudios Públicos. [https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491\\_abenitez.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491_abenitez.pdf)
- CADEM (2019). Encuesta El Chile que Viene Salud 2019. Consultado el 13 de septiembre de 2020. <http://www.cadem.cl/encuestas/chile-que-viene-salud-mental>
- Canales, Alejandro (2020). Impactos del COVID-19 en los niveles y patrones de la mortalidad en Chile. Universidad de Guadalajara. 11/07/2020. [https://www.researchgate.net/profile/Alejandro\\_Canales/publications](https://www.researchgate.net/profile/Alejandro_Canales/publications).
- CASEN (2020). Encuesta Casen 2020. Resumen de resultados: pobreza por ingresos y distribución de ingresos. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. [Consultado 28 Ago 2021]. <http://>

- observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020
- CENDA -Centro de Documentación y Análisis (2021). Declaración Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo (CENDA). Agosto 2020, actualizada abril 2021. <https://www.cendachile.cl/>
- Desiguales (2017). Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD). <https://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/poverty/desiguales--origenes--cambios-y-desafios-de-la-brecha-social-en-.html>
- Durán, Gonzalo y Kremerman Marco (2021). La pobreza del “modelo” chileno, la insuficiencia de los ingresos del trabajo y pensiones. Evidencia actualizada con datos CASEN en Pandemia 2020. Fundación SOL. <https://www.fundacionsol.cl/blog/estudios-2/post/la-pobreza-del-modelo-chileno-2021-6791>
- Durán, Gonzalo y Kremerman Marco (2019). Los bajos salarios de Chile, Análisis de la Encuesta CASEN 2017. Fundación SOL. [https://www.fundacionsol.cl/cl\\_luzit\\_herramientas/static/wp-content/uploads/2019/04/Salarios-al-Li%CC%81mite-2017-NV2-1.pdf](https://www.fundacionsol.cl/cl_luzit_herramientas/static/wp-content/uploads/2019/04/Salarios-al-Li%CC%81mite-2017-NV2-1.pdf)
- Fundación SOL (2019). Diez años construyendo “el cambio del momento actual”, y la financiarización de la economía global hoy. <https://www.re-vuelta.cl/news/fundacion-sol-diez-anos-construyendo-el-cambio-del-momento-actual-y-la-financiarizacion-de-la-economia-global-hoy/>
- Heiss, Claudia (2020). Chile: entre el estallido social y la pandemia. Análisis Carolina (14 de abril de 2020). <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/04/AC-18.2020.pdf>
- ICOVID CHILE. Informe ICOVID CHILE #43. 03/06/2021. [Consultado el 8 de junio de 2021]. [https://uploads.strikinglycdn.com/files/125c9baf-f80b-41b7-a7f6-0ce1e3731dbc/43%2C%20ICOVID%20informe%20\(1\).pdf](https://uploads.strikinglycdn.com/files/125c9baf-f80b-41b7-a7f6-0ce1e3731dbc/43%2C%20ICOVID%20informe%20(1).pdf)
- Menz, Eduardo (2021). Impactos Económicos y Sociales a un año de la pandemia por COVID-19 en América Latina y el Caribe. Serie Documentos Electrónicos, Programa Economía y Políticas Públicas en América Latina y el Caribe FLACSO. [https://flacsochile.org/doc/2021/Doc\\_Electronico\\_Impactos\\_Economicos\\_Sociales\\_a\\_un\\_a%C3%B1o\\_de\\_la\\_pandemia\\_covid\\_19\\_ALC.pdf](https://flacsochile.org/doc/2021/Doc_Electronico_Impactos_Economicos_Sociales_a_un_a%C3%B1o_de_la_pandemia_covid_19_ALC.pdf)

- MINSAL -Ministerio de Salud (2021a). Informe Epidemiológico COVID-19 No.148. Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS. Ministerio de Salud. 23-08-2021. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe-Epidemiol%C3%B3gico-148.pdf>
- MINSAL -Ministerio de Salud (2021b). Informe semanal de defunciones por COVID-19, No.63. Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS. Ministerio de Salud. 26 de agosto de 2021. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe-Semanal-ago-26-2021.pdf>
- Scherman, Andrés (2021). Casen 2020: pandemia provoca casi dos décadas de retroceso en la lucha contra la desigualdad. 07.07.2021. <https://www.ciperchile.cl/2021/07/07/casen-2020-pandemia-provoca-casi-dos-decadas-de-retroceso-en-la-lucha-contra-la-desigualdad/>

# LA SALUD EN PANDEMIA: POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTRATEGIAS DE RESISTENCIA SOCIAL EN PARAGUAY

Elba Núñez y María Limpia Díaz

## RESUMEN

La pandemia del Covid-19 en Paraguay agudizó las condiciones de desigualdad y ejercicio del derecho a la salud que ya tenía escasa inversión social y una alta mercantilización de los servicios de salud. La dinámica sociopolítica del Estado frente al riesgo epidémico dispuso la securización, el confinamiento obligatorio, y el retorno del (neo) higienismo público con el slogan “Quédate en casa”, “Nos cuidamos entre todos”, militarización de las calles reviviendo prácticas dictatoriales de la historia reciente. El desfinanciamiento histórico de las políticas de salud es respondido con alto endeudamiento externo. Las medidas de asistencia social implementadas contribuyeron a alimentar los intereses del capital. La inversión en salud y asistencia social fueron deslegitimados por la corrupción denunciada, lo cual instala la supuesta “ineficiencia” del Estado y se pretende justificar la reforma del Estado, aprovechando la desmovilización ciudadana. Frente a este contexto, las comunidades resisten al hambre organizando ollas populares, profundizando solidaridades. Las organizaciones sociales, especialmente de mujeres denuncian cierre de los servicios y negación de la atención, con efecto en más muertes por cáncer, suicidio y otras afecciones, que por Covid-19. Ante la agudización de las condiciones,

se tejen estrategias de resistencia social para revertir y recuperar la ciudadanía.

## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

El país se define constitucionalmente como un Estado social de derecho y que contempla el derecho a la salud universal, sin discriminaciones. Sin embargo, la pandemia vino a profundizar la desigualdad histórica existente en el país y actualmente es uno de los países con alto índice de fallecidos y con un bajo nivel de vacunación en sus habitantes. No existe una política pública de salud universal, gratuita y de calidad y la mayoría de las iniciativas implementadas a la fecha son paliativas e ineficientes. El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar la situación de salud en el contexto de la pandemia, los efectos en la población, las políticas de asistencia social implementadas a la fecha como paliativas a las necesidades, así como analizar las estrategias de resistencia social en Paraguay.

La pandemia ha demostrado más que nunca la falta de cobertura sanitaria universal y la debilidad de los sistemas de salud pública para responder a las necesidades y más aún para enfrentar emergencias, como las que existen en el contexto de la pandemia del Covid-19. Las demandas sociales desde hace décadas denuncian la falta de respuesta a las necesidades de la población, agudizado si se trata de poblaciones indígenas y campesinas que están fuera de zonas urbanas, donde se concentran los escasos servicios con los que se cuenta. La emergencia sanitaria exige respuesta a necesidades históricas, destinar presupuesto adecuado y catalizar acciones de integración intra e intersectorial. Si bien en los inicios de la pandemia Paraguay fue considerado por la Organización Panamericana de la Salud (2020) como referente por haberse anticipado en adoptar medidas tempranas de confinamiento y cuarentena total para evitar la propagación del virus, sin embargo, a un año de la pandemia puede evidenciarse que es uno de los países con muy alto nivel de contagio, muertes y bajo índice de vacunación, a diferencia de otros países de la región.

El trabajo es exploratorio y se basa en el relevamiento y análisis de la información oficial, así como de fuentes periodísticas, estudios realizados sobre el tema y entrevistas a actores claves del sector salud. Las universidades públicas han cumplido un rol importante en este contexto para promover estudios, alternativas de respuesta a través de la investigación y la extensión universitaria y responder así a las

---

1 El artículo incorpora aportes y recomendaciones de edición de la Prof. Lic. Norma Benítez, Trabajadora Social y docente jubilada de la FACS y del Mag. Hugo Pereira, Coordinador de Extensión de la Carrera de Sociología de la FACS, UNA.

numerosas demandas sociales en el marco del compromiso social en la relación Universidad - Sociedad. El trabajo se divide en cinco apartados. En el primero se aborda la desigualdad histórica y el derecho a la salud en Paraguay, incluyendo el desfinanciamiento de las políticas de salud; en el segundo se aborda las débiles políticas de asistencia y protección social y la crónica de una vacuna anunciada ; el tercer apartado aborda la crítica situación sanitaria del personal de salud, el cuarto apartado analiza la criminalización creciente como respuesta a las demandas ciudadanas, y finalmente se analiza las estrategias comunitarias y solidarias de enfrentamiento a la pandemia.

### **DESIGUALDAD HISTÓRICA Y DERECHO A LA SALUD EN PARAGUAY**

Paraguay se caracteriza por ser un país históricamente desigual, inmerso en un modelo de desarrollo socio-económico que responde al capitalismo neoliberal imperante. En el Informe de Progreso Multi-dimensional: Bienestar Más Allá del Ingreso (PNUD, 2016), se señala que las métricas de desigualdad han mejorado de manera limitada en Paraguay con un cambio anual promedio del índice de Gini en Paraguay entre el 2003-2013 de -1,31%, mientras que el promedio de América Latina es de -1,13%. Los niveles aún elevados de desigualdad no han logrado modificarse, en gran parte porque las bases de esta son muy profundas y las medidas para revertirlas no han sido muy eficientes.

El origen de la desigualdad está fundamentalmente vinculada a la posesión de la tierra, principal fuente de la producción económica, siendo una de las características la concentración de hectáreas de tierras destinadas a un solo tipo de cultivo, la soja y a un sólo producto ganadero, el vacuno.

*el 2,6% de los/as propietarios/as son dueños/as del 84,8% de la tierra explotada. el 91% de propietarios/as son agricultores/as familiares, apenas ocupan el 6,3% del total de la superficie agropecuaria total, mientras que el restante 8,9% de las fincas son de medianos propietarios/as que poseen el 6% de las tierras (coprofam, 2019).*

La desposesión de las tierras produjo una vuelta de la distribución geográfica de la población. Mientras que en el año 1972 la población rural era del 63%, para el año 2012 era de 40%, según el último censo nacional realizado (Censo Nacional citado por Rojas Villagra, 2014). Esto trajo una sobrepoblación de las áreas urbanas, con consecuencias socio-económicas y políticas como el deterioro de la vida de la mayoría de la población al no haber respuesta en términos de políticas públicas para el contingente de población que se urbaniza, además

del abandono de los pequeños y medianos productores en el ámbito rural. Para Goetz y Vázquez (2014) a partir de la década del 2000 hay un proceso de urbanización que se presenta radicalmente diferente a los anteriores por la intensidad, la amplitud geográfica y la proporción de la población.

En este contexto de proceso de urbanización, la mayor parte de la población está ocupada en el sector servicios, dependiendo de un salario que ni alcanza el mínimo legal y sin protección social alguna. Esto según Ortiz, Paredes y Gómez (2020), quienes señalan que, en el transcurso de 20 años, de 1997-2017, hubo una marcada urbanización del empleo y transición, del predominio del sector de agricultura, ganadería, caza y pesca, en el año 1997, hasta su relegación en 2017. "...las ramas de actividad económica con mayor proporción de trabajadores son, en primer lugar, la de Comercio, Restaurantes y Hoteles, seguida de la de Servicios sociales, comunales y personales, ocupando el tercer lugar, la de Agricultura, Ganadería y Pesca" (p. 4) en el año 2017. La precariedad de los ingresos en este sector se evidenció con la pandemia, aumentando drásticamente el desempleo y la ampliación del trabajo informal. En el 2017, el 90% de la población económicamente activa estaba ocupada en medianas, micro y pequeñas empresas, mientras que sólo el 10% en grandes empresas (Ortiz, Paredes y Gómez, 2020). De acuerdo con Pisani et al. (2020): "La informalidad afecta, en promedio, al 63,6% de los trabajadores en el período 2017-2019, pero se incrementa a valores superiores al 80% en los trabajadores por cuenta propia" (p.34).

La Encuesta Permanente de Hogares Continua 2020 (EPHC 2020) del 4to trimestre, ofrece datos claros de la desigualdad a partir del indicador de ingresos. Este da cuenta que "...los hogares que pertenecen al quintil más rico tuvieron un promedio de ingreso 6 veces más que el promedio de ingreso total disponible de un hogar del quintil más pobre" (p. 12). Las medidas sanitarias y económicas al inicio de la pandemia fueron totalmente insuficientes, atendiendo la histórica deficiencia en el sistema de salud, la desigualdad y la pobreza estructural. En el mes de marzo de 2020, que se inicia la pandemia en el país, se promulgó la Ley No.6.524/2020 de estado de emergencia que autoriza al Poder Ejecutivo a implementar medidas excepcionales para mitigar o disminuir las consecuencias de la pandemia, lo que permitió que se pueda emitir bonos externos por valor de 1.000 millones de dólares y la contratación de préstamos multilaterales, hasta 600 millones de dólares. Esto posibilitó que el Estado tomara medidas sanitarias y económicas que para finales del 2020 y el año 2021, se hicieron imposible sostener debido a la multiplicidad de complejas problemáticas, sumada a la corrupción que en ningún momento estuvo en cuaren-

tena. Por el contrario, la crisis sanitaria fue una oportunidad para mostrar sus mejores estrategias de apropiación de los bienes públicos. Concretamente, en cuanto "...a los recursos destinados a los servicios de salud tuvieron una escasa ejecución acompañada de denuncias por corrupción y suspensión de adjudicaciones" (Pisani et al., 2020, p.37). Según Blackman et al. (2020):

*La pandemia está provocando dos crisis de manera paralela. Primero, una crisis sanitaria— se darán muchos miles de muertes por los efectos directos de la enfermedad. Segundo, una crisis económica—la pandemia y las respuestas sanitarias para mitigarla causan un choque negativo a la oferta, inicialmente, y después a la demanda. Efecto que se suma a una crisis financiera que profundiza el problema (p. 5).*

En este momento con el incremento de personas que están siendo afectadas por el Covid-19, la demanda ha rebasado la oferta de servicios públicos, y la situación de desigualdad en salud se agudiza. Martínez y Lima (2020) afirman que el Covid-19 "...vino a relevar en la agenda pública la deuda histórica que ya denunciábamos desde los años 90" (p. 156), con lo que el sistema capitalista deberá reconfigurarse, teniendo en cuenta que su base de explotación está siendo gravemente afectada.

## **DESFINANCIAMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD**

La prestación de servicios de salud esenciales en Paraguay está mediada por el gasto público en salud que, en el año 2017, se situaba en 3,03% del PIB (10), inferior a la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 6% del PBI, para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso y la cobertura universal. Serafini (2020) realiza un estudio sobre el crecimiento de la inversión en salud respecto al PIB, entre los años 2003 al 2018, con lo que concluye que "...la inversión en salud fue aumentando, aunque muy lentamente quedando hoy al descubierto la ausencia histórica de la prioridad estatal al sector" (p. 9). Según su análisis, la tendencia ascendente de la inversión pública en salud se inicia a partir del año 2005 que tuvo un crecimiento de 40,6%, en el 2006 fue de 17,3%, en el 2007 de 4,9% y baja abruptamente en el 2008 a un -11,9%. Esto continuó de forma lenta hasta el 2013, pero un año antes, en el 2012, hubo un importante crecimiento de 20,8%. Desde el 2013, la inversión en salud se vuelve mucho más lenta, hasta llegar a un estancamiento, ubicando al país en los últimos lugares de la región respecto a esta medición.

Esta inversión insuficiente es la causa de que el país se caracterice por tener un sistema de salud débil y fragmentado, que no garantiza el acceso universal necesario para hacer frente a la crisis sanitaria de la Covid-19. Conforme a Casali y Velázquez (2016), el país “presenta altos niveles de desprotección, una alta fragmentación del sistema y una falta de coordinación interinstitucional que establezca las bases de un sistema integral de seguridad social” (p.8). Por tanto, el país se encuentra con la pandemia con una escasa inversión en su sistema de salud y “menos cero” de presupuesto, con lo que también se resalta la baja presión tributaria<sup>2</sup> que ha sido su histórica característica. Por lo tanto, recurre al único recurso disponible que es el endeudamiento, que le daría la posibilidad de dotar la infraestructura y recursos necesarios para enfrentar la pandemia.

La deuda que asumió el Estado ante la emergencia sanitaria por el coronavirus, según el Ministerio de Hacienda hasta mayo de 2020, era de 2.442,6 millones de dólares, lo que representa el 6.8% del PIB. Esto hace referencia al total de medidas que tomó, respecto a salarios, amortización de deudas anteriores, jubilaciones, pensión a adultos mayores, programas de transferencias condicionadas, subsidios para trabajadores/as informales y formales (IPS). De todo esto, tan sólo 99 millones de dólares fueron destinados a gastos operativos de salud, lo que representa el 4% del total de deuda asumida en nombre de la salud de la población en pandemia. (“Deuda tomada durante la pandemia ya asciende a USD2.442,6 millones, 2020). Tal como reconoce el informe del PNUD (2020):

*La vulnerabilidad del sistema de salud paraguayo, el cual al inicio del brote en el país sólo contaba con cerca de 700 camas de terapia intensiva, de las cuales un importante porcentaje se encontraba ocupado, llevó al Gobierno Nacional a implementar, inicialmente, el aislamiento preventivo y, posteriormente, decretar la cuarentena y el cierre de fronteras. (p.11)*

Esta realidad se presentó como una ilusión de que las medidas tomadas para intentar dotar de capacidad al sistema de salud para enfrentar lo que se avizoraba, resultaría en salvar las vidas de centenas diarias que se pierden actualmente.

A inicios de la pandemia era considerado como uno de los países de la región que mejor había manejado eso desconocido que nos atropellaba, con medidas extremas de cuarentena total, la rápida ne-

---

2 La presión tributaria de Paraguay es la más baja en América Latina, es sólo de 14,0%, mientras que la más alta la tiene Brasil con 33,1% (“Paraguay sigue último en ranking regional de presión tributaria”, 2020).

gociación de un nuevo préstamo para la construcción y equipamiento de su sistema de salud, además de auxiliar a sectores económicos, trabajadores/as asalariados, informales y desocupados. Al inicio de la pandemia Tullo et al. (2020) afirmaba que:

*[...] los casos de infectados no superan los 2500, y de ellos, solo 20 han fallecido. A pesar de esto, el país no parece haber escapado de los efectos no deseados de la cuarentena y existe la percepción de que los servicios de salud se han visto afectados, con una reducción del número de consultas de seguimiento de la mayoría de los programas que se desarrollan en el sistema de salud (p. 1).*

Al mes de mayo del 2021, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social reportaba casi 350 mil enfermos confirmados. Es un importante subregistro, debido a que el sistema no ha desarrollado un sistema de vigilancia descentralizada, la población que no se encuentra con síntomas graves prefiere no llegar hasta un centro asistencial, donde probablemente no encuentre la atención debida que requiere. Más de 3.000 personas se encontraban internadas en salas y 594 en terapia intensiva, en hospitales públicos y privados. Las muertes diarias han superado el centenar, sumando un total de 8.892 fallecidas a mayo del 2021, de las cuales más de 5,000 perdieron la vida en los meses de marzo, abril y mayo, pues hasta febrero el total de fallecidos era de 3.181 personas (MSPBS, 2021). Al 11 de mayo de 2021, reportes periódicos dan cuenta que alrededor de 148 personas esperaban por una terapia intensiva y de forma constante, se encontraban en las redes sociales solicitudes desesperadas de una cama de terapia intensiva para algún familiar (“Salud reporta 148 personas en espera para ingresar a terapia intensiva”, 2021).

Para la analista y economista, Serafini (2021) el endeudamiento no es la vía para brindar sostenibilidad al Sistema de Salud:

Eso lo demuestran años de estudios sobre el impacto negativo que han tenido las olas de endeudamiento en América Latina, y que han derivado en los 80s en los programas de ajuste estructural y en la década pasada con las políticas de “austeridad”. Ambas respuestas afectaron a los sistemas de salud, recortando recursos. En Paraguay, los datos indican que el aumento del presupuesto de salud tiene una tendencia contraria al pago de servicios de la deuda pública. A medida que se reduce la deuda, se abre espacio fiscal para priorizar la salud (2005-2012) mientras que a medida que aumenta el pago, se reduce el incremento de los gastos en salud (2014-2018) (p.13).

Son más que elocuentes que se está sufriendo las consecuencias del nulo interés de las autoridades políticas que estuvieron a cargo del

gobierno del país, hacia lo social y en el contexto actual, en el Sistema de Salud en particular.

### **DÉBILES POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DEL COVID -19**

Paraguay se caracteriza por los elevados niveles de pobreza y desigualdad, la concentración de recursos productivos, los bajos niveles de empleo formal y salarios reales, el acceso a los servicios de salud y educación, especialmente para las poblaciones pobres y vulnerables (Viñales, 2017). Las débiles políticas de protección social y las fragmentadas políticas de asistencia social resultan en medidas paliativas, que no responden a las necesidades y demandas sociales. Las políticas de protección social no pueden desconocer la crisis económica. Como señalan algunos analistas como Duarte et al. (2020):

*La situación de emergencia sanitaria tuvo una contraparte de emergencia económica que el Estado paraguayo también se vio en necesidad de administrar. El cese de actividades productivas y comerciales resultante de las medidas de aislamiento social coincidió con la debilidad estructural en que se mantiene la economía paraguaya, que afecta principalmente a los sectores de menor ingreso (p.19).*

Las medidas de confinamiento impidieron que muchos sectores empobrecidos pudieran trabajar y la situación ha sido crítica para varios sectores.

En el área social se diseñaron e implementaron nuevos programas sociales destinados a la población afectada directamente por la pandemia de Covid-19, denominados: *Ñangareko*<sup>3</sup> y *Pytyvõ*<sup>4</sup>, agregados a los ya existentes de *Tekoporã*<sup>5</sup> y Adultos Mayores, con recursos provenientes de un alto endeudamiento externo. Sin embargo, mecanismos de distribución favoreció a los grupos empresariales vinculados a los supermercadistas. Según señala el PNUD (2020), el subsidio con bonos alimenticios a familias, denominado “Ñangareko”, comenzó como un programa de seguridad alimentaria que entregaba kits de alimentos. Para incrementar la celeridad de la asistencia social, evitar aglomeraciones y reducir la complejidad logística, el programa fue modificado rápidamente, transformándose en transferencias monetarias a familias de ingresos provenientes de

---

3 Palabra en guaraní que significa “Cuidado”

4 Palabra en guaraní que significa “Ayuda”

5 Palabra en guaraní que significa “Vida digna”

actividades de subsistencia y actividades fuertemente afectadas por el distanciamiento social.

Las transferencias se realizaron a través de empresas de medios de pagos electrónicos (EMPES). Cada beneficiario recibió una transferencia única en un solo mes de G 500.000 destinados principalmente a la adquisición de alimentos. Este monto equivale al 23% del salario mínimo vigente en el país. Esta política benefició principalmente a los supermercadistas, mientras los almacenes locales y el propio mercado de productores estaba vaciado y sin ningún tipo de apoyo. Este mismo informe señala que el programa de subsidios a trabajadores informales, Pytyvõ, implementado por el Ministerio de Hacienda, complementa al anterior y se diferencia porque se orienta a trabajadores informales que realizan actividades por cuenta propia o que están en dependencia de alguna micro, pequeña y mediana empresa. El programa consiste en una ayuda económica temporal por dos meses aproximadamente G. 548.000, correspondientes al 25% del salario mínimo legal vigente. Estos pagos se realizaron en dos oportunidades, en los meses de abril y junio del 2020. Los beneficiarios suman un poco más de 1.150.000 personas. El costo total de este programa es de USD 300 millones.

Según el PNUD (2020), cifras del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS) dan cuenta que aproximadamente 2,2 millones de trabajadores están en alto riesgo de ser afectados (63% de los empleados). Los sectores que presentan altos riesgos de pérdida de empleo o enfrentar reducciones en la jornada laboral son: industrias manufactureras, comercios, restaurantes y hoteles; y servicios comunales, sociales y personales (PNUD, 2020). Los programas sociales diseñados e implementados por el gobierno como una serie de medidas de salud, fiscales, sociales y monetarias para las MIPYMES, resultaron insuficientes, focalizados, tuvieron escasos resultados y varios de ellos fueron salpicados por prácticas de corrupción.

Aunque las garantías básicas de seguridad social recuperadas por Casueli y Velázquez (2016), señalan que “Las personas que necesitan atención de salud no deberían enfrentar dificultades ni un riesgo mayor de pobreza debido a las consecuencias financieras del acceso a servicios esenciales de salud” (p. 32), las leyes de asistencia social en materia de salud adoptadas en el contexto de la pandemia resultan insuficientes y las personas atraviesan una serie de obstáculos para acceder a los mismos. La Ley No.6725/21 “Fondo Nacional UTI” y la Ley No.6742 “Gasto cero” resulta insuficiente y las familias desesperadas dependen de los apoyos solidarios para cubrir los altos costos de medicamos y quedan endeudadas.

## **CRÓNICA DE LA VACUNA ANUNCIADA Y SITUACIÓN SANITARIA DEL PERSONAL DE SALUD**

En el contexto de la grave debilidad del sistema de salud, se suma el excesivo endeudamiento externo a fin de cubrir el financiamiento requerido para el equipamiento e insumos para la salud. Sin embargo, la corrupción demostrada en los procesos de compras públicas de insumos médicos y en los procesos detectados por las instancias de control como comprobada por las instancias de control como la Contraloría General de la República, privó al sistema de salud de contar con los insumos, equipamiento requerido, incluso vacunas oportunas para poder evitar mayor efecto adverso de la pandemia en la población.

La pandemia en Paraguay se ha cobrado numerosas vidas, según las cifras oficiales, a mayo 2021 dan cuenta de 8.892 personas fallecidas, de los cuáles la tendencia es que más de la mitad son varones y más de la mitad con más de 60 años (MSP y BS, 2020). Varios de los decesos se producen por falta de atención oportuna, falta de oxígeno o por falta de oportunidad de ingresar a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). La pandemia tuvo consecuencias devastadoras para el personal sanitario de la región, dada la tardía vacunación. Las precarias condiciones de trabajo y la ausencia de equipos de bioseguridad oportunos enfrentados por el personal de salud ha causado la muerte de más de 200 personas, entre enfermeras, médicos, trabajadores sociales y otros. El Círculo Paraguayo de Médicos dio a conocer cifras alarmantes de fallecimiento por COVID-19 en el sector médico y señaló que se tenía 52 médicos fallecidos, 300 con reposo por COVID, 48 internados y 18 de ellos en UTI (Meza, 2021). La propia OPS (2020) reconoce que “mientras no se cuente con tratamientos específicos y el acceso a vacunas siga siendo bajo, la pandemia avanzará en oleadas y brotes recurrentes”. Agrega Blackman et al. (2020) que “dada la ausencia de inmunidad en la población, la capacidad del sector salud se verá abrumada si las tasas de contagio no se frenan”.

Paraguay inició tarde la gestión de conseguir las vacunas incluso con compras anticipadas con gran endeudamiento externo. La vacunación de la población ha sido tardía y lenta. Según datos oficiales se prevé vacunar a unas 4.300.000 de la población, hasta el mes de mayo 2021 recién se había inmunizado al 6,9% de la población (“Solo en mayo hubo más de 2600 muertos por Covid-19 en nuestro país”, 2021). El país recibió la segunda partida de vacunas por el Mecanismo COVAX, cuyo objeto es “ofrecer vacunas con un criterio de equidad para al menos el 20% de la población de cada país que participa en el mecanismo a nivel mundial y así proteger a las personas en mayor riesgo y salvar vidas” (OPS, 2021). En general Paraguay ha recibido

donaciones de distintos países, en algunos casos para descomprimir la presión ciudadana por la falta de respuesta oportuna del gobierno a la situación de crisis.

En cuanto a la producción de vacunas, se tiene por un lado iniciativas del sector privado vinculado a la Cámara de la Industria Química Farmacéutica del Paraguay (Cifarma), que se encuentra gestionando con la Cancillería, para fraccionar las vacunas anti Covid-19 de origen ruso, Sputnik V. Con esta iniciativa, la producción de inmunizantes solo será con capital privado, también se proveerá al Estado. La otra alternativa en agenda es impulsar la producción de las vacunas con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Se están desarrollando iniciativas de diálogo con China y Taiwán para producir vacunas en Paraguay, está creada una Comisión de Trabajo para que se realicen los estudios clínicos y laboratoriales para la producción. Lo más preocupante es que con la pandemia, viene a instalarse la “telemedicina” como la panacea para evitar contagios y responder a las demandas. A este respecto, el MSP y BS aprobó la Resolución No.139/2020, que organiza y establece los servicios de salud a distancia. En ella se autoriza a las entidades prestadoras de servicios de salud y a los profesionales médicos a proveer servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación mediante el uso de tecnologías de la información y la telecomunicación.

### **CRIMINALIZACIÓN CRECIENTE COMO RESPUESTA A LAS DEMANDAS CIUDADANAS**

El contexto de la pandemia fue aprovechado políticamente por los agentes estatales para debilitar aún más la vigencia del Estado de derecho constitucionalmente garantizado. El Poder ejecutivo adoptó discrecionalmente una serie de medidas restrictivas, sumadas al confinamiento obligatorio a través de decretos y resoluciones que restringen libertades públicas, prohíben reuniones y las movilizaciones, etc. Dada la crisis y la profunda desigualdad, las demandas y movilizaciones ciudadanas no cesaron exigiendo salud universal y el cese a la criminalización desatada. Las demandas ciudadanas y movilizaciones fueron reprimidas y castigadas de manera selectiva principalmente hacia sectores trabajadores, campesinos, indígenas y estudiantes. Frente a esto, las medidas adoptadas, no sólo se restringe libertades, sino la vigencia derechos fundamentales.

Luego de una movilización exigiendo la renuncia del presidente de la República, Mario Abdo Benítez, cinco estudiantes fueron imputados y tres de ellos privados de libertad imputados por “perturbación a la paz pública” y por exposición al peligro. Tres estudiantes perma-

necieron privados de libertad hasta que con la presión ciudadana se logró que se revoque la medida de presión prevista y se otorgue la prisión domiciliaria y otras prohibiciones. Conforme a la tendencia que se observa en países como Colombia, aprovechando el contexto de la pandemia y la desmovilización social, se está promoviendo el debate sobre la Reforma del Estado. Esta reforma se orienta a asegurar recortes para cubrir la deuda pública contraída. Tal como se rescata en el ciclo de Diálogos Virtuales sobre Reforma del Estado realizado por la Facultad de Ciencias Sociales (FACSO), las declaraciones de algunos de los principales voceros del gobierno, una reforma apuntaría a reducir el gasto público “superfluo” con el fin de redirigirlo a ámbitos prioritarios como salud, educación, seguridad y justicia. Además, se sugirió una reforma en la estructura administrativa del Estado (p. 6). Está planteada la idea de eficiencia y eficacia de la estructura estatal que está presente en las políticas neoliberales que se aplicaron en la región y que significó recorte de derechos.

En esta línea existen autores que sostienen que en la post pandemia se deben implementar medidas neoliberales de recortes de derechos. Este es el caso de Blackman *et al.* (2020), que recomienda:

Flexibilizar la relación entre empresa y trabajador: Muchos países han tomado medidas que permiten a las empresas reducir los costos del empleo sin despedir permanentemente a sus trabajadores. Estas incluyen medidas por las cuales los trabajadores aceptan horas y salarios reducidos, o aquellas que permiten a las empresas despedir de manera temporal a una proporción de sus trabajadores (p. 28).

Según datos de la Encuesta Permanente de Hogares, en el año 2015, el 21% de la población total cuenta con cobertura de salud del IPS, el resumen ejecutivo indica que el 17,8,1% está cubierto por otro tipo de seguro (mayormente privado) y el 70,9% restante no informa ningún tipo de cobertura. Los datos también dan cuenta de diferentes dinámicas entre las zonas rurales y urbanas.

Paraguay no tiene seguro de desempleo. El Instituto de Previsión Social (IPS), que cubre a un ínfimo porcentaje de la población con empleo formal, apoyó con el pago de parte del salario de los trabajadores de algunas empresas. El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social permitió con la Ley de Emergencia la suspensión temporal de hasta 6 meses de los contratos laborales. Las principales empresas pertenecientes a los sectores que mayormente fueron afectados por la pandemia suspendieron sus contratos laborales. No obstante, de manera ilegal aprovechando el contexto de la pandemia, algunas empresas declararon suspensión laboral y obligaron a los empleados a

cobrar el seguro por suspensión laboral, cuando en la práctica siguieron trabajando, aunque pagados por el sistema el Instituto de Previsión Social (IPS). En el contexto de la pandemia se espera que los países aseguren el acceso, continuidad y calidad de la provisión de servicios públicos esenciales (Blackman, 2020). En Paraguay, algunos sectores empresariales y agroganaderos se encuentran promoviendo la reforma del Estatuto Agrario para legalizar las tierras mal habidas tal como denuncian organizaciones sociales, movimientos campesinos y organizaciones de derechos humanos.

### **ESTRATEGIAS COMUNITARIAS Y SOLIDARIAS DE ENFRENTAMIENTO A LA PANDEMIA**

La pandemia y la aplicación de medidas de confinamiento, enfrentó al hambre a numerosas comunidades en situación de pobreza, con altos niveles de desempleo, falta de vivienda y acceso a la protección social. Frente al contexto tan adverso, la deficiente atención estatal, las comunidades se organizaron para resistir al hambre organizando las llamadas ollas populares, profundizando solidaridades. Las “ollas populares” consisten en una campaña de recolección de alimentos, cocina y distribución de platos de comida gratuita a las familias en las comunidades (Martínez, 2020). Ante las necesidades a nivel nacional, rápidamente se propagó en todo el país, generando diversas estrategias para recolectar, preparar y distribuir los alimentos, satisfaciendo al menos un alimento del día de las familias. Una particularidad de estas formas de resistencia ha sido que las mismas fueron lideradas por mujeres jóvenes, que movilizaron a sus comunidades hasta que el derecho a la alimentación esté reconocido como una política pública.

Las luchas impulsadas por las organizaciones que se conformaron en una coordinadora, luego de una intensa lucha, lograron conquistar el 14 de septiembre de 2020 la Ley No.6603 de ollas populares, denominado “De apoyo y asistencia a las ollas populares organizadas en todo el territorio de la República del Paraguay durante la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud a causa del Covid-19”. Esta Ley tiene por objeto “...brindar apoyo y asistencia desde el Estado paraguayo a las Ollas Populares organizadas por las comunidades en todo el territorio de la República del Paraguay para afrontar las consecuencias negativas sociales y económicas derivadas de la cuarentena decretada por el Poder Ejecutivo con el fin de mitigar la crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19” (Art.1). Esta Ley igualmente dispone que las instancias institucionales públicas designadas “...coordinarán las tareas de entrega de insumos alimenticios con las organizaciones sociales, comunitarias e indígenas” (Art.8).

Estas acciones, aunque fueron una conquista de las organizaciones populares, al poco tiempo, en noviembre del mismo año de aprobación, se encontraron con el desfinanciamiento de la Ley, lo que requirió de nuevas movilizaciones (“Advierten con nuevas movilizaciones por falta de insumos para ollas populares”, 2020). En marzo de 2021, estaban denunciando nuevamente que los insumos que reciben son de mala calidad, algunos vencidos y en cantidades insuficientes; disminuyeron la cantidad de carnes y verduras (“Organizadoras de ollas populares denuncian la mala calidad de los insumos de la SEN”, 2021). A abril de 2021, la Secretaría de Emergencia Nacional, institución encargada de aplicar la Ley, tiene registrada a 450 organizaciones de ollas populares que han recibido insumos para preparar sus alimentos, lo cual significa que las mismas asumen el trabajo de gestión del retiro de dichos insumos, la preparación de los alimentos, solventar la energía, elementos y utensilios para la cocina, así como, el envasado y la entrega o distribución de estos, tareas de las que se exime al Estado.

A partir de la masiva propagación comunitario del virus, las consecuencias de la internación en terapia intensiva, con las farmacias públicas desabastecidas, el alto costo que significaba para las familias que se estaban despojando de sus bienes hasta de primera necesidad para cubrir el elevado costo de la internación de sus familiares, originó el reclamo -también masivo y fuerte, a través de las redes sociales, haciéndose eco de ello los grandes medios de comunicación, sumado a los desvergonzados hechos de corrupción por parte del sector político, llevó a un estallido de movilizaciones durante todo el mes de marzo de este año, que resultó en criminalizaciones de manifestantes individuales que tuvo como efecto una mayor indignación. Esto obligó al gobierno a asumir medidas para disminuir el descontento social, que consistió en cubrir el costo de medicamentos para lo cual se requería de un engorroso trámite previo, lo que de ninguna manera significaba la rápida y efectiva respuesta que necesitan personas y sus familiares que están al borde de perder la vida. El programa se denominó Pytyvó Medicamentos de subsidio de medicamentos destinado a pacientes en terapia intensiva por Covid-19, utilizando la misma plataforma de la transferencia de subsidios para la compra de alimentos, en el periodo de confinamiento total al inicio de la pandemia en el país. La entidad que debía ejecutarla era la Dirección de Beneficencia y Ayuda Social (DIBEN), que intentó desburocratizar reubicando sus funcionarios y funcionarias en los propios hospitales, lo cual fue insuficiente como respuesta ante la desesperación de familiares de enfermos en terapia intensiva.

El subsidio que consistía en cubrir medicamentos por un poco más de 7 dólares mensuales por paciente presentaba demasiadas limitaciones, como que: estaba destinada solo a 10 hospitales públicos, requería una gestión de obtención de documentación respaldatoria de la solicitud que debía ser emitida por el hospital tratante y un presupuesto de la farmacia que iba a vender el medicamento. Ante esto, hubo coincidencia en la opinión pública, así como referentes sociales y disidentes políticos, que los medicamentos debían estar disponibles, sin más trámites en todos los hospitales.

Paralelamente a esta medida, se presentó en el parlamento nacional una propuesta para la utilización de fondos de las dos binacionales de producción de energía eléctrica, Itaipú y Yacyreta, para abastecer a los hospitales de insumos y medicamentos. En un primer momento, este proyecto fue rechazado lo que trajo nuevamente el airado rechazo de la población en general, por lo que se elevó una nueva versión en la cámara de senadores que debido al fuerte pronunciamiento de la sociedad en general no se animaron a rechazarlo, al igual que el presidente de la república que finalmente tuvo que promulgar como Ley No.6725/21 “Que crea un Fondo Nacional para la Cobertura de Gastos durante la Hospitalización en UTIs de Personas con Covid-19 en los Sectores Públicos, Privados y Previsionales y la Adquisición de Medicamentos Esenciales.”

### **A MODO DE CONCLUSIONES: DESAFÍOS PARA LA REFUNDACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN PARAGUAY**

En la línea del estudio realizado por Serafini (2021), está claro que la salud no debe ser financiada con endeudamiento, debido a que estos son fondos temporales y porque el repago de la deuda siempre implica recortes al gasto social. El Estado paraguayo debe demostrar interés en la población, otorgando financiamiento con presupuesto derivado de impuestos que deben ser recaudados por quienes se quedan con la mayor renta de la riqueza nacional. En relación con los desafíos, tal como señala Serafini y Zavattiero (2018), “la universalidad debe estar explícitamente definida en el diseño de las políticas, como también los mecanismos que garantizarán la progresividad de los avances” (s.p). La población en general se encuentra alerta, se ha modificado drásticamente el ejercicio de la ciudadanía como un aspecto resaltante de la crisis generada por la pandemia por el Covid-19, que ha conquistado en poco tiempo el acceso a derechos, como la salud y la alimentación, aunque éstos aún son totalmente insuficientes. Tampoco calla ante respuestas engañosas y de mala calidad, las organizaciones hoy más que nunca exigen un plan que dé respuesta a la crisis y que se garan-

tice políticas de protección social y una política de salud universal, gratuita y de calidad.

Finalmente, el principal desafío en el contexto de pos pandemia, es avanzar hacia la refundación de las políticas de salud desde un enfoque de derechos y como tal, garantizar la salud universal, gratuita y de calidad que garantice el acceso y cobertura sin discriminaciones, así como también garantizar políticas de protección social universal, con activa participación ciudadana que enfrente la desigualdad social histórica y haga realidad la vigencia de un Estado de Derecho, con justicia social y ciudadanía plena.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- ABC (2021). Organizadoras de ollas populares denuncian la mala calidad de los insumos de la SEN. <https://www.abc.com.py/nacionales/2021/03/14/organizadoras-de-ollas-populares-denuncian-la-mala-calidad-de-los-insumos-de-la-sen/>
- Blackman, Allen et al. (2020). La política pública frente al Recomendaciones para América Latina y el Caribe. BID. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/document/La-politica-publica-frente-al-COVID-19-recomendaciones-para-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Casalí, Pablo y Velásquez, Mario (2016). Paraguay. Panorama de la protección social: diseño, cobertura y financiamiento. Santiago: Organización Internacional del Trabajo. [http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro\\_santiago/documents/publication/wcms\\_537219.pdf](http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro_santiago/documents/publication/wcms_537219.pdf)
- Casalí, Pablo; Cetrángolo, Oscar; y Goldschmit, Ariela (2017). Paraguay. Protección social en salud: reflexiones para una cobertura amplia y equitativa. Organización Internacional del Trabajo 2. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms\\_566978.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_566978.pdf)
- COPROFAM -Confederación de Organizaciones de Productores Familiares del Mercosur Ampliado (2019). La tenencia de la tierra en Paraguay. <https://coprofam.org/2019/11/08/acceso-a-la-tierra-por-la-expropiacion-329-667-hectareas-conquistadas/>
- Delagitte Legal (2020). Pandemia del COVID-19. Medidas adoptadas por el gobierno paraguayo. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/py/Documents/legal/28%2004%202020%20Deloitte%20PY%20-%20Medidas%20del%20Paraguay%20ante%20el%20COVID-19.pdf>

- Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censo (2015). Encuesta Permanente de Hogares en el año 2015.
- Duarte-Recalde, Liliana y Filártiga-Callizo, Camilo (2020). La política paraguaya en cuarentena: regresión autoritaria en contexto de pandemia. Asociación de Ciencia Política del Paraguay (ACIPP). En: Informe de Derechos Humanos en Paraguay. CODEHUPY. [https://codehupy.org.py/ddhh2020/wp-content/uploads/2020/12/COYUNTURA-Politica\\_\\_WEB.pdf](https://codehupy.org.py/ddhh2020/wp-content/uploads/2020/12/COYUNTURA-Politica__WEB.pdf)
- EPHC -Encuesta Permanente de Hogares Continua (2020). Principales resultados de pobreza monetaria y distribución de ingresos EPHC 2020. Fernando de la Mora, INE. [https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/b6d1\\_Boletin%20Pobreza%20Monetaria\\_%20EPHC%202020.pdf](https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/b6d1_Boletin%20Pobreza%20Monetaria_%20EPHC%202020.pdf)
- Franceschelli, Iris y Lovera, Miguel (2020). Derecho humano a una alimentación y nutrición adecuadas: de mal en peor. Informe de Derechos Humanos de CODEHUPY, Heñói. [codehupy.org.py/ddhh2020/wp-content/uploads/2020/12/DESC-Alimentacion-adecuada\\_\\_WEB.pdf](https://codehupy.org.py/ddhh2020/wp-content/uploads/2020/12/DESC-Alimentacion-adecuada__WEB.pdf)
- Gobierno de Paraguay (2020). Gasto público en salud. Datosmacro.com. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/paraguay>
- Gobierno de Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Resolución No. 139. <https://www.msps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/523172-ResolucinN139Serviciosdesaludadistancia.pdf>
- Gobierno Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. OPS (2020). Respuesta COVID-19 Del Estado Paraguayo ante la pandemia de la COVID-19. file:///C:/Users/hp/Downloads/Respuesta\_COVID-19-Paraguay.pdf
- Goetz, Kevin y Vázquez, Fabricio (2014). La intensificación de la urbanización en el Paraguay profundo: el despertar de las ciudades del interior. Revista de Investigación en Ciencias Sociales, 1(1), 11-35.
- Irala, Abel (2020). Reforma del Estado y organizaciones populares. Base. [www.baseis.org.py/wp-content/uploads/2021/03/2020\\_Dic-Reforma-del-E-Y-ORG.pdf](https://www.baseis.org.py/wp-content/uploads/2021/03/2020_Dic-Reforma-del-E-Y-ORG.pdf)
- Irala, Abel et al. (2020). Apuntes introductorios para entender qué es la Reforma del Estado y cómo han sido los procesos recientes En Reforma del Estado: Análisis desde la Academia y las Organizaciones Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. [http://www.facso.una.py/images/2020/Extension/documentos\\_extension/Reforma-del-Estado\\_extension\\_facso.pdf](http://www.facso.una.py/images/2020/Extension/documentos_extension/Reforma-del-Estado_extension_facso.pdf)

- La nación (2020). Advierten con nuevas movilizaciones por falta de insumos para ollas populares. <https://www.lanacion.com.py/pais/2020/11/30/advierten-con-nuevas-movilizaciones-por-falta-de-insumos-para-ollas-populares/>
- La nación (2021). Salud reporta 148 personas en espera para ingresar a terapia intensiva. <https://www.lanacion.com.py/pais/2021/05/11/COVID-19-salud-reporta-148-personas-en-espera-para-ingresar-a-terapia-intensiva/>
- Ley No.6603 de 2020. De apoyo y asistencia a las ollas populares organizadas en todo el territorio de la República del Paraguay durante la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud a causa del COVID-19. 14 de setiembre de 2020. D.O. No.65240.
- Martín, Mariluz y Lima, Patricia (2020). Un país que vive en emergencia y una reforma de salud de los años 90. Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES) en Informe de Derechos Humanos 2020. CODEHUPY. [http://codehupy.org.py/ddhh2020/wp-content/uploads/2020/12/DESC-Salud\\_\\_WEB.pdf](http://codehupy.org.py/ddhh2020/wp-content/uploads/2020/12/DESC-Salud__WEB.pdf)
- Martínez, Esperanza (2002). Exclusión e inequidad social: señales de la salud en deterioro, en Derechos Humanos en Paraguay 2002 (Asunción: Codehupy, 2002) 338-344
- Martínez, Esperanza (2020). Pandemia en Paraguay: Ollas populares, cuando el Estado tarda en llegar. (C.I.Social, Ed.) México, México. <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2020/06/pandemia-en-paraguay-ollas-populares-cuando-el-estado-tarda-en-llegar.pdf>
- Meza, Gloria (2021). Fallecieron 52 médicos por COVID y 48 están internados, 18 de ellos en UTI. Radio Ñandutí. <https://nanduti.com.py/fallecieron-52-medicos-por-covid-y-48-estan-internados-18-de-ellos-en-uti/>
- MSPBS -Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2021). Tesai ha teko porave motenondeha. Obtenido de Teta Rekuái. <https://www.mspbs.gov.py/reporte-Covid-19.html>
- OPS -Organización Panamericana de la Salud (2020) Liderazgo del sector salud de Paraguay para enfrentar la pandemia en el 2020 y una coyuntura para agilizar la reforma del sector con la cooperación técnica de la OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/liderazgo-sector-salud-paraguay-para-enfrentar-pandemia-2020-coyuntura-para-agilizar>
- OPS -Organización Panamericana de la Salud (2021). Paraguay recibe la segunda entrega de vacunas COVID-19 a través del

- Mecanismo COVAX. <https://www.paho.org/es/noticias/25-4-2021-paraguay-recibe-segunda-entrega-vacunas-COVID-19-traves-mecanismo-covax>
- Ortiz, Luis; Paredes, María y Gómez, José (2020). Perfiles educativos y estructura productiva: Instituto de Ciencias Sociales, ICSO. <https://icso.org.py/sitio/wp-content/uploads/2020/12/Perfiles-educativos-1-1.pdf>
- Pisani, Michael et al. (2020). Emprendedurismo y cuentapropismo en Paraguay. Asunción, Paraguay: Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Emprendedurismo-y-cuentapropismo-en-Paraguay.pdf>
- PNUD -Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2020). Impulsando la recuperación socioeconómica en Paraguay – Estrategias de reactivación frente al COVID-19 Oficina del PNUD en Paraguay. LAC C19 PDS No. 17. <https://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/Policy%20Papers%20COVID%2019/undp-rblac-CD19-PDS-Number17-Paraguay-ES.pdf>
- PNUD -Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2016). Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso. Informe Regional sobre Desarrollo Humano. Nueva York: PNUD.
- Reinecke, Gerhard et al. (2020). Paraguay: Impactos de la COVID-19 sobre el mercado de trabajo y la generación de ingresos. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms\\_759532.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_759532.pdf)
- Rojas, Ana (2017). Las políticas sociales en Paraguay. El camino recorrido entre 1990-2014 En Cuadernos CLACSO-CONACYT no. 15. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/posgrados/20171218043903/OP-15-Rojas.pdf>
- Rojas, Luis (2014). La metamorfosis del Paraguay. Del esplendor inicial a su traumática descomposición. Asunción: Base Investigaciones Sociales.
- Serafini, Verónica, y Zavattiero, Claudina (2018). Protección social: desigualdades, derechos y vulnerabilidad. Fiscalidad para la equidad social. Síntesis para el debate. <http://www.decidamos.org.py/fiscalidad/wp-content/uploads/2018/05/resumen-4-Desigualdades-WEB.pdf>
- Tullo, Juan et al. (2020). Impacto de la COVID-19 en la prestación de los servicios de salud esenciales en Paraguay. *Rev Panam Salud Publica*. 44: e161. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.161>

Última hora (2020). Deuda tomada durante la pandemia ya asciende a USD2.442,6 millones. <https://www.ultimahora.com/deuda-tomada-la-pandemia-ya-asciende-usd-24426-millones-n2887786.html>

Última hora (2020). Paraguay sigue último en ranking regional de presión tributaria. <https://www.ultimahora.com/paraguay-sigue-ultimo-ranking-regional-presion-tributaria-n2884758.html>

## **SOBRE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES**

### **GONZALO BASILE (ARGENTINA)**

Es epidemiólogo y cientista social argentino, que reside en la región del Caribe entre Haití y República Dominicana. Doctorado en Salud Internacional (Universidad Autónoma de Barcelona) y posgraduado en “Economía y Políticas de Salud” en London School of Economics and Political Science (LSE, UK). Actualmente es director e investigador principal del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-RD) y coordinador regional del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Es profesor en programas de maestría y doctorado en salud pública en varias universidades de América Latina y el Caribe. Con experiencia de dirección en cooperación Sur Sur en Salud y en gestión de múltiples emergencias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe y África. [gbasile@flacso.org.do](mailto:gbasile@flacso.org.do)

### **MARINILDA RIVERA DÍAZ (PUERTO RICO)**

Es trabajadora social, profesora y coordinadora del Programa Doctoral en Salud Pública con especialidad en Determinantes Sociales de la Salud de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Posee una maestría en Trabajo Social con especialidad

en bienestar de la niñez de la Universidad de Illinois y un doctoral en Administración y Política Social de la Universidad de Puerto Rico. Además, ha completado 3 grados postdoctorales en materia de salud con la Universidad de Michigan, la Universidad de California en Los Ángeles y la Universidad de Puerto Rico. Actualmente ejerce como co-coordinadora del Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO y es comisionada de educación para América Latina y el Caribe de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS). Es activista en varias organizaciones profesionales y comunitarias. Investigadora en temas de Migraciones, VIH-SIDA, Desigualdades y Salud, entre otras líneas de investigación. [marinilda.riveradiaz@upr.edu](mailto:marinilda.riveradiaz@upr.edu)

#### **OSCAR FEO ISTURIZ (VENEZUELA)**

Es sanitarista e investigador docente jubilado de la Universidad de Carabobo, destacado docente y conferencista invitado en universidades, congresos y seminarios en toda América Latina y Caribe. Fue fundador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y con diversas experiencias de gestión en el Ministerio del Poder Popular para la Salud en Venezuela. Fue consultor de OPS-OMS, fue director ejecutivo del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), fue integrante del equipo de gestión del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS-UNASUR), fue parte del diseño de la Universidad de Ciencias de la Salud del ALBA (Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América). Sus temas de trabajo son economía política de salud y complejo médico industrial farmacéutico financiero, salud de los trabajadores, educación médica, sistemas y políticas de salud. Actualmente es investigador del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. [oscarfeo@msn.com](mailto:oscarfeo@msn.com)

#### **DANIEL GODOY, CECILIA FERNÁNDEZ LISSO Y PEDRO ORDEN (ARGENTINA)**

Coordinador e investigadores del Área de Salud del Instituto de Estado y Participación de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE Argentina).

#### **LEANDRO GAMBA (ARGENTINA)**

Formado en Medicina General y de Familia. Magíster en salud pública en Universidad Nacional de Córdoba. Investigador asociado del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. [leandrogamba87@gmail.com](mailto:leandrogamba87@gmail.com)

**MARÍA SOLEDAD PAVESI (ARGENTINA)**

Magíster en Ciencias Sociales con mención en Políticas Sociales en Universidad Nacional de Córdoba. [solepavesi@gmail.com](mailto:solepavesi@gmail.com)

**HORACIO PEREYRA (ARGENTINA)**

Estudió Educación Para la Salud y Sociología en la Universidad Nacional de Santiago del Estero, donde actualmente es investigador asociado al Instituto de Estudios para el Desarrollo Social. Es maestrando en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud en la Universidad Nacional de Lanús y becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con lugar de trabajo en la Escuela Interdisciplinario de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín. Es investigador asociado al Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria en CLACSO. [munayruray@gmail.com](mailto:munayruray@gmail.com)

**LILIANA FINDLING (ARGENTINA)**

Es doctora en Ciencias Sociales (Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de Buenos Aires/UBA). Especialista en Planeamiento de Sistemas de Salud (Fiocruz, Brasil) y Licenciada en Sociología (UBA). Es profesora regular adjunta en Facultad Ciencias Sociales (UBA) e Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG-UBA). Se especializa en temas de políticas públicas y sociales, cuidados y envejecimiento. Dirige proyectos de investigación financiados por UBA y Ministerio de Ciencia y Técnica de la República Argentina. Es investigadora asociada al GT de Salud Internacional de CLACSO. [findling.liliana@gmail.com](mailto:findling.liliana@gmail.com)

**VALERIA COTAIMICH (ARGENTINA)**

Es Doctora en Artes y Doctorada en Administración y Política Pública. Licenciada y Prof. en Psicología. Coordinadora del Espacio Laboratorio de Arte/s, Performance/s, Política, Salud y Subjetividad/es de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (ELAPPSS-UNC). Investigadora asociada al GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. [valeria.cotaimich@unc.edu.ar](mailto:valeria.cotaimich@unc.edu.ar)

**PEDRO OLIVA (ARGENTINA)**

Licenciado en Psicología. Investigador integrante del Espacio laboratorio de Arte/s, Performance/s, Política, Salud y Subjetividad/es de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (ELAPPSS-UNC, Argentina). Cuenta con un Diplomado en Derechos Económicos, Sociales y Culturales y con formación de Postgrado en Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares: Parejas, familias, gru-

pos e instituciones. Investigador asociado al GT de Salud Internacional de CLACSO. [pedrooliva000@hotmail.com](mailto:pedrooliva000@hotmail.com)

#### **ANTONIO ALBERTO HERNÁNDEZ REYES (EL SALVADOR)**

Es médico salubrista investigador con Master en Salud Pública por Universidad de El Salvador. Experto en sistemas y políticas de salud. Coordinador del Núcleo Centroamericano del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Concejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Coordinador de la Red de Estudios Latinoamericanos en Sistemas y Políticas de Salud. Investigador asociado al Instituto Especializado Hospital Nacional El Salvador. [antoniohernandezreyes@gmail.com](mailto:antoniohernandezreyes@gmail.com)

#### **JOSÉ ALEXANDER COREA TOBAR (EL SALVADOR)**

Es médico salubrista. Director de Bienestar Universitario de la Universidad de El Salvador. Miembro del Núcleo Centroamérica del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Concejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Integrante del Movimiento Latinoamericano por la Soberanía Sanitaria. [joalexandrco@gmail.com](mailto:joalexandrco@gmail.com)

#### **CARLOS ALBERTO BUSTAMANTE RENDEROS (EL SALVADOR)**

Es médico, miembro del núcleo Centroamérica del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Concejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y de la Red de Estudios Latinoamericanos en Sistemas de Salud. Actualmente Maestrante de metodología de la investigación científica de la Universidad Evangélica de El Salvador. [cabustamanterenderos@gmail.com](mailto:cabustamanterenderos@gmail.com)

#### **INECILIA ESMERALDA ARGUETA DE GARCÍA (EL SALVADOR)**

Es médica miembro de la Red de Estudios Latinoamericanos en Sistemas de Salud. Técnica médica en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud de El Salvador. [inecita\\_11@hotmail.com](mailto:inecita_11@hotmail.com)

#### **PRASEDEZ POLANCO (REPÚBLICA DOMINICANA)**

Es médico salubrista con maestría en salud pública en Universidad Eugenio María de Hostos. Es presidente del Consejo Popular de Salud (COSALUP), y actualmente coordinador general médico de Médicos del Mundo Argentina en República Dominicana. Es miembro del Colegio Médico Dominicano (CMD) e investigador asociado al Programa de Salud Internacional de FLACSO República Dominicana. Extensa trayectoria en programas y proyectos y servicios de salud comunitaria y popular. [prasedezpolanco@yahoo.es](mailto:prasedezpolanco@yahoo.es)

**JOSVANE JAPA RODRÍGUEZ (REPÚBLICA DOMINICANA)**

Médica egresada de la Universidad Autónoma de Santo Domingo(UASD). Becaria y actualmente investigadora asociada al Programa de Salud Internacional de FLACSO República Dominicana. Gestora pública en Área del Ministerio de Salud Pública en región metropolitana de Santo Domingo. Investigadora adjunta del Centro de investigación del Hospital Dr. Hugo Mendoza y asistente de investigación de la Carrera nacional de investigadores. Especializando en Investigación Social en Red de Posgrados de CLACSO. [josvanejapardriguez@gmail.com](mailto:josvanejapardriguez@gmail.com)

**SHEILA BÁEZ (REPÚBLICA DOMINICANA)**

Es médica obstétrica con Maestría en Docencia y Gestión Universitaria, Universidad Católica Santo Domingo, Maestría en Género y Desarrollo del Centro de Estudios de Género del Instituto Tecnológico de Santo Domingo y Maestría en Sexualidad Humana, Instituto APEC de Sexualidad Humana en Universidad de INTEC. Egresada del Diploma Superior de Gestión, Políticas, Sistemas de Salud y Protección Social de FLACSO República Dominicana. Es profesora de Universidad INTEC. Es investigadora asociada al programa de Salud Internacional de FLACSO República Dominicana.

**MANUEL ESPINEL VALLEJOS (ESPAÑA)**

Médico salubrista (Universidad Nacional de Colombia). Doctor en Sociología por Universidad Complutense de Madrid (UCM, España). Es profesor del departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente coordinador del Máster en “Sociología Aplicada: Problemas Sociales”. Es investigador asociado del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. [mepinel@cps.ucm.es](mailto:mepinel@cps.ucm.es)

**PAULA RE (ESPAÑA)**

Es graduada en Ciencias Ambientales por la Universidad de Valencia, Magíster Internacional en Toxicología. Máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria en la Universidad de Valencia y cursa el máster en Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III y el IMIENS. Miembro de Ecologistas en Acción. Investigadora asociada al GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. [paulaluque23d@gmail.com](mailto:paulaluque23d@gmail.com)

**LENY TRAD (BRASIL)**

Psicóloga (UFBA), PhD en Ciencias Sociales y Salud (Universidad de Barcelona). Postdoctorado en el Centre de Recherches et d'Études en Anthropologie (Université Lumière Lyon 2) y en el Departamento de

Estudios Negros y Latinos en el Baruch College (CUNY) en Sociología de la Raza. Es Profesora titular del Instituto de Salud Colectiva - Universidad Federal de Bahía (ISC-UFBA), donde coordina el Programa Integrado Comunidad, Familia y Salud – Sujetos, Contextos y Políticas Públicas (FASA). Investigadora del CNPq. Integrante del Grupo de Trabajo Racismo y Salud de la Asociación Brasileña de Salud Pública – ABRASCO. Es editora asociada de las revistas *Ciência & Saúde Coletiva* (Ciencia y Salud Colectiva) y *LEthnographie - Nouvelle Édition* (Francia). Es investigadora del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. [lenytrad@yahoo.com.br](mailto:lenytrad@yahoo.com.br)

### **DIANA ANUNCIACÃO SANTOS (BRASIL)**

Es socióloga y doctora en ciencias sociales, profesora adjunta del Centro de Ciencias de la Salud y colaboradora de la Maestría Profesional en Salud de la Población Negra e Indígena de la Universidad Federal de Recôncavo da Bahia, investigadora del Programa Integrado de Investigación y Técnico Cooperación en Comunidad, Familia y Salud: Sujetos, Contextos y Políticas Públicas del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía. Es miembro del Comité Técnico Estatal de Salud de la Población Negra de Bahía y del Comité de Seguimiento de Políticas Afirmativas y Acceso a Reservas de Cuotas (COPARC/UFRB). Es vicedirectora (2021/2024) de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva y es coordinadora del GT Racismo y Salud de ABRASCO. [diana.anunciacao@ufrb.edu.br](mailto:diana.anunciacao@ufrb.edu.br)

### **CARLOS ALBERTO SANTOS DE PAULO (BRASIL)**

Es pedagogo y doctor en Política Social por la Universidad de Brasilia (UnB). Profesor adjunto del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Recôncavo da Bahia (UFRB). Actualmente Prorector de la Prorectoría de Políticas de Acción Afirmativa y Asuntos Estudiantiles de la UFRB. Es investigador del Programa Integrado de Investigación y Cooperación Técnica en Comunidad, Familia y Salud: Sujetos, Contextos y Políticas Públicas del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC-UFBA, Brasil). [carlosalberto@ufrb.edu.br](mailto:carlosalberto@ufrb.edu.br)

### **YEIMI ALEXANDRA ALZATE LÓPEZ (BRASIL)**

Antropóloga de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia), título de maestría en Salud Comunitaria y doctora en Salud Pública del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (Brasil). Actúa como profesora en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía UFBA (Salvador, Brasil). Es investiga-

dora en el Programa Integrado de Investigación y Cooperación Técnica: Comunidad, Familia y Salud - Contextos, trayectorias y políticas públicas. [yeimi79@gmail.com](mailto:yeimi79@gmail.com)

**SARA EMANUELA DE CARVALHO MOTA (BRASIL)**

Analista de políticas sociales. Especialista en Epistemologías del Sur (CLACSO), título de maestría en Salud, Medio Ambiente y Trabajo y doctora en Salud Pública, Universidad Federal de Bahía (UFBA). Tiene experiencia en políticas de salud pública y seguridad alimentaria y nutricional del gobierno brasileño. Actualmente desarrolla investigaciones sobre la salud de las poblaciones indígenas y políticas basadas en evidencia. Integra la Red Covida para la Ciencia, la Información y la Solidaridad y la Coalición Brasileña por la Evidencia. Investigador asociado al Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. [sarasophia@gmail.com](mailto:sarasophia@gmail.com)

**LEO PEDRANA (BRASIL)**

Investigador social, título de doctor em Salud Pública en Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (UFBA), título de maestría en sociología de la migración de la Universidad de Venecia, Italia, y licenciado en Ciencias Políticas de la Universidad de Milán, Italia. Es investigador en el Programa Integrado de Investigación y Cooperación Técnica: Comunidad, Familia y Salud (FAS-SA, ISC, UFBA), es investigadora asociada al Grupo de Trabajo CLACSO de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, miembro de la Asociación Internacional do SIDA (IAS). [leo.pedrana@gmail.com](mailto:leo.pedrana@gmail.com)

**PATRÍCIA REZENDE ANDERLE (BRASIL)**

Profesora en la Universidad de Brasíliá, Facultad de Ceilândia (FCE/UnB). Graduada en Ciencias Sociales (UNESP/SP), con énfasis en Ciencias Políticas. Especialización en Salud (Instituto de Salud de São Paulo - SES/SP). Maestría y doctorado en Salud Pública (Instituto de Salud Colectiva, UFBA/BA). Investigadora en el Programa Integrado de Investigación y Cooperación Técnica en Comunidad, Familia y Salud (FASA, ISC/UFBA).

**CLARICE SANTOS MOTA (BRASIL)**

Profesor del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, coordinador del Curso de Pregrado en Salud Colectiva de la UFBA y vicecoordinador del Programa Integrado de Comunidad, Familia y Salud (FASA). Fue becaria postdoctoral (2016) en la Universidad de York; doctora (2007) en Sociología por el Programa de

Posgrado en Ciencias Sociales (UFBA) y magíster (2003) en Salud Colectiva por el Instituto de Salud Colectiva (UFBA). [motaclarice@yahoo.com.br](mailto:motaclarice@yahoo.com.br)

### **CAMILO BASS DEL CAMPO (CHILE)**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Magíster en Salud Pública y en Administración de Salud. Con trabajo en atención clínica en CESFAM Las Mercedes (Servicio de Salud Metropolitano Central). Profesor del Programa de Salud Comunitaria y Medicina Social de la Escuela de Salud Pública (Universidad de Chile) y Coordinador del Departamento de Salud Pública y Medicina Social (Universidad del Alba). Investigador asociado al Instituto de Estudios Estratégicos en Desarrollo Humano (INEDH, Chile) y al GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. [camilobass@yahoo.com](mailto:camilobass@yahoo.com)

### **MARCELO PARRA GUTIÉRREZ (BOLIVIA)**

Médico cirujano UMSA Bolivia. Salubrista y epidemiólogo UASB, docente de pre y post-grado en UNIFRANZ, Universidad NUR, UNIVALLE. Ex Director Nacional de Salud de la Caja Petrolera de Salud. Diplomado en Gobernabilidad y Gerencia Política, Diplomado en Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, entre otros. Investigador asociado la GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. [mparragut@hotmail.com](mailto:mparragut@hotmail.com)

### **INTI PACHECO ESPINOZA (BOLIVIA)**

Médico cirujano ISCM Cuba. Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica UMSA-Bolivia. Diplomado en Administración en Educación Superior, Investigación y Bioestadística en Salud. Fue Jefe de Enseñanza de Salud Familiar Comunitaria Intercultural del Departamental de Tarija y Coordinador de Gestión de procesos de TeleSalud-Ministerio de Salud y Deportes. Actualmente Jefe de Dpto de Enseñanza e investigación Caja Petrolera de Salud.

### **ELBA BEATRIZ NUÑEZ (PARAGUAY)**

Trabajadora Social y Abogada. Feminista, defensora de derechos humanos e investigadora social. Doctoranda en Ciencias Sociales. Master en Ciencias Políticas. Especialista en Políticas Sociales y Didáctica Universitaria. Diplomada en Derechos Humanos. Profesora Asistente de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNA. Fue Directora de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Sociales de Universidad Nacional de Asunción (FACSO-UNA). Investigadora asociada GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. [enunez.py@gmail.com](mailto:enunez.py@gmail.com)

**MARÍA LIMPIA DÍAZ ORTEGA (PARAGUAY)**

Magister y doctoranda en Trabajo Social. Especialista en Investigación Social y Tutoría de Tesis. Especialista en Políticas Sociales. Profesora Asistente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Asunción (FACSO-UNA). Coordinadora de Extensión Universitaria de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNA. Investigadora y defensora de derechos humanos de las mujeres, niños, niñas y adolescentes. Investigadora asociada GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. [mlimpia@gmail.com](mailto:mlimpia@gmail.com)



Este trabajo fue producido en el periodo entre los años 2020 y 2021, con lo cual los artículos compilados no buscan describir ni responder a la situación epidemiológica descriptiva analítica tradicional durante la pandemia global y epidemias particulares de SARS-CoV-2, sino todo lo contrario, situar una comprensión regional crítica recolocando la especificidad de estudiar, analizar, problematizar y caracterizar en profundidad las implicancias del SARS-CoV-2 en la salud desde el Sur global.

El presente proyecto de investigación buscó entonces comprender, pensar y problematizar los procesos epidemiológicos críticos y de respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe.

Asimismo, también se pretende estudiar y problematizar los aprendizajes, errores y limitaciones de la epistemología, de las teorías y políticas públicas sanitarias operacionalizadas en la respuesta epidemiológica sobre el SARS-CoV-2.

Del Prólogo..



**CLACSO**

Consejo Latinoamericano  
de Ciencias Sociales  
Conselho Latino-americano  
de Ciências Sociais