

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO



Serie Estado, políticas públicas y ciudadanía

AMÉRICA LATINA SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIAS

*Carolina Tetelboin Henrion,
Daisy Iturrieta Henríquez
y Clara Schor-Landman
[Coords.]*



**AMÉRICA LATINA
SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD
EN TIEMPOS DE PANDEMIAS**

Dr. Eduardo Abel Peñalosa Castro - Rector General
Dr. José Antonio de los Reyes Heredia - Secretario General

Unidad Xochimilco

Dr. Fernando de León González - Rector
Mtro. Mario Alejandro Carrillo Luvianos - Secretario

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Mtra. María Elena Contreras Garfias - Directora
Dr. Luis Amado Ayala Pérez - Secretario Académico
Mtra. Zyanya Patricia Ruiz Chapoy - Responsable del Programa Editorial

D.R. © 2021 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Programa Editorial División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Tel.: 5483 7000 ext. 3783
editorialcbs@correo.xoc.uam.mx
<https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx>



Oswaldo Corrales Jorquera - Rector
Patricia Reyes Olmedo (s) - Vicerrectora de Vinculación con el Medio

Sello Editorial

Cristián Warnken Lihn - Director
Ernesto Pfeiffer Agurto - Editor general
Gonzalo Catalán Valencia - Diseñador y diagramador
Jovana Skarmeta Bustos - Comunicaciones y distribución
Francisca Oyarce Velásquez - Administración y ventas

América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia / José León Uzcátegui ... [et al.]; coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion; Daisy Iturrieta Henríquez; Clara Schor-Landman; prólogo de Asa Cristina Laurell . - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso : Universidad de Valparaíso, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-722-841-0

1. Pandemias. 2. Sociedad Civil. 3. Salud. I. Uzcátegui , José León II. Tetelboin Henrion, Carolina , coord. III. Iturrieta Henríquez, Daisy, coord. IV. Schor-Landman, Clara, coord. V. Laurell , Asa Cristina , prolog.

CDD 612.2

Otros descriptores asignados por CLACSO:

Salud / Medicina / Ciencias / Derechos Sociales / Derechos Humanos
/ Sanidad/ Políticas Públicas / Estado / Pandemia / América Latina

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO

**AMÉRICA LATINA
SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD
EN TIEMPOS DE PANDEMIAS**

**Carolina Tetelboin Henrion, Daisy Iturrieta Henríquez
y Clara Schor-Landman**
(Coordinadoras)

Grupo de Trabajo Estudios sociales para la salud





CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

Colección Grupos de Trabajo

Pablo Vommaro - Director de la colección

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Secretaria Ejecutiva

María Fernanda Pampín - Directora Editorial

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory - Gestión Editorial

Nicolás Sticotti - Fondo Editorial

Equipo

Rodolfo Gómez, Giovanni Daza, Teresa Arteaga, Cecilia Gofman, Natalia Gianatelli y Tomás Bontempo



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

América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias (Buenos Aires: CLACSO, marzo de 2021). ISBN 978-987-722-841-0

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723. El contenido de este libro expresa la posición de los autores y autoras y no necesariamente la de los centros e instituciones que componen la red internacional de CLACSO, su Comité Directivo o su Secretaría Ejecutiva.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

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>

Patrocinado por la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional



ÍNDICE

Asa Cristina Laurell
Prólogo | 11

Carolina Tetelboin Henrion
Introducción | 17

PARTE I: MIRADAS REGIONALES Y COMPARATIVAS

José León Uzcátegui
Coronavirus: Salud Mental Colectiva, crisis civilizatoria y Buen Vivir | 25

José Carvalho de Noronha, Leonardo Castro, Gustavo Souto de Noronha y Ana Maria Costa
A humanidade na encruzilhada: a luta contra a barbárie no pós-COVID – Reflexões desde o Brasil | 45

Mario Hernández-Álvarez, Liliana Henao-Kaffure, Juan Carlos Eslava-Castañeda, Manuel Vega-Vargas, Deisy Arrubla-Sánchez, Javier Rodríguez-Ruiz y Marcela Vega-Vargas
La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial | 71

Pasqualina Curcio Curcio
La carrera por la vacuna contra la COVID-19 | 115

PARTE II: EXPERIENCIAS NACIONALES Y TEMÁTICAS PARTICULARES

Herland Tejerina Silva, Eduardo Aillón Terán, Nila Heredia Miranda y Jorge Jemio Ortuño
La respuesta de Bolivia ante la pandemia por COVID-19: sus determinantes y perspectivas futuras | 129

Oscar Feo Istúriz Guerra y pandemia en Venezuela. Comentarios desde la Salud Colectiva	147
Silvia Tamez González El sistema de salud mexicano ante la pandemia de COVID-19. La articulación público-privada (APP)	161
Carmen Gloria Muñoz Muñoz Pandemia y estallido social en Chile: la acción social vinculada a las demandas de salud	177
Giglio Salvador Prado, Gabriel Braguinsky y Graciela Biagini Pandemia del COVID-19: Estado, comunicación y construcción social en Argentina	193
Clara Schor-Landman, Patricia Domench y Juan Canella Políticas públicas, temporalidad y vida en la pandemia en Argentina. Desde el presente, pensar el pasado para ir al futuro	209
Livia Angeli-Silva, Agleildes Arichele Leal de Queirós, Luciani Martins Ricardi, Mariana Bertol Leal y Clara Aleida Prada O desafio brasileiro de enfrentar a pandemia da COVID-19 em meio à crise política	225
Mario Parada-Lezcano Pandemia y Atención Primaria en Salud en Chile. Crónica de una ausencia anunciada	245
Angélica Ivonne Cisneros Luján y Vianey González Rojas COVID-19 en México: La calidad de la atención en salud, un desafío para afrontar la pandemia	269
Mauricio Torres-Tovar COVID-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores	291
Carolina Tetelboin Henrion, María del Carmen Piña Ariza, Karen Melo Hernández México: la transformación del Sistema de Salud, la pandemia de COVID-19 y los trabajadores de la salud	309

Soledad Rojas-Rajs

Batallas de comunicación sobre la pandemia en México: las nuevas políticas de comunicación y la infodemia provocada

| 339

Daisy del Rosario Iturrieta Henríquez

Respuestas institucionales a la pandemia por COVID-19 en los contextos carcelarios de Chile. Una mirada desde la Salud Colectiva

| 357

Sobre los autores y autoras

| 375

PRÓLOGO

Asa Cristina Laurell

Actualmente es indiscutible que la pandemia de COVID-19 es el acontecimiento contemporáneo de salud más importante. Ha irrumpido con fuerza en la cotidianidad de los países, ciudades, comunidades y familias. Sin embargo, parece necesario tener presente que es un advenimiento en progreso y no tenemos certeza sobre el curso que tomará y cuales serán sus posteriores efectos. Esto significa que cualquier reflexión sobre COVID-19 es preliminar. Con el transcurrir de los últimos seis meses la pandemia se ha convertido en tema obligado en las primeras planas de los periódicos. Ha desatado un debate en el cual muchos se sienten con la competencia para opinar, apoyar o rechazar la actuación de los gobiernos. Ante los cuestionamientos los gobiernos han creado su propia narrativa sobre lo que están haciendo. La pandemia es en este sentido un tema altamente politizada.

La epidemia de SARS-COV-2 confluye con otro proceso de largo alcance que es la transformación de inspiración neoliberal de los sistemas de salud desde por lo menos tres o cuatro décadas. Otro proceso en los orígenes de la epidemia es el acelerado deterioro del medio ambiente y el calentamiento global que está trastocando los ecosistemas en todo el planeta. En su determinación está entonces la confluencia de tres grandes procesos que caracterizan a la globalización. Éstos a su vez se irradian en toda la sociedad y tienen efectos sobre otros

procesos. Así, cada vez queda más claro que el análisis de la pandemia tiene muchas dimensiones que van desde la puramente biológica hasta la filosófica. Por ello es preciso plantearse un conjunto de interrogantes para delimitar la temática, dado que, como dice Bourdieu, no es posible decir todo sobre todas las cosas y además al mismo tiempo. Las preguntas que me parecen relevantes a mí es porque no se han planteado o se han planteado mal.

El primer interrogante es cuáles son las dimensiones más importantes de la pandemia; pregunta que ya se planteó el Frente por la Vida de Brasil. Su enfoque es transversal y no vertical como el modelo aplicado por ejemplo en México. El análisis demuestra cómo, en una perspectiva integral de operación eficaz del sistema de salud, se requiere conocer las relaciones entre las dimensiones. Esto revela que omitir lo social, económico y político no permite atacar el problema y al mismo tiempo fortalecer el sistema público de salud. Esto implica que cada dimensión podría abordarse individualmente pero siempre impacta en las demás dimensiones.

Las condiciones de los sistemas de salud previas a la pandemia eran precarias en la mayoría de los países de la región dado las transformaciones neoliberales que habían apostado a su privatización. Incluso la reversión de las reformas progresistas en Brasil, Ecuador y Bolivia, así como los efectos de la guerra de cuarta generación en Venezuela habían debilitado la capacidad de enfrentar la atención de los pacientes con COVID-19 de manera satisfactoria. La CEPAL-OPS resalta este problema en su informe conjunto.

Otra pregunta relevante es: ¿Cuál es el impacto relativo de la COVID-19 con relación al resto de las “epidemias”, por ejemplo, las crónico-degenerativas o la malnutrición? La COVID-19 ha tenido un desarrollo acelerado tanto en el número de contagiados como en defunciones en un plazo relativamente breve, pero por ejemplo en México hubo en 2019 un total de 718 mil defunciones mientras que a la fecha (30/08/2020) ha habido 64 mil muertos por COVID. Sin embargo, simultáneamente hay evidencias de todo el mundo de que la mortalidad por todas las causas está incrementando importantemente y para algunos padecimientos hasta en un 100%. A la vez hay abundantes pruebas de que la desigualdad en salud, de por sí grande en nuestros países, está creciendo. Ambas cuestiones podrían tener varias explicaciones que necesariamente incluyen causas socioeconómicas, las estrategias de combate a la pandemia y las características del sistema de salud. El abrupto empobrecimiento de una parte importante de la población se combina así con las insuficiencias preexistentes del sistema de salud y su orientación hace que la reconversión de hospitales deje fuera a pacientes de otras condiciones agudas con potencial mortal.

Correlativamente habría que preguntarse por qué tanta preocupación por el COVID y la invisibilización de otros padecimientos que parece haber ocurrido en la mayoría de los países latinoamericanos según los autores de este libro. A mi parecer es crucial porque explica parcialmente el enorme impacto psicológico de la epidemia que tiene en el fondo la idea del CONTAGIO y el miedo a lo desconocido; está la idea de que todos somos susceptibles al contagio y que la muerte puede ser inminente. Esta idea se potencializa con las medidas tomadas con la finalidad de disminuir el contagio y la transmisión con el confinamiento, la “sana distancia” y la prohibición de contacto físico. Estas intrusiones controladoras en las vidas de las comunidades, las familias y las personas tienden a distribuirse desigualmente por edad, situación socioeconómica y lugar de residencia.

Las preguntas respecto a los impactos económicos van en varias direcciones. Están por un lado los aspectos macroeconómicos y por el otro los microeconómicos que señalan quienes se han convertido en los ganadores de la epidemia. Con la prolongación de la pandemia y las intervenciones para disminuir el contagio, los efectos macroeconómicos se están convirtiendo en un problema fundamental. La atención estaba inicialmente centrada en la interrupción del contagio bajo un modelo epidemiológico tradicional, pero después de seis meses de epidemia, su impacto en la economía ha llegado a ser la preocupación principal.

Cuando se considera los datos estimados por la CEPAL en su documento conjunto con la OPS para los próximos años se puede apreciar que la economía se encuentra en serias dificultades. Así, estima que el descenso del PIB de la región será de 9.1; el desempleo subirá de 8.1% a 13.5%; la extrema pobreza de 4.5 a 15.5% y; la desigualdad incrementará en perjuicio de mujeres, indígenas y afrodescendientes, discapacitados, migrantes y refugiados. El efecto ha sido todavía más funesto cuando se combina con la guerra de cuarta generación como es el caso de Venezuela. Estas condiciones afectan como es evidente desigualmente a los grupos y clases sociales.

Por el contrario, varios grupos del gran capital han lucrado con la pandemia y el combate contra ella. Es en primer lugar el complejo médico industrial, pero también los grandes capitales relacionados con la tecnología informática y con el comercio por internet.

El complejo médico-industrial se compone por lo menos de tres grandes negocios: la industria farmacéutica, de equipo médico y de insumos médicos. Las tres se han visto enriquecidas, pero en distinto grado.

La industria farmacéutica ha apostado en primer lugar a las vacunas y actualmente hay, según la OMS, 160 en proceso con 5 o 6 en fase

tres, o sea, con posibilidades de salir al mercado en el próximo año, pero falta mucho conocimiento sobre el virus y la inmunidad para garantizar su éxito. La búsqueda de medicamentos contra la COVID se orienta en dos direcciones. Por un lado, la industria está pidiendo licencias temporales para medicamentos certificados para otras enfermedades con efecto posible sobre COVID. Por el otro, está tratando de producir nuevos medicamentos biotecnológicos con patentes válidas durante al menos durante 20 años. Es de señalar que tanto la producción de vacunas como los medicamentos tiene un componente de especulación financiera que en algunos casos se perfila como el ámbito principal de ganancias. Hay ejemplos de incremento de las acciones de las empresas en más de 100% en cuestión de unas cuantas semanas o meses sin que haya garantía de que lleguen al mercado.

El crecimiento de las ganancias de las empresas de tecnología informática y con el comercio por internet son las empresas más importantes del mundo en cuanto a su valor en la bolsa. Su crecimiento encaja con la visión epidemiológica sobre como interrumpir el contagio: la oficina en la casa y la clausura de una parte del comercio. La visión epidemiológica dominante y la instalación del miedo en los colectivos humanos y en los individuos favorece su utilización. Debe advertirse que algunas iniciativas promovidas por gobiernos latinoamericanos, por ejemplo, Argentina y México, han intentado disminuir la especulación con los remedios contra el virus sean estas vacunas o medicamentos. Resta por ver si tendrán éxito o no. Los gobiernos también podrían basarse en las excepciones para salud pública de Doha, fuertemente promovido por Brasil en su momento, que les permitiría romper las patentes. Sin embargo, se ha mostrado un procedimiento intrincado.

Un problema que afecta tan profunda y ampliamente a toda la población necesariamente se refleja en la esfera de la política. En varios países ha tenido repercusiones sobre la gobernabilidad. Inicialmente no fue un tema generalizado, sino que se circunscribía principalmente a gobernantes insensatos y manipuladores como Trump en EUA y Bolsonaro en Brasil, donde se vincula con el desprecio por el conocimiento científico y con dogmas racistas y maltusianos. Son gobernantes que han causado daños importantes a la población por su negativa de siquiera sugerir medidas de protección contra el contagio y sus iniciativas “terapéuticas”, algunas mortales. Tal vez por primera vez un presidente pierda su reelección a causa de una pandemia en los EUA.

En cuanto ha avanzado la epidemia muchos países tienen problemas de gobernabilidad debido a acciones emprendidas por la ultraderecha y por la izquierda. Caracteriza a los primeros que protestan por la pérdida de “libertad” causada por las medidas dictadas por los

gobiernos, por ejemplo, en EUA, Alemania o Argentina. Las protestas de la izquierda más bien han sido causadas por la suspensión de los procesos políticos en marcha y medidas gubernamentales autoritarias como en Chile. Los gobiernos parlamentarios existentes al inicio de la pandemia han caído en Italia y Francia a raíz de los efectos de la COVID-19.

El uso político de la pandemia se ha dado en muchos países de la región latinoamericana. La conspicua infodemia, entendida como desinformación y noticias falsas, ha causado confrontaciones fuertes entre el gobierno y la oposición. Por otro lado, es también observable que varios gobiernos han hecho un manejo de la información que no permite al público o a los expertos dimensionar el tamaño y gravedad de los problemas. Habría que añadir que desde por lo menos veinte años existe la conciencia de que se va a enfrentar una pandemia y se ha hecho muy poco para prepararse.

No sólo los políticos han estrenado su pensamiento sobre control poblacional sino también los filósofos. Destaca particularmente los filósofos italianos cercanos a la corriente de la biopolítica, Giorgio Agamben y Roberto Espósito, que han postulado que las medidas tomadas por los gobiernos significan mecanismos fuertes de control de población. Otro filósofo que rápidamente escribió un libro sobre la pandemia es Slavoy Zizek que postula que habrá barbarie o alguna forma de comunismo a raíz de la crisis de COVID.

Estos postulados no llevan de regreso a las grandes interrogantes sobre la pandemia que se relacionan con el origen o determinación socioeconómica, ambiental y política de la pandemia. ¿Estamos ante una crisis civilizatoria que sólo se puede resolver con una ruptura total con el desarrollo existente para recuperar el Buen Vivir de los pueblos originarios de la región? ¿Si es así, cómo se puede llegar a esta ruptura y cuáles son las fuerzas políticas necesarias para lograrla? Estas preguntas se dirigen a responder el ¿qué hacer ante la COVID-19 y qué les corresponde a los gobiernos, a la academia y la sociedad?

A mi parecer en salud los gobiernos están obligados a tomar medidas efectivas para disminuir el contagio, garantizar la atención a los enfermos no sólo de COVID-19 sino también de las otras enfermedades de alto riesgo. Deben revisar a fondo su modelo de atención y darle mucha más fuerza al primer nivel de atención y a la participación de la comunidad en la toma de decisiones. Esto pasa por el fortalecimiento integral del sistema público y su financiamiento suficiente. Como suele decirse es convertir a la crisis en una oportunidad. También es obligado que hablen con la verdad sobre el proceso de la pandemia y que hagan una revisión crítica de las medidas tomadas como ya lo están haciendo varios países europeos. Deben asumir que la COVID-19

no será la única pandemia y en la próxima no habrá pretextos para justificar la falta de prevención y fortalecimiento de la capacidad de atención.

La academia debe asumir su responsabilidad ante la sociedad que le provee de recursos públicos. A las distintas disciplinas y a los grupos inter o transdisciplinarios como los de salud colectiva o medicina social les toca contribuir con conocimiento y vigilancia crítica sobre lo que hacen los gobierno y contribuir sus saberes a ellos. A la sociedad le corresponde, en primer lugar, exigir que se proteja a su salud y que se atienda con calidad sus padecimientos. Para ello es preciso que se informe y no participe en protestas sin fundamentos, pero también debe vigilar a su gobierno y su narrativa. La aplicación de las medidas para bajar el contagio requiere de cumplimiento de los ciudadanos, pero esta obediencia no puede ser ciega sino basada en la confianza mutua entre ciudadanos y su gobierno. Finalmente es de subrayar que las condiciones de cada país son diferentes, pero sus posiciones políticas no pueden cegarlos a lo que hace mal el gobierno ni a apoyar incondicionalmente lo que hace la oposición.

CDMX 31 de agosto, 2020.

INTRODUCCIÓN

Carolina Tetelboin Henrion

El proyecto editorial original en curso se vio atravesado por el fenómeno de la pandemia de coronavirus que azota al mundo desde diciembre de 2019 y a la región de América Latina y el Caribe a partir de 2020. Esta obligó a reorientar la reflexión, y puso en mayor evidencia las condiciones prevalecientes en la región, y que podemos sintetizar en la fragilidad del equilibrio sistémico, ecológico, y la desigualdad estructural sobre la que estamos instalados, profundizadas durante más de 40 años de neoliberalismo que genera luchas permanentes en la región.

Se trata de un segundo proyecto editorial del Grupo de “Trabajo Estudios Sociales para la Salud” del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO, que reúne un conjunto de 17 trabajos con la concurrencia de 41 autores de 8 países, en los que se reflexiona y sistematiza la situación de la salud desde el pensamiento crítico, particularmente desde la perspectiva de análisis de la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas. Esta perspectiva considera las determinaciones económicas, políticas, ideológico-culturales y ambientales como las productoras estructurales fundamentales que decantan, sintetizan o cristalizan en procesos concretos de condiciones de salud-enfermedad y atención de los distintos grupos sociales y sujetos sociales, y en torno a los cuales se producen percepciones,

imaginarios, sufrimientos y dolores, así como la organización de luchas, en el marco de la confrontación de intereses en nuestras sociedades.

Las contribuciones provienen de autores con una formación de origen, en general, médico-sanitarias, migrados de esta perspectiva biomédica clásica curativa, hacia la búsqueda de explicaciones de lo social para interpretar y entender estas realidades cotidianamente presentes. Por medio de herramientas provistas por la formación académica y de posgrado, la experiencia en funciones públicas y académicas nacionales e internacionales, participaciones políticas y participativas con los movimientos sociales y organizaciones diversas, los autores forman parte activamente en redes de la región para la formulación de políticas y prácticas sociales alternativas en la formación, la prácticas en salud, en el plano de la producción de conocimientos y saberes cercana a las preocupaciones de las mayorías latinoamericanas.

El resultado aporta un caudal de miradas sobre los grandes dilemas de la existencia actual, los procesos de luchas políticas y sociales de los pueblos por mejorar sus condiciones de vida y por el derecho a la salud y a su atención, los avances, retrocesos, aciertos y equívocos en la construcción de gobiernos y políticas que recojan las demandas sociales, universalicen los derechos, democratizan la vida pública y avancen a garantizar la existencia en condiciones humanas dignas y de realización colectiva. En este marco se analiza la llegada de la pandemia, su manejo y su perspectiva. Debemos decir que, aun cuando sus características atrapan la atención, modifican profundamente la vida pública y social, producen una cantidad de muertes que supera el millón en el mundo, además de ser todavía incontrolable a través de una vacuna o medicamentos, no es la única que amenaza a nuestras poblaciones sumidas en la desigualdad, la pobreza, la malnutrición, sino existen otras endémicas que subyacen histórica y estructuralmente en la región, que potencian la virulencia de la magnitud de su daño.

Desde una perspectiva socio histórica, este conjunto de trabajos ubican sus objetos de estudio sobre los fenómenos de la salud-enfermedad-atención en las características contextuales y en la historia regional, de países y territorios, de pueblos y sus diversidades, o en temas específicos.

En esta ocasión, el proyecto de publicación se orienta a mostrar cómo las condiciones estructurales prevalecientes en la región en el marco de un capitalismo globalizado y privatizador constituye una amenaza creciente y cada vez más violenta contra la vida de las mayorías, en contra de los procesos de profundización democrática, y de la construcción de otras formas de organización social basados en modelos de convivencia social caracterizados por la tolerancia, la inclusión y el derecho

de todas las expresiones de representación social, con la consecuente distribución de recursos materiales e inmateriales en las sociedades y en el orden mundial. El saldo todavía provisional, cuyos rasgos estructurales profundiza la pandemia y las medidas para enfrentarla, es la presentación diferencial de los contagios, pero además de las condiciones de prevención y de salud según los grupos mayoritarios desposeídos, no pudiendo garantizar sus mínimos de subsistencia para el consumo o los lugares de vivienda inadecuados que imposibilitan –entre otros condicionantes– la extensión de las problemáticas y malestares preexistentes no sólo de la salud física sino también emocional con el encierro y las malas condiciones para enfrentarlo, profundizando un estado de malestar individual y colectivo, hambre, carencias básicas y síndromes y procesos que reemergen o se profundizan con la exclusión.

No obstante el potencial intelectual, científico, tecnológico, biotecnológico y un sistema de comunicaciones sin precedente de las sociedades actuales, las brechas de acceso social son cada vez más amplias y condicionadas por un mercado perverso que pugna por subordinar a los Estados, mercantilizando todos los bienes y servicios vitales para la vida, invadidos por la corrupción y los intereses particulares. La desigual distribución de los recursos en general, y en salud en particular, es un tema político, y que, por lo tanto, la construcción de otro orden posible y necesario, está en disputa en gran parte de esta región convulsa, por momentos con retrocesos y pérdidas, pero donde los diversos movimientos políticos y sociales en lucha parecieran, aunque con dificultades, tratar de converger en procesos de transformación en una nueva ola nuevamente.

Los 17 trabajos que aquí se presentan muestran el significado que tiene la pandemia de COVID-19 como fenómeno biológico y su impacto y enfrentamiento social de los países. Si bien tienen una gran diversidad en sus acercamientos metodológicos y en las experiencias a las que se refieren, el texto se ha dividido en dos partes.

La primera parte inicia con dos trabajos con reflexiones filosófico-políticas como el sentido de la existencia del actual modelo civilizatorio y su afectación esencial a la reproducción de la vida, como son el de José León Uzcátegui, “Coronavirus: Salud Mental Colectiva, crisis civilizatoria y Buen Vivir” y José Carvalho de Noronha, Leonardo Castro, Gustavo Souto de Noronha y Ana Maria Costa, “A humanidade na encruzilhada: a luta contra a barbárie no pós COVID – reflexões desde o Brasil”. Ambos, a su modo, construyen una profunda crítica al orden capitalista y la necesidad de su reemplazo por otro nuevo que recupere el concepto de buen vivir y la aspiración socialista.

El trabajo de “Mario Hernández Álvarez, Liliana Henao Kaffure, Juan Carlos Eslava Castañeda, Manuel Vega Vargas, Deisy Arrubla

Sánchez, Javier Rodríguez Ruiz y Marcela Vega Vargas “La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial” realiza un importante análisis de los procesos políticos y las reformas a la salud en Chile, Colombia y México, con una revisión bibliográfica extensa.

Pasqualina Curcio Curcio trabaja un tema fundamental, todavía no resuelto, los itinerarios de “La carrera por la vacuna contra la COVID-19”, donde presenta las alternativas y perspectivas sobre el tema a la fecha del estudio, marcado por la contradicción entre una producción de vacunas por grandes empresas transnacionales y la necesidad de una distribución social.

En la segunda parte, se agrupan los trabajos de las experiencias nacionales, comenzando con el trabajo de Herland Tejerina Silva, Eduardo Aillón Terán, Nila Heredia Miranda y Jorge Jemio Ortuño bajo el título “La respuesta de Bolivia ante la pandemia por COVID-19: sus determinantes y perspectivas futuras”, en el que describen las propuestas de salud llevadas a cabo a partir de la constitución de 2009 para la creación del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito; la política nacional de salud denominada Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y finalmente en 2019, la ley que otorga protección universal para el acceso gratuito a servicios públicos de salud, además de describir los sucesos post golpe de Estado y las decisiones y acciones en contra de dichas políticas y en el manejo de la pandemia.

Oscar Feo Istúriz en “Guerra y pandemia en Venezuela. Comentarios desde la Salud Colectiva”, analiza la pandemia de COVID-19 en el marco de la agresión norteamericana y la grave crisis civilizatoria actual.

Sobre México se presentan cuatro trabajos, tres de los cuales, aunque dispersos en el texto, se introducen a continuación de manera conjunta porque guardan relación con las condiciones del sistema de salud en tres perspectivas. En el primero de ellos, Silvia Tamez González, bajo el título “El sistema de salud mexicano ante la pandemia de COVID-19. La articulación público-privada (APP)” expone su preocupación por la adopción por parte del Gobierno de López Obrador del recurso neoliberal de articulación público-privada para la atención médica hospitalaria privada como parte de la resolución de la crisis durante la pandemia. Angélica Ivonne Cisneros Luján y Vianey González Rojas presentan “COVID-19 en México: La calidad de la atención en salud, un desafío para afrontar la pandemia”, donde describen el estado de la acreditación de calidad de las unidades médicas iniciada por el Seguro Popular que atienden a población sin seguridad social y su estado al inicio de la pandemia, además de las medidas adoptadas por el gobierno federal para garantizar el acceso a la atención médica de calidad de personas contagiadas de COVID-19.

El tercer trabajo “México: la transformación del Sistema de Salud, la pandemia de COVID-19 y los trabajadores de la salud” corresponde a Carolina Tetelboin Henrion, María del Carmen Piña Ariza y Karen Melo Hernández, es una investigación que describe el proceso de transformación en salud orientado al fortalecimiento de la atención pública a través de la universalización y gratuidad de la atención médica y los medicamentos del gobierno de la 4.^a Transformación a partir de diciembre de 2018, que es reorientada para atender la pandemia, ofreciendo oportunidades y obstáculos al proyecto inicial.

En el caso de Chile también se presentan tres trabajos, pero dos podrían agruparse en un comentario común, que siendo de temas distintos, convergen en la crítica al sistema de salud chileno, y en la valoración de la crisis que se expresa en el llamado “Estallido social” de octubre de 2019, y en el mal manejo de la pandemia. En el primero de ellos, Carmen Gloria Muñoz Muñoz bajo el título “Pandemia y estallido social en Chile: la acción social vinculada a las demandas de salud”, establece que este proceso de rebelión puso en la agenda la necesidad de transformaciones sociales profundas y estructurales, e identifica las formas y contenidos de la acción colectiva en tiempos de pandemia y su posición en relación al discurso de la demanda social antes y después de las medidas de distanciamiento social impuestas. El segundo, de Mario Parada-Lezcano, “Pandemia y Atención Primaria en Salud en Chile. Crónica de una ausencia anunciada” se refiere a la crisis del modelo neoliberal en salud impuesto por la dictadura como parte de la crisis que se expresa en la movilización del 18 de octubre de 2019, cuya mantención permite entender porqué la pandemia no se ha enfrentado con la intervención principal de la Atención Primaria en Salud, que debió ser la estrategia a la crisis generada por el virus SARS-COV-2.

Sobre Argentina encontramos dos trabajos profundamente articulados y presentados en secuencias que corresponden a las preocupaciones del momento actual de vuelta a un gobierno progresista, sus dificultades y amenazas, y la situación y efectos de la pandemia. En el primero de Giglio Salvador Prado, Gabriel Braguinsky, Graciela Biagini, “Pandemia de la COVID-19: Estado, comunicación y construcción social en Argentina”, analiza la pandemia y su manejo desde tres perspectivas: el contexto socioeconómico nacional y de las políticas públicas de salud y programas sociales; la batalla cultural por la hegemonía/contrahegemonía en la comunicación, y las dificultades del campo popular en la construcción de un discurso propio y la significación social del padecimiento concebida como componente político ideológico del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. El segundo, de autoría de Clara Schor-Landman, Patricia Doménech y Juan Canella con el título “Políticas públicas, temporalidad y vida en

la pandemia en Argentina. Desde el presente, pensar el pasado para ir al futuro”, pone el acento en las relaciones en los tiempos que se viven desde tres perspectivas: los padecimientos subjetivos con la experiencia en la pandemia de COVID-19 caracterizada por los cambios abruptos en los modos de vida y los riesgos de contagio y de muerte; la temporalidad histórica y sociopolítica de las epidemias, y finalmente, las reflexiones desde el trayecto incierto que se perfila desde la biología a la vida subjetiva en sociedad.

Un segundo trabajo sobre Brasil, es “O desafio brasileiro de enfrentar a pandemia da COVID-19 em meio à crise política”, de las autoras Livia Angeli-Silva, Agleildes Arichele Leal de Queirós, Luciani Martins Ricardi, Mariana Bertol Leal, Clara Aleida Prada, analiza la situación de enfrentar la pandemia de COVID-19 en Brasil que tiene un sistema universal de salud pero que actualmente enfrenta un marco político antagónico y en medio de una crisis política y económica que compromete la actuación frente a la pandemia.

En relación a lo que podríamos caracterizar como trabajos temáticos tenemos un primero de Mauricio Torres-Tovar en “COVID-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores”, realiza una reflexión fundamental sobre las condiciones históricas de los trabajadores de la salud que se han caracterizado por condiciones precarias y peligrosas desde décadas atrás producto del impulso de políticas neoliberales que han privatizado los sistemas de salud y de protección social, que se mantienen durante la pandemia por la COVID-19. Un segundo caso es el de Soledad Rojas Rajs en “Batallas de comunicación sobre la pandemia en México: las nuevas políticas de comunicación y la infodemia provocada”, que pone en evidencia la importancia de las comunicaciones para afrontar los problemas de salud durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, si bien existe una gran necesidad de contar con información fiable y oportuna para hacerle frente, coincide con un fenómeno de profusión de informaciones falsas e inexactas produciendo un fenómeno mundial de desinformación o exceso de informaciones según la OMS conocido como infodemia, que desarrolla interesantemente y en relación al caso de México. Finalmente, Daisy del Rosario Iturrieta Henríquez en el capítulo “Respuestas institucionales a la pandemia por COVID-19 en los contextos carcelarios de Chile. Una mirada desde la Salud Colectiva” hace visibles las condiciones de la vida en los contextos carcelarios de Chile marcadas por violentar históricamente los derechos de los privados de libertad, y donde se mantienen en las acciones institucionales dispuestas para enfrentar la pandemia por COVID-19.

**PARTE I:
MIRADAS REGIONALES
Y COMPARATIVAS**

CORONAVIRUS: SALUD MENTAL COLECTIVA, CRISIS CIVILIZATORIA Y BUEN VIVIR

José León Uzcátegui

*COVID-19 es la venganza de la naturaleza por más
de cuarenta años de maltrato y abuso a manos de un
extractivismo neoliberal violento y no regulado.*

David Harley.

INTRODUCCIÓN

Un mundo asombrado, desconcertado. Una ciencia perpleja, una sociedad- mercado descalabrada, gobiernos sin brújula, poblaciones encarceladas voluntariamente o amenazadas por el Estado con medidas obligantes de distanciamiento, aislamiento, o cuarentena. Una pandemia con amenazas de miedo y de muerte, en la cual reina la incertidumbre. El culpable: una nano partícula invisible, el coronavirus. Receta universal para derrotarlo: quedarse en casa, lavarse las manos, usar mascarilla. Los análisis e interpretaciones, abonados por el encierro involuntario, pululan y dan lugar a todo tipo de especulaciones o de presunciones, la mayoría de ellas sin fundamento. La omnipotencia y el narcisismo humano puestos en duda. Pareciera que la tierra no nos pertenece, que nosotros le pertenecemos a la tierra y estamos violando sus leyes. La salud mental individual y colectiva luce en grave peligro.

Desde la Medicina Social y la Salud Colectiva se han hecho aportes valiosos para entender el significado y las consecuencias de lo que los medios masivos de información presentan como la mayor catástrofe sanitaria en los últimos 100 años y hasta grupos religiosos la muestran como el castigo divino por culpa de una humanidad pecadora.

Presentaremos algunas reflexiones sobre esta pandemia desde la perspectiva de la Salud Mental Colectiva y el Buen Vivir. Nos planteamos algunos interrogantes sobre el origen de este virus, algunos comentarios sobre las pandemias, una breve caracterización sobre el momento histórico-político que estamos viviendo y en este contexto lo que consideramos como una crisis civilizatoria. Luego reflexionamos sobre la respuesta de algunos actores en relación a la pandemia, la Salud Mental Colectiva y la COVID-19, algunas reflexiones sobre el mundo post-pandemia, y posteriormente algunas consideraciones sobre lo que pensamos son algunas lecciones que vamos obteniendo de esta pandemia, agregando finalmente algunas conclusiones.

EL ORIGEN DEL MAL

Nada claro sobre el origen de esta minúscula partícula mortífera que aterroriza el planeta, sin distinguir clases sociales, ni sexos, ni razas. Es probable que pasen muchos años antes de saber a ciencia cierta cómo fue el comienzo de este virus, o algunos documentos secretos desclasificados lo develen, o quizás nunca se sepa.

Para algunos se trata de un hecho natural, como sucede con cualquier otro germen, una nueva mutación de un virus (en este caso del coronavirus) identificado como SARS-COV-2, que provoca una enfermedad (esta vez la COVID-19). Para es la consecuencia de una relación hombre-naturaleza, que regida por intereses mercantiles está desencadenando demonios de la madre tierra. Como afirma Leonardo Boff:

El virus vino de la naturaleza. Pues bien, como dice el Papa Francisco en su encíclica “sobre el cuidado de la Casa Común”: «Nunca hemos maltratado y herido a nuestra Casa Común tanto como en los dos últimos siglos». Quien la hirió fue el proceso industrial: el socialismo real (mientras existió), y sobre todo el sistema capitalista hoy globalizado. Éste es el Satán de la Tierra que la está devastando y la está llevando a todo tipo de desequilibrios (2020a: 3).

Otros aseguran, y muestran pruebas de ello, que se trata de una pandemia advertida por organismos técnicos (OMS) o por políticos y gobernantes (Bush, Obama) y hasta por empresarios (Bill Gates, Rothschild) que desde antes de aparecer este virus ya lo habían anunciado (Rivera, 2020); amén de la predicción hecha por algunos videntes y astrólogos, o las profecías de Nostradamus que se estarían cumpliendo, sin faltar la posibilidad de la mano perversa de algún extra-terrestre en el asunto. Se añade también la guerra bacteriológica, afirmando que fueron laboratorios del imperio norteamericano que generaron el virus ante el peligro de una nueva potencia amenazante como lo

es China y lo "sembraron" en ese país para provocar el descalabro de esa economía pujante; o viceversa, se trata del virus "chino", creado en laboratorios de Wuhan (ciudad donde apareció inicialmente) para provocar la enfermedad, con sacrificio de algunas vidas perfectamente tolerable para un país de 1.400 millones de personas, y luego diseminarlo por el mundo, particularmente hacia los EEUU y así salir gananciosos en términos mercantiles, técnicos y políticos. En fin, una situación en la cual lo único que parece claro es la confusión ...y la insanía mental de unos pocos. He allí nuestro primer tema de Salud Mental Colectiva.

OTRA MIRADA SOBRE LAS PANDEMIAS

No es la primera ni va a ser la última. Las cinco pandemias más letales a lo largo de la historia moderna han sido: Viruela, Sarampión, la mal llamada 'gripe española' de 1918, la peste negra, y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La peste negra (la peste bubónica) diezmó a un total estimado en 200 millones de personas. En Europa esta enfermedad, entre 1346 y 1353, causó la muerte de gran parte de su población, que pasó de 475 a 350 millones de habitantes. La viruela se calcula que mató a 300 millones de humanos; el sarampión, otro virus que ya ha cobrado la vida de unos 200 millones de personas; la 'gripe española' de 1918 que mató en apenas dos años unos 80 millones; la epidemia de peste negra que asoló a Europa a mediados del siglo XIV matando unos 50 millones de seres; el VIH que si no se trata mata al 80% de los infectados, a finales de 2016 había en el mundo unos 36,7 millones de personas infectadas por el VIH; todo esto según cifras de la OMS. Más recientemente, en 2009 con la gripe H1N1, en 2014 y 2019 con los brotes de Ébola en África Occidental y en la República Democrática del Congo, y en 2016 por el virus Zika, sin ser declaradas pandemias, estos virus provocaron miles de miles de muertes. Ninguna ameritó estados de emergencia o cuarentenas. No menos significativos, los decesos por enfermedades como tuberculosis, paludismo, diarreas (shigellosis), influenza, sarampión, cáncer, las muertes evitables por desnutrición, las muertes maternas, los decesos por accidentes de tránsito, por violencia y por consumo de drogas, lícitas o ilícitas, las cuales forman parte de una morbi-mortalidad que produce millones de muertes prevenibles y/o evitables cada año. Para ello ninguna alarma, ningún estado de alerta. Las cifras son aterradoras. Mueren diariamente en todo el mundo por cáncer: 26.300; tabaquismo: 22.191; aire contaminado: 13.700; alcoholismo: 7.671; neumonía: 7.623; diarrea: 4.383; VIH: 2.739 (ALAMES, 2020). Solo la malaria afecta entre 230 a 250 millones de personas al año y, de ellas, mueren 1.375 al día. Mueren 8 millones al año por efecto del tabaco.

Más de 800 millones de personas padecen de desnutrición crónica en el mundo. Y ningún titular en los medios ni en las redes generando miedos por ello...

Ni que hablar de las amenazas y daños que se producen impunemente día a día contra la naturaleza y contra los animales en todo el planeta, sin que se declaren alarmas de ningún tipo. Las emisiones recientes de gases de efecto invernadero son las más altas de la historia; muchos de los cambios observados que provoca no han tenido precedentes en los últimos milenios. Se han alcanzado unas concentraciones atmosféricas de dióxido de carbono, metano y óxido nitroso sin parangón en por lo menos los últimos 800.000 años. Los mantos de hielo de Groenlandia y la Antártida han ido perdiendo masa, los glaciares han continuado menguando en casi todo el mundo. El derretimiento de los glaciares pone en riesgo la vida de la sexta parte de la humanidad que depende de ríos que se originan en glaciares. Se han observado cambios en muchos fenómenos meteorológicos y climáticos extremos. Es muy probable que las olas de calor cada vez ocurran con mayor frecuencia y duren más, y que los episodios de precipitación extrema sean más intensos y frecuentes en muchas regiones. El océano se seguirá calentando, y el nivel medio global del mar continuará elevándose. Nuestro clima ha cambiado a mayor velocidad, los océanos se han acidificado y han desaparecido biomas enteros. Entre los años 1970 y 2012, sólo 42 años, la abundancia poblacional de vertebrados sufrió una disminución de 58%. Se están extinguiendo 150 especies animales al día, la mayor pérdida de diversidad biológica desde que desaparecieron los dinosaurios. Hay una mayor frecuencia e intensidad de eventos climáticos extremos: huracanes, inundaciones, olas de calor, incendios forestales, sequías prolongadas, procesos de desertificación y pérdida extendida de tierras agrícolas y pecuarias. Desde mediados del siglo XIX, el ritmo de la elevación del nivel del mar ha sido superior a la media de los dos milenios anteriores, lo cual está conduciendo a la desaparición de islas habitadas. Las ciudades costeras en todo el planeta están en riesgo severo. Sistemas ecológicos completos pueden colapsar. Hay una pérdida de la variedad de semillas de alimentos básicos como trigo, maíz, soya, papa y el control que sobre éstas tienen en forma oligopólica unas pocas transnacionales.

Existe un masivo colapso de la población de insectos en el planeta, causado por la acción humana. Se ha provocado una contaminación en gran escala de tierras y aguas por el uso de agrotóxicos en la agricultura. La elevación de la temperatura de los mares y su acidificación está deteriorando los arrecifes de coral con sus dañinas consecuencias. El uso de fertilizantes, pesticidas, maquinarias y la destrucción de los suelos provocan algo más de la décima parte de los

gases invernadero (Lander, 2020). Todo esto no es producto de ninguna maldición ni castigo divino. Los responsables están identificados, tienen nombre y apellido, convictos y confesos. Psicópatas y sociópatas, gobernantes y amos del mercado mundial ponen en peligro la vida. Una verdadera pandemia ecocida planetaria. ¿Quién amenaza con poner fin a la vida sobre el planeta? Un segundo tema fundamental de Salud Mental Colectiva.

EL MOMENTO HISTÓRICO-POLÍTICO, EL ADVENIMIENTO DE UNA CRISIS CIVILIZATORIA Y EL CORONAVIRUS

Si algo caracteriza este momento histórico-político es la pugna EEUU-China. Estados Unidos, un imperio en decadencia, como lo muestran múltiples indicadores: es el país con la deuda externa más grande del mundo, deuda impagable; el poderoso dólar, gracias al acuerdo de Breton Woods de la post-guerra, es la única moneda que no tiene respaldo alguno y se imprime por billones alimentando la fantasía de riqueza de millones de seres; el costo de la mano de obra en EE.UU. es muy superior a la de cualquier país asiático, donde se radica hoy el capital transnacional, mientras la mercadería china invade el mercado norteamericano; el balance comercial mundial de los últimos dos años, por primera vez después de la post-guerra, es favorable a China. Y del otro lado, China que se asoma como la nueva potencia mundial...capitalista; a su lado Rusia y la India.

El coronavirus no provoca la crisis económica que estamos observando, esta ya se venía incubando y expresando en la última década. En el mundo post-pandemia un nuevo orden económico mundial encabezado por China se avizora.

Sin embargo, la crisis no es solo esta, va mucho más allá. El coronavirus vino a develar elementos que desnudan el carácter novedoso, dramático y profundo de la situación que vive la humanidad (De Sousa, 2020).

Cualquiera haya sido el origen de esta pandemia, lo que no hay duda es que estamos asistiendo a la más grave crisis del mundo moderno. Además de, y más que una crisis económica, social, política, estamos en presencia de una crisis ética, una crisis de valores. Pero, por encima y relacionado con todo ello, se trata de una crisis civilizatoria, la crisis de una manera de vivir. Es la crisis de la modernidad, de los mitos del crecimiento, del desarrollo, del progreso (Bautista, 2017). Los amos del mundo, los dueños del gran capital, de manera demencial están poniendo en peligro la vida de la especie humana sobre el planeta. Un ejemplo nos ilustra con claridad: mientras esta crisis, la generada por el coronavirus, pone en peligro la vida de millones de personas, los empresarios de la enfermedad y la muerte incrementan

exponencialmente sus ganancias. Porque las crisis no son buenas o malas; para unos, los más, esta crisis puede ser mala o muy mala, pero para otros, los menos, resulta buena, hasta muy buena. El complejo médico-industrial-farmacéutico no duda en mostrarnos que es así.

Pero, mientras nos ocupamos del coronavirus y nos encerramos en casa para derrotarlo, continúa la crisis civilizatoria que nos acontece: se sigue fortaleciendo el modelo antropocéntrico, patriarcal, colonial, clasista, racista que reina en el mundo y cuyos patrones hegemónicos de conocimiento, su ciencia y su tecnología, lejos de ofrecer respuestas de salida a la crisis, contribuyen a profundizarla (Lander, 2020).

El coronavirus, entonces, resulta el síntoma macabro de una crisis civilizatoria, la crisis de una manera de vivir, de organizarse, de producir, de relacionarse consigo mismo, con el otro, con los otros y con la naturaleza; la crisis de una manera de alimentarnos, de curar las enfermedades, y hasta de la manera de jugar, de trabajar, de pensar, de amar. Después de estos días aciagos el mundo ya no será el mismo.

Las crisis son eso, significan que las cosas no pueden seguir como venían, que tienen que cambiar. Claro está, nadie garantiza que cambien necesariamente para bien, menos aún para el bien de las mayorías. Pero, esta vez lo que está en juego es la supervivencia misma de la humanidad. Estos días de encierro a nivel planetario pueden alimentar el ocio estéril, la soledad y las angustias existenciales, en medio de carencias materiales básicas, pero también pueden favorecer la reflexión, la toma de conciencia sobre la gravedad de la crisis y gatillar la necesidad y posibilidad de plantearse UNA NUEVA MANERA DE VIVIR individual y colectiva. En palabras de Leonardo Boff, hablando de ese ser vivo que es la Tierra (Gaia):

...nosotros, hombres y mujeres, somos Tierra...somos Tierra pensante. Y tan lejos ha llegado la codicia de ese pequeño grupo voraz (los amos del mundo), que, actualmente, la Tierra se siente agotada, hasta el punto de haber sido afectados sus límites infranqueables.....sacamos de ella más de lo que puede dar. Actualmente ya no consigue reponer lo que le quitamos. Entonces, da señales de que está enferma, de que ha perdido su equilibrio dinámico, recalentándose, formando huracanes y terremotos, nevadas antes nunca vistas, sequías prolongadas e inundaciones devastadoras. Y más aún: ha liberado microorganismos como el sars, el ébola, el dengue, la chikungunya y ahora el coronavirus. Son formas de vida de las más primitivas, casi al nivel de nanopartículas, sólo detectables bajo potentes microscopios electrónicos. Y pueden diezmar al ser más complejo que la Tierra ha producido y que es parte de ella misma, el ser humano, hombre y mujer, poco importa su nivel social (2020b: 2).

¿POR QUÉ HABLAR DEL BUEN VIVIR?

Esta crisis civilizatoria nos plantea entonces la necesidad impostergable de construir colectivamente una nueva manera de vivir. En nuestra América (Abya Yala) no tenemos duda que el Buen Vivir, el Vivir Bien, la Vida Buena, constituye una referencia obligada entre las alternativas para construir ese otro mundo necesario y posible. Pero, ¿qué es el Buen Vivir?

Se trata de la cosmovisión de los pueblos indígenas de nuestro Continente. Su manera de concebir el mundo, la vida, las relaciones entre los seres humanos y su relación con la naturaleza. Es una filosofía de vida. Particularmente se le conoce como Buen Vivir (SUMAK KAWSAY en Quechua, y SUMA QAMAÑA en Aymara, desde Ecuador y Bolivia), pero se le traduce también como Vivir Bien, Vivir en Plenitud, la Vida Buena, Convivir Sagrado, Convivir en Armonía o Saber Amar la Vida. Desde allí se define al Buen Vivir como “oportunidad para construir colectivamente nuevas formas de vida”. Hay nociones similares en otros pueblos indígenas latinoamericanos, tales como la cultura Maya, pero también las encontramos en nuestro país, Venezuela. Se trata pues de un nuevo-viejo enfoque, categoría o paradigma en construcción (Huanacuni, 2010).

En sus basamentos encontramos que conciben el mundo al servicio del otro, y al entorno como en permanente equilibrio y armonía. El principio fundamental de esta tradición andina de pensamiento es “la paridad o polaridad complementaria”. Que todo es energía viva en distintas manifestaciones, en consecuencia, nos dicen, no existen seres inanimados. Nos explican que la naturaleza no le pertenece al hombre, sino que el hombre es parte de la naturaleza. El deterioro de una especie es el deterioro del conjunto. Que de lo que se trata es de plantearse la desmercantilización de la Naturaleza. Que la naturaleza es sujeto de derechos, que debe pasar de ser objeto a sujeto. Afirman que en el estar, no en el ser; todo lo que ocurre en la Naturaleza le ocurre al hombre. Es una cosmovisión diferente a la de la tradición judeo-cristiana, a la de la modernidad fundada en el positivismo y la racionalidad instrumental, la ciencia. Nos hablan de una cosmoconciencia, del corazonamiento. Es decir, que va del dominio del pensamiento sobre el sentir, a una concepción del ser humano como sentipensante (Acosta, 2014).

El Buen Vivir, nos explican, es el vivir en armonía. Vivir en armonía con la Madre Tierra, con el cosmos, con la historia, con los ciclos de la vida: todo está interconectado, interrelacionado y es interdependiente. Que debemos vivir en equilibrio con todas las formas de existencia. Se trata de un proceso de naturalización y de reconstituir nuestra identidad, es un reordenamiento de la vida. Se plantea una relación consigo mismo, con el otro, con los otros y con la Naturaleza en Paz, en armonía y equilibrio, con relaciones de reciprocidad y complementariedad.

El Buen Vivir es opuesto al vivir mejor. No es vivir mejor que el otro. Si el otro vive mal yo no puedo vivir bien, dicen. El vivir mejor es una cultura impuesta por la sociedad de consumo, mercantilista, subhumana, que nos lleva al modelo consumista, derrochador, depredador, contaminante que tenemos. El modelo hoy imperante en nuestras sociedades tiene la sola lógica de la eficiencia que lleva a maximizar resultados, a reducir los costos, a maximizar beneficios, que permitan la acumulación de capital, la globalización capitalista, el reino del capital financiero, como momento actual de la sociedad mundial. La racionalidad imperante es producir, vender/comprar, consumir como ideal de la modernidad. Producir, hacer, aparentar y consumir. El Buen Vivir antepone el interés general al interés particular, individualista, egoísta (Atreyu, 2012).

El Buen Vivir rompe con los paradigmas que han cimentado las bases de la modernidad como lo son el progreso, el crecimiento y el desarrollo. Ya son más de 500 años transitando el ideal del progreso y desde la década de los 40 del siglo pasado los mitos del crecimiento y el desarrollo. En nuestro continente desde 1492 a sangre y fuego se nos impuso una manera de pensar, de vivir, de creer: la colonialidad del poder, del saber, del ser, desde lo supuestamente civilizado se nos trató como lo primitivo, con un costo de millones de muertos. El colonialismo nos enseñó a sentir vergüenza por nuestra diversidad. Este pensamiento colonizador, propio de la modernidad, nos llevó también a plantearnos el control y destrucción de la naturaleza. Toda una tradición con raíces judeo-cristianas. Recordemos a Descartes afirmando que “el ser humano debe convertirse en dueño, poseedor y señor de la naturaleza”, o a Bacon (en 1926) cuando expresa “que la ciencia torture a la Naturaleza, como lo hacía el santo oficio de la Inquisición con sus reos”. Todo en nombre del progreso (Bautista, 2017).

Con el pasar de los años descubrimos que el desarrollo no era más que un mito, los países subdesarrollados no se desarrollarán porque es gracias a ellos que existen los desarrollados. Que los países desarrollados no lograrán felicidad, ni el Buen Vivir; si acaso, algunos alcanzan a vivir mejor y en su conjunto están poniendo en peligro la vida humana sobre el planeta. Nos percatamos que el crecimiento no conduce al desarrollo, que además los ricos son cada vez más ricos y más pocos, y los pobres son cada vez más pobres y más numerosos.

Y lo que surgió como alternativa fue una de desarrollo conocida como socialismo, basado en el “desarrollo de las fuerzas productivas”, pero con el mismo paradigma. Una vez más el pensamiento eurocéntrico imponiéndose. Con el paso de los años el llamado socialismo se mostró como una nueva modalidad de capitalismo, develado entonces como socialismo de Estado, capitalismo de Estado, además

centralista, burocrático, autoritario, militarista. La propiedad privada en manos individuales, pasó a propiedad estatal, el Estado a su vez en manos privadas, llámese jefes del partido; la burocracia y el burocratismo, apropiados de la riqueza social, colectiva, pública, la que debiera pertenecer a todos y todas. De lo que se trata, plantea el Buen Vivir, es de forjar una alternativa al desarrollo. Una propuesta que trascienda la modernidad, la razón instrumental. Que supere el capitalismo como forma de organizar la sociedad. Que supere las relaciones de explotación, de dominación, de poder. Se requiere entonces una descolonización intelectual, que nos permita nuevos instrumentos para repensarlo todo y construir sobre nuevas bases. Una verdadera praxis transformadora; se trata de romper con la lógica antropocéntrica del capitalismo, proponer un cambio civilizatorio; el planteamiento debe ser biocéntrico, centrado en la vida y su conservación. Se impone hasta repensar la América, Nuestra América, Indoamérica, y hasta renombrarla: ABYA YALA, nombre que los indígenas le dan a nuestro continente (Sumak Kawsay Salud, 2014).

LA RESPUESTA A LA PANDEMIA

Como es de esperar las respuestas a sucesos catastróficos son múltiples y son vistas desde diferentes ángulos, respondiendo a los intereses de cada uno de los actores en juego. En esta oportunidad ante la pandemia del coronavirus las reacciones son demostrativas. Consideraremos brevemente algunas, en nuestra opinión, las más significativas.

Desde los gobiernos, en general, hay desconcierto e impotencia. La pandemia develó que la mayoría de los sistemas de salud en el mundo ni son sistemas ni son de salud. Son agregados de servicios, de atención a la enfermedad, privatizados o en proceso de privatización, lo que les dificulta y hasta les impide atender la salud como un derecho individual y social, responsabilidad del Estado. La salud es vista como una mercancía y al igual que la seguridad social son un campo más de inversión, de ganancias, de acumulación de capital. Para muestra un gran botón, EE.UU. en el campo de la salud está completamente privatizada, con el mayor gasto per cápita y con el sistema de salud más ineficaz e ineficiente del mundo. O los casos de Italia, España en Europa, o Chile y Colombia en Latinoamérica donde las políticas neo-liberales desmantelaron la salud pública, y los efectos están a la vista con una alta morbimortalidad por la pandemia. En otro sentido, los gobiernos con fuerte presencia del Estado, con sistemas de salud públicos logran un mayor y mejor control de la enfermedad (China o Cuba son ejemplo).

Otro actor relevante es el complejo médico-industrial, la industria farmacéutica y tecno-médica, una de las transnacionales más

rentables del planeta, que aparece como la gran beneficiaria de la pandemia. Gracias a la venta de medicamentos, material médico-quirúrgico, tecnología, equipos... ganancias por donde se le mire. Financian las investigaciones, las medicinas, las vacunas; son la gran industria de la enfermedad y la muerte.

Los medios de comunicación masivos y redes sociales que en un mundo globalizado cumplen un papel fundamental, pero puede ser para el bien o para el mal. Una cosa es información y otra es comunicación. La comunicación requiere retroalimentación, posibilidad de enviar y recibir información, es bidireccional. La información es unidireccional, emisor a receptor, permitiendo transmitir información de acuerdo a los fines e intereses de quien es el dueño del recurso mediático. El extraordinario papel que pueden cumplir en labor educativa de masas, de información oportuna y veraz, en la actividad escolar o de trabajo a tele-distancia, son extraordinarias; pero con frecuencia son utilizados por intereses mercantiles o gubernamentales como instrumentos de información sesgada o de manipulación de la opinión pública, que intencionalmente o no, planificado o formando parte de su dinámica de generar noticias o preservar intereses, han convertido la COVID-19 en la pandemia del miedo o en instrumento de control social. Tanto o más daño provoca el psicoterror que provocan que la enfermedad misma. Ya lo decía en su momento Maquiavelo: "Quien controla el miedo de la gente se convierte en el amo de sus almas". El efecto sobre la salud mental de la población puede ser aterrador.

La gente, los ciudadanos, la población, actores y principales víctimas de la pandemia. Cuentan para las cuentas de enfermos y de muertes, sobre todo los más débiles, los más frágiles, los ancianos, quienes padecen enfermedades crónicas, los pobres, quienes no tienen casa o no tienen comida en la cuarentena. Aunque no faltan llamados a la participación social, en la gran mayoría de los casos tal participación es escasa, pasiva, manipulada, o formal. En esta, y cualquier otra enfermedad, se requiere una participación ciudadana activa, autónoma, y organizada de la población. La ausencia o poca participación ciudadana puede convertir la pandemia, a partir de ahora, en un instrumento de control social.

SALUD MENTAL COLECTIVA Y LA COVID-19

No hay duda que la crisis provocada por la pandemia, inscrita en la crisis civilizatoria que venimos comentando, provoca trastornos psicológicos, reactiva alteraciones psíquicas ya existentes o complica cuadros psiquiátricos, por diversas razones. Una larga lista de asuntos pudiéramos incluir en esta consideración. El encierro, la cuarentena,

el distanciamiento físico, el sentimiento de pérdidas, de vulnerabilidad y finitud, la amenaza de enfermar y morir, la incertidumbre generalizada por una amenaza invisible, microscópica, con una matemática minuto a minuto de enfermos y muertes ampliamente divulgada por las redes en una sociedad globalizada, son todos elementos que favorecen, desencadenan o agudizan cualquier tipo de síntomas o cuadros de trastornos psíquicos. De la experiencia y estudios sobre situaciones parecidas como lo son desastres naturales, eventos traumáticos masivos, stress sostenido en colectividades, hay una abundante literatura (León-Amenero, 2019). Al cabo de tres o cuatro semanas de aislamiento, cuarentena o distanciamiento social, los individuos, el grupo familiar, y la comunidad se resienten y aparecen conflictos diversos, bien sea en la pareja, en los hijos, con los familiares y vecinos. Además, no es lo mismo el aislamiento en una casa amplia con comodidades que aloja 3 o 4 personas, que en una vivienda estrecha, con escasez de agua, con servicios públicos deficientes, donde habitan 5 o más personas, regularmente con poco contacto entre ellos porque estudian o trabajan y ahora se ven obligados a permanecer en tan estrecho recinto todo el día juntos. Se añaden las dificultades para obtener alimentos, los temores por la amenaza de perder el empleo, la gran cantidad de personas y familias cuyo único ingreso es el trabajo no formal, que se ve interrumpido y los obliga a romper con las medidas sanitarias indicadas. Es cierto que puede ser una oportunidad estelar para compartir, para el reencuentro familiar, hacer cosas diferidas o actividades no habituales placenteras, practicar juegos o actividad física. Es indudable que debemos promover este tipo de conductas en aras de un equilibrado estado de salud mental. Pero, aunque saludable no idealicemos esta respuesta. Es inevitable que, al pasar de los días, y con la incertidumbre y los temores alimentados por la información mediática, los rumores, las noticias que traen familiares, amigos y vecinos, es muy probable que se puedan presentar alteraciones y trastornos psicológicos. Van apareciendo síntomas característicos de estas situaciones como lo son el insomnio, inapetencia, ansiedad, tristeza, miedo, elementos fóbicos y paranoides. En muchos casos se complica por la dificultad para obtener psicotrópicos y/o por su carestía. Particular atención y demanda se presenta con algunos sectores vulnerables: asilos o casas de ancianos, cárceles, indigentes, retenes de niños y de adolescentes. Sin embargo, es necesario llamar la atención al riesgo de psicopatologizar reacciones y conductas esperables en situaciones como esta y que no se pueden encasillar en diagnósticos propios de un enfoque de medicalización y psiquiatrización.

Hacerle frente a esta variada gama de asuntos requiere diversos mecanismos e instrumentos de ayuda no siempre disponibles. No se

trata solo, ni fundamentalmente, de contar con especialistas en salud mental, tal como orientadores, terapeutas, psicólogos y psiquiatras, lo cual sin duda es de gran utilidad. Es una vasta operación donde la información oportuna y pertinente, canales de comunicación adecuados, prácticas de solidaridad, cooperación, apoyo mutuo, por parte de familiares, amigos, vecinos, deben y pueden jugar un papel fundamental.

Este tipo de situaciones puede generar un doble tipo de reacciones. En unos casos en la conducta individual y grupal prevalece el individualismo, el egoísmo, la competencia, el sálvese quien pueda, que cada quien haga y resuelva como mejor le parezca; es en buena medida la cultura en la cual nos hemos formado. Sin embargo, en otros casos se podría presentar lo contrario, y esta situación de amenaza individual y colectiva lo favorece; puede predominar entonces la solidaridad, la cooperación, el altruismo, la generosidad, que favorecen múltiples mecanismos para hacer frente a la adversidad. Se despierta y fortalece la resiliencia, la capacidad humana de hacer frente de manera exitosa a las peores situaciones en las más difíciles circunstancias, por cierto, echando mano a dos de las principales herramientas de la resiliencia: el humor y el amor. Las tareas de prevención, atención y cuidado, y sobre todo las de promoción de Salud Mental son fundamentales durante y después de la pandemia. Las llamadas gratuitas a líneas telefónicas que ofrecen ayuda profesional pueden conformar un valioso apoyo.

EL MUNDO POST-PANDEMIA

Otro capítulo a considerar es el de los problemas de salud mental post-pandemia, el proceso progresivo de vuelta a la “normalidad”, los efectos sociales, económicos, y hasta políticos, de redistribución de poder, que se dan en los niveles micro, meso y macro, del individuo, la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Como ya comentamos, esta no es la primera ni será la última pandemia. Y no hay duda que la magnitud de la actual nos obliga a pensar el mundo post-pandemia en sus efectos sobre la vida, la comunicación, el trabajo, la vida cotidiana, y por supuesto sobre la Salud Mental Colectiva. Ya lo advierte el filósofo surcoreano Byung-Chul Han:

Con la pandemia nos dirigimos hacia un régimen de vigilancia biopolítica. No sólo nuestras comunicaciones, sino incluso nuestro cuerpo, nuestro estado de salud se convierten en objetos de vigilancia digital. El choque pandémico hará que la biopolítica digital se consolide a nivel mundial, que con su control y su sistema de vigilancia se apodere de nuestro cuerpo, dará lugar a una sociedad disciplinaria biopolítica en la que también se monitorizará constantemente nuestro estado de salud (2020: 6).

Es deseable que esta crisis nos lleve, individual y colectivamente, a repensar la vida, desde nuestra perspectiva a plantearnos una nueva manera de vivir. Es necesario y posible. El problema es que quienes hoy dirigen el mundo, quienes gobiernan los países, quienes controlan el poder mundial y local, quienes manejan la manera de hacer la política como la conocemos, no es fácil concebir que van a delegar o democratizar el poder, que van a repartir su riqueza, que la pandemia les toque el cerebro y el corazón y en acto masivo de arrepentimiento decidan cambiar a favor del bien común. Por el contrario, lo esperable es que aspiren a recuperarse de las pérdidas económicas que hayan tenido, que, como ha sido costumbre, hagan pagar a quienes menos tienen el precio de la crisis que, en la lucha por el poder, a nivel local, nacional y mundial se exacerbe la competencia y se agudicen la lucha y las contradicciones. Lo que ya se plantea es un nuevo orden mundial al servicio de nuevos amos del mundo, del nuevo reparto. Lo esperable desde la visión del mercado y del poder dominante es la tendencia y el riesgo a fortalecer lo que ya existía: estados autoritarios, centralistas, militaristas, de neo-liberalismo salvaje, anti-ecológicos, extractivistas, patriarcales, coloniales, signados por el antropocentrismo, el racismo, las relaciones de explotación y de dominación. La idílica esperanza de que esta crisis automáticamente nos va a juntar, reencontrar, haciendo surgir un nuevo mundo de paz y amor no pasa de ser un deseo, una manifestación de buena voluntad. Esa es la magnitud del reto que hay que enfrentar y superar (Boff, 2020c).

Una respuesta o la otra van a depender, como enseña la historia, del poder y la fuerza de cada tendencia; es eros y tanatos, es la vida y la muerte en batalla. Eros, el amor y la vida no son un impulso natural y automático que surge y se impone; es la participación, la conciencia y la organización del pueblo lo que permite contar con la fuerza y el poder para que esta otra tendencia, la de la esperanza y la vida se fortalezca y triunfe.

Allí se inscribe, desde una perspectiva global el dilema que está planteado ante lo que hemos llamado una crisis civilizatoria. Se trata de optar por una u otra alternativa. El mundo post-pandemia ya no será igual. Desde el poder dominante ya se escuchan voces anunciando y aceptando grandes transformaciones. Por supuesto, cambios gatopardianos, transformaciones desde el poder en beneficio del mismo poder hegemónico, un reacomodo para que todo siga igual. Sin embargo, si nos percatamos que la normalidad en la cual vivíamos era parte del problema, a todos los niveles y en toda su extensión, podemos decidir un cambio con una toma de conciencia que nos plantea una nueva manera de vivir. Así, la toma del poder político no se remite solo al asalto del palacio blanco o el palacio de invierno, y más bien se

nos puede transformar en miles de cambios que comienzan en el aquí y el ahora, desde lo individual o local, hasta lo más general; entender que la revolución comienza por nosotros mismos, con nuestra familia, amigos, vecinos, en el trabajo, la escuela, los espacios públicos...que van construyendo día a día una nueva manera de vivir. Resignificar el sentido de la vida, de la política, de la vida en comunidad, del pensar y del hacer...es el camino de la Salud Mental Colectiva y el Buen Vivir, del Vivir en Plenitud, del saber Amar la Vida (Huanacuni, 2018).

Lo nuevo hoy, es que está en juego la sobrevivencia, entender que el rumbo que llevábamos está destruyendo las condiciones que hacen posible la producción y reproducción de la vida en el planeta. Que es necesario y urgente dar pasos en la dirección de transiciones hacia formas alternativas de producir; conocer y convivir con los otros seres humanos y la naturaleza (Lander, 2020).

LAS LECCIONES QUE VAMOS OBTENIENDO....

La pandemia que azota el planeta tiene visos de tragedia. Sus efectos realmente son terribles, en lo cotidiano, en la vida económica y social, a todos los niveles...pero sin duda el mundo se ha detenido por unos instantes y nos ha puesto a pensar, individual y colectivamente. Por supuesto, las lecturas y los aprendizajes son muy variados y muy diferentes, dependiendo de motivaciones, intereses, conveniencias. Algunas conclusiones van apareciendo, otras se asoman, es un verdadero reto, a nivel particular y global. Nos permitiremos señalar algunas de esas “lecciones” desde nuestra perspectiva:

¿Salud: derecho o mercancía? Frente a la enfermedad, en esta oportunidad la COVID-19, se levantan dos posiciones: la de concebir la salud como una mercancía o asumirla como un derecho. El resultado está a la vista: los países que asumen la salud como un bien individual, como una mercancía, que se compra y se vende, arrojan un saldo dramático en términos de enfermedad y de muertes, peor aún quienes tienen un sistema de salud desmantelado por políticas neoliberales o donde la salud está privatizada y no cuentan con un sistema público de salud. Son ineficaces e ineficientes para enfrentar esta y las demás enfermedades. De otra parte, los países que asumen la salud como un derecho, individual y social, por tanto, responsabilidad del Estado, han podido presentar un mejor balance con resultados aceptables o satisfactorios. Quienes hasta ayer planteaban la consigna de más mercado y menos Estado hoy están obligados a reconsiderar y a gritos, empresarios y políticos liberales, piden la intervención del Estado.

¿Estado, Mercado o Sociedad? Enfrentar las enfermedades no es un asunto solo del Estado, ni puede estar regido por los intereses del mercado, luce necesario, conveniente, imprescindible, la participación social. En el

mundo moderno, con el advenimiento del capitalismo, la relación estado-mercado-sociedad ha vivido dos grandes momentos, un primer período (mercado-céntrico), en el cual el mercado controló al estado y a la sociedad, luego otro momento que podemos llamar estadocéntrico (conocido como “socialismo”) en el cual el estado ha controlado al mercado y a la sociedad. Aún no ha llegado el momento en el cual sea la sociedad la que controle al estado y al mercado (sociocéntrica) (Cunil, 1996). Sin embargo, hoy luce muy clara la importancia y necesidad de la participación social, ciudadana, popular; para enfrentar las enfermedades y construir un sistema de salud. La diferencia es en la manera de incorporar esa participación; en la mayoría de los casos se convierte en una participación cooptada, controlada, una pseudo-participación manipulada desde el Estado, gobierno y partidos políticos. Se requiere una participación no de manera pasiva, no considerando a las personas como objetos de atención, es necesaria una participación activa, consciente, crítica, organizada y movilizadora de la población, con participación en la toma de decisiones. Se necesita para ello un Estado con ciudadanos, que ejerzan la contraloría social del Estado y del mercado; ello implica contar con un Sistema de Salud bajo control social-comunitario. La poca o nula participación popular en el control de la gestión puede dar lugar a convertir la intervención estatal en un incremento del control social, de fortalecer regímenes autoritarios y hasta justificar acciones y medidas de represión y control cubiertas con el manto de lo estatal (Butler, 2020). Necesitamos más Estado, pero bajo control social-ciudadano; Estado controlado por la sociedad y a su servicio, no controlado por el mercado.

Todo ello plantea la necesidad de construir o fortalecer en cada país un Sistema Público Único Nacional de Salud, universal y gratuito, bajo control popular que se plantee alcanzar la Salud Colectiva y el Buen Vivir.

Asimismo, las respuestas a una situación como la que estamos viviendo no es posible superarla de manera exitosa con diferencias, enfrentamientos, acusaciones, entre países, o como parte de la diatriba político partidista nacional como lo hemos observado. Se requieren respuestas de los gobiernos de manera coordinada y cooperativa. Esto es válido a nivel internacional y también al interior de cada país. Las respuestas no deben ser individuales, aisladas. Es imprescindible un alto en la conflictividad, en la lucha por el poder, en la contienda política, global y también a nivel local.

¿Información o comunicación? La sobre-información o la desinformación, es otra pandemia que hemos vivido. Lo que no es tan fácil es lograr la comunicación. Esta pandemia nos obliga a repensar y nos deja enseñanzas sobre el tema. La información debe lograr establecer comunicación, debe ser bidireccional, con feed-back que permita la

retroalimentación. Enfrentar la dictadura de las redes controladas y manipuladas por las grandes agencias de poder informático es tarea prioritaria. Enfrentar el psico-terror; la pandemia del miedo requiere la acción del Estado y de la ciudadanía organizada, controlandolas. Es necesario enfrentar el virus de la desinformación (Infodemia) (Breilh, 2020).

La información no puede quedar solo en manos de los dueños de las redes (empresarios de la industria de la información), de los gobiernos o de los partidos políticos, pues cada uno lo hace en función de sus intereses y motivaciones. Se requiere un control social-comunitario de los medios masivos de información, privados o estatales.

¿Dueños de la naturaleza o parte de ella? No hay duda que otro aprendizaje es la necesidad de repensar nuestra relación con la naturaleza. Somos hijos de la modernidad y en consecuencia de sus mandamientos anti-naturaleza. Los mitos del crecimiento, el desarrollo, el progreso, el dominio y explotación de la naturaleza son el imperio de estos tres últimos siglos. Hoy despertamos de un sueño convertido en pesadilla. Comenzamos a entender que la naturaleza no nos pertenece, que somos nosotros quienes le pertenecemos a la naturaleza. Que lo que le hagamos a ella nos lo estamos haciendo a nosotros mismos. Hemos usado, abusado, irrespetado las leyes naturales de la vida. La obsesión de unos pocos por el poder, el dinero, la ganancia y el lucro han orquestado un decreto de guerra a muerte contra la naturaleza. Revertirlo es cuestión de vida o muerte. Pero, más aún, hemos construido una civilización antropocéntrica que debe dar paso a una civilización biocéntrica en la cual el centro no es el hombre, es la vida.

Reinventar la religión y la espiritualidad. En el principio, en nuestros orígenes, la Naturaleza, Dios y los seres humanos éramos una sola cosa, éramos lo mismo. Separamos a Dios y a la Naturaleza de nosotros, proliferaron los dioses y las religiones para alimentar enfrentamientos, pasiones y guerras, y por otra parte la misma naturaleza convertida en cosa a utilizar, explotar y destruir. Hasta para los no creyentes acontecimientos como este, cuando se pone en juego la vida, individual y hasta de la especie humana, lo espiritual y lo religioso aparecen con una importancia relevante. Y para los creyentes, esta pandemia también obliga a repensar la relación con la religión, las religiones y la espiritualidad. Es tarea de hoy reivindicar lo religioso y lo espiritual, pero como instrumentos de liberación, de bienestar, de amor por nosotros mismos, por el otro, por los otros y con la naturaleza, en el marco de la tolerancia y el respeto por las creencias de cada quien. Es una manera de cuestionar el uso y abuso de creencias y religiones como instrumentos de dominación, manipulación; nos inventaron dioses perseguidores, culpabilizantes, amenazantes y

castigadores. No es la culpa y el pecado lo que puede despertar la reconciliación y la paz. Quizás esta presencia planetaria del dolor, el miedo, el horror y la muerte nos acerque, nos reencuentre, y nos una también en ese plano. Contamos con toda una tradición de lo religioso y lo espiritual al servicio del pueblo, ecuménico y universal. Es otro aprendizaje.

¿Volver a la “normalidad” o construir una nueva manera de vivir? De todas las enseñanzas probablemente la más importante es el impacto que la pandemia ha provocado, a nivel planetario, en la subjetividad de todos y todas. Un toque, un timbre, un aldabonazo, en nuestras conciencias, en nuestro ser, ante el miedo y la amenaza de muerte, la finitud y la desproporción de cómo una micro partícula desafía el templo de la ciencia, el imperio del mercado, la omnipotencia del ser humano. Y a la hora de plantearnos la vuelta a la normalidad la reflexión nos lleva a preguntarnos si en buena medida la causa del problema es la anormal normalidad en la cual estábamos viviendo. Cuando al comienzo de estas líneas nos preguntamos si teníamos a sicópatas y sociópatas en calidad de políticos, gobernantes y amos del mercado mundial poniendo en peligro la vida de todos, y expresamos la angustia de estar presenciando una verdadera pandemia ecocida planetaria, concluíamos diciendo que quién amenaza con poner fin a la vida sobre el planeta no es un coronavirus, y por ello nos vemos obligados a decir que no se trata de volver a la “normalidad”. Que el desafío y el reto es construir, individual y colectivamente otra manera de vivir; otra manera de pensar, de producir, de organizarnos, de relacionarnos con nosotros mismos, con el otro, con los otros y con la naturaleza; otra manera de alimentarnos, de curarnos, de jugar, de amar; es urgente, necesario y posible. Ni siquiera es tarea de un futuro lejano, que comienza el día que un grupo (político, económico o religioso) “toma el poder por asalto”. Comienza hoy mismo si lo decidimos. En el aquí y el ahora. Comienza con el cambio en cada uno de nosotros, con el otro, con los otros, la familia, los amigos, los vecinos, la comunidad, ...de abajo hacia arriba. Que va de lo local a lo global. Hoy hablamos no de la globalización sino de la glocalización. No es una propuesta idílica, romántica; requiere un proceso, todo un período histórico. Propone una construcción individual y colectiva de conciencia, organización, y unidad, del pueblo todo, que, a través de la lucha diaria, perseverante, continua, armada del amor, nos permita repensar la utopía, en la lucha por una sociedad post-mercantil, post-capitalista, y post-falso socialismo. Que se plantee como necesaria y posible la sociedad del Buen Vivir, del Saber Amar la Vida, de la Vida en Plenitud. Como señala Terán:

Esta nueva coyuntura se produce al interior de un sistema global que es en realidad más frágil que nunca, mucho más vulnerable y mucho más inviable. Lo que está en crisis es todo un orden histórico civilizatorio y esto nos ha traído a un tiempo límite, de umbrales ecológicos, económicos, energéticos; a un tiempo de eventos extremos donde la turbulencia es la normalidad. Así que nada está garantizado, nadie puede ya garantizar el control de la situación. Todo, absolutamente todo, está en disputa y el muy diverso campo popular juega, y es onda de choque en esta crisis (2020:12).

CONCLUSIONES

Desde la Medicina Social y la Salud Colectiva, a partir de la determinación social de la salud, de la comprensión de la salud como derecho, desde la epidemiología crítica, la lucha por sistemas de salud públicos, únicos, universales y gratuitos bajo control comunitario, y ahora con el aporte de la filosofía del BUEN VIVIR, se han venido gestando en los últimos 40 años las bases de lo que hoy avizoramos como la Salud Mental Colectiva y el Buen Vivir.

Ante la pandemia que hoy nos invade, nos acosa, nos descubre en nuestros miedos y en nuestras fortalezas, la Salud Mental Colectiva y el Buen Vivir se posiciona y no duda en proponernos construir otra manera de vivir. De armonía con todo lo viviente, de paz consigo mismo, con el otro, con los otros y con la Naturaleza. Cuando volvamos a estar liberados del encierro, obligado o voluntario, no se trata de volver a la normalidad; ya decíamos que la normalidad en la que vivíamos es parte del problema. El reto es enfrentar esta crisis civilizatoria, es construir, juntos, una nueva manera de vivir. Construir juntos la Salud Mental Colectiva y el Buen Vivir es el desafío.

No dudamos en reivindicar en esta tarea las enseñanzas que hoy nos vienen desde la cosmogonía indígena andina ancestral, que contribuye a presentar, con muchas otras experiencias y saberes, alternativas al modelo fracasado que nos vendió la modernidad. Y no es desde el pensamiento eurocéntrico o norteamericano, se trata, por primera vez, desde nuestras entrañas, desde nuestros orígenes del Abya-Yala que se nos muestra otra manera de vivir, de pensar, de hacer. Construir la colectivamente es el reto.

Sin duda un panorama sombrío. Son tiempos difíciles. Pero después de la noche, el día. De la muerte nace vida. La incertidumbre y lo inesperado nos dan las grandes sorpresas y abren posibilidades. Las crisis son un reto, un estímulo; nos dicen que las cosas no pueden seguir como venían, que tienen que cambiar. Son una amenaza y una oportunidad. Esta crisis está provocando al mismo tiempo una reacción individual y colectiva de optimismo, de confianza, de esperanza, de cooperación y solidaridad. Sus manifestaciones se multiplican en todas las latitudes, desde la familia y el vecindario hasta en el nivel regional, nacional e

internacional. Surgen modalidades de trabajo a distancia, experiencias cooperativas, grupos de ayuda múltiples, cooperación entre sectores gubernamentales, políticos, sectoriales y nacionales, y desde estas instancias con las comunidades. La incertidumbre y el miedo encuentran respuesta en la solidaridad y la esperanza. Otro mundo es posible, otra manera de vivir es necesaria, parecen ser consignas del nuevo mundo que se asoma. Allí inscribimos nuestros modestos esfuerzos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, Alberto. 2014 “El Buen Vivir, más allá del desarrollo” en *Buena Vida, Buen Vivir: imaginarios alternativos para el bien común de la humanidad* (México, D.F). En <<http://www.giandelgado.net/>> acceso 25 de septiembre de 2020.
- ALAMES. 2020 “ALAMES frente a la pandemia COVID-19” en <<http://www.alames.org/index.php/2-sin-categorizar/125-propuesta-de-alames-frente-a-la-pandemia-del-covid-19>> acceso 27 de septiembre de 2020.
- Atreyu. 2012 “El buen vivir: La alternativa de los pueblos a la crisis mundial” en *Jornadas en Álava* (Ecuador, Quito). En <<http://filosofiadelbuenvivir.com/>> acceso 07 de julio de 2020.
- Boff, Leonardo. 2020a “El desastre perfecto para el capitalismo de desastre” en <<https://elsiglo.cl/2020/03/23/el-desastre-perfecto-para-el-capitalismo-de-desastre/>> acceso 26 de agosto de 2020.
- Boff, Leonardo. 2020b “Cuando pase la pandemia” en <<https://www.elextremosur.com/nota/24376-leonardo-boff-cuando-pase-la-pandemia-volver-a-la-normalidad-es-autocondenarse>> acceso 03 de septiembre.
- Boff, Leonardo. 2020c “El coronavirus: un ataque de la Tierra contra nosotros” en <<http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=994>> acceso 14 de septiembre de 2020.
- Bautista, Rafael. 2017 *Del mito del desarrollo al horizonte del Vivir Bien* (La Paz: Karpos).
- Breilh, Jaime. 2020 “SARS-COV-2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia” en *Posnormales* (Buenos Aires: ASPO). En <<https://www.franciscosieracaballero.net/wp-content/uploads/2020/07/Posnormales-ASPO.pdf>> acceso 14 de septiembre de 2020.
- Butler, Judith. 2020 “El utilitarismo está dispuesto a dejarnos morir para que la salud de la economía se mantenga fuerte”

- en <<https://www.latercera.com/culto/2020/05/26/judith-butler>> acceso 17 de agosto de 2020.
- Cunil, Nuria. 1996 “La rearticulación de las relaciones Estado-Sociedad: en búsqueda de nuevos sentidos” en *Revista de Economía y Ciencias Sociales* (Venezuela) Vol. 2, N° 4, julio.
- De Sousa Santos, Boaventura. 2020 “La crisis del coronavirus”, entrevista en *Ethic*, 8 julio 2020.
- Han, Byung-Chul. 2020 “La emergencia viral y el mundo de mañana” en Agamben, Giorgio, *et al. Sopa de Wuhan* (Buenos Aires: ASPO).
- Huanacuni, Fernando. 2010 *Vivir Bien y Buen Vivir* (La Paz: III-CAB).
- Huanacuni, Fernando. 2018 *Buen Vivir/ Vivir Bien* (Guayaquil: Oxfam).
- Lander, Edgardo. 2019 *Crisis civilizatoria* (Guadalajara: Editorial Universitaria).
- León, Deborah y Huarcaya, Victoria. 2019 “Salud mental en situaciones de desastres” en *Horiz Med* (Lima) Vol. 19, N° 1, enero-marzo. En: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100012> acceso 18 de septiembre de 2020.
- Rivera, Selene. 2020 “Bill Gates presagió el coronavirus y ahora da semanas para volver a la normalidad” en <<https://www.latimes.com/espanol/california/articulo/2020-04-12/bill-gates-presagio-el-coronavirus-y-ahora-da-semanas-para-volver-a-la-normalidad>>acceso 14 de agosto de 2020.
- Sumak Kawsay Salud. 2014 “Vida en plenitud y armonía entre la humanidad y la Madre Tierra”, Memorias del Encuentro Internacional y Pluricultural: Sumak Kawsay y Salud, Cuenca – Ecuador, 7 al 12 de Octubre de 2013.
- Terán, Emiliano. 2020 “Derecho a existir, pulsión de re-existir: protestas populares y sentidos de lo común en tiempos de pandemia en América Latina” en <<https://oplas.org/sitio/2020/05/27/emiliano-teran-mantovani>> acceso 18 de septiembre de 2020.

A HUMANIDADE NA ENCRUZILHADA: A LUTA CONTRA A BARBÁRIE NO PÓS-COVID – REFLEXÕES DESDE O BRASIL

José Carvalho de Noronha, Leonardo Castro,
Gustavo Souto de Noronha y Ana Maria Costa

A PESTE, OU A PRIMEIRA GRANDE PANDEMIA DO SÉCULO XXI

A emergência do SARS-COV-2 na Ásia deu origem a surtos de doença respiratória com alta infectividade e níveis relativamente elevados de letalidade, que velozmente se tornaram uma pandemia com impacto global. O vírus surgiu em uma região densamente povoada na República Popular da China e, em poucas semanas, propagou-se para outras regiões do subcontinente asiático, chegando pouco tempo depois à Europa e às Américas e ao continente africano. A velocidade de disseminação do SARS-COV-2 e o número de suscetíveis, equivalente à totalidade da população humana no planeta, obrigou diversos países a adotarem celeremente medidas radicais de contenção da transmissão do vírus, a fim de evitar o colapso dos respectivos sistemas de saúde. O enfrentamento do vírus por si só apresenta imensos desafios: mobilizar recursos humanos, ampliar rapidamente a infraestrutura hospitalar, fortalecer os sistemas de vigilância, providenciar insumos e equipamentos. Não menos importante, é preciso encontrar meios de refinanciamento emergencial dos sistemas públicos de saúde há décadas desarticulados por políticas de contenção fiscal.

A disseminação nacional e local do vírus e da doença segue padrões diversos, conforme as diferentes geografias sociais e econômicas e distintas realidades sanitárias, mas necessariamente ela se inicia pelos centros urbanos e pelas classes “cosmopolitas” para, em

seguida, se alastrar pelas periferias e áreas mais remotas. O vírus não escolhe hospedeiros por critérios de status e renda, mas as desigualdades sociais aparecem brutalmente à medida que ele se dissemina, sob três formas principais: iniquidade no acesso a serviços e equipamentos de saúde; possibilidade desigual de adoção de medidas preventivas, como o isolamento social; e diferença entre condições de saúde preexistentes relacionadas com iniquidades diversas, socioeconômicas, educacionais e ambientais.

Mesmo com níveis de letalidade moderados, a infectividade elevada do vírus e o número de suscetíveis dão a esta pandemia uma dimensão catastrófica. Tal pandemia constitui um imenso desafio para sistemas de saúde bem regulados e organizados em bases mais equitativas, devido à insuficiência de recursos para dar conta de um grande número de doentes simultaneamente, muitos requerendo cuidados intensivos. Representa um desafio ainda maior no caso de sistemas de saúde iníquos, fragmentados e segmentados conforme a renda e a capacidade de pagamento dos usuários, como é o caso do Brasil.

Acompanhando os níveis históricos de desigualdade característicos da sociedade brasileira, as medidas de isolamento no país são implementadas de maneira estratificada. A elite pode se dar ao luxo de se evadir das cidades e se refugiar em suas casas de veraneio ou férias, com sua estrutura de abastecimento, serviços e recreação preservadas; de ter suas reuniões virtuais, afetivas e de negócios asseguradas por redes de internet de alta velocidade. A classe média das metrópoles, por sua vez, anda se confrontando com jornadas diurnas em apartamentos de metragem limitada, aulas suspensas, suprimentos dificultados. As classes subalternas assistem à destruição de seus empregos e à supressão de direitos enquanto buscam o auxílio emergencial disponibilizado pelo governo, sem saber como serão os dias de amanhã.

A incidência da COVID-19, a partir de maio de 2020, passou a atingir as populações mais pobres. Naquela altura, a título de exemplo, os municípios da periferia de São Paulo, tinham uma incidência três vezes superior à da capital. Adoecendo, as elites brasileiras estão cobertas por seus planos executivos de saúde, que garantem acesso, se necessário, aos quartos e leitos de UTI dos melhores hospitais do país. Suas probabilidades de sobrevivência são dez vezes maiores que daqueles que se aglomerarem nos hospitais que atendem exclusivamente ao Sistema Único de Saúde – SUS. Os beneficiários de planos intermediários, cerca de 20 milhões de brasileiros, terão que honrar o pagamento de suas mensalidades, agora sem a contraparte patronal, para disputar vagas em leitos e UTIs de hospitais de menor capacidade tecnológica e qualidade de atendimento. Atualmente (inícios de 2020),

a razão de leitos de UTI disponíveis para quem não tem plano de saúde é cerca de três vezes menor do que para os que têm planos (10,6 versus 33,6 leitos por 100 mil habitantes).

A FOME, IMPACTOS ECONÔMICOS DE UMA DOENÇA

O enfrentamento da pandemia do novo coronavírus acirrou um falso dilema entre saúde e economia. Desde seu início, além dos enormes desafios postos pelo combate a um vírus ainda desconhecido, o enfrentamento da pandemia teve que lidar com fortes pressões de setores políticos e econômicos ligados ao capital.

O adoecimento e a morte de um grande número de pessoas, a pressão sobre os serviços de saúde, assim como as medidas supressivas mais ou menos drásticas por si sós afetam os níveis de atividade econômica. As incertezas e instabilidades geradas pela pandemia –incerteza quanto à sua duração e ao seu impacto e quanto ao tempo de manutenção de medidas protetivas; dúvidas quanto à possibilidade de reincidência da própria virose; emergência de novos patógenos com poder destrutivo análogo e, finalmente, indeterminação quanto ao tempo de restabelecimento da própria economia e a demanda futura por bens e serviços– afetarão os níveis de investimento e de emprego, especialmente nos países em desenvolvimento.

A atual economia globalizada forma um sistema complexo amplamente interconectado e interdependente, com grandes cadeias produtivas e mercados integrados em nível transnacional. A interrupção de um simples elo dessas cadeias traz efeitos em cascata. O surgimento do coronavírus na nova “fábrica do mundo”, a China, paralisou setores industriais estratégicos com impactos além de suas fronteiras. A rápida disseminação do vírus para outros continentes estende a paralisia econômica à escala global.

A crise econômica virá, com ou sem medidas de distanciamento social –as duas maiores economias do mundo, Estados Unidos e China, apresentaram uma queda no PIB no primeiro quadrimestre de 2020 de 5% (segundo o U.S. Department of Commerce– Bureau of Economic Analysis) e 6,8% (informações do State Council of the People’s Republic of China – National Bureau of Statistics of China), respectivamente. Não é circunstancial que muitos economistas antes avessos à intervenção estatal na economia tenham admitido que as soluções exigem participação ativa do Estado, transferindo renda, absorvendo folhas de pagamento e, eventualmente, cancelando dívidas privadas.

A crise do coronavírus acelera mudanças e tendências que já estavam em curso antes de sua emergência. Um de seus efeitos será a destruição rápida de empregos e, possivelmente, de setores inteiros da

economia. O aumento inevitável dos níveis de endividamento e inadiplência de empresas e famílias torna inúteis medidas restritas à oferta de crédito. A pandemia pode ter consequências imprevisíveis caso não sejam tomadas medidas emergenciais de política econômica: suspensão de restrições fiscais, programas de garantia de renda, investimento estatal direto e ampliação da base monetária.

Há um relativo consenso quanto à necessidade de medidas emergenciais, ao menos no mundo desenvolvido (Palludeto *et al.*, 2020). Pode haver discordância quanto à sua extensão e duração, mas há clareza igualmente quanto aos efeitos recessivos da pandemia. O busílis está nas medidas de médio e longo prazo. A grande disputa do pós-COVID será no campo das políticas de recuperação da economia. Nela será decidido o futuro e dois caminhos se apresentam: a reconstrução do Estado Social e de uma visão mais solidária da economia global, que apontará para a redução das desigualdades entre países e regiões do mundo e no interior das nações – possível somente com a revisão radical de alguns dogmas da economia política dominante no campo das finanças públicas e na teoria monetária; ou a manutenção de políticas e orientações que já contribuíam para o aumento das iniquidades antes da pandemia e que poderão resultar em uma grande catástrofe humanitária após sua passagem.

A perspectiva, como foi ressaltado, é de recessão duradoura no plano global, que obrigará a ampliação da intervenção estatal na economia e, no limite, levará à revisão de alguns dogmas da economia política dominante. Há pouquíssimo tempo, a crise das hipotecas “subprime” nos Estados Unidos fez desmoronar como um castelo de cartas o sistema financeiro internacional, que auferiu por décadas ganhos estratosféricos graças à alavancagem de papéis (que depois de deflagrada a crise seriam chamados “podres”), obrigando os Estados (especialmente os EUA, epicentro da crise) a fornecer generosas injeções de liquidez para resgatar o sistema bancário –inclusive comprando enormes volumes de “papéis podres”– tendo sido, porém, boa parte desse dinheiro “novo” reabsorvido como dívida pública. A ampliação inédita, na ocasião, da base monetária com impacto inflacionário virtualmente nulo pôs em xeque o dogma quantitativista em teoria monetária, mas não foi suficiente para derrubar o dogma fiscalista. A “conta” da crise foi paga, afinal, pelos cortes orçamentários, principalmente nas políticas sociais, sendo a política de saúde, em função do impacto do envelhecimento da população e dos custos tecnológicos crescentes, uma das mais afetadas.

Desta vez será diferente? A crise do coronavírus traz alguns elementos novos. É uma crise que afeta diretamente o lado “real”, não financeiro, da economia. A paralização momentânea da economia, pela

redução da produção e do consumo, é somente a ponta do iceberg. O investimento e o crédito serão duramente afetados pela incerteza radical quanto ao futuro, inclusive o futuro imediato. Não será possível, desta vez, tapar o sol da recessão com a peneira da ampliação do crédito e da “flexibilização quantitativa”. As taxas de juros no mundo “desenvolvido” já estavam próximas de zero antes da pandemia, com resultados pífios. Não haverá como escapar de medidas de curto prazo para restaurar a “demanda efetiva” e a solvência das empresas, principalmente pequenas e médias, e tais medidas teriam que se estender no tempo. Por mais tempo, talvez, do que somos hoje capazes de imaginar.

Um aspecto que não pode ser negligenciado: a economia mundial há tempos apresenta resultados medíocres, portanto uma apreciação coerente do impacto econômico da pandemia do SARS-COV-2 requereria separar, por artificioso que pareça, fatores estruturais e sistêmicos de fatores conjunturais. Há aqui questões controversas: qual a extensão temporal e quais as “causas eficientes” da crise? Na melhor –ou pior, a depender do ponto de vista– das hipóteses há uma crise sistêmica que remonta ao pânico de 2008 e se torna manifesta pelo desempenho medíocre das economias centrais desde então – inclusive a China, que desde então teve seu ritmo de crescimento histórico significativamente reduzido, ainda que em termos relativos. A questão das “causas” é mais complexa; as explicações variam entre a suposição, de inspiração neoclássica-keynesiana, de uma “estagnação secular” cíclica (por exemplo: Summers, 2016) e a visão marxista “clássica” da crise de realização devida à tendência de longo prazo da redução da taxa de lucro, tendência esta que estaria na origem da financeirização característica do capitalismo contemporâneo (por exemplo: Roberts, 2016). Sem entrar aqui no mérito dos argumentos, se pretendemos compreender os desafios postos pela conjuntura, é fundamental assinalar que os problemas atuais da economia global não começaram com a pandemia do coronavírus.

A “destruição não-criativa” compulsoriamente facultada pela agência não-intencional do SARS-COV-2 chega em um momento de esgotamento do paradigma produtivo calcado na industrialização “clássica”, sem que um novo paradigma tenha se consolidado completamente, mesmo nas economias nacionais mais avançadas. O impacto principal da pandemia, nessa dimensão, é a destruição de empregos que estariam de alguma forma condenados a médio prazo e que terão sua extinção acelerada pela crise. Não há propriamente novidade nisto, basta observar com alguma atenção o registro historiográfico para constatar que várias transições tecnológicas recentes são devidas a guerras, epidemias e outras catástrofes humanitárias.

No Brasil, o impacto da pandemia sobre a atividade econômica já é considerável; o crédito é cada vez mais escasso, a demanda agregada se encontra deprimida e os instrumentos de atuação estatal têm sido podados por regramentos fiscais autoimpostos. Como se sabe, o Produto Interno Bruto (PIB) é composto pela soma das despesas em consumo, investimento, gasto público e exportações líquidas (exportações subtraídas das importações). As famílias estão endividadas e perdendo renda (ainda que medidas emergenciais tenham atenuado esse impacto). As empresas têm tido dificuldade de acesso ao crédito. Já o gasto público está limitado, no Brasil, pela doutrina da austeridade presente na Lei Complementar Nº 101 de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, que condiciona os gastos dos entes da Federação à arrecadação e impõe uma série de limites a gastos específicos como, por exemplo, folha salarial; pela chamada Regra de Ouro, dispositivo previsto na Constituição Federal (Art. 167, inciso III) que proíbe o governo de fazer dívidas para pagar despesas correntes; e na recente Emenda Constitucional Nº 95 de 2016, que impôs um “teto de gastos” para as despesas primárias do governo por um período de 20 anos. Restariam as exportações, cujas principais rotas comerciais foram abaladas desde o início da pandemia (Noronha y Conceição, 2020).

A este quadro se acrescentam os problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro, reflexo das profundas e arraigadas desigualdades que notabilizam, negativamente, o país. Em que pese o qualificativo “único” presente na denominação do sistema nacional de saúde brasileiro, o sistema real consiste em um híbrido público-privado no qual o subsistema chamado “suplementar”, segmento de ações e serviços financiados com recursos privados, na prática, concorre com o SUS não somente pelos usuários mas, também, por recursos financeiros, uma vez que este subsistema é fortemente subsidiado pelo Estado, diretamente por meio de gasto tributário e indiretamente pela formação de recursos humanos, em grande parte custeada e subsidiada pelo Estado. Paradoxalmente, a despeito da saúde integrar a Seguridade Social e assumir condição de direito social universal, nas primeiras décadas do século atual aumenta a participação do setor saúde no Produto Interno Bruto (PIB), às custas do crescimento do gasto privado e não do investimento e gasto público (Mendes, 2012 y Santos, 2018).

O sistema de saúde brasileiro exhibe uma grande fratura estrutural. De um lado, para os ricos e remediados, um modelo “americano” anárquico, com assistência médica predominantemente privada e regras de concorrência predatórias, sem qualquer programa de qualidade associado e com quebra de cobertura no caso de doenças crônicas e na

velhice. De outro lado, um sistema para os pobres, o SUS, fragmentado, múltiplo, descentralizado, com escassa coordenação e articulação, sub-remunerado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais sem definição de prioridades, orientado pela oferta de serviços.

Essa fratura reproduz, no campo da assistência à saúde, os privilégios calcificados que distinguem as classes superiores das classes subalternas no país, especialmente do grande contingente de “desclassificados”, desaparelhados para competir no mercado formal de trabalho e se integrar aos setores “modernos” da economia – o “subproletariado” identificado por Paul Singer (1981), que recentemente Jessé Souza (2009) provocativamente denominou “ralé”. Esse enorme segmento de destituídos, composto por trabalhadores autônomos precários e excedentes que sobrevivem nos espaços intersticiais do mercado de produtos e serviços e na economia informal nas cidades, bem como por trabalhadores agrícolas precários e de subsistência, é precisamente o segmento que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde para o provimento de serviços de saúde.

Almejar alguma capacidade de integração e coordenação de cuidados em saúde em um sistema como o brasileiro, fortemente segmentado, com terceiras partes pagadoras públicas e privadas, pode parecer quimérico. Em um país continental, com 27 unidades federadas e 5.570 municípios de dimensões territoriais e populacionais, biomas e uso do solo, condições sociais e econômicas bastantes diversas, torna-se impossível pensar em um sistema de saúde equitativo sem a forte coordenação e a integração federativa. Há elevada concentração populacional e de pobreza urbana nas capitais, mas, igualmente, grandes bolsões de pobreza rural, particularmente nas regiões Norte e Nordeste. Com relação às condições de saúde, deparamo-nos com realidades socioambientais, econômicas e epidemiológicas muito distintas em diferentes espaços do território nacional. No plano da atenção à saúde, defrontamo-nos com o fenômeno dos “vazios assistenciais” em vastas áreas do território, inclusive urbanas, justamente as mais pobres – onde vivem os destituídos da “ralé” estrutural, segundo o conceito de Jessé Souza. Há problemas de escala, que tornam anti-econômico ofertar determinadas tecnologias de forma descentralizada, e insuficiência de financiamento para cobrir as necessidades de investimento e o custeio de serviços mais complexos de forma ampla. Além disso, há insuficiência e má distribuição de recursos humanos qualificados entre os diferentes espaços nacionais. Garantir acesso integral ao conjunto da população, em todos os níveis de atenção, nessas condições, é um imenso desafio, que o SUS não está até o momento equipado para enfrentar. A desigualdade na distribuição da oferta de serviços no território brasileiro e na vinculação exclusiva ou vantajosa

de prestadores a pagadores privados constituem barreiras adicionais ao desiderato de um sistema universal e equitativo.

A complexa dinâmica da privatização da saúde brasileira envolveu o aumento do consumo em saúde, de planos privados e de medicamentos, mas decorre essencialmente de políticas econômicas articuladas com concessão de benefícios e tributos, tornando-se um problema bem mais grave. Essa engrenagem permitiu ganhar a adesão de empregadores e empregados e, de forma perversa, estabelecer uma conjugação de bases de financiamento e incentivos oriundas do fundo público, modelando uma assistência fragmentada e estratificada na sociedade e no interior das próprias empresas. Nesse caso, as seguradoras oferecem distintos padrões de coberturas e cobram distintos valores por tipos de procedimentos por diferentes planos que são adquiridos de acordo com o status sócio-operacional dos empregados, como destaca Lígia Bahia (2013).

O mercado de seguradoras e planos de saúde da saúde cresceu e se fortaleceu no cenário econômico e político no Brasil, chegando a se tornar um dos grandes financiadores das campanhas eleitorais no país, incluindo candidatos aos poderes Legislativo e Executivo (Scheffer y Bahia, 2015). Com isso, ampliou seu poder, através de favorecimento ao setor de planos de saúde, de benefícios destinados para fundos de investimento na saúde, da abertura ao capital estrangeiro, de ataques a parcerias de desenvolvimento produtivo com preferência de compra para empresas sediadas no país.

A drenagem de incentivos para os segmentos de maior renda cobertos pelos planos resulta de uma combinação, a par do maior controle sobre a força de trabalho, de salários indiretos não tributados transferidos ao consumidor final dos bens ou serviços, nos planos coletivos, e de deduções no imposto de renda de pessoas físicas, tanto em plan nos individuais como em coparticipações em planos coletivos (Noronha, Santos y Pereira, 2011). De um total de gastos tributários da União para a função saúde estimados para 2018 em cerca de 39 bilhões de reais, 18 bilhões se referiam a despesas com assistência à saúde.

Como seria de se esperar, a cobertura por planos de saúde está concentrada nas classes de maior renda. Entre os que ganham mais de 20 salários mínimos mensais, a cobertura alcança mais de 80%. A maior parte dos planos é contratada por empregadores. O valor da contribuição patronal é repassado ao preço final do produto ou serviço, sendo, portanto, pago pelo consumidor; e, por ser benefício, também não é tributado como rendimento pelo trabalhador. A parte paga por este, como ocorre também com os planos contratados diretamente pelos indivíduos, é deduzida da renda bruta para efeitos de

tributação. Há, portanto, simultaneamente, uma renúncia de arrecadação e um “imposto ao consumo” oculto.

Embora a saúde, desde a promulgação da Constituição, tenha assumido a condição de direito social universal, o Brasil destoa muito dos países que dispõem de sistemas universais de saúde, tanto no financiamento e na provisão de serviços quanto na composição entre arranjos públicos e privados. Isto se torna evidente quando se observa a participação dos gastos governamentais no gasto total em saúde. Tomando por base dados da Global Health Expenditure Database da Organização Mundial de Saúde (OMS) referentes ao ano de 2017, observa-se que a participação dos gastos totais em saúde em relação ao Produto Interno Bruto no Brasil – 9,2%, segundo a mais recente edição da Conta-Satélite de Saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019) – situa-se em níveis próximos (entre 9% e 12%) aos de países desenvolvidos que contam com sistemas universais, como o Reino Unido e a Suécia, porém a proporção do gasto governamental em relação ao gasto total, em torno de 33% em 2017, é bastante inferior às daqueles países (por exemplo: Reino Unido, 79%; Suécia, 83%; França, 77%) no mesmo ano. Se atentarmos para os gastos governamentais per capita, a discrepância se torna ainda mais evidente: em dólares norte-americanos, ajustados por paridade de poder de compra, o gasto público brasileiro em 2017 (616,56) foi mais de 5,5 vezes menor do que o do Reino Unido (3.445,18) e chega a ser 7,7 vezes menor do que o da Suécia (4.770,28). Um dado resume bem o quadro: a média do gasto público per capita dos países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico em 2017 foi mais de seis vezes superior ao do Brasil.

Os incentivos diretos e indiretos a planos e seguros de saúde associados ao subfinanciamento do SUS foram constituindo “castas” de usuários com coberturas diferenciadas. Já há uma longa distância entre oferta, qualidade, acesso e uso de serviços entre o quarto da população coberta pelos planos e seguros e o restante da população. Ademais, mesmo entre os segurados, “subcastas” são estabelecidas pelo valor do prêmio pago às operadoras. Há modalidades cruéis de pré-seleção de risco pelos chamados “planos de adesão” ou pelos planos empresariais “sob medida” para grupos populacionais estratificados, e por outra distorção semiótica, chamada “saúde populacional”, que “retiram a nata” de pessoas de maior risco e doentes de intermediários privados, lançando-os à “universalidade do SUS”.

Conforme ressaltado, o gasto privado em saúde no Brasil tem sido mais elevado do que o gasto público desde a criação do SUS. Ainda assim, o crescimento da participação do setor privado tem sido lento, o que se deve à secular desigualdade que caracteriza a sociedade

brasileira. A saúde privada avançou principalmente no segmento dos planos e seguros empresariais e, portanto, sobre o setor formal da economia. Por outro lado, a oferta de serviços da saúde privada “suplementar” é segmentada, com forte diferenciação em termos de preços e, portanto, de qualidade, resolutividade e acesso. As empresas do setor pressionam os governos com propostas de “planos populares” de larga escala, sustentados por subsídios e com restrição de acesso a serviços de maior custo, que conseqüentemente ficarão ao encargo do SUS.

Em um cenário de persistência de altas taxas de desemprego, aumento da precarização e da informalidade laboral, incremento da violência e degradação de serviços públicos como transporte e educação, cenário este que se agrava com os efeitos da pandemia da COVID-19, um sistema público de acesso universal se torna instrumental, por seu papel de amortecimento de conflitos sociais, desde que não faça concorrência aos interesses privados e que, assuma os custos de procedimentos caros e pouco lucrativos, como os de urgência e emergência, oncologia, HIV/Aids, transplantes de órgãos, além de cuidados com pacientes crônicos e população idosa, cuja cobertura se extingue com a aposentadoria. E, claro, um sistema que também ofereça serviços básicos para a população desassistida, isto é, mais uma vez, a “ralé” estrutural.

Os objetivos setoriais da saúde universal e de qualidade e associadas ao SUS se deparam com barreiras e contradições no interior do próprio modelo de Estado, sociedade e de desenvolvimento do país. As políticas econômicas de ajuste fiscal adotadas pelo Brasil a partir de 2015 colocaram o país em um ciclo vicioso, em que o corte de gastos reduz ainda mais o crescimento. No espaço de fragilidade política aberto pela crise política e pelo impeachment da presidente Dilma Rousseff, aprofundou-se o subfinanciamento federal da saúde pública, ameaçando a própria subsistência do SUS como um sistema universal e público de saúde.

Há restrições ligadas ao cenário macroeconômico global que, como foi ressaltado, já se mostrava desfavorável antes da eclosão da pandemia da COVID-19, com baixas taxas de crescimento e situação de restrições fiscais derivadas de políticas de ajuste estrutural que, apesar de seu evidente fracasso depois de décadas e mesmo sob a grave crise aberta pela pandemia, encontra ainda defensores encarniçados no país. O dogma da austeridade e de constrangimentos econômicos diversos, nas últimas décadas, reduziram a margem de manobra dos governos nacionais a um mínimo residual em matéria econômica e política social, gerando descrença na democracia e em suas instituições (Streeck, 2013), situação tornada ainda mais dramática no atual contexto de emergência sanitária.

A tentativa recente de alavancar um novo ciclo de crescimento por meio de subsídios que estimulassem o investimento privado – que a economista Laura Carvalho (2018) chamou de “Agenda Fiesp”, uma vez que a poderosa Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, na pessoa de seu então presidente Paulo Skaf, foi um dos seus proponentes – desembocou em um quadro de crise política que teve por resultado uma retração do PIB de cerca de 7,2% no biênio 2015-2016 e culminou no impedimento de Dilma Rousseff – apoiado pela mesma Fiesp, que pouco antes havia aplaudido entusiasticamente as políticas de incentivo ao investimento implementadas pelo governo (Singer, 2015 y Carvalho, 2018) – seguindo-se então um período de estagnação econômica, que se estende aos dias atuais.

Em meio a uma grave crise econômica, o Executivo federal se reorganizou em torno de uma coalizão liberal conservadora encabeçada por Michel Temer, vice-presidente eleito na chapa de Rousseff, que assumiu a presidência após o impeachment. A contração de gastos no setor público agravada pela revisão dos mecanismos das transferências do Governo Federal para municípios adotada pelo Ministério da Saúde em fins de 2017, reduzindo suas condicionalidades programáticas, acabou por acentuar a fragmentação do sistema público e, indiretamente, estimular os arranjos privados. A receita bruta das operadoras de planos de saúde, que cobrem um quarto da população brasileira, em 2018, já foi pouco mais de uma vez e meia superior ao orçamento do Ministério da Saúde. Além disso, enquanto as despesas do SUS, somados os três níveis de governo, aumentaram, em valores reais entre 2012 a 2018, 8,2%, a receita bruta dos planos e seguros de saúde, no mesmo período, cresceu 42,0%. Em 2018, o per capita da média dos planos foi três vezes superior ao do SUS. Os 6 milhões de brasileiros cobertos pelas seguradoras especializadas (3,5% da população) apresentaram um per capita 5,3 vezes maior (cálculos a partir de dados do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde [SIOPS] do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [DATASUS] e da Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]).

A eleição de Jair Bolsonaro para a Presidência da República em 2018, um político até então inexpressivo, com base em uma plataforma de extrema direita, é reflexo desse quadro. A manutenção e o aprofundamento das políticas de contenção fiscal e do teto de gastos, a desconstrução da política ambiental, a retórica beligerante frente aos direitos sociais de minorias, o ataque frequente às universidades e instituições científicas e culturais, associados aos impactos negativos da reforma da Previdência aprovada pelo Congresso Nacional em 2019 sinalizam tempos difíceis para a saúde de brasileiras e brasileiros.

A imensa desigualdade social que constitui a característica mais saliente da sociedade brasileira resulta de um processo de modernização desequilibrado. O descompasso entre as rápidas transformações econômicas, concentradas nas grandes cidades do Sul-Sudeste, e a persistência de um modelo agroexportador fortemente subsidiado pelo Estado e calcado no latifúndio ocasionou um grande deslocamento populacional em direção às cidades, formando enormes bolsões de pobreza nas periferias urbanas. Tal processo se acentuaria drasticamente no último terço do século XX, com os incentivos à mecanização introduzidos pelo regime militar de 1964 (Garcia y Palmeira, 2001). A perda de dinamismo da economia nacional a partir da década de 1980, com a crise do endividamento e a hiperinflação, seguidos por um período de desempenho medíocre, baixos níveis de crescimento e perda de complexidade econômica cronificaram o quadro de desigualdade estrutural que as políticas sociais compensatórias implementadas, na primeira década do novo século, pelos governos de centro-esquerda, não foram capazes de reverter.

Para Jessé Souza (2017), o desprezo secular pela “ralé” é constitutivo da imagem de si que fazem as camadas superiores da sociedade brasileira e provê o fundamento oculto do peculiar liberalismo “meritocrático” das elites nacionais. Tal liberalismo, argumenta o autor, mal oculta seus pressupostos conservadores e mesmo reacionários. O discurso antiestado, o incensamento do “mercado” e a ênfase no “mérito” pessoal como justificativa para o sucesso econômico e social, característicos desse liberalismo peculiar, nada mais seriam, segundo Souza, que justificativas para os privilégios que separam as classes superiores dos subalternos.

Os desequilíbrios estruturais do sistema de saúde brasileiro são reflexo desse quadro e é ele que forma o contexto em que a pandemia da COVID-19 atinge o país.

A GUERRA, O CAPITALISMO SOB AMEAÇA

Desde a queda da União Soviética, o capitalismo liberal triunfava solitário. Com a sombra do socialismo real, eram necessárias concessões na forma de um estado do Bem-Estar Social e da macroeconomia keynesiana. “Embora as condições sob as quais esse empreendimento ocorreu o tornassem inaplicável aos países ocidentais, a simples existência da Rússia Soviética provou ser uma influência incisiva” (Polanyi, 2000: 273). Removida esta ameaça, o neoliberalismo pôde triunfar e, com o fim do socialismo real, colocou a socialdemocracia no polo em que ficava o sonho comunista.

O que antes era um meio-termo virou um extremo e a solução intermediária foi o social-liberalismo. Diante da crise de 2008, todas as

certezas econômicas começaram a ser removidas, porém, o que não havia sido solapado até então foi desmantelado com a pandemia da COVID-19 e a crise econômica a ela associada. O capital se vê de novo sob ameaça e o consenso neoliberal começa novamente a ser substituído, ao menos nos países centrais, pelo paradigma keynesiano.

O Brasil que saiu da ditadura militar adotou modelos entre o social-liberalismo e o neoliberalismo aberto. Apesar de ferrenhamente combatido pela direita –a ponto da direita radical hoje instalada no poder enxergar uma ameaça comunista–, o país não foi capaz sequer de estruturar um Estado de Bem-Estar Social efetivo. Se a ideia entrou no texto constitucional, tão logo promulgada a Constituição já se ouviam discursos de que tais direitos não cabiam no orçamento. Se o espírito de 1988 constitucionalizou uma utopia, a queda do muro de Berlim, logo em seguida, afastou o sonho. A ideia de um estado de direitos nunca deixou de sofrer ataques sistemáticos desde então. O último e mais notável foi a já mencionada Emenda Constitucional Nº 95/2016, que estrangula o financiamento de políticas de saúde, educação e outras ações governamentais e que, junto com as igualmente mencionadas Regra de Ouro e Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), compõe o tripé de regras fiscais autoimpostas.

Ainda assim, graças ao esforço, à competência e à dedicação de um sem número de profissionais, o Brasil construiu um poderoso Sistema Único de Saúde, o maior sistema universal do mundo. Todavia, essa construção foi sempre permeada pelo debate do subfinanciamento. Embora a Constituição Federal de 1988 tenha estabelecido que 25% da receita das contribuições da Seguridade Social deveriam financiar ações e serviços de saúde, isso jamais ocorreu. Somente em 2000, com a Emenda Constitucional Nº 29, foi estabelecida uma vinculação de receitas, porém restrita aos entes subnacionais –estados e municípios, com 12% e 15%, respectivamente– enquanto o crescimento das despesas da União foi vinculado às variações nominais do PIB, isto é, ao desempenho da economia. Com a consolidação do tripé de regras fiscais autoimpostas, coroado pela citada Emenda Constitucional Nº 95/2016, inicia-se uma nova ofensiva do desmonte do sistema de proteção social construído no Brasil até então.

Nada disso seria necessário se não houvesse uma interdição do debate econômico no Brasil. Sempre foi colocado por economistas expressivos nos grandes meios de comunicação que não havia dinheiro para gastar; diziam, de maneira sofisticada, para os leigos, que não havia “espaço fiscal”. Eis que surge a pandemia da COVID-19 e muitos desses economistas descobrem novas possibilidades; mesmo os defensores do teto de gastos passam a defender um papel mais ativo do Estado. É possível que determinados segmentos das elites intelectuais,

inclusive economistas liberais prestigiados pelo mercado, tenham envergado na crise atual uma oportunidade de aggiornamento, de atualização, a baixo custo de sua agenda de política econômica, deixando para trás ideias com validade vencida para abraçar teorias não tão novas como se novas fossem.

Para entender isso é preciso abandonar a velha ideia consagrada por Adam Smith da moeda como mercadoria, que resolveria o problema da dupla coincidência de desejos. Alfred Mitchell Innes publicou em 1913, no *The Banking Law Journal*, um importante ensaio que deveria ser –mas não é– um clássico da economia, onde explica detalhadamente o que é moeda (Innes, 1913). Innes demonstra que a moeda consiste essencialmente em uma relação de crédito e débito – a aceitação de um débito de um determinado agente por outro é o ato que em si cria a moeda. Pouco depois, Georg Friedrich Knapp (1924) publicou um livro igualmente importante demonstrando que a moeda, em última instância, seria uma criação do Estado. Isso quer dizer, em resumo, que a função da tributação seria forçar a aceitação da moeda em si e não financiar os gastos públicos. Segundo essa perspectiva, o dispêndio público é financiado sempre pela emissão monetária, enquanto a tributação (além de forçar a aceitação da moeda) e o endividamento do Estado são apenas formas de se reduzir a quantidade de moeda em poder do público.

Sobre isto, uma das melhores sínteses é o conceito de “finanças funcionais” formulado por Abba Lerner (1943), em contraposição à ideia de finanças (supostamente) saudáveis, que tem embasado as receitas de austeridade que tornam os governos reféns dos resultados fiscais. Rejeita-se, portanto, a ideia de equilíbrio fiscal em favor de uma perspectiva em que as decisões de gasto público sejam orientadas pelo nível do emprego, pela taxa de inflação e pelo bem-estar social.

De forma ilustrativa, existem estudos que apontam um efeito multiplicador do gasto com saúde no Brasil em torno de 1,7 – para cada aumento do gasto com saúde em R\$ 1,00, espera-se um acréscimo de R \$1,70 do PIB. Outro estudo, que analisa dados dos Estados Unidos, Japão e mais 25 países europeus, mostra que educação e saúde apresentam os maiores multiplicadores fiscais, acima de três.

Embora pareça simples, romper com a ideia de austeridade permitiria que o Estado fosse mais proativo na busca de políticas de pleno emprego. É bastante óbvio que impostos em determinada moeda só podem ser pagos após sua emissão, logo não haveria por que discordar da ideia de que o gasto público em si é uma emissão monetária. E muitos economistas não rompem com essa perspectiva por questões de natureza política, mais que pelo próprio entendimento do funcionamento da economia. O economista polonês Michal Kalecki (2015)

apontou três destas razões de natureza política em um artigo famoso, publicado originalmente em 1943. Primeiro, controlar o governo com a chantagem segundo a qual perturbações da confiança dos agentes provocariam crises econômicas. Em seguida, fazer oposição a qualquer direcionamento do gasto governamental para o investimento produtivo, tanto por receio da concorrência e desconfiança com relação à entrada do Estado em novas esferas da atividade econômica, quanto por possíveis efeitos redistributivos que afrouxem um dos princípios morais basilares do sistema capitalista: “você deve ganhar o pão com seu suor”. A terceira razão, por fim, seria o temor ainda maior de um possível aumento de poder dos trabalhadores em situação de pleno emprego quando a ameaça de demissão perde seu caráter disciplinador.

Observemos, por exemplo, a oposição ao direcionamento do gasto público. Para além das políticas assistenciais que subsidiam o consumo de massa como o Bolsa Família, interessa-nos principalmente a concorrência do investimento público com o capital privado. Quantos teriam planos de saúde ou procurariam hospitais privados se o Sistema Único de Saúde estivesse estruturado, funcional e adequadamente financiado?

Além da discussão sobre o volume do gasto, há ainda um debate sobre os limites do gasto em saúde. Como se sabe, a melhora nas condições de saúde da população não diminui os gastos em saúde. Por exemplo, a queda na mortalidade infantil vai propiciar que pessoas tenham uma expectativa de vida maior, aumentando o tempo em que utilizarão serviços de saúde, gerando mais despesas. Ou ainda, um indivíduo que sobreviva a um infarto aos 60 anos de idade continuará se tratando deste e de outros problemas de saúde ao longo do tempo restante de vida. Dando sequência às conjecturas, imaginemos que este mesmo indivíduo tenha um câncer diagnosticado aos 75 anos. Este único indivíduo irá gerar despesas consideráveis, onerando o sistema de saúde. Medidas de prevenção na saúde são desejáveis porque elas nos possibilitam uma vida longa e de mais qualidade. Não reduzem os custos globais dos sistemas.

Esse tipo de discussão pode nos levar ao debate de “soluções finais”, à moda nazista. Na verdade, a lógica da escassez de recursos financeiros vale para a iniciativa privada e se materializa quando profissionais de saúde têm que escolher entre um paciente e outro. Todavia, como já demonstramos que o gasto público (federal) por definição é financiado pela emissão monetária, tal lógica não deveria se estender ao setor público e qualquer governo que detenha soberania monetária. Keynes (1978) já havia colocado, em outras palavras, que o governo pode pagar tudo aquilo que a sociedade é capaz de produzir.

A dicotomia entre o público e o privado na saúde nos permite resgatar as discussões sobre a natureza do nosso sistema nacional de saúde, o SUS. Essa foi uma discussão presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde – se o SUS? deveria ser estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. No fim, o consenso se estabeleceu sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público e ficou claro que a participação do setor privado deveria se dar sob o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas do Direito Público de saúde (Ministério da Saúde, 1986).

Há alguns anos a revista *The Economist* (2015) publicou um interessante artigo sobre o que foi denominado “meritocracia hereditária”. O argumento central é que os filhos da elite, pelo fato de serem filhos da elite, são preparados de tal maneira que não só chegam ao topo da hierarquia social como são merecedores de tal posição, uma vez que preenchem melhor os requisitos meritocráticos que os demais. Fazem jus, portanto, ao status herdado. Tal argumentação faz recordar uma crônica do cineasta Cacá Diegues (2008), publicada na revista *Piauí*, intitulada “Seleção Artificial”, que trata do aparecimento, no futuro, do *Homo ricus*, desenvolvido a partir de uma parcela da população que tem acesso a serviços avançadíssimos de terapia genética na fronteira tecnológica dissociada dos demais *Homo sapiens*. Os lucros com esta se tornariam de tal modo elevados que os laboratórios deixariam de fabricar os medicamentos convencionais para os homens comuns.

Tanto a meritocracia hereditária como a seleção artificial são resultados de uma falha da economia de mercado, ainda que ela funcione do modo mais perfeito que os modelos neoclássicos possam conceber: a alocação inicial dos fatores de forma desigual. O conceito de eficiência subjacente na economia neoclássica é aquele proposto por Pareto (1996), ou seja, qualquer cenário em que não se possa melhorar a situação de alguém sem piorar a situação de outro é um ótimo de Pareto. A eficiência de Pareto, contudo, não busca um ótimo social e tampouco se preocupa com questões de equidade. Em termos mais claros, o primeiro teorema do bem-estar coloca que equilíbrios de mercado competitivo são Pareto-eficientes. Por outro lado, o segundo de teorema do bem-estar afirma que, desde que as curvas de preferência sejam convexas, alocações eficientes de Pareto podem ser alcançadas via equilíbrios de mercado. Ou seja, se os problemas de distribuição e eficiência podem ser separados, são as dotações iniciais que determinam a riqueza individual. Uma política eficaz de distribuição de renda deveria, portanto, focar preliminarmente na redistribuição da dotação, redistribuir a riqueza.

As diversas formas de acesso a bens e serviços mais ou menos privilegiadas de acordo com o status social podem catalisar um processo,

similar ao descrito por Cacá Diegues, de transformação da divisão social em classes para uma divisão em espécies. A própria existência de sistemas não universais de saúde e educação exclusivamente públicos contribui para esta evolução. O acesso privilegiado proporcionado por essa dualidade de sistemas reforça as desigualdades, já extremamente elevadas no caso brasileiro. Na pandemia da COVID-19, isso se torna caricatural com o rápido colapso do sistema público, que não se repete na iniciativa privada, ainda que submetida a grandes pressões, já que atende uma parcela reduzida da população.

Ou seja, se há algum interesse em usar o equilíbrio de mercado como mecanismo de justiça social, é indispensável que se repense toda a distribuição inicial dos recursos: o direito de herança precisa ser debatido; imposto sobre grandes fortunas deve ser imediatamente implementado; expropriações têm que estar no centro do debate, não apenas pela figura da função social da propriedade, mas também para que as dotações iniciais sejam ajustadas adequadamente, para um resultado eficiente e socialmente mais justo.

A esse debate se soma a percepção de que não nos parece possível a coexistência de serviços privados de saúde com serviços públicos, sem que isso provoque um incremento na desigualdade. A existência de serviços privados cria cidadãos de primeira classe (aqueles que têm acesso aos serviços particulares de excelência) e cidadãos de segunda categoria (relegados ao SUS subfinanciado). Devemos, portanto, abrir o debate para refletir sobre a vedação da existência de provimento privado para tais serviços, fazendo com que sejam de provimento exclusivamente público. Isso, inclusive, reforçaria uma melhora no sistema público em decorrência do uso compartilhado do sistema: elites econômicas e financeiras e o trabalhador na base da pirâmide usariam o mesmo sistema. Isto poderia também forçar os tomadores de decisão política, ainda que movidos apenas por autointeresse, a adotar políticas efetivas para a melhoria do sistema.

Diante de um questionamento quanto às fontes de financiamentos para um sistema tão robusto, embora já tenhamos explicado que não há problemas fiscais que impeçam um aumento do gasto público, eventuais riscos inflacionários poderiam ser levantados. Todavia, um sistema de saúde estruturado certamente minimizaria os afastamentos laborais por motivos médicos e aumentaria a produtividade do trabalho. Ademais, os gastos em saúde de provimento exclusivamente público e com fontes de recursos adequadas às suas necessidades ainda produzem um duplo efeito econômico: primeiro, porque sem a escassez da oferta de bens e serviços de saúde, estes deixam de exercer qualquer pressão inflacionária; e depois, um sistema exclusivamente público não apenas retira os bens e serviços de saúde da cesta de

consumo dos trabalhadores, liberando renda para estimular outros setores da economia, como também libera o capital para investimentos em outros setores.

Por fim, um sistema exclusivamente público pode ser a demanda garantida para a construção de um complexo econômico industrial da saúde. Somente com uma estratégia ousada o Brasil poderá assegurar sua autonomia estratégica em saúde, que não deixe o país refém de interesses estrangeiros em emergências de saúde pública, como a pandemia da COVID-19, em que nos vimos em dificuldade de importação de simples máscaras N95 e respiradores. Em 2015 foi publicado o estudo da Iniciativa Saúde Amanhã/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que mostra como poderíamos estar mais preparados para uma epidemia tão grave como a que vivemos (Padula, Noronha y Mitidieri, 2015).

A defesa que fazemos aqui pode parecer uma bandeira radical na saúde, mas não difere muito do que países do centro do capitalismo possuem. Não temos a ameaça do socialismo real que force uma concessão do capital, mas quiçá o novo mundo que surgirá do enfrentamento da pandemia do novo coronavírus crie brechas pelas quais se possa avançar no resgate da ideia do Estado de Bem-Estar Social, na construção de um sistema de saúde exclusivamente público e universal. Saúde não é mercadoria, é um direito consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição da República Federativa do Brasil e deve ser tratada como tal.

Qual a alternativa? Talvez uma releitura perversa da “destruição criativa” schumpeteriana: a “destruição destrutiva” de “ativos humanos” supérfluos, “supranumerários”. Aqui reside um dos aspectos mais trágicos desta conjuntura que nos assombra: será possível recompor alguma ideia universalista de “humanidade” que nos coloque em outro caminho?

A MORTE, POR QUANTO TEMPO O VELHO RESISTE ATÉ QUE NASÇA O NOVO

A imprudência do capitalismo do consumo excessivo custou ao planeta e à humanidade uma enorme degradação ambiental e civilizatória, que está na base da produção dessa crise sanitária com todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça (Harvey, 2020). Desmonta-se diante de todos a hegemonia em relação aos direitos humanos e entre eles os direitos sociais como base da compreensão para a dignidade humana. O que ressalta da crise sanitária, econômica e social no Brasil devastado pelo neoliberalismo, conduzido por um governo de ultradireita, que por sua vez conduz um Estado suicidário autoritário em movimento em torno do nada, é

uma realidade perturbadora. O quadro sem chances de ser ocultado é que a maioria da população que inspirou e é objeto do discurso e da luta por justiça e direitos humanos não é sujeito deles. A guerra civil não declarada que o país sempre viveu naturalizou os genocídios e os massacres e a acumulação de capital garantidos pela bala e pelo medo (Safatle, 2020).

Cabe então interrogar sobre o futuro mediante o desconcerto do Brasil, explícito nesse momento histórico regido por um delírio de entrega ao sacrifício e que? incita o aplauso do povo aos seus algozes indiferentes à morte dos outros. Quais seriam os afetos capazes de mobilizar mudanças nesse contexto, onde se convoca por uma solidariedade longínqua e fragilizada e ao mesmo tempo tão requisitada pela dramaticidade desse momento de tamanha desgraça e impotência de todos?

O Estado Social conferiu potência dos direitos humanos, particularmente os direitos sociais, no combate às desigualdades sociais. Entretanto, a retomada da centralidade dos direitos humanos na luta dos excluídos, explorados e discriminados requer ressignificá-los e, para tanto, começar reafirmando que os direitos são fruto da conquista histórica dos oprimidos. A captura desses direitos pela hegemonia mais uma vez aplicou uma maquiagem institucionalizada, que conduziu à naturalização e banalização do sofrimento humano, levando ao esgarçamento da tessitura da solidariedade social. Essa hegemonia definitivamente não interessa e não serve à luta contra as desigualdades sociais e econômicas enraizadas nos países latino-americanos (Santos y Chauí, 2013).

Como então subverter a hegemonia e tornar os direitos humanos uma bandeira ampla da luta por igualdade e justiça social? A tradução liberal tratou de acomodar e disciplinar os direitos humanos por meio da disseminação e valorização dos direitos individuais contidos nos direitos civis e políticos. Entretanto, o aprofundamento das desigualdades mostra sobejas evidências da insuficiência destes direitos para produzir, para todos, mais justiça e dignidade humana. A alternativa contra-hegemônica envolve retomar a utopia emancipadora e anticolonial sob essa perspectiva, acumular forças por um Estado sem indiferença e dirigido pelas aspirações de seu povo e, assim, buscar na inspiração marxista a primazia dos direitos coletivos, produto da acumulação de todos dos chamados direitos econômicos e sociais. Embora urgentes, apesar da experiência frustrada do poder através do voto, o caminho para estas conquistas de classe ainda se encontra em aberto.

As insurgências sociais das manifestações que ocorreram durante a pandemia, no Brasil e em outros países, cujas características

comuns estão nos que foram às ruas, os “descartáveis”, os trabalhadores precarizados e sem direitos, alertaram o mundo que suas vidas importam. De alguma forma há indícios que as ruas subverteram a ordem liberal e colonizadora, tal como foi sintetizado nos EUA pelo Movimento Vidas Negras Importam, que eclodiu em todo o país e repercutiu mundo afora após o assassinato bárbaro de um negro, George Floyd, por um policial.

No Brasil, os insurgentes foram jovens que saíram às ruas porque fizeram isso todos os dias da pandemia, impedidos de fazer distanciamento social; na sua maior parte, estão se inaugurando na prática da política. São jovens que enfrentam há tempos e cotidianamente a violência policial, o tráfico, o desemprego e a exclusão, e o sentimento que os move vem da convivência desde crianças com a exclusão e a violência institucional.

O esvaziamento do Estado, ocasionado pelo neoliberalismo intensificado nos últimos anos na região, e de modo particular no Brasil, facilitou a expansão e a gravidade da pandemia. Torna-se imperativo reafirmar a importância e o papel do Estado e das políticas de proteção social e de combate das desigualdades sociais e econômicas, o que, por sua vez, somente é possível nos Estados democráticos.

Para o Brasil, como para o conjunto dos países latino-americanos, a retomada e o aperfeiçoamento da democracia deve se tornar uma pauta fundamental nesse momento histórico, pois as nossas democracias estão sufocadas e agonizam nas mãos de líderes eleitos que as desmantelam fragilizando as instituições criadas para a sua sustentação (Levitsky y Ziblatt, 2018).

O aprendizado das novas realidades desafia a humanidade e esses desafios continuarão impondo ao futuro novas respostas políticas, econômicas e sociais. A escuta e a leitura da complexidade e crueza da realidade exibida desafia partidos políticos, particularmente os do campo da esquerda, comprometidos com mais democracia, que deve aliar ao combate às desigualdades a garantia dos direitos humanos e das políticas sociais voltadas à edificação de um Estado fundado na solidariedade social. Os novos atores pedem passagem e inovam o cenário político vocalizando aspirações por democracia, direitos, igualdade, equidade, não discriminação de raça, de orientação sexual e de gênero, justiça e inclusão social. São as antigas e renovadas demandas que daqui para frente pautarão a política.

Concluindo, vale resgatar um conjunto de reflexões registradas por Noronha (2017), em que devemos lembrar que Friedrich Engels (apud Rosa de Luxemburgo, 2009) nos ensinou algo que qualquer um que reflita sobre o desenvolvimento das sociedades capitalistas não deveria duvidar: “A sociedade burguesa se encontra diante de um

dilema: ou avanço para o socialismo ou recaída na barbárie.” A humanidade atingiu em 2020 um momento ímpar, com três fatos únicos na história do capitalismo contemporâneo ocorrendo simultaneamente: a maior crise econômica desde 1929; o preço do petróleo mais baixo desde a criação do cartel da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (Opep), em uma economia mundial ainda bastante dependente de combustíveis fósseis; e a mais grave pandemia dos últimos cem anos.

Nenhuma medida econômica, social ou sanitária será suficiente sem a reversão do modo de ser da sociedade capitalista; o crescimento econômico como equação linear não resolve. Mas a crise não é apenas econômica ou sanitária, é energética, alimentar e ecológica. São os sintomas mórbidos anunciados por Gramsci (1971), do velho que ainda não pereceu na crise de hegemonia.

A humanidade se encontra na encruzilhada do socialismo ou barbárie, ou “barbárie se tivermos sorte”, como atualizou Mészáros (2016). O padrão de produção, distribuição, acumulação e consumo hoje existente nas nações europeias e norte-americanas não é reproduzível para o conjunto das pessoas do mundo. A crise ecológica sem precedentes como já anunciava Marx em *O Capital*:

Com a preponderância sempre crescente da população urbana que amontoa em grandes centros, a produção capitalista acumula, por um lado, a força motriz histórica da sociedade, mas perturba, por outro lado, o metabolismo entre homem e terra, isto é, o retorno dos componentes da terra consumidos pelo homem, (...), à terra, [perturba] portanto a eterna condição natural da fertilidade do solo. (...) E cada progresso da agricultura capitalista não é só um progresso na arte de saquear o trabalhador; mas ao mesmo tempo na arte de saquear o solo, pois cada progresso no aumento da fertilidade por certo período é simultaneamente um progresso na ruína das fontes permanentes dessa fertilidade (Marx, 1996: 132-133).

Se a encruzilhada da humanidade, como nos mostrou Mészáros (2016), sugere que “a alternativa socialista não é só apenas possível, mas também necessária para a sobrevivência da Humanidade”, este caminho, no caso da América Latina passa pela compreensão que a região possui uma estrutura social erguida a partir dos interesses distintos dos brancos, donos do poder político, e dos servos e escravos, indígenas e negros. Enquanto na Europa e nos Estados Unidos, a burguesia branca tinha o capital como eixo articulador da economia e da sociedade, os senhores latino-americanos resistiram à instituição de uma relação de trabalho assalariado, pois destituía sua condição senhorial. Isto fazia com que destinassem seus excedentes comerciais somente ao consumo de mercadorias produzidas principalmente na

Europa. Assim, confundiam seus interesses com aqueles das elites brancas europeias e estadunidenses (Quijano, 2014).

Simas e Rufino (2018: 11) recordam que a “agenda colonial produz a descredibilidade de inúmeras formas de existência e de saber, como também produz a morte, seja ela física, através do extermínio, ou simbólica, através do desvio existencial”. Só que esta morte é resignificada por estas classes subalternas:

Para grande parte das populações negro-africanas que cruzaram o Atlântico e para as populações ameríndias do Novo Mundo, a morte é lida como espiritualidade e não como conceito em oposição à vida. Assim, para a perspectiva da ancestralidade só há morte quando há esquecimento e para a perspectiva do encantamento tanto a morte quanto a vida são transgredidas para uma condição de supravivência.

A partir das noções de ancestralidade e de encantamento praticamos uma dobra nas limitações da razão intransigente cultuada pela normatividade ocidental. São a partir também dessas duas noções que se enveredam grande parte dos saberes assentes no complexo epistemológico das macumbas. Dobrar a morte, lida nesse caso como assombro, carrego e desencantamento fundamentado no colonialismo, se faz necessário para praticarmos outros caminhos. Esta dobra política e epistemológica é crucial para um reposicionamento ético e estético das populações e das suas produções que historicamente foram vistas, a partir de rigores totalitários, como formas subalternas, não credíveis (Simas e Rufino, 2018: 11).

E esta perspectiva que nos dá esperança, que nos permite, como Gramsci (2005, p. 382), “não cair nunca mais naqueles estados de espírito –vulgares e banais– a que se chamam pessimismo e otimismo”. Superar esses estados de espírito e transcender o pessimismo com a inteligência e o otimismo com a vontade requer lembrar que “a colonialidade do poder ainda exerce seu domínio, na maior parte da América Latina, contra a democracia, a cidadania, a nação e o Estado Nação moderno” (Quijano, 2014: 821).

BIBLIOGRAFIA

Bahia, Lgia. 2013 “Financeirização e restrição de coberturas: estratégias recentes de expansão das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil” in Cohn, Ameli (org.) *Saúde, Cidadania e Desenvolvimento* (Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado).

Brasil. 1988 “Constituição da República Federativa do Brasil de 1988” em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> acesso 7 de novembro de 2019.

- Brasil. 2016 “Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016” em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm> acesso 07 de novembro de 2019.
- Brasil. 2019 “Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor” em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>> acesso 07 de novembro de 2019.
- Brasil. Ministério da Fazenda. Receita Federal. 2017 “Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2018” em <<http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>> acesso 07 de novembro de 2019.
- Brasil. 2019 “Ministério da Saúde. SIOPS na gestão e financiamento da Saúde: indicadores” em <<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/indicadores>> acesso 07 de novembro 2019.
- Carvalho, Laura. 2018 *Valsa brasileira: do boom ao caos económico* (São Paulo: Todavia).
- Diegues, Carlos. 2008 “Seleção artificial: de como os genos deram origem a uma espécie saudável e sábia, e o que aconteceu com o Homo sapiens e o peru de Natal” in *Revista Piauí* (Brasil). Em <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/selecao-artificial/>> acesso 07 de novembro de 2019.
- Garcia Jr, Afranio e Palmeira, Moacir. 2001 “Rastros de casas-grandes e de senzalas: transformações sociais no mundo rural brasileiro” in Sachs, Ignacy; Wilhelm, Jorge y Pinheiro, Paulo Sérgio (org.) *Brasil: um século de transformações* (São Paulo: Companhia das Letras).
- Gramsci, Antonio. 1971 *Selections of the prison notebooks* (New York: International Publishers).
- Gramsci, Antonio. 2005 *Cartas do cárcere vol. 1* (Brasil: Civilização Brasileira).
- Harvey, David. 2020 “Política anticapitalista em tempos de coronavírus” em <<https://jacobin.com.br/2020/03/politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>> acesso 10 de junho de 2020.
- Innes, Alfred Mitchell. 1913 “What is money?” in *The Banking Law Journal* (Thames Street) Vol. XXXI, N° 1, may.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2018 “Projeções da população do Brasil e unidades da federação por sexo e idade 2010-2060” in *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (Rio de Janeiro). Em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/>>

- populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados> acesso 07 de novembro de 2019.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2019 “Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2017” in *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (Rio de Janeiro). Em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_notas_tecnicas.pdf> acesso 01 de dezembro de 2019.
- Kalecki, Michael. 2015 “Aspectos políticos do pleno emprego” em <<http://jornalgggn.com.br/noticia/aspectos-politicos-do-pleno-emprego-por-michal-kalecki>> acesso 04 de janeiro de 2015.
- Keynes, John Maynard. 1978 “Employment policy” in Johnson, Elisabeth y Moggridge, Donald (eds.) *The Collected Writings of John Maynard Keynes, Volume XXVII – Activities 1940-1946* (Cambridge-UK: Cambridge University Press).
- Knapp, Georg Friedrich. 1924 *The state theory of money* (London: Mcmillan & Company).
- Lander, Edgardo. 2014 “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina” in Quijano, Anibal (Org.) *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder* (Buenos Aires: CLACSO). Em <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140507042402/eje3-8.pdf>> acesso 07 de dezembro de 2019.
- Lerner, Abba P. 1943 “Functional finance and the federal debt” in *Social Research* (Baltimore) Vol.10, Nº 1, february.
- Levitsky, Stephen y Ziblatt, Daniel. 2018 *Como as democracias morrem* (Rio de Janeiro: ZAHAR).
- Luxemburgo, Rosa. 1915 (2016) “O Folheto Junius” em <https://www.marxists.org/portugues/luxemburgo/1915/04/folheto_junios.pdf> acesso 10 de junho de 2019.
- Marx, Karl. 1996 *O capital: crítica da economia política: primeiro livro – o processo de produção do capital. Tomo 2* (São Paulo: Editora Nova Cultural).
- Mendes, Aquilas. 2012 *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado* (São Paulo: Hucitec).
- Mészáros, István. 2015 “Filósofo István Mészáros analisa ascensão de novos partidos na Europa, como Syriza e Podemos” in *O Globo* (Brasil). Em <<http://oglobo.globo.com/cultura/livros/filosofista-istvan-meszaros-analisa-ascensao-de-novos-partidos-na-europa-como-syriza-podemos-15395541>> acesso 10 de junho de 2019.
- Noronha, Gustavo S. 2017 “A atual crise do capitalismo, os aspectos políticos da austeridade e seus reflexos no Brasil” in *Revista*

Brasileira de Planejamento e Orçamento (Brasil) Vol. 7 N° 1. Em <https://www.assecor.org.br/files/6914/9079/4141/a_atual_crise_do_capitalismo_os_aspectos_pol_ticos_da_austeridade_e_seus_reflexos_no_brasil_.pdf> acesso 10 de junho de 2019.

- Noronha, Gustavo y Conceição, Daniel. 2020 “A economia, a epidemia e a crise” em *Economistas* N° 36.
- Noronha, José C. 2019 “Cobertura Universal de Saúde e o Brasil: estamos no bom caminho?” in *Saúde em Debate* (Rio de Janeiro) Vol. 43, Supl. 5, January.
- Noronha, José; Santos, Isabela y Pereira, Telma. 2011 “Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal” in Rodrigues dos Santos, Nelson y Duarte de Carvalho Amarante, Paulo (org.) *Gestão pública e relação público privada na Saúde* (Rio de Janeiro: CEBES).
- Padula, Raphael; Noronha, Gustavo y Mitidieri, Thiago. 2015 “Complexo econômico-industrial de saúde, segurança e autonomia estratégica: para pensar a inserção do Brasil frente ao mundo” in Grabois, Augusto; Gadelha, Paulo; Carvalho de Noronha, José y Pereira, Telma (Org.) *Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde* (Rio de Janeiro: Editora Fiocruz).
- Palludeto, Alex; Da Silva, Newton; Araújo, Renan; Borghi, Roberto y Alves, Vitor. (2020) “Política econômica em tempos de pandemia: experiências internacionais selecionadas” in *Centro de Estudos de Relações Econômicas Internacionais do Instituto de Economia da Universidade de Campinas – Série Laboratório de Economia Internacional* (Brasil). Em <<http://www.eco.unicamp.br/ceri/centro/146-destaque/569-politica-economica-em-tempos-de-pandemia-experiencias-internacionais-selecionadas-2>> acesso 17 de maio de 2020.
- Pareto, Vilfredo. 1996 *Manual de economia política* (São Paulo: Editora Nova Cultural).
- Polanyi, Karl. 2000 *A grande transformação: as origens da nossa época* (Rio de Janeiro: Campus).
- Roberts, Michael. 2016 *The long depression: how it happened, why it happened and what happens next* (Chicago: Haymarket Books).
- Safatle, Vladimir. 2020 “Bem vindo ao Estado suicidário” em <<https://n-1edicoes.org/004>> acesso 10 de junho de 2020.
- Santos, Julia A. 2018 *A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil* (São Paulo: Hucitec).
- Santos, Boaventura Sousa y Chauí, Marilena. 2013 *Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento* (São Paulo: Cortez).

- Simas, Luiz Antonio y Rufino, Luiz. 2018 *A ciência encantada das macumbas* (Rio de Janeiro: Mórula).
- Singer, André. 2015 “Cutucando onças com varas curtas: o ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014)” en *Novos Estudos Cebrap* (São Paulo) N° 102.
- Singer, Paul. 1981 *Dominação e desigualdade: estrutura de classes e repartição de renda no Brasil* (Rio de Janeiro: Paz e Terra).
- Souza, Jessé. 2009 “Introdução” in Jessé Souza (org.) *Un ralé brasileira: quem é e como vive* (Belo Horizonte: Editora UFMG).
- Souza, Jessé. 2016 *A radiografia do golpe: entenda como e porque você foi Engañado* (Rio de Janeiro: Leya).
- Souza, Jessé. 2017 *A elite do atraso: da escravidão à lava jato* (Rio de Janeiro: Leya).
- State Council of the People’s Republic of China. 2020 “Preliminary Accounting Results of GDP for the First Quarter of 2020” in *National Bureau of Statistics of China* (Beijing). Em <http://www.stats.gov.cn/english/PressRelease/202004/t20200420_1739811.html> acesso 07 de julho de 2020.
- Streeck, Wolfgang. 2013 *Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático* (Coimbra: Actual).
- Summers, Lawrence. 2016 “The age of secular stagnation” in *Foreign Affairs* (Nueva York) Vol. 2, N° 9.
- The Economist. 2015 “America’s elite – An hereditary meritocracy” in *The Economist* (Londres). Em <<https://www.economist.com/briefing/2015/01/22/an-hereditary-meritocracy>> acesso 10 de junho de 2020.
- U.S. Department of Commerce. Bureau of Economic Analysis. “Gross Domestic Product by Industry, 1st Quarter 2020” em <<https://www.bea.gov/news/2020/gross-domestic-product-industry-1st-quarter-2020>> acesso 07 de julho de 2020.
- World Health Organization. 2020) “Global Health Expenditure Database” em <<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>> acesso 10 de janeiro de 2020.

LA PANDEMIA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) DESDE UNA PERSPECTIVA CRÍTICA HISTÓRICO-TERRITORIAL

Mario Hernández Álvarez, Liliana Henao Kaffure,
Juan Carlos Eslava Castañeda, Manuel Vega Vargas,
Deisy Arrubla Sánchez, Javier Rodríguez Ruiz
y Marcela Vega Vargas

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha trastocado la dinámica mundial y ha puesto al mundo en una condición de vulnerabilidad inédita. El miedo y la búsqueda de seguridad han dominado las respuestas estatales, repitiendo la larga tradición de la conformación del Estado moderno. Pero la comprensión de este fenómeno aún sigue en construcción. La disputa de miradas está presente y parece claro que no caben visiones simplistas y unidimensionales.

El fenómeno pandémico es complejo y exige ahondar en el análisis. Si bien la mirada epidemiológica y estadística ha tenido, hasta el momento, un papel protagónico, hoy en día las visiones económicas, actuarial y de gestión del riesgo luchan por establecer su propio protagonismo. Las miradas histórica, sociológica, ecológica y política han participado en la discusión. Ante este entrecruce y, por momentos, enfrentamiento de miradas, nos interesa proponer nuestro propio enfoque, el cual surge de un trabajo acumulado como grupo de investigación, que busca entender las articulaciones entre el campo de la salud y la dinámica del capitalismo mundial. Intentaremos, en lo que sigue, presentar y poner en marcha nuestro enfoque crítico, histórico y territorial de las pandemias, para comprender la pandemia actual de COVID-19.

UNA COMPARACIÓN PREVIA DE PANDEMIAS

En una investigación reciente y desde una perspectiva histórico-comparativa, estudiamos los procesos de configuración de las dos pandemias que, hasta hace poco, eran las únicas reconocidas formalmente en la historia moderna de la humanidad: las pandemias de gripe de 1918-19 y 2009-10 (Henao-Kaffure, 2018){Henao-Kaffure, 2018 #14}. Para el propósito de la investigación, diseñamos un esquema heurístico de comparación que nos permitió estudiar la dinámica poblacional y espaciotemporal de las pandemias, la forma de organización social del capitalismo mundial en el momento histórico en que estas se configuraron, y, en última instancia, la relación que se establece entre esas dinámicas y el capitalismo.

Dicho esquema estuvo constituido por unidades y atributos de la comparación, y categorías de análisis. Las unidades de la comparación fueron los procesos de configuración de las pandemias de gripe de 1918 y 2009. Los atributos de la comparación fueron la dinámica poblacional y espacio-temporal de cada pandemia, y el modo de producción–ciclo sistémico de acumulación, de acuerdo con los conceptos de Karl Marx (2000 [1867]) y Giovanni Arrighi (1999), en que cada pandemia se configuró. Vale anotar que, en sintonía con la fórmula general del capital –dinero-mercancía-dinero prima (DMD’), que fue enunciada por Marx (2000 [1867]: 199-237) y mediante la cual el dinero se transforma en capital a través del plusvalor, en el modo de producción capitalista–, los ciclos sistémicos de acumulación, conceptualizados por Arrighi, remiten a unidades de análisis del modo de producción capitalista, en las que tienen lugar dos fases de expansión: una material, relacionada con la fase dinero-mercancía (D-M) de la fórmula general, y una financiera, relacionada con la fase mercancía-dinero prima (M-D’) (Arrighi, 1999: 13-41). En este sentido, la historia del mundo capitalista ha sido la historia de cinco siglos en los que cuatro ciclos sistémicos de acumulación han tenido tiempo y espacio: el ciclo genovés, entre los siglos XV y XVII; el ciclo holandés, entre los siglos XVI y XVIII; el ciclo británico, entre los siglos XVIII y XX; y el ciclo estadounidense, desde comienzos del siglo XX y nuestros días (Arrighi, 1999). Avanzando en el esquema, las categorías de análisis para el atributo dinámica poblacional y espacio-temporal fueron enfermedad y muerte, y trayectoria de expansión, y para el atributo modo de producción–ciclo sistémico de acumulación, fueron poder económico, poder político, poder militar y poder ideológico, en sintonía con la teoría de las fuentes del poder social de Michael Mann (1991). Estas categorías de análisis nos permitieron comprender la larga duración del capitalismo y la media duración de los ciclos sistémicos de acumulación.

Como resultado de esa investigación, formulamos tres enunciados. En primer lugar, que los conceptos de pandemia e influenza –que es como usualmente la perspectiva biomédica se refiere al padecimiento de la gripe– son históricos y hacen parte del corpus teórico de la moderna teoría del germen que orienta el pensamiento médico y la acción política frente a estos problemas, desde finales del siglo XIX. En segundo lugar, que las dos pandemias de gripe se configuraron en medio de relaciones mundiales de poder, en las que el pensamiento médico moderno fue arte y parte. Y, en tercer lugar, que los problemas de salud pública, como los conceptos de pandemia y de influenza, y las pandemias de gripe, pueden y deben ser comprendidos y explicados como procesos sociales, espaciales e históricos, ordenados por la forma de organización del poder mundial, y no como «simples» fenómenos naturales.

Con el propósito de aportar elementos para el análisis de la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), nos ocuparemos de presentar la comparación propiamente dicha, de donde originalmente emergieron los tres enunciados del estudio, y algunas puntadas teóricas de lo que empezamos a llamar perspectiva histórico-crítica. Más adelante veremos que investigaciones posteriores nos han permitido profundizar en un aspecto fundamental que no habíamos alcanzado a comprender del todo: el territorio.

Al comparar las pandemias de gripe de 1918 y 2009 pudimos develar que la temporalidad tiene una importancia esencial a la hora de establecer similitudes y diferencias. Mientras que en la larga duración encontramos algunas similitudes, en la corta y media duración las pandemias mostraron rasgos diferenciales relevantes. Por una parte, el nombramiento de las dos pandemias fue hecho, formalmente, por la institución que encabezaba la estructura sanitaria internacional del momento: el Ministerio de Salud de Inglaterra y Gales, para el caso de 1918, y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el caso de 2009. Pero la diferencia no es trivial. El Ministerio de Salud de Inglaterra y Gales hizo su informe en 1920 (Ministry of Health, 1920) cuando el Reino Unido trataba de sostener su hegemonía después de la Gran Guerra, que había mostrado ya su impacto geopolítico. La pandemia de 2009 fue nombrada por parte de la Organización Mundial de la Salud en 2009 (OMS, 2009), cuando tras una franca expansión financiera del sistema-mundo capitalista de orientación estadounidense (Arrighi, 1999: 288-390), sobrevino una crisis profunda de varias dimensiones (Katz, 2010).

En los dos casos, el nombramiento de las pandemias por parte de la institución a la cabeza de la estructura sanitaria internacional fue hecho a partir de los preceptos teóricos de la teoría del germen,

desde donde se tiende a confundir al germen con la enfermedad. Sin embargo, mientras la pandemia de gripe de 1918 fue nombrada de acuerdo con los preceptos bacteriológicos que hicieron emerger la teoría a finales del siglo XIX y que dirigieron las miradas al «bacilo de Pfeiffer» (Pfeiffer, Kitasato y Canon, 1892), la pandemia de gripe de 2009 fue nombrada de acuerdo con los preceptos virológicos que hicieron emerger la virología a mediados del siglo XX y dirigieron las miradas al «virus de la influenza» (Smith, Andrewes y Laidlaw, 1933). En los dos casos, la idea del agente causal-enfermedad derivó en estrategias guerreristas de combate y eliminación del agente, más discursivas a principios del siglo XX en cabeza del Ministerio de Salud de Inglaterra y Gales, y más operativas a principios del siglo XXI en cabeza de la OMS, en connivencia con la industria farmacéutica que había realizado el proyecto de las balas mágicas de Paul Ehrlich: medicamentos y vacunas.

La categoría proceso de configuración devela diferencias en el origen: mientras la pandemia de gripe de 1918 se originó en la Gran Guerra y, particularmente, en los campamentos militares estadounidenses que fueron construidos en 1917 como parte de la preparación para la guerra por parte de Estados Unidos (Barry, 2005), la pandemia de gripe de 2009 se originó en la industria porcícola eficientista y monopolística, que maltrata a los animales, explota a los trabajadores y contamina con intensidad el ambiente (Pérez-Espejo, 2006; Wallace, 2016). Y en cuanto a la expansión, la gripe de 1918 dibujó su trayectoria al compás de los barcos interoceánicos de vapor en los que se movilizaron los militares, aunque también de los barcos comerciales; y la gripe de 2009 hizo lo propio al compás de los aviones de queroseno moviéndose varias veces al día entre varias ciudades del planeta. Mientras en el primer caso la organización librecambista entre Estados-nación, orientada por Reino Unido, entraba en crisis, en el segundo, la organización librecambista y neoliberal se veía cada vez más orientada por las corporaciones transnacionales, a la vanguardia de las cuales despuntaban la industria farmacéutica y la agroindustria, ambas financiarizadas y basadas en los bienes informacionales característicos del capitalismo cognitivo contemporáneo. Retomaremos este asunto en el análisis del proceso de configuración de la pandemia de COVID-19.

Finalmente, en la larga duración, las dos pandemias hicieron emerger una cierta consciencia de la interdependencia y el ser genérico, en los términos de Marx (1993 [1844]). En 1918, por la enorme mortalidad, emergió una consciencia de interdependencia que puede adjetivarse de específica porque da cuenta de relaciones entre seres humanos; y en 2009 emergió, por su nombre inicial de “porcina”,

una consciencia de interdependencia, más bien interespecífica que da cuenta de relaciones entre seres humanos y otras especies, en este caso animales. El proceso de configuración de la pandemia de COVID-19 hará, como veremos, aún más manifiesta la consciencia de la interdependencia.

En relación con las puntadas teóricas de la perspectiva histórico-crítica, podemos afirmar que los problemas de la salud pública aparecen como «procesos del orden humano que se tejen en relaciones de poder social, espacial e histórico cambiantes, en las que tienen lugar, a su vez, relaciones de determinación y subsunción» (Henao-Kaffure, 2018: 340). En este sentido, los problemas de la salud pública, como las relaciones de poder, se revelan susceptibles de desnaturalización y transformación. Con base en el concepto de «figuración humana» de Norbert Elias (1994 [1939]), construimos la categoría proceso de configuración que propusimos y que nos ha permitido poner en evidencia el espacio-tiempo de las relaciones mundiales de poder en que emergen las pandemias. Y ha sido precisamente con la puesta en juego de esta categoría en investigaciones posteriores que hemos venido encontrando la centralidad del aspecto territorial que antes habíamos considerado apenas superficialmente. La aproximación a la geografía crítica latinoamericana desde el campo de la salud, realizada por nuestros colegas Elis Borde y Mauricio Torres-Tovar (2017), ha sido, para ello, fundamental. La perspectiva del territorio como resultado de disputas entre territorialidades distintas y en procesos de territorialización específicos, que ellos enuncian, dialoga muy bien con el planteamiento braudeliano de las duraciones corta, media y larga, que nosotros usamos, toda vez que estas implican una relación espacio-temporal específica, y expresiones locales de dinámicas más amplias como aquella del sistema-mundo (Wallerstein, 2005). En este sentido, recientemente hemos empezado a referirnos a la perspectiva histórico-crítica como perspectiva crítica histórico-territorial.

Además del concepto de relaciones mundiales de poder al que llegamos, orientados por la teoría de las fuentes del poder social de Mann (1991), hemos encontrado que en el transfondo de la perspectiva se hallan los conceptos de determinación y subsunción de Karl Marx (1993 [1844]; 2000 [1867]), que fueron introducidos en el pensamiento en salud por parte Jaime Breilh (1977; 2015) y desarrollados por varios de sus discípulos, especialmente María Fernanda Solíz-Torres (2016). En la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas, los problemas de la salud pública, como otros procesos del orden humano, están socialmente determinados y, en ese sentido, los aspectos biológicos que están allí relacionados, si bien cuentan con una autonomía relativa, están subsumidos en el orden

social, en la dialéctica del metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 2015). En nuestra perspectiva, además, las dimensiones sociales «general, particular y singular» de la epidemiología crítica ocurren en un espacio-tiempo concreto que puede ser de mayor escala y duración, y los problemas de la salud pública, como otros procesos del orden humano, se develan históricos y territoriales. En este sentido, los aspectos sociales y el metabolismo sociedad-naturaleza, con autonomía relativa, están a su vez subsumidos en el orden histórico-territorial.

LA COMPRENSIÓN DE LA PANDEMIA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS DESDE LA PERSPECTIVA CRÍTICA HISTÓRICO-TERRITORIAL

Al igual que en las anteriores pandemias de gripe, el proceso de configuración de la pandemia de COVID-19 tiene lugar en el marco de las relaciones contemporáneas del poder mundial. Y, como en aquellas, la teoría de germen resulta dominante en el análisis, la explicación y la acción. A finales de los años sesenta del siglo pasado, la virología describió a una familia de virus de cadena simple de ácido ribonucleico (RNA) a la que denominó «coronavirus», porque sus formas rememoraban «la apariencia de la corona solar» (Nature, 1968). Cuando ocurrieron los primeros casos de enfermedad respiratoria grave en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei –la ciudad más poblada de China central, con 11 millones de habitantes–, la virología entró en operación de modo «natural». Rápidamente un laboratorio chino identificó el coronavirus que, con ciertas particularidades genéticas, fue denominado «nuevo coronavirus 2019» (2019-nCoV); y un grupo de investigadores de la Universidad de Hong Kong encontró un 82% de coincidencia con el coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-COV), y un 89% con uno de murciélagos (SARS-like-CoVZXC21) (Chan *et al.*, 2020). Una vez que la OMS, como autoridad mundial en salud, anunció la posibilidad de una pandemia, le asignó a la enfermedad el nombre «coronavirus disease» –con el acrónimo COVID-19–, y el Comité Internacional de Taxonomía de Virus renombró al virus como SARS-COV-2 (OMS, 2020; Gorbalenya *et al.*, 2020).

Con esta perspectiva virológica se ponía en marcha, otra vez, la larga duración de la visión microbiológica de la enfermedad. Y otra vez, dado que no había «bala mágica» contra el nuevo virus, se hizo patente el miedo y empezó a primar la metáfora de la seguridad y la guerra. En consecuencia, se profundizó el control de la población y los cuerpos, propio de la biopolítica que caracterizó Foucault hace más de 30 años (Foucault, 2007 [1979]), aunque con los instrumentos más eficaces de control de la tecnología contemporánea (Preciado,

2020; Han, 2020). Desde el modelo epidemiológico clásico, se trataría de una zoonosis, como se ha confirmado en varias epidemias y pandemias en los últimos 100 años, y sería obligado imputar a algún animal hospedero el hecho de haber propiciado el tránsito interespecies. La búsqueda condujo a dos mamíferos silvestres muy particulares: el murciélago y el pangolín. El coronavirus del murciélago alcanzó el 96% de coincidencia genómica y el de los pangolines el 90,3%; y para superar la teoría de la conspiración según la cual el virus habría sido diseñado en un laboratorio chino y difundido intencionalmente como arma biológica, los virólogos mostraron las dificultades materiales de esa hipótesis y continuaron explorando los detalles de la «hipótesis de la selección natural» (Andersen *et al.*, 2020: 452).

En medio de las múltiples relaciones de interdependencia que existen entre los seres vivos en los ecosistemas, incluidos los seres humanos, es comprensible que haya mutaciones. De hecho, son mutaciones las que permiten a las cadenas de material genético que constituyen los virus replicarse al interior de las células. Sin embargo, no existe un mundo absolutamente natural. El metabolismo sociedad-naturaleza del capitalismo ha transformado casi todos los ecosistemas en quinientos años, y generado, con ello, condiciones que pueden acabar con la vida, humana y no humana. No se trata de entender el asunto como una conspiración, aunque es claro que existen decisiones tomadas desde relaciones y lugares de poder que sustentan la enorme desigualdad social. Y hay responsabilidades. Pero una figuración humana tiene tanto de planeado como de no planeado (Elias, 1998 [1977]). Se trata de comprender cómo están organizadas esas relaciones mediante un evento que, gracias a ellas, ha afectado a una muy visible proporción de la población en todas las regiones del mundo y de manera desigual.

Para comenzar, es muy importante acudir a la constatación biológica de la transformación del virus, y trascenderla. La coincidencia entre el SARS-COV-2 y los coronavirus de los murciélagos y pangolines conduce a la forma en la que se ha producido la relación entre estos animales silvestres y los seres humanos. Y aquí aparece el mercado de Wuhan. Un mercado de todo tipo de alimentos vegetales y animales, en el que los animales vivos, silvestres y domesticados, son exhibidos en jaulas mínimas, sometidos a estrés y en un hacinamiento tal, que resulta inevitable compartir incluso las excreciones. El sacrificio de los animales ocurre a la vista de los compradores, y sin prestar mayor atención a la dispersión de la sangre y las excreciones que causan los chorros de agua y las inundaciones por las que a este y a otros mercados se les conoce como «mercados húmedos» o «mojados» (Carrasco, 2020).

Identificado el foco de la pandemia, comienza la culpabilización, la discriminación, el racismo y la aporofobia. Para superar esta mirada, es necesario ver la media duración en territorios amplios. Los mercados de Wuhan y otras provincias centrales de China, más campesinas que los puertos de expansión del comercio internacional, son el resultado de la apertura económica y política de China liderada por Deng Xiaoping a partir de 1978, tras la muerte de Mao Tse-Tung en 1976. Esta apertura, en medio de la expansión del neoliberalismo a nivel mundial, trajo consigo reformas profundas al socialismo chino (Fontana, 2011). Una de ellas impulsó a los campesinos a independizarse y a criar, cazar y consumir animales silvestres, con la justificación de que así se superaría la hambruna que habría generado la agricultura socialista. Pronto y de forma cada vez más rentable, aunque no para los campesinos, se configuró un mercado de animales silvestres y de comidas exóticas elaboradas con ellos, dirigido a compradores chinos enriquecidos con la apertura y a viejos ricos de los países del norte global. No se trata, pues, ni de prácticas tradicionales chinas ni de simple suciedad. Existe una demanda mundial que impulsa el mercado de los animales silvestres, igual que existe una demanda que impulsa el mercado del narcotráfico, las armas, el oro y los diamantes, y que justifica un control a medias de estas prácticas en un país que disputa la hegemonía mundial (Carrasco, 2020; Ayuso-Cabañas, 2020). En este caso se trata de los desarrollos, cada vez más complejos del agronegocio mundial, que maltrata de una manera descomunal a los animales, deforesta e invade de forma inédita los hábitats silvestres, y contamina y aporta fuertemente a la crisis climática (Rubio, 2017).

En efecto, la presencia china en el mundo contemporáneo es mucho más compleja que la adaptación al libre comercio, como parecía en el momento en que China entró a hacer parte de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 2001, después de 15 años de negociaciones (Rodríguez y Rodríguez, 2003). Arrighi analizó la transformación económica que significó la articulación entre un conjunto de decisiones complejas tales como mantener la propiedad estatal de la tierra, atraer el capital de los expatriados, ofrecer concesiones a las transnacionales europeas y estadounidenses para la producción local por medio de maquilas que incorporaran masivamente mano de obra china, ampliar el mercado interno, impulsar una educación masiva funcional a la dinámica tecnológica, invertir en ciencia y tecnología propias, y manejar la entrada al comercio mundial con bajo costo por medio de «zonas de procesamiento de las exportaciones», hasta lograr un lugar indiscutible en el comercio internacional y el sector financiero, y, en última instancia, disputar la hegemonía mundial con diferentes estrategias de expansión territorial (Arrighi, 2007).

Hoy en día, el intercambio de China con prácticamente todo el mundo es innegable. La confluencia entre finales de 2019 y comienzos de 2020, de la celebración de la «Gran fiesta de la familia» y el «Año de la Rata» –que daría inicio a un nuevo ciclo de sesenta años en el horóscopo chino–, generó la enorme movilidad interna e internacional por vía aérea que derivó en un proceso de configuración pandémico amplio y casi instantáneo en los países europeos, Rusia y Estados Unidos, y un poco más dilatado en los países del sur global (Infosalus, 2020). Todos los países se vieron sorprendidos por la velocidad del contagio y la superación de la capacidad de respuesta de los servicios de salud, cada vez más privatizados. Ciertamente, este asunto requiere un análisis adicional de la media duración, totalmente relacionada con la dinámica contemporánea del capitalismo mundial. Las reformas chinas iniciaron en el momento en que ocurría la crisis de sobreacumulación del capitalismo liberal liderado por Estados Unidos desde la posguerra. Harvey ha mostrado claramente cómo la sobreacumulación de dólares por parte de las corporaciones, generada por el régimen fordista keynesiano de la «edad de oro» entre 1946 y 1974, rompió el saco; primero con el mercado de «eurodólares» de finales de 1969, a través de las bolsas de valores apoyadas en la informática y la telemática desarrolladas en la Guerra Fría; y después con la decisión de Richard Nixon de ejercer el señoreaje monetario y emitir dólares sin respaldo en oro desde 1971 (Harvey, 2007). Dentro de las grandes corporaciones en expansión territorial y financiera estaban aquellas del llamado Complejo Médico Industrial (CMI) en Estados Unidos.

El CMI fue descrito por el Health Policy Advisory Center-Health-PAC (Centro de Asesoramiento sobre Políticas de Salud) de Nueva York, dirigido por Robb Burlage, en uno de sus boletines de 1969. Decían los autores: «[L]a ‘industria de la salud’ solía significar sólo médicos y compañías farmacéuticas. Ahora es médicos, medicamentos, suministros hospitalarios, equipos electrónicos, computadoras, seguros de salud, construcción, bienes raíces y cadenas lucrativas de hospitales y asilos de ancianos» (Burlage *et al.*, 1969: 1). Este sector, en crisis de sobreacumulación, ya dominado por corporaciones transnacionales, requería más expansión territorial. Tal expansión no podía darse sin la privatización de los sistemas de servicios de salud que habían sido construidos con recursos públicos (Iriart, Mehry y Waitzkin, 2000), bien por cotizaciones obligatorias o bien por impuestos, en el marco del Estado de Bienestar (Esping-Andersen, 1990), con base en la ampliación de la Carta de los Derechos Humanos de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 (Muguerza, 1989). Aunque fue más fácil realizar esta privatización en países donde no hubo un pacto capital-trabajo

suficiente como para haber desarrollado un Estado de Bienestar (Almeida, 2002; Fleury, 1997), la privatización de los servicios públicos de salud ha avanzado francamente en Europa en lo que va corrido del siglo XXI (Benach *et al.*, 2012).

Fueron decisiones políticas de la hegemonía del momento, orientadas a darle salida a la crisis de sobreacumulación de los años setenta, las que dieron espacio a una presencia cada vez mayor del discurso neoliberal que venía forjándose desde los años treinta, en sus dos corrientes principales: la austríaca-alemana y la estadounidense (Foucault, 2007 [1979]). No por casualidad se realizó el primer experimento neoliberal antisocialista en el Chile de Pinochet, con el apoyo de los Chicago Boys formados por Milton Friedman a mediados de los años setenta (Tetelboin, 2003). La consciencia del agotamiento de los combustibles fósiles con el Informe del Club de Roma no es la principal explicación de la crisis del petróleo entre 1973 y 1974. Influyó más la estrategia de colusión entre Nixon y los productores árabes para disminuir la producción y aumentar los precios de manera exorbitante en menos de un año. La crisis de la deuda en los años ochenta tampoco fue producto del azar, sino de la decisión del presidente de la Reserva Federal de Estados Unidos, Paul Volker, unos meses antes de la entrada de Ronald Reagan a la presidencia, de incrementar las tasas de interés, cuatro veces en un año, para atraer hacia el sector financiero la masa monetaria derivada de la emisión descontrolada de dólares y bajar la inflación (Harvey, 2007). Estas decisiones dieron comienzo al régimen de financiarización que se proyecta hasta la actualidad (Lapavistas, 2011).

Al tiempo que se producía la financiarización del régimen de acumulación, fueron surgiendo los bienes informacionales, basados en el código binario de las tecnologías de la informática y la telemática. Esta tecnología computacional se venía aplicando en muchos sectores de la economía, en especial, de los servicios de comunicación, salud y educación desde los años sesenta. Estos bienes informacionales, inmateriales, pero con soportes de distinto tipo, se producían de manera cada vez más barata –cuasi cero– y en cantidades enormes. Dada la altísima replicabilidad, la clave que permitiría una rápida y atractiva acumulación de capital sería la protección estatal e internacional por medio del «cercamiento» derivado del derecho de propiedad (Burdeau, 2015). Por ello, en 1976 Estados Unidos transformó los antiguos derechos relacionados con la copia de obras de creación, el Copy Right, junto con las patentes de propiedad industrial relacionadas con las invenciones, para crear los «derechos de propiedad intelectual» (DPI) (Zukerfeld, 2008). Se instauraron así las condiciones para una transformación del régimen de acumulación capitalista, de uno industrial

a uno cognitivo (Blondeau *et al.*, 2004). En las llamadas ciencias de la vida, tanto de la salud como de la agroindustria, los DPI, las llamadas «patentes», han sido el motor de la acumulación de capital (Dutfield, 2009), con estrategias cada vez más complejas de ampliación de cobertura en términos de duración, contenido y espacialidad (Zukerfeld, 2017). No en vano se produjo la convergencia entre Monsanto, la corporación del agronegocio mundial, y Bayer, una de las más grandes de los medicamentos.

En este contexto de expansión territorial de las corporaciones del capitalismo cognitivo se produjo la agenda de reforma estructural de los Estados que comenzó por latinoamérica en los años ochenta. El primer paquete fue el de los programas de «ajuste estructural», que incluían disminución del gasto público social, privatización de servicios públicos, apertura económica y flexibilización laboral, aplicados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) con base en la renegociación de la deuda, cuando los países no pudieron pagar el incremento de las tasas de interés. Poco después, vino la «reforma del financiamiento» de los sistemas de servicios de salud por parte del grupo de economistas neoclásicos dirigido por John Akin, de la División de Política e Investigación del Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial (BM) en 1987, en la que se proponía impulsar el pago de estos servicios por todo aquel que pudiera pagar a través de algún sistema de seguros, y focalizar los recursos públicos y la filantropía en los pobres (Akin, Birdsall y De Ferranti, 1987), muy al estilo chileno (Tetelboin, 2003).

En los años noventa, ya en el declive del mundo socialista, se incorporó la idea de «invertir en salud», en el sentido de incentivar al sector privado para «invertir» en estos mercados liberados en los países de ingresos medios y bajos, mientras se definía una focalización costo-efectiva de paquetes de salud para pobres, basada en la medición sistemática de la «carga de la enfermedad», como referente para «invertir» los escasos recursos públicos (BM, 1993; Laurell y López-Arellano, 2002). La agenda de la reforma en salud se vio fortalecida con el encuentro entre el ex ministro de salud de Colombia, el economista Juan Luis Londoño de la Cuesta, y el impulsor de la reforma de la salud en México, el médico Julio Frenk Mora, en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 1995. La racionalización de sus experiencias nacionales, desde una «economía de la salud» que aplicaba las teorías neoliberales y neoclásicas de la elección racional, del principal-agente y de la competencia regulada (Hernández, 2017), basadas en el individualismo metodológico aplicado a la política y la economía (Amadae, 2003), les permitió escribir el divulgado artículo titulado «pluralismo estructurado», que ha servido de referencia

mundial para establecer la nueva relación Estado-mercado en salud (Londoño y Frenk, 1997). La separación de funciones para dejar el financiamiento a cargo del Estado, por cotizaciones obligatorias e impuestos, y la articulación y la prestación en manos privadas, con regulación de la competencia entre aseguradores o articuladores, constituyen el núcleo duro de la nueva relación Estado-mercado en salud (Hernández, 2019).

Esta agenda ha impulsado la privatización de los sistemas públicos de salud por medio de la intermediación financiera de aseguradores con ánimo de lucro y competencia regulada, ya no solo de países de bajos y medios ingresos, sino del norte global en las últimas décadas. (Rivadeneira-Sicilia *et al.*, 2014). Incluso, Frenk y Londoño fueron llamados por la OMS, junto a los economistas neoclásicos que habían participado en el informe de «Invertir en salud», para elaborar el Informe Mundial de la Salud de la OMS sobre el «Desempeño de los sistemas de salud en el mundo», con base en el modelo de pluralismo estructurado. Para sorpresa de muchos, en esta evaluación, Colombia, que avanzaba en la aplicación del modelo, ocupó el primer lugar en «equidad financiera» y el 22 en el indicador integrado de desempeño entre todos los sistemas de salud del mundo (Hernández, 2001).

A mediados de los años noventa, la OMS, en especial en su regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se concentró en definir las «funciones esenciales en salud pública» (FESP), dado que el financiamiento de los servicios de salud estaba en manos de los organismos financieros multilaterales (Hernández *et al.*, 2002). Pero en 2000, se produjo una asociación política entre la OMS y el BM para el siglo XXI, en la que la primera asumió la agenda del segundo, alrededor de dos propuestas clave: el «Manejo Social del Riesgo» (MSR), desde el cual se establece la Nueva Protección Social; y la «Cobertura Universal en Salud» (CUS). La primera propuesta fue promovida por los economistas, también neoclásicos, Robert Holzmann y Steen Jørgensen, del Departamento de Protección Social del BM, basada en la idea de que los seres humanos vivimos como «trapezistas», sostenidos cada uno en su trapezoido con base en el esfuerzo individual. Cuando llega la adversidad, los seres humanos debemos tener redes de protección; unas más próximas, como la familia, los vecinos o las iglesias, y otras más estructuradas como los seguros. En última instancia, si no tenemos acceso a estas redes, tendremos que acudir a la «Nueva Protección Social» del Estado que consiste en programas focalizados de transferencias en efectivo condicionadas (TEC), dirigidas a los extremadamente pobres, identificados por encuestas, y con la condición de asumir comportamientos favorables a la «inversión en su propio capital humano» (Holzmann y Jørgensen, 2000). Prácticamente todos

los países de medios y bajos ingresos han aplicado los programas de TEC, focalizados y de bajo monto, y los han contabilizado para aumentar los ingresos de las familias empobrecidas, y así sacarlas de la «línea de pobreza» que se supera obteniendo un ingreso diario de dos dólares (Cohen y Franco, 2006); más aún, como veremos, en tiempos de pandemia.

La CUS, por su parte, fue propuesta inicialmente por el economista Joseph Kutzin, en reunión conjunta entre el BM y la OMS en Ginebra en 1999 (Kutzin, 2000). El planteamiento era sencillo: si los costos de la atención médica son tan altos –sin discutir la razón por la cual así lo son– que no es posible cubrir a toda la población por un sistema público universal, lo mejor es acudir a la función de los seguros de «proteger del riesgo financiero» a los individuos. En este sentido, convenía emprender alguna combinación de seguros de salud, para alcanzar la cobertura universal: obligatorios, para los trabajadores formales o de ingresos medios; subsidiados, para individuos que demostraran ser pobres o «vulnerables»; y voluntarios, para aquellos que tuvieran mayor capacidad de pago, como lo proponía el pluralismo estructurado y ya ocurría en Colombia. En todo caso, se proponía ir aumentando la población cubierta, el paquete de servicios y los recursos aportados, de manera que se pudiera lograr la cobertura universal del aseguramiento en salud en pocos años. Los dos organismos asumieron esta propuesta con total decisión, y entre 2005 y 2010 obtuvieron el respaldo de los países y el compromiso de incorporar la CUS en las agendas nacionales (OMS, 2010). En 2018, la OMS conmemoró en Astaná, Kazajistán, los 40 años de la conferencia de Atención Primaria en Salud de Alma Ata. La Declaración, titulada «Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible», expresa que «la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) [sic] y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud» (OMS-UNICEF, 2018: punto II) (Hernández-Álvarez *et al.*, 2020).

De esta manera, aunque la participación de los agentes de mercado tenga dimensiones y arreglos institucionales diversos, no es extraño constatar el desmantelamiento de los sistemas públicos de salud en todo el mundo, puesto de relieve con la expansión de la nueva pandemia. Las medidas de contención, aunque con matices, se centraron en la prevención del contagio por medio del control de la movilidad, el distanciamiento social y el aislamiento progresivo y la cuarentena; y su principal propósito fue evitar la saturación de los servicios de alta complejidad, prestados en las unidades de cuidado intensivo (UCI). Aún así, los servicios se saturaron en Bélgica y en regiones de Italia, España, Francia, Países Bajos, Rusia, Inglaterra y Estados Unidos. Y más aún

en América Latina, donde muchas personas han muerto en casa sin llegar a un servicio de salud. Poco se ha hablado de las desigualdades o las posibilidades de confinamiento de los inmigrantes pobres y de sus muertos en los países europeos (Calle-Aguirre, 2020). En Estados Unidos poco se visibilizó el mayor impacto de la pandemia en población negra e inmigrante (Herrera-Capetillo, 2020). Tampoco es visible la frecuencia de muertes en mayores de 70 años en los hogares geriátricos privados, unos por COVID-19 y otros porque no fueron atendidas sus enfermedades crónicas (DW, 2020). Así, la matriz de la desigualdad del norte global se hace cada vez más evidente. Ni qué hablar de la matriz de desigualdad de nuestros países latinoamericanos. Pero la respuesta individualista, tanto en los servicios de salud como en la protección social, no hará más que servir a los procesos de acumulación de capital del régimen actual (Hernández, 2019).

De hecho, el CMI se viene expandiendo a través de nuevas estrategias financieras, de todo tipo (Iriart y Mehry, 2017; Burlage y Anderson, 2018), y la puja por la vacuna para el nuevo coronavirus ha sacado a la luz, y con todo su esplendor, al capitalismo cognitivo (Le *et al.*, 2020). Puede decirse que la pandemia de COVID-19 ofrece oportunidades para consolidar el capitalismo cognitivo financiarizado, en medio de la disputa por la hegemonía mundial entre Estados Unidos y China. De un lado, el presidente Trump retira el financiamiento a la Organización –minoritario, por cierto–, y presiona por una investigación que demuestre su parcialidad hacia China y la responsabilidad del gobierno chino en la expansión de la pandemia (Infobae, 2020); y de otro, la industria farmacéutica y las fundaciones filantrópicas, como la de Bill y Melinda Gates, entran en la carrera por la vacuna y su patente, y financian a la OMS para que disminuya la regulación. Nada indica que un cambio profundo de la sociedad contemporánea, como se pensó al comienzo de la pandemia, sea inminente.

ALGUNAS PISTAS PARA ENTENDER LAS PARTICULARIDADES DE LA RESPUESTA A LA PANDEMIA EN AMÉRICA LATINA

Con frecuencia, las cantidades de enfermos y muertos por país se utilizan para tratar de valorar qué gobierno es más exitoso en el control de la pandemia. No es lo que, en perspectiva crítica histórico-territorial, nos interesa. Para nosotros, se trata de comprender las dinámicas territoriales del proceso de configuración de la pandemia, a la luz de la dinámica mundial presentada en la sección anterior. La pandemia nos ha enrostrado, sin titubeos, la matriz de desigualdad sin precedentes que hemos construido en nuestros países. Una matriz que, en diferentes coyunturas críticas, ha reproducido la colonialidad histórica (Estermann, 2014) y profundizado, en consecuencia, las relaciones de

poder y exclusión de etnia-raza, clase social, género y territorio, simultáneamente (Bidaseca, 2016; CEPAL, 2016). Hay mucho que comprender sobre las expresiones coyunturales de esta matriz en tiempos de pandemia, y no podríamos asumir la responsabilidad de discutir lo que ocurre en cada uno de los países de América Latina. Por lo pronto, y para avanzar en nuestro enfoque, analizaremos algunas diferencias entre México, Brasil y Colombia, países que hemos comparado previamente¹.

Cuando se observa el comportamiento de la pandemia en los tres países, una diferencia salta a la vista. Al momento de hacer este texto, las muertes por 100 mil habitantes eran mayores en Brasil (52,46), seguidas por México (45,78) y luego Colombia (31,46) (RTVE, 2020). Ciertamente el gobierno de Bolsonaro resalta por su negacionismo y negligencia explícita, pero es necesario pensar en las trayectorias de cada territorio nacional para entender mejor las diferencias. Para ello, el esquema de comparación se centra en los siguientes ejes de análisis: la forma de articulación de la economía territorial nacional al régimen de acumulación predominante; las características del régimen político y la correlación de fuerzas en cada territorio nacional; y la organización del sistema de salud en la media duración, en especial, en el período de reformas funcionales al capitalismo cognitivo financiarizado en el que nos encontramos.

De México puede decirse que la aplicación del modelo cepalino de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) en la posguerra, si bien menos que en Brasil, contribuyó al crecimiento y a una importante redistribución que consolidó el pacto corporativista del Partido Revolucionario Institucional (PRI), con una fuerte institucionalidad pública (Eibenschutz, 2007). La apertura económica iniciada en la crisis de la deuda en 1982 llevó a una transformación del modo de incorporación a la economía mundial determinada por una relación de creciente dependencia de la economía estadounidense, más intensa a partir de la entrada en vigencia del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) en 1994. Los ejes de la economía mexicana en los últimos treinta años, con sus implicaciones sociales, ambientales, políticas y militares, se han centrado, primero

1 Nuestro grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social», adscrito al Centro de Historia del Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, realizó un estudio comparativo titulado «Reformas sanitarias en América Latina. Perspectiva comparativa, Brasil, México y Colombia: 1980-2008», entre 2009 y 2011, con recursos de Colciencias. Se han producido publicaciones parciales, pero no se ha publicado todo el informe de esta investigación.

en una pesada deuda externa, y después, en cinco sectores ligados al modelo exportador: el petróleo, las maquilas, el turismo, las remesas de los migrantes y el narcotráfico (Meyer, 2003). La firma del nuevo Acuerdo Estados Unidos-México-Canadá (T-MEC, en español), una de las promesas del Presidente Trump, es una necesidad para México porque los dos países del norte representaron el 65,57% del comercio total del país con el exterior en 2019 (Grande, 2020). Esta situación ha hecho que los cambios en el régimen político, en especial a partir de la crisis del partido único y la apertura electoral que inició poco antes de 2000, no hayan implicado transformaciones importantes en la orientación de la política económica estructural, aún con la llegada a la presidencia del líder del sector más socialdemócrata, Andrés Manuel López Obrador.

La trayectoria de larga duración del pacto corporativista que sostuvo al PRI por cerca de 70 años dejó huellas indelebles. Desde la crisis del corporativismo priista en los años ochenta y en medio del ajuste estructural exigido por el FMI, se realizaron cambios constitucionales e institucionales que hacían pensar en una gran transformación, liderada en salud por el médico y químico Guillermo Soberón, exrector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y secretario de salud del presidente De la Madrid (1982-1988). En la Constitución, Soberón logró modificar el artículo cuarto que se refería al derecho a la salud, con una acepción similar a la de la Constitución chilena de 1980: derecho a la «protección» en salud. Con esto, y siguiendo el plan, se asimilaría el derecho al «servicio» de atención médica, se dejaría bajo el control de la Secretaría de Salud y se iría incorporando progresivamente a las instituciones de seguridad social y al sector privado. Como instrumentos de impulso a la reforma, Soberón creó en 1985 la Fundación Mexicana de la Salud (Funsalud), un think tank financiado por grandes empresarios y filantropía estadounidense; y en 1987, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), adscrito a la Secretaría de Salud, donde se ubicó la corriente de la «Nueva Salud Pública» (NSP), orientada por el médico y salubrista Julio Frenk (1992). Si bien Soberón avanzó en la descentralización de los servicios de provisión directa del Estado, funcionarios y académicos salubristas, miembros de la Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP), vinculados a cargos importantes a través del PRI, se opusieron a la NSP por los impactos que tendría la descentralización en la integración local de servicios y en los programas verticales de salud y control de enfermedades. Entre tanto, los sindicatos de las instituciones clave de la seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), conservaron su autonomía (Abrantes-Pêgo, 2010).

En los años noventa, la negociación del TLCAN abrió una nueva ventana de oportunidad para la reforma estructural del sistema de salud. En 1993, Funsalud creó el Centro de Economía de la Salud (CES), para propiciar la entrada de los empresarios de la salud al sistema. Este centro fue dirigido por el mismo Frenk, cuando culminó su formación en Estados Unidos, donde conoció al equipo que elaboró el informe del BM «Invertir en salud». Gracias a ello, el CES fue el primero en elaborar un paquete de servicios costo-efectivo, como el que proponía el informe. En 1994, preparando el nuevo sexenio, los «neosalubristas» lideraron el Programa de reforma para el sector salud del gobierno Zedillo (1994-2000), basado en la experiencia colombiana del aseguramiento en salud con competencia regulada (Ley 100 de 1993), a la que ya se le denominaba «pluralismo estructural» (Abrantes-Pêgo, 2010: 115-116).

Frente a la reforma estructural hubo francas oposiciones. De un lado, el conjunto de sindicatos del sector salud se movilizó, en alianza con comunidades y fuerzas políticas del PRI en los estados y el gobierno federal; de otro, algunos líderes de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), vinculados a la APS de Alma Ata y a la salud como bien público, y profesores del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Autónoma de México (UAM); y más contundente aún, fue la oposición del grupo de investigadores de la maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco (UAM-X), vinculados a grupos de izquierda y sindicatos, que ya habían advertido el carácter neoliberal de la reforma promovida por Soberón en los ochenta. Una vez conformado el Partido de la Revolución Democrática (PRD), con la confluencia entre el sector del PRI que había apoyado a Cuauhtémoc Cárdenas en la oposición al ajuste neoliberal y sectores más tradicionales de la izquierda socialista, con fuertes vínculos con organizaciones sindicales, el grupo de la UAM-X, liderado por Catalina Eibenschutz y Asa Cristina Laurell, elaboró el programa de salud orientado hacia el «Servicio Único de Salud universal e igualitario» (sic.) (Abrantes-Pêgo, 2010; Laurell, 1991: 32-33). El PRI logró ganar las elecciones, pero se conformó el Frente por la Defensa y el Fortalecimiento de las Instituciones de Salud Pública y Seguridad Social en 1995.

Con la apertura del sistema electoral, Cuauhtémoc Cárdenas ganó por el PRD el gobierno del entonces Distrito Federal en 1997. Ese mismo año, avanzó una forma de privatización de la seguridad social con el funcionamiento de los fondos privados de pensiones, la afiliación voluntaria al seguro de salud y la subcontratación de servicios con prestadores privados (Le Bonniec, 2002). En 2000, el Partido Acción Nacional (PAN), originado en la Democracia Cristiana de los

treinta, pero desde la crisis de los ochenta abiertamente empresarial y neoliberal, logró llegar a la presidencia con Vicente Fox y mantenerse en el gobierno hasta 2012; al mismo tiempo, entre 2000 y 2006, López Obrador ejerció el gobierno del Distrito Federal por el PRD. En esta coyuntura crítica, Julio Frenk, secretario de salud del presidente Fox, avanzó en la privatización progresiva de la prestación de servicios en las instituciones de la seguridad social y puso en marcha el modelo de «seguro popular» en 2002. Este seguro subsidiado abría la puerta a la transformación del financiamiento de la oferta pública descentralizada, manejada por las secretarías de salud de los estados y el Distrito Federal, hacia un modelo de aseguramiento individual con subsidio a la demanda, paquete limitado de servicios, cada vez más focalizado en pobres, como proponía la agenda internacional que Frenk había ayudado a construir (2006). Este subsidio vendría a complementar los programas de TEC que se habían iniciado en 1999 con el programa Progresá (Cohen y Franco, 2006).

Del otro lado, desde la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Asa Cristina Laurell fortaleció la oferta pública de servicios por medio de un incremento presupuestal del 80% para ampliar y mejorar estos servicios en zonas priorizadas, un nuevo «modelo de atención en salud» (MAS), complementado con la gratuidad de los medicamentos y programas de protección social directa para adultos mayores, todo lo cual iba en contravía de la agenda reformista neoliberal (Laurell, 2008). Además de la resistencia de los sindicatos, tanto de los trabajadores que sostienen la seguridad social mexicana como los de sus instituciones, el grupo liderado por Laurell ha sido un obstáculo para la aplicación plena del pluralismo estructurado en México. Al tiempo que el grupo de economistas de la salud presenta sus evaluaciones positivas del seguro popular (Knaul *et al.*, 2018), varios estudios de la UAM-X y de la misma Laurell (2013) han mostrado sus limitaciones y consecuencias para el sistema de salud y la reproducción de la matriz de desigualdad en el país.

Cuando López Obrador asumió la Presidencia de la República, por el Movimiento Regeneración Nacional (Morena), en diciembre de 2018, incorporó a Laurell a su gabinete, al frente de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sistema de Salud (SIDSS). Si bien la primera decisión en materia de servicios de salud del gobierno de López Obrador fue la suspensión del Seguro Popular y su reemplazo por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), basado en la oferta pública de servicios, la pandemia ha sido manejada en una lógica tradicional: vigilancia epidemiológica, aislamiento errático e higiene, por un lado, y preparación de servicios de alta complejidad para atender enfermos graves, por otro. El manejo ha sido orientado

por el secretario de salud Jorge Alcocer, pero especialmente por Hugo López-Gatell, subsecretario de prevención y promoción de la salud. López-Gatell es médico, internista y epidemiólogo formado en la Universidad de Johns Hopkins y profesor del INSP, largamente orientado por Julio Frenk.

Recientemente, y en medio de la pandemia, López-Gatell ha propuesto la integración de varias unidades técnicas de la Secretaría de Salud, para conformar una potente Subsecretaría de Salud Pública. En ella se integrarían, por ejemplo, la Dirección General de Epidemiología y la Dirección de Información en Salud, dependientes en la actualidad de la SIDSS y referentes de la integración de servicios de oferta pública, para conformar el Centro Nacional de Inteligencia en Salud (Alejandra, 2020). La respuesta a la pandemia avanza entonces separando los servicios de atención individual de aquellos de salud pública, ahora entendida desde la perspectiva epidemiológica y poblacional, como sugiere el modelo de las FESP desde finales de los noventa y la NSP de Frenk. Esta separación resulta bastante funcional a un proceso de privatización del sistema de salud en México. Tal vez esta situación pueda explicar el marginamiento que sufrió Asa Cristina Laurell de las decisiones centrales del sistema y del manejo de la pandemia en el actual gobierno, y por lo cual ella se vio obligada a renunciar; con ello, el movimiento liderado por la medicina social mexicana pierde una ventana de oportunidad para avanzar en la integración de un sistema público universal de salud. De esta forma, México ha enfrentado una fuerte tensión entre las propuestas neoliberales en salud y aquellas que buscan mantener un control estatal de la asistencia médica y ampliar la garantía del derecho a la salud. Si bien el sistema sanitario ha permanecido fragmentado, la tendencia hacia la instauración de una división de servicios pro mercado se ha hecho notoria, aún bajo las directrices de un gobierno socialdemócrata.

En Brasil la situación es más dramática, en todos los planos del análisis. Su inserción al capitalismo mundial ha sido muy diferente a la de cualquier país de la región latinoamericana, debido a una larga trayectoria de industrialización que se consolidó en los años sesenta con el «milagro brasileño», y propició la conformación de un fuerte mercado interno entre sus países vecinos, hasta conformar el Mercosur (Marques-Pereira y Théret, 2004). Esta condición ha dado a Brasil la posibilidad de contar con una masa amplia de trabajadores asalariados, tanto en el sector privado como en el público (Suzigan, 1988). De allí su temprano desarrollo de la seguridad social (Paim *et al.*, 2011), con la particularidad de haber emprendido un gran crecimiento de la oferta privada de servicios de salud de mediana y alta complejidad desde los años sesenta (Cordeiro, 1984; Bahia, 1999).

En el período del ajuste fiscal de los años ochenta, la crisis económica y política que venía desde la década anterior dio espacio para la entrada, cada vez más sólida, de un movimiento social y político que, contra la larga dictadura militar, proponía la democratización de la sociedad y la garantía plena de derechos, entre ellos, el de la salud (Escorel, 1999). El «movimiento sanitarista», como se denominó en esa década, que incluyó a diversos sectores sociales, populares y barriales, y partidos políticos de izquierda, tuvo el liderazgo de la corriente crítica de la Salud Colectiva, par de la Medicina Social mexicana (Abrantes-Pêgo y Almeida, 2002). Este movimiento encontró su máxima expresión en la 8.ª Conferencia Nacional de Salud en 1986 y logró incluir en la Constitución de 1988 el reconocimiento de la salud como un derecho de los ciudadanos y un deber del Estado, en contra de la agenda neoliberal del momento. De allí el surgimiento del Sistema Único de Salud (SUS) con pretensión universalista (Escorel, Do Nascimento y Coelho, 2006; Escorel y De Bloch, 2006).

Al mismo tiempo, la crisis de la deuda, la inflación imparable y la correlación de fuerzas en un régimen político multipartidista, individualista y poco articulado, condujo a un período de crisis y recomposición por la vía neoliberal de estabilización monetaria y apertura económica, junto con una articulación mayor del sector salud brasileño al CMI, en expansión a través de la provisión de servicios privados (Fleury, 2007). El poder de los pactos entre élites empresariales y políticas regionales se hizo evidente en la coyuntura del presidente destituido Fernando Collor de Melo (1990-1992), más aún con el acuerdo impensable entre élites del sur y del norte del país por parte de Fernando Henrique Cardoso entre 1995 y 2002 (Anderson, 2016). La estrategia económica de orientación neoliberal no fue de apertura directa al norte global, sino que fortaleció el liderazgo de Brasil en el Mercosur, para convertir la apertura hacia el espacio regional en una ventaja comparativa, gracias a la industrialización acumulada (Marques-Pereira y Thérêt, 2004). De igual manera, se produjo el desfinanciamiento del SUS, al retirarse el aporte de los empresarios, mientras se consolidaba un sistema «suplementario» de seguros privados para trabajadores de altos ingresos, especialmente del sector público, con estímulos tributarios (Lobato y Burlandy, 2000). Cardoso implantó también un programa de TEC en 1999 denominado «Bolsa Familia» (Cohen y Franco, 2006), y fue sustituyendo el modelo corporativo y por sectores de la época de la dictadura hacia uno de «individualización del riesgo» (Fleury, 2007: 153), más cercano a la agenda de reformas.

Cuando el Partido de los Trabajadores (PT), después de cuatro intentos, logró poner en la presidencia a Luiz Inácio «Lula» Da Silva

en 2003, se abrió la oportunidad de fortalecer el SUS. De hecho, la ruta escogida fue la del programa de Salud de la Familia, que logró responder a las necesidades de salud de las poblaciones rurales y a parte de las urbanas. La integración de programas de TEC con otros servicios, como alimentación, salud y educación, logró afectar la desigualdad histórica del país (Tassara, Ibarra y Vargas, 2015). Pero este incremento en la capacidad de compra de los pobres no se tradujo en un afianzamiento del proyecto de derechos sociales de la Constitución; el desfinanciamiento del SUS no se resolvió y el sistema suplementario continuó su crecimiento paralelo, ambos con alta participación del sector privado de seguros y prestadores de media y alta complejidad, profundizando así la lógica individualista (Bahia, 1999; Fleury, 2007).

La estrategia de recuperación del lugar de la economía del país en el escenario económico mundial resultó exitosa, al punto de hacer de Brasil uno de los países emergentes que lograron disputar la hegemonía mundial, junto con Rusia, India, China y Suráfrica, con el acrónimo de BRICS, pero a expensas de consolidar un modelo extractivista con proyección regional dominante que recordaba el «subimperialismo» (Zibechi, 2012). Este «éxito» internacional, gracias a los precios del petróleo y otras commodities, demandó alianzas con las élites políticas y empresariales, con las que no contaba el PT, para sostener su legitimidad política, mientras se iba alejando de sus sectores más programáticos y de izquierda (Singer, 2012). El PT, como desde el principio del gobierno de Lula da Silva se propuso, creyó que podría beneficiar a los pobres sin afectar a los ricos (Anderson, 2016).

Estas alianzas pragmáticas condujeron a políticas erráticas en el momento de «las vacas flacas», al tiempo que consolidaron una estructura de corrupción en la que estaban viejos beneficiarios del desarrollismo y el extractivismo brasileño, como en Petrobras, la joya de la corona, pero también nuevos sectores de ultraderecha que venían de las iglesias protestantes evangélicas, exmilitares y miembros del aparato judicial. Sectores de clase media se manifestaron en contra de la corrupción, centrada por los medios en el escándalo Lava Jato mientras ocultaban la lista de 316 políticos de Odebrecht, y los pobres no salieron a apoyar al gobierno. Entre tanto, otra alianza, liderada de nuevo por Fernando Henrique Cardoso, desde una imagen de «estadista senior de la República», logró que se diera el golpe parlamentario a Dilma Roussef y el encarcelamiento de Lula da Silva entre 2016 y 2017, con lo cual se retomaba el ajuste y la agenda neoliberal por parte de su anterior aliado Michel Temer (Anderson, 2016). Quedó así abierto el paso a los sectores más radicales de la derecha liderados por el militar retirado Jair Bolsonaro, cuya campaña política por internet

y en los medios de comunicación afianzó la polarización clasista, racista y sexista de la matriz de desigualdad de Brasil (Segato, 2016).

La destrucción de la institucionalidad creada en los periodos de gobierno del PT desde el gobierno interino de Michel Temer en 2016 es impresionante, en todos los sectores: ambiente, educación, seguridad y protección social, y salud. El SUS se encuentra totalmente desfinanciado. La llegada a la Presidencia de Bolsonaro en enero de 2019 y su visita al presidente Trump, justo al comienzo de la pandemia, mostraba la cercanía ideológica, política y comercial de los dos líderes, y una clara actitud negacionista, por la cual el ministro de salud, Luiz Henrique Mandetta, tuvo que hacer la denuncia y renunciar (Picheta y Siad, 2020). El negacionismo de Bolsonaro se ha expresado en diferentes formas de negligencia frente a la detección y prevención del contagio, y la atención de los casos. Dos ministros de salud más renunciaron y «un militar sin experiencia» acaba de asumir la cartera (Agencia EFE, 2020). Entre tanto, los grandes negocios de una economía fortalecida desde el período anterior se consolidan, a partir de fuertes alianzas políticas y económicas.

Se puede decir que Brasil ha sufrido un repliegue de su expansión estatal y de sus procesos de integración de la población excluida, debido al ascenso de una nueva derecha que encontró un terreno abonado por la crisis económica, la corrupción, la delincuencia y la incapacidad del gobierno para canalizar y, aun entender, el descontento popular. Las presiones al SUS han sido constantes y, si bien la arquitectura institucional del sistema sirve como soporte para enfrentar la crisis pandémica, que tiene un alarmante panorama, sobretudo al norte del país, la búsqueda por profundizar las dinámicas mercantiles de la salud está horadando lo más esencial del sistema de salud. Está sobre la mesa, desde 2018, la propuesta de Edvaldo Batista de Sá, del Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), vinculado a la Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia, de aumentar la cobertura poblacional y de planes de seguros de salud del sistema suplementario, con una regulación que permita bajar costos y aumentar servicios, tal cual propone la agenda. De esta manera, se pretende «disminuir la presión» sobre el SUS y «aumentar su eficiencia», con un discurso de derecho fundamental a la salud y de equidad (Batista de Sá, 2018). Pronto vendrá la transformación del financiamiento de la oferta a la demanda, por algún seguro para pobres o régimen subsidiado, al estilo colombiano, que reemplace al SUS.

Colombia por su parte, nunca alcanzó los niveles de industrialización que se vieron en México en los años sesenta y setenta, y muchos menos los de Brasil (Ocampo, 1994). En medio de una economía de agroexportación de un bien primario como el café y una fuerte

dependencia económica y política de Estados Unidos, la sustitución de importaciones se concentró en ciertos sectores selectivos liderados por las élites regionales (Misas, 2002). Desde los años setenta se fue consolidando una ruta de reprimarización de la economía a través de los sectores mineroenergético, la agroindustria, la ganadería y el narcotráfico, con franco predominio del sector financiero (Bonilla, 2011; Villabona, 2015). Tal vez por los dineros del narcotráfico, la crisis de la deuda no fue tan profunda como en México o Brasil. Pero la crisis económica también se articuló a la peor de las crisis de legitimidad del régimen político colombiano (Medina, 1997).

El cierre del sistema político por medio del pacto bipartidista denominado Frente Nacional, entre 1958 y 1974, fuertemente familiarista, clientelista y regionalizado, de tipo consociacionista, como lo calificó Hartlyn (1993), se prolongó hasta finales de los ochenta. En medio de la Guerra Fría y la proximidad de las élites bipartidistas a la Alianza para el Progreso y la seguridad nacional impulsadas por Estados Unidos (Vega-Cantor, 2016), junto con una concentración de la riqueza sin resolver el problema del acceso a la tierra, el cierre bipartidista propició la conformación de guerrillas, tanto campesinas como urbanas, desde mediados de los años sesenta (Fajardo, 2015; Moncayo, 2015). En los años ochenta la baja de los precios del café, la crisis financiera, la profundización del conflicto armado con la presencia de paramilitarismo, empresarios y narcotráfico aliados, la combinación de la lucha contrainsurgente y antinarcóticos apoyada por Estados Unidos, y la alta movilización social por la crisis de legitimidad del régimen político, condujeron a un acuerdo parcial de paz que llegó hasta la formulación de una nueva Constitución en 1991 (González-Posso, 2012). No obstante, el asesinato del salubrista y defensor de derechos humanos Héctor Abad Gómez, junto con dos colegas más en agosto de 1987, produjo una diáspora de la intelectualidad que lideraba la corriente de Medicina Social desde la Facultad Nacional de Salud Pública, comenzando por su principal referente, Saúl Franco, en contraste con lo que estaba ocurriendo en México y Brasil para la misma época.

Si bien se trataba de una incorporación de sectores sociales y políticos antes marginados, como grupos insurgentes, pueblos indígenas, negros, mujeres y estudiantes (González-Posso, 2012), también estaban dadas las condiciones para la incorporación de la agenda neoliberal, gracias a la violencia y a un régimen político bipartidista, cerrado, sin corporativismo ni populismo para la legitimación del Estado como en México y Brasil (Le Bonniec, 2002). El gobierno de César Gaviria Trujillo (1990-1994) encontró una ventana de oportunidad para realizar al mismo tiempo una apertura económica de

corte neoliberal, de manera que la Constitución resultó tener una apariencia bifronte: socialdemócrata y neoliberal de manera simultánea (Hernández, 1991). Los derechos sociales, económicos y culturales, incorporados por primera vez en un pacto constitucional, se enunciaron como «servicios públicos que podrán prestar particulares», en una relación Estado-mercado que después se denominó «Estado regulador» (Lamprea, 2011). En este modelo el Estado se retira de manera decidida y progresiva de la provisión de servicios públicos, impulsa la participación de agentes privados y establece unas reglas para la transferencia de los recursos públicos. Aunque se presentaron propuestas de todo tipo, más o menos garantistas o privatizadoras desde diferentes corrientes políticas, en el sector de la seguridad social se produjo el mayor avance de reforma estructural, cercana a la agenda promovida por el BM (Londoño, 2001; Hernández, 2003; Vega-Vargas *et al.*, 2012). La racionalización de la experiencia colombiana por parte de uno de los líderes de esta reforma, Juan Luis Londoño, dio origen a la propuesta del «pluralismo estructurado» mencionada antes (Londoño y Frenk, 1997). Colombia también es uno de los ejemplos de la aplicación de los programas de TEC, desde 1999, pero quiso ir más allá para incorporar la «nueva protección social» en la estructura institucional con la creación del Ministerio de Protección Social que promovió el mismo Londoño en 2002, para integrar salud, asistencia social, trabajo y seguridad social (Guerrero, 2006), aunque en 2011 estas instancias se volvieron a separar.

Después de algo más de 25 años de implementación, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano es ejemplo de la CUS, pues el aseguramiento alcanza el 95% de la población, tal como había sugerido Kutzin, en un modelo de competencia regulada (Restrepo, 2000). Un Régimen Contributivo obliga a cotizar a todo aquel que cuente con ingresos mayores a un salario mínimo, sean o no trabajadores formales; un Régimen Subsidiado, financiado por impuestos y el 1% de las cotizaciones, incorpora a los pobres al mercado regulado de aseguramiento una vez han sido identificados con una encuesta de hogares (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales-SISBEN); algunos regímenes especiales para poblaciones de trabajadores que venían del sistema anterior han ido desapareciendo y hoy solo incluyen a una muy baja proporción de la población; y, en todo caso, todo aquel que pueda pagar un seguro privado o plan complementario, lo puede hacer (Guerrero *et al.*, 2011). Y como cabe esperar, la calidad y la oportunidad de acceso a los servicios es desigual entre pobres, sectores medios y ricos. La capacidad de pago que sustenta el modelo de demanda del aseguramiento

individual reproduce la matriz de desigualdad de clase, etnia-raza, género y territorio (Hernández, 2019).

Dado que todos los prestadores de servicios se han adaptado a la competencia empresarial de la venta de servicios a los aseguradores, se ha producido una privatización de facto de la oferta pública, con deudas exorbitantes acumuladas por parte los aseguradores (ACHC, 2019) y una precarización laboral pasmosa en todo el sector salud, como ha quedado evidenciado en la pandemia (AIL, 2017; Aguirre-Fernández, 2020). La salud pública, siguiendo los lineamientos de las FESP, se centra en lo epidemiológico y poblacional, y se traduce en un paquete de servicios denominado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), al que se le asigna alrededor del 5% del gasto total en salud (MinSalud, 2018). En estas condiciones, se ha debilitado la capacidad institucional pública, más que en México o Brasil, tanto en la prestación como en la salud pública descentralizada hacia los entes territoriales, sin recursos ni capacidades acumuladas (Roth y Molina, 2013).

El gobierno de Iván Duque, que se posesionó en agosto de 2018 y representa al sector de la derecha opuesto al proceso de paz firmado en el gobierno anterior de Juan Manuel Santos con la principal guerrilla de los años sesenta, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP), ha reducido el acuerdo a un asunto de reintegración de exguerrilleros (FIP, 2019). El gobierno se encontraba en uno de sus peores momentos políticos antes de llegar la pandemia. La falta de implementación del acuerdo de paz, junto con el asesinato sistemático de líderes sociales por fuerzas paramilitares sin control, la reincidencia de un sector de las FARC, la persistencia del Ejército de Liberación Nacional (ELN) y la decisión de dar una vuelta de tuerca a la implantación del modelo neoliberal habían producido una de las movilizaciones sociales más grandes de las últimas décadas, exigiendo garantía de derechos y una revisión de fondo a todas las políticas (Semana, 2019). Así que la llegada de la pandemia en marzo de 2020 se convirtió en un salvavidas político del gobierno.

La respuesta ha sido una combinación entre confinamiento indiscriminado y apertura de actividades económicas, mientras se preparan los servicios de salud, concentrados en los servicios de las UCI, sin diferenciación territorial y con franca postergación de la atención de los enfermos no COVID-19 (DISP, 2020). Cuando se examinan los decretos de Emergencias Económica, Social y Ecológica del gobierno se encuentra que se han incrementado los recursos públicos, pero la forma de asignación, propia del Estado regulador, ha sido hacia los intermediarios financieros; esto es, a los aseguradores en salud de un lado y a los bancos del otro, tanto para la oferta de créditos a los empresarios y a las familias que tengan alguna capacidad de pago, como

para los pobres atendidos por medio de los programas de TEC (SUIN, 2020). Todo muy funcional a la acumulación de capital en el régimen de capitalismo cognitivo financiarizado (Hernández, 2019).

De esta forma, Colombia mantiene un férreo sistema de aseguramiento individual en salud que ha resistido a todas las críticas, denuncias y protestas. Este esquema ha sido un gran obstáculo para desarrollar las labores de salud pública que se requieren en medio de la pandemia y para garantizar un adecuado ejercicio de la autoridad sanitaria nacional y territorial. Pero el apoyo gubernamental a las aseguradoras privadas ha sido firme y, de hecho, las medidas tomadas desde la jefatura del Estado han privilegiado la sostenibilidad económica y el apoyo al sector financiero, por sobre el bienestar de las personas que se están empobreciendo con la crisis pandémica o que, desde antes, ya vivían en precariedad. Aunque con algunas tensiones internas, debido al papel que han jugado algunas autoridades locales, el respeto por el marco del modelo de aseguramiento se mantiene. Y no parece que la situación vaya a cambiar, por lo pronto.

Esta breve comparación parece indicar que, si bien la arquitectura institucional de los países y las dinámicas políticas son distintas, existe una tendencia común hacia el predominio de mercado en la organización de las respuestas a las necesidades sociales. Esta tendencia ha dejado consecuencias graves en los tres países que han impedido construir respuestas adecuadas al reto de la pandemia. La primera de ellas es la desigualdad acumulada. Al finalizar 2019 el índice de Gini de Brasil era el más alto de la región, con 53,3%, seguido por Honduras (50,5%), Colombia con el 49,7% y muy cerca de ellos México, con 48,3% (BM, 2019). Esta desigualdad estructural, de clase, género, etnia y territorio, se ha agudizado con la precarización laboral y la informalidad, superior al 45% en los tres países (IMF, 2018), producto de la flexibilización laboral exigida por el ajuste estructural. De este modo los tres países se vieron abocados a una pandemia con sociedades desiguales, inequitativas y fuertemente golpeadas por la informalidad, donde las medidas como el aislamiento, las cuarentenas y las restricciones a la movilidad agudizaron la cuestión social, el desempleo y la precariedad.

El segundo tipo de consecuencias tienen que ver con el desarrollo científico técnico. Si bien México y Brasil lograron niveles de industrialización importantes en el siglo XX, la dinámica del capitalismo cognitivo convierte a los tres en países dependientes de tecnologías y desarrollos científicos para enfrentar la pandemia. Ninguno cuenta con capacidades para desarrollar una vacuna, construir ventiladores mecánicos o producir sueros o medicamentos específicos. Alrededor de las patentes financiarizadas predomina una competencia global

rapaz y descarnada, inscrita en una geopolítica injusta donde se imponen los valores de la acumulación capitalista sobre los de la solidaridad. En esa geopolítica de la salud, los tres países ocupan un lugar desafortunado de dependencia y pobre capacidad de negociación. Entre ellos, Colombia lleva la peor parte.

El tercer conjunto de consecuencias se relaciona directamente con los sistemas de salud. Producto de la agenda de reformas que debilitan la institucionalidad pública y fortalecen los agentes de mercado, se aprecia el incremento de sus ganancias mientras otros sectores de la economía se derrumban en plena crisis. Este debilitamiento de lo público en salud resulta crítico en coyunturas como la actual, cuando la única respuesta posible y esperable debería venir, y en efecto así ha sucedido en todo el mundo, del Estado. Pero ¿por qué del Estado? La razón no es ideológica, es histórica (Polanyi, 1997 [1944]): el mercado, como en el pasado, se muestra incompetente, una vez más, para organizar la salud y gestionar las crisis.

Los tres países han sufrido un debilitamiento diferencial de la organización territorial de la salud pública, la vigilancia epidemiológica, la incapacidad de rastrear casos y contactos o aplicar y procesar adecuadamente pruebas diagnósticas, todo lo cual es vital para enfrentar la pandemia. Y, aunque suene extraño, en modelos pro-mercado que privilegian la atención individual sobre las actividades colectivas, en el campo asistencial las cosas no van mejor. Quedó expuesto el déficit de hospitales y unidades de cuidado intensivo, la pésima distribución y la concentración de camas hospitalarias respecto de los parámetros internacionales (OECD, 2019).

La corrupción, evidente en los tres países, tiene que ver tanto con la trayectoria de los regímenes políticos poco democráticos, como con el auge del mercado en la infraestructura y los servicios públicos, en una lógica de traslado de recursos públicos a grandes corporaciones por la vía de la contratación, la concesión o el pago per cápita, en la que los nexos entre políticos y empresarios son fundamentales. En pandemia, los recursos públicos resultan ser una oportunidad perfecta para la contratación rápida con amigos, el fraude, la consolidación de estructuras de capital-poder del sector salud y la acumulación privada a costa de la inatención en salud de millones.

De igual modo, las resistencias a las tendencias mercantiles se desarrollan de diversa manera y han tenido resultados diferentes. De hecho, la movilización social está apareciendo de muchas formas en los tres países, como en toda nuestra región y otras partes del mundo, como se puede constatar (Zibechi, 2020). Pero las articulaciones que permitan cambiar la correlación de fuerzas aún están por verse.

TERRITORIALIZAR PARA TRANSFORMAR

Como hemos mostrado hasta aquí, la pandemia de COVID-19 se forja en el crisol de los cambios en el último ciclo sistémico de acumulación y no es igual para toda la población del planeta. La expansión de la pandemia desde su epicentro en Wuhan ha sido vertiginosa, siguiendo la dinámica de las sociedades capitalistas contemporáneas. Pero la ola pandémica se ha expandido de manera desigual y ha hecho visible lo despiadado y hostil que puede llegar a ser el sistema del capital, y lo avaras y mezquinas que llegan a ser las clases dominantes. La acción de los gobiernos está condicionada por su inserción en complejas dinámicas económicas y geopolíticas, tanto como por la correlación de fuerzas del proceso de territorialización nacional. Por eso, tanto la configuración de la pandemia en cada región y territorio, como la forma en que ella se enfrenta, dependen de la trayectoria de la estructura institucional y de las redes de poder en las sociedades concretas. Ante ello, el reto para las propuestas alternativas es enorme. La perspectiva crítica histórico-territorial impone una ruta de transformación de un estado de cosas que se ha venido construyendo desde hace más de 500 años, pero que toma formas diferentes en duraciones y territorios diversos. Las oportunidades de cambio implican acciones colectivas en muchas direcciones y al mismo tiempo.

Si la pandemia del nuevo coronavirus ha develado las formas de explotación de la naturaleza más crueles, se impone repensar la relación interespecies, en otro metabolismo sociedad-naturaleza, otro proyecto civilizatorio capaz de cuidar la vida en su conjunto, y no continuar con el ideal cartesiano del dominio sobre la naturaleza (Megías-Quirós, 2014). La filosofía del «buen vivir», con sus versiones diferentes en pueblos indígenas, ancestros africanos y comunidades campesinas de muchos territorios en el mundo, significa, en el fondo, construir colectivamente alternativas múltiples al desarrollo, y no de desarrollo (GPTAD, 2013), y desde la diversidad de los modos de vida y las territorialidades (Escobar, 2014).

Si la pandemia ha puesto en evidencia el perverso endeudamiento cotidiano que alimenta la financiarización, la disputa social por la liberación de los pueblos de las deudas acumuladas debe ser una prioridad (CAJAR, 2020). La deuda externa de los países ha estado atada, precisamente, a la idea de desarrollo. Y los intereses financieros no son naturales. Son políticos y reproducen la desigualdad entre pueblos del mundo.

Si la pandemia ha mostrado la inconveniencia de la privatización de los servicios de salud que solo alimenta las arcas de un complejo corporativo de la salud vinculado al capitalismo cognitivo financierizado, no cabe otra alternativa que contraponer el carácter común del

conocimiento humano y superar la lógica del cercamiento de los DPI. Al mismo tiempo, la recuperación de sistemas públicos de salud, en el marco de sistemas de protecciones sociales universales se convierte en una urgencia (Hernández, 2019). Es necesario separar la propiedad o la capacidad de pago del acceso a las protecciones sociales, porque no hacerlo deriva en una reproducción de la desigualdad social existente. Y esto implica repensar los sistemas tributarios, mientras se avanza en la ruta de la generalización de lo común, más allá de la propiedad, privada o pública, como ha venido proponiendo el movimiento de los comunes (De Angelis, 2017; Economistas sin Fronteras, 2015; Laval y Dardot, 2015).

Una transformación de este calado no es posible desde las redes socioespaciales de poder cristalizadas en la coyuntura actual. Se requiere romper esas estructuras, duras y frágiles a la vez, desde los intersticios, como ha ocurrido en diferentes momentos de la historia de la humanidad. Se requiere unir esfuerzos, experiencias, visiones y aspiraciones alrededor de elementos comunes, y hacer acuerdos sobre lo que habrá de considerarse común. En los territorios cotidianos en los que se construye vida es más factible la unión. Los «senderos pluriversales» de Kothari, Escobar, Salleh, Demaria y Acosta nos invitan a hablar «de las más disímiles iniciativas de transformación [que han sido] sostenidas por movimientos sociales, activistas y corrientes de pensamiento» y de sus poderosas convergencias (2018: 79), en un mundo que ha «superado» el espacio físico con la virtualidad.

Tal vez este sea un buen momento para desencadenar la fuerza de un movimiento social mundial, desde múltiples y diversos locales, que promueva el respeto, la reciprocidad-solidaridad y, en últimas, el cuidado mutuo y el cuidado de la vida, con base en la consciencia de la interdependencia específica, interespecífica y societal, y del lugar de los seres humanos en la naturaleza. Democratizar para construir lo común. Territorializar para transformar.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrantes-Pêgo, Raquel. 2010 *Salubristas y neosalubristas en la reforma del Estado. Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000* (Michoacán: El Colegio de Michoacán).
- Abrantes-Pêgo, Raquel y Almeida, Celia. 2002 “Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México” en *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz) Vol. 18, N° 4, julio-agosto.
- ACHC-Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. 2019 “Siguen aumentando deudas a hospitales y clínicas por prestación de

- servicios de salud, ya superan los \$10 billones de pesos” en *ACHC* (Bogotá). En <<https://achc.org.co/siguen-aumentando-deudas-a-hospitales-y-clinicas-por-prestacion-de-servicios-de-salud-ya-superan-los-10-billones-de-pesos/>> acceso 26 de julio de 2020.
- Agencia EFE. 2020 “Coronavirus Brasil. Un militar sin experiencia asume como ministro interino de Salud en Brasil” en <<https://www.efe.com/efe/america/politica/un-militar-sin-experiencia-asume-como-ministro-interino-de-salud-en-brasil/20000035-4248127>> acceso 27 de julio de 2020.
- Aguirre-Fernández, Richard. 2020 “Hospitales, en crisis, para enfrentar unapandemia” en *El Colombiano* (Envigado). En <<https://www.elcolombiano.com/colombia/hospitales-en-crisis-para-enfrentar-una-pandemia-JH12738155>> acceso 26 de julio de 2020.
- AIL-Agencia de Información Laboral. 2017 “«La tercerización laboral en la salud, se paga con vidas», presidente de Anthoc” en *AIL* (Medellín: Escuela Nacional Sindical). En <<http://ail.ens.org.co/mundo-sindical/tercerizacion-en-salud-se-paga-con-vidas/>> acceso 26 de julio de 2020.
- Akin, John; Birdsall, Nancy y De Ferranti, David. 1987 *Financing health services in developing countries. An agenda for reform* (Washington DC: World Bank Publications).
- Alejandra, Emma. 2020 “López-Gatell amplía su control en Salud” en *El Heraldo* (Ciudad de México). En <<https://heraldodemexico.com.mx/pais/hugo-lopez-gatell-nuevas-funciones-subsecretaria-de-prevencion-y-promocion-salud-ssa-gobierno-federal-centro-inteligencia/>> acceso 26 de julio de 2020.
- Almeida, Celia. 2002. “Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90” en *Cuadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) Vol.18 N° 4, julio-agosto. En <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000400002&script=sci_abstract&tlng=es> acceso 26 de julio de 2020.
- Amadae, S.M. 2003 *Rationalizing capitalist democracy. The cold war and the origins of rational choice liberalism* (Chicago: The University of Chicago Press).
- Andersen, Kristian; Rambaut, Andrew; Lipkin, W. Ian; Holmes, Edward y Garr, Robert. 2020 “The proximal origin of SARS-CoV-2” en *Nature Medicine* (London) Vol. 26, marzo 17. En <<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9>> acceso 26 de julio de 2020.

- Anderson, Perry. 2016 “Crisis en Brasil” en Gentili, Pablo. (ed.) *Golpe en Brasil. Genealogía de una farsa* (Buenos Aires: CLACSO, Fundación Octubre, Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo). En: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20160624045419/GolpeEnBrasil.pdf>> acceso 27 de julio de 2020.
- Arrighi, Giovanni. 1999 *El largo siglo XX* (Madrid: Akal).
- Arrighi, Giovanni. 2007 *Adam Smith en Pekín. Orígenes y fundamentos del Siglo XXI* (Móstoles: Akal).
- Ayuso-Cabañas, Sheila. 2020 “China prohíbe el uso y consumo de animales salvajes” en *Infoanimal* (Madrid: El Salto Diario). En <<https://www.elsaltodiario.com/infoanimal/china-prohibe-consumo-animales-salvajes>> acceso 26 de julio de 2020.
- Bahia, Ligia. 1999 “Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil”, Tese doutoral, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Barry, John. 2005 *The Great Influenza. The Epic Story of the Deadliest Plague in History* (New York: Penguin Books).
- Batista de Sá Edvaldo. (2018) “O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível” en *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada* (Brasília). En <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8578/1/NT_47_Disoc_P%3%bablico.pdf> acceso 26 de julio de 2020.
- Montekio, Victor; Medina, Guadalupe y Aquino, Rosana. 2011 “Sistema de salud de Brasil” en *Salud Pública de México* (México Cuernavaca) Vol. 53, Suplemento 2, marzo. En <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000800008&lng=es&nrm=iso> acceso 22 de agosto de 2020.
- Benach, Joan; Muntaner, Carles; Tarafa, Gemma y Valverde, Clara. 2012 *La sanidad está en venta. Y también nuestra salud* (Barcelona: Icaria).
- Bidaseca, Karina (coord.) 2016. *Genealogías críticas de la colonialidad en América Latina, África, Oriente* (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, IDAES, Universidad Nacional de San Martín). En <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20160210113648/genealogias.pdf>> acceso 26 de julio de 2020.
- Blondeau, Olivier; Dyer-Whiteford, Nick; Vercellone, Carlo; Kyrou, Ariel; Corsani, Antonella; Rullani, Enzo; Moulrier-Boutang, Yann y Lazzarato, Mauricio 2004. *Capitalismo cognitivo, propiedad intelectual y creación colectiva* (Madrid: Traficante de Sueños).

- En <<https://www.traficantes.net/libros/capitalismo-cognitivo-propiedad-intelectual-y-creaci%C3%B3n-colectiva>> acceso 26 de julio de 2020.
- BM-Banco Mundial. 1993 *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993* (Washington, DC: Banco Mundial).
- BM-Banco Mundial 2019. “Índice de Gini” en *Banco Mundial* (Washington). En <<https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>> acceso 15 de agosto de 2020.
- Bonilla, Ricardo. 2011 “Apertura y reprimarización de la economía colombiana” en *Nueva Sociedad* (Buenos Aires) N° 231, enero-febrero. En <https://nuso.org/media/articulos/downloads/3752_1.pdf> acceso 22 de julio de 2020.
- Borde, Elis y Torres-Tovar, Mauricio. 2017 “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública” en *Saúde em Debate* (Rio de Janeiro) Vol. 41, N° Especial 2, junio. En <<https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>> acceso 22 de julio de 2020.
- Breilh, Jaime. 1977 “Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología. Un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad”, Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Breilh, Jaime. 2015 “Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica (La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública – salud colectiva)” en Morales, Carolina. y Eslava, Juan Carlos (eds.) *Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia).
- Burdeau, Ishmael. 2015 “The Last Great Enclosure: The Crisis of the General Intellect” en *The Journal of Labor and Society* (New York) Vol. 18, N° 4, December.
- Burlage, Robb; Cagan, Leslie; Cooper, Vicki; Ehrenreich, Barbara.; Fein, Oliver; Glick, Ruth; Kenny, Maxine; Kimerling, Ken y Levy, Howard. 1969 “The Medical Industrial Complex” en *Health-PAC. Health Policy Advisory Center Bulletin* (New York:). En <<http://www.healthpacbulletin.org/CompleteBulletinRun/Health%20PAC%20Bulletin%201969%20Nov.pdf>> acceso 26 de julio de 2020.
- Burlage, Robb y Anderson, Matthew. 2018 “The transformation of the medical-industrial complex: financialization, the corporate sector, and monopoly capital” en Waitzkin, Howard (ed.) *Health*

Care under the knife. Moving Beyond Capitalism for Our Health (New York: Monthly Review Press).

- CAJAR-Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo. 2020 “COVID19 y deuda pública: la vida o la plata” en *Colectivo de abogados* (Bogotá). En <<https://www.colectivodeabogados.org/?COVID19-y-Deuda-Publica-La-vida-o-la-plata>> acceso 26 de julio de 2020.
- Calle-Aguirre, María Clara. 2020 “Migrantes y refugiados, entre los más afectados por el Covid-19” en *France 24* (París). En <<https://www.france24.com/es/20200504-migrantes-refugiados-afectados-covid19-pandemia-coronavirus>> acceso 23 de agosto de 2020.
- Carrasco, Jorge. 2020. “Serpientes, cocodrilos y roedores: por qué China permite la venta de animales salvajes que transmiten virus” en *Telemundo Nebraska* (Omaha). En <<https://www.telemundo.com/noticias/2020/03/25/serpientes-cocodrilos-y-roedores-por-que-china-permite-la-venta-de-animales-salvajes-que-tmna3727845>> acceso 26 de julio de 2020.
- CEPAL-Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina. 2016 “La matriz de la desigualdad social en América Latina” en *Naciones Unidas. CEPAL* (Santiago de Chile). En <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/40668-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina>> acceso 26 de julio de 2020.
- Chan, Jasper Fuk-Woo; Kok, Kin-Hang; Zhu, Zhu; Chu, Hin; To, Kelvin Kai-Wang To; Yuan, Shuofeng y Yuen, Kwok-Yung. 2020 “Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan” en *Emerging Microbes & Infections* (England & Wales) Vol. 9, Issue 1, January. En <<https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1719902>> acceso 26 de julio de 2020.
- Cohen, Ernesto y Franco, Rolando. 2006 “Los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina: similitudes y diferencias” en Cohen, Ernesto y Franco, Rolando (coord.) *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada Latinoamericana* (México: Secretaría de Desarrollo Social, Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, FLACSO).
- Cordeiro, Hesio. 1984 “Empresas médicas: bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica” en *Estudios Sociológicos* (México) Vol. 2, Nº 5-6, mayo-diciembre.
- De Angelis, Massimo. 2017 *On the Commons and the Transformation to Postcapitalism* (London: Zed Books).
- DISP-Doctorado Interfacultades en Salud Pública. 2020 “La COVID 19 en Colombia balance de respuestas y retos a futuro” en <<https://>

- www.youtube.com/watch?v=etOmVA3XdOY> acceso 26 de julio de 2020.
- Dutfield, Graham. 2009 *Intellectual Property Rights and the Life Science Industries. Past, Present and Future* (Singapore: World Scientific Publishing).
- DW-Deutsche Welle. 2020 “OMS: más de un 50 % de las muertes por COVID en Europa fueron en geriátricos” en DW (Berlín y Bonn). En <<https://www.dw.com/es/oms-m%C3%A1s-de-un-50-de-las-muertes-por-covid-en-europa-fueron-en-geri%C3%A1tricos/a-53220299>> acceso 26 de julio de 2020.
- Economistas sin Fronteras. 2015 “El procomún y los bienes comunes” en <<https://ecosfron.org/portfolio/el-procomun-y-los-bienes-comunes/>> acceso 26 de julio de 2020.
- Eibenschutz, Catalina. 2007 “Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en México” en Molina Salazar, Raúl (coord.) *La seguridad: social retos de hoy* (México DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa).
- Elias, Norbert 1994 (1939) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Elias, Norbert. 1998 (1977) “Hacia una teoría de los procesos sociales” en Norbert, Elias *La civilización de los padres y otros ensayos* (Santa Fe de Bogotá: Norma, Editorial Universidad Nacional).
- Escobar, Arturo. 2014 *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia* (Medellín: Ediciones UNAULA). En <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf> acceso 26 de julio de 2020.
- Escorel, Sarah. 1999 *Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário* (Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz).
- Escorel, Sarah; Do Nascimento, Dilene Raimundo y Coelho, Flavio Edler. 2006 “As origens da reforma sanitária do SUS” en Lima, Nísia; Gershman, Silvia; Edler, Flavio y Suárez, Julio (org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz).
- Escorel, Sarah y De Bloch, Renata. 2006 “As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS” en Lima, Nísia; Gershman, Silvia; Edler, Flavio y Suárez, Julio (org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz).
- Esping-Andersen, Gosta. 1990 *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (Princeton: Princeton University Press).

- Esterman, Josef. 2014 “Colonialidad, descolonización e interculturalidad: Apuntes desde la Filosofía Intercultural” en *Polis (Santiago)* Vol. 13, N° 38, agosto. En <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-65682014000200016&lng=es&nrm=iso> acceso 26 de julio de 2020.
- Fajardo, Darío. 2015 “Estudio sobre los orígenes del conflicto social armado, razones de su persistencia y sus efectos más profundos en la sociedad colombiana” en *CHCV- Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia* (Bogotá: Ediciones Desde Abajo).
- FIP-Fundación Ideas para la Paz. 2019 “La implementación del Acuerdo de Paz a marchas forzadas” en <<http://www.ideaspaz.org/publications/posts/1772>> acceso 26 de julio de 2020.
- Fleury, Sonia. 1997 *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina* (Buenos Aires: Lugar Editorial).
- Fleury, Sonia. 2007 “Salud y Democracia en Brasil. Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud” en *Salud Colectiva* (Buenos Aires) Vol. 3, N° 2, mayo-agosto.
- Fontana, Josep. 2011 *Por el bien del imperio. Una historia del mundo desde 1945* (Barcelona: Pasado y Presente).
- Foucault, Michel. 2007 (1979) *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France, 1978-1979*. Edición establecida por Michel Senellart, bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica).
- Frenk, Julio. 1992 “La nueva salud pública” en *OPS-Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* (Washington) N° 540.
- Frenk, Julio. 2006 “Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico” en *The Lancet* (London) Vol. 368, Issue 9539, septiembre.
- González-Posso, Camilo. 2012 “Proceso pre Constituyente, antecedentes de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991” en González-Posso, Camilo. (comp.) *Memorias para la democracia y la paz: veinte años de la Constitución Política de Colombia* (Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Centro de Memoria Paz y Reconciliación, Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament). En <<http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll4/id/2>> acceso 26 de julio de 2020.
- Gorbalenya, Alexander; Baker, Susan; Baric, Ralph *et al.* 2020 “The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-COV-2”

- en *Nature Microbiology* (London) Vol. 5, marzo. En <<https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>> acceso 26 de julio de 2020.
- GPTAD-Grupo Permanente de Trabajo sobre Alternativas al Desarrollo. 2013 *Alternativas al capitalismo/colonialismo del siglo XXI* (Quito: Ediciones Abya Yala Universidad Politécnica Salesiana, Fundación Rosa Luxemburgo). En <<https://www.rosalux.org.ec/producto/alternativas-al-capitalismocolonialismo-del-siglo-xxi/>> acceso 26 de julio de 2020.
- Grande, Gersaín. 2020 “El ABC del T-MEC: una guía para entender su trascendencia” en *Milenio* (México). En <<https://www.milenio.com/negocios/t-mec-2020-que-es-y-en-que-consiste>> acceso 18 de agosto de 2020.
- Guerrero, Ramiro. 2006 *El Concepto de la Protección Social* (Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Viceministerio Técnico). En <<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUADERNOS%20DE%20PROTECC%C3%93N%20SOCIAL%203.pdf>> acceso 26 de julio de 2020.
- Guerrero, Ramiro; Gallego, Ana Isabel; Becerril-Montekio, Victor y Vásquez, Johanna. 2011 “Sistema de salud de Colombia” en *Salud Pública de México* (Cuernavaca) Vol. 53, Suplemento 2. En <<https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es/>> acceso 26 de julio de 2020.
- Han, Byung-Chul. 2020 “La emergencia viral y el mundo de mañana” en Agamben, Giorgio *et al. Sopa de Wuhan* (Editorial ASPO-Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). En <<https://www.electremosur.com/nota/23685-sopa-de-wuhan-el-libro-completo-y-gratis-para-leer-sobre-el-coronavirus/>> acceso 26 de julio de 2020.
- Hartlyn, Jonathan. 1993 *La política del Régimen de Coalición: la experiencia del Frente Nacional en Colombia* (Bogotá: Tercer Mundo, Universidad de Los Andes, CEI).
- Harvey, David. 2007 *Breve historia del neoliberalismo* (Madrid: Akal).
- Henao-Kaffure, Liliana 2018 “Poder mundial y salud. Comparación histórica de pandemias de gripe. Los casos de 1918-19 y 2009-10”, Tesis de Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. En <<http://bdigital.unal.edu.co/63493/>> acceso 21 de julio de 2020.
- Hernández, Mario. 1991 “El derecho a la salud y la nueva Constitución Política Colombiana” en *Avances en Enfermería* (Bogotá) Vol. 9, No 2. En <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16771>> acceso 26 de julio de 2020.

- Hernández, Mario. 2001 “El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina” en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* (Medellín) Vol. 19, N° 1, marzo. En <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/904>> acceso 26 de julio de 2020.
- Hernández, Mario. 2003 “El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después” en Franco, Saúl (ed.) *La Salud Pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública* (Bogotá: Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia).
- Hernández, Mario. 2017 “Limitaciones de la Cobertura Universal en Salud (CUS) para la garantía plena del derecho a la salud” en Torres, Hernado y Colorado, Diana. (eds.) *Derecho fundamental a la salud: ¿nuevos escenarios?* (Bogotá DC: Centro de Pensamiento en Derecho a la Salud: sistemas y democracia, Vicerrectoría de Investigaciones, Universidad Nacional de Colombia).
- Hernández, Mario. 2019 “Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS)” en *Saúde em Debate* (Rio de Janeiro) Vol. 43, N° Especial 5, dezembro.
- Hernández, Mario; Eslava, Juan Carlos; Henao, Liliana; Orozco, José y Parra, Luis. 2020 “Universal health coverage and capital accumulation: a relationship unveiled by the critical political economy approach” en *International Journal of Public Health* (Zürich) Vol. 65, July.
- Hernández, Mario; Obregón, Diana; Miranda, Néstor; García, Claudia; Eslava, Juan *et al.* 2002 *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia. 1902-2002* (Bogotá: OPS/OMS).
- Herrera, Héctor. 2020 “Violencia racista y pandemia en los Estados Unidos” en *Centro de Investigación y Docencia Económicas* (CIDE) (Ciudad de México). En <<https://www.cide.edu/coronavirus/2020/06/09/violencia-racista-y-pandemia-en-los-estados-unidos/>> acceso 23 de agosto de 2020.
- Holzmann, R. y Jørgensen, S. 2000 *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond* (Washington DC: The World Bank).
- IMF-International Monetary Fund. 2018 *Shadow economies around the world: what did we learn over the last 20 years* (Washington D.C.: IMF)
- Infobae. 2020 “Donald Trump insistió en enviar expertos a China para investigar el brote de coronavirus” en *Infobae* (Buenos Aires). En <<https://www.infobae.com/america/eeuu/2020/04/20/>>

- donald-trump-insistio-en-enviar-expertos-a-china-para-investigar-el-brote-de-coronavirus/> acceso 26 de julio de 2020.
- Infosalus. 2020 “¿Cuáles son los factores que permitieron la expansión del COVID-19 a nivel mundial?” en *Infosalus* (Madrid). En <<https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-cuales-son-factores-permitieron-expansion-covid-19-nivel-mundial-20200518163636.html>> acceso 26 de julio de 2020.
- Iriart, Celia; Merhy, Emerson y Waitzkin, Howard. 2000 “La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma” en *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) Vol. 16, N° 1, enero-marzo. En <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X200000100010&script=sci_abstract&tlng=es> acceso 23 de agosto de 2020.
- Katz, Claudio. 2010 “Las tres dimensiones de la crisis” en *Mundo Siglo XXI* (México: CIECAS – IPN). En <<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/7085>> acceso 21 de julio de 2020.
- Knaul, Felicia; Arreola-Ornelas, Héctor; Wong, Rebeca; Lugo-Palacios, David y Méndez-Carniado, Oscar. 2018 “Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012” en *Salud Pública de México* (Cuernavaca) Vol. 60, N° 2, marzo-abril. En <<http://dx.doi.org/10.21149/9064>> acceso 26 de julio de 2020.
- Kothari, Ashish; Acosta, Alberto; Demaria, Federico; Escobar, Arturo y Salleh, Ariel. 2018 “Encontrando senderos pluriversales” en *Revista Ecuador Debate* (Quito: Centro Andino de Acción Popular) N° 103, abril. En <<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/15392>> acceso 26 de julio de 2020.
- Kutzin, Joseph. 2000 *Towards universal health care coverage. A goal-oriented framework for policy analysis* (Washington DC: The World Bank).
- Lamprea, Everaldo. 2011 *La constitución de 1991 y la crisis de la salud* (Bogotá: Universidad de los Andes).
- Laval, Christian. y Dardot, Pierre. 2015 *Común. Ensayo sobre la revolución en el siglo XXI* (Barcelona: Gedisa).
- Lapavistas, Costas. 2011 “Theorizing financialization” en *Work, employment and society* (Durham, SAGE Publications Ltd, British Sociological Association) Vol. 25, N° 4, december.
- Laurell, Asa Cristina (coord.) 1991 *La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud* (México DF: Fundación Friedrich Ebert).

- Laurell, Asa Cristina. 2008 “La reforma de salud en la Ciudad de México, 2000-2006” en *Medicina Social* (México) Vol. 3, N° 2, mayo. En <<https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/200>> acceso 26 de julio de 2020.
- Laurell, Asa Cristina. 2013 *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano* (Buenos Aires: CLACSO). En <<http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/libros-1/64-impactodelseguropopular?format=html>> acceso 26 de julio de 2020.
- Laurell, Asa Cristina y López, Oliva. 2002 “Market commodities and poorrelief: The World Bank proposal for health” en Navarro, Vicente (ed.) *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life* (New York: Baywood)
- Le Bonniec, Yves. 2002 “Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México” en *Revista de Salud Pública* (Bogota) Vol. 4, N° 3, enero.
- Le, Tung; Andreadakis, Zacharias; Kumar, Arun; Gómez, Raúl; Tollefsen, Stig; Saville, Melanie y Mayhew, Stephen. 2020 “The COVID-19 vaccine development landscape” en *Nature Reviews Drug Discovery* (London). En <https://www.nature.com/articles/d41573-020-00073-5?utm_source=Nature+Briefing&utm_campaign=98c3a376d1-briefing-dy-20200409&utm_medium=email&utm_term=0_c9dfd39373-98c3a376d1-43599581> acceso 26 de julio de 2020.
- Lobato, Lenaura y Burlandy, Luciene. 2000 “The Context and Process of Health Care Reform in Brazil” en Fleury, Sonia; Belmartino, Susana, y Baris, Enis (eds.) *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico* (Ottawa: International Development Research Center). En <<https://www.idrc.ca/en/book/reshaping-health-care-latin-america-comparative-analysis-health-care-reform-argentina-brazil>> acceso 23 de agosto de 2020.
- Londoño, Juan. 2001 “Managing Competition in the Tropics: Health Care Reform in Colombia” en Molina, Carlos y Núñez del Arco, José. (eds.) *Health Services in Latin America and Asia* (Washington DC: Inter-American Development Bank).
- Londoño, Juan y Frenk, Julio. 1997 *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* (Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe).
- Mann, Michel. 1991 “Las sociedades como redes organizadas de poder” en *Las fuentes del poder social, I. Una historia del poder desde los comienzos hasta 1760 DC* (Madrid: Alianza).

- Marques, Jaime y Thérét, Bruno. 2004 “Mediaciones institucionales de regulación social y dinámicas macroeconómicas: los casos de Brasil y México” en Alba, Carlos y Bizberg, Ilán (coord.) *Democracia y globalización en México y Brasil* (México DF: El Colegio de México).
- Marx, Karl. 1993 (1844) “Primer manuscrito” en *Manuscritos: economía y filosofía* (Barcelona: Altaya).
- Marx, Karl. 2000 (1867) *El Capital* (Madrid: Akal).
- Medina, Medófilo. 1997 “Dos décadas de crisis política en Colombia, 1977-1997” en Arango, Luz Gabriela (ed.) *La crisis sociopolítica de Colombia. Un análisis no coyuntural de la conjuntura* (Bogotá: Centro de Estudios Sociales-CES de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia, Fundación Social).
- Megías-Quirós, José 2014 “El dominio sobre la Naturaleza: de la moderación escolástica al relativismo kantiano” en *Persona y Derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos* (Navarra) Vol. 70, N° 1. En <<https://dadun.unav.edu/handle/10171/39763>> acceso 23 de agosto de 2020.
- Meyer, Lorenzo. 2003 “Estados Unidos: de la vecindad distante a la proximidad difícil” en Bizberg, Ilán y Meyer, Lorenzo (coord.) *Una historia contemporánea de México. Transformaciones y permanencias* (México: Océano).
- Ministry of Health. 1920 *Report on the Pandemic of Influenza, 1918-19* (London: Majesty's Stationery Office).
- MinSalud-Ministerio de Salud y Protección Social. 2018 “Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia” en *Papeles en Salud* (Bogotá) N° 17, noviembre. En <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/estructura-a-gasto-salud-publica-colombia.pdf>> acceso 26 de julio de 2020.
- Misas, Gabriel. 2002 *La ruptura de los 90. Del gradualismo al colapso* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas).
- Moncayo, Victor. 2015 *Hacia la verdad del conflicto: insurgencia guerrillera y orden social vigente* (Bogotá: Ediciones Desde Abajo).
- Muguerza, Javier 1989 “La alternativa del disenso (en torno a la fundamentación ética de los derechos humanos)” en Peces-Barba, Gregorio (ed.) *El fundamento de los derechos humanos* (Madrid: Debate).

- Nature. 1968 “Virology: Coronaviruses” en *Nature* (London) Vol. 220, N° 650, november. En <<https://www.nature.com/articles/220650b0>> acceso 26 de julio de 2020.
- Ocampo, José (comp.) 1994 *Historia económica de Colombia* (Santafé de Bogotá: Fedesarrollo, Tercer Mundo).
- OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. 2019 *Health at a Glance 2019: OECD Indicators* (Paris: OECD Publishing). En <<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>> acceso 23 de Agosto de 2020.
- OMS-Organización Mundial de la Salud. 2009 “El nivel de alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6. Declaración de la Directora General de la OMS a la prensa” en <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_2_0090611/es/> acceso 21 de julio de 2020.
- OMS-Organización Mundial de la Salud. 2010 *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal* (Ginebra: OMS).
- OMS-Organización Mundial de la Salud. 2020 “Intervención del Director General de la OMS en la conferencia de prensa sobre el 2019-nCoV del 11 de febrero de 2020” en <<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>> acceso 26 de julio de 2020.
- OMS-UNICEF Organización Mundial de la Salud-Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. 2018 *Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (Ginebra: OMS-UNICEF).
- Paim, Jairnilson; Travassos, Claudia; Almeida, Celia; Bahia, Ligia y Macinko, James. 2011 “The Brazilian health system: history, advances, and challenges” en *The Lancet* (London) Vol. 337, N° 9779, may.
- Picheta, Rob y Said, Arnaud. 2020 “La visita de Bolsonaro para reunirse con Trump en marzo fue un «coronaviage», dice el exministro de Salud de Brasil” en *CNN* (Atlanta). En <<https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/la-visita-de-bolsonaro-para-reunirse-con-trump-en-marzo-fue-un-coronaviage-dice-el-exministro-de-salud-de-brasil/>> acceso 26 de julio de 2020.
- Pérez-Espejo, Rosario. 2006 *Granjas porcinas y medio ambiente. Contaminación del agua en La Piedad, Michoacán* (México: Universidad Nacional Autónoma de México).
- Pfeiffer, Richard *et al.* 1892 “The Influenza Bacillus” en *The British Medical Journal* (London) Vol. 1, N° 1620.

- Polanyi, Karl. 1997 (1944) *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. (Madrid: La Piqueta).
- Preciado, Paul. 2020 “Aprendiendo del virus” en Agamben, Giorgio *et al. Sopa de Wuhan* (Editorial ASPO-Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- Restrepo, Mauricio. 2000 “La reforma de la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada” en Titelman, Daniel y Uthoff, Andras (comp.) *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*. Vol. II. (Santiago: FCE, CEPAL).
- Rivadeneira-Sicilia, Ana; Minué, Sergio; Artundo, Carlos y Márquez, Soledad. 2014 “Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014” en *Gaceta Sanitaria* (Barcelona) Vol. 28, Supplement 1, junio. En <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.006>> acceso 26 de julio de 2020.
- Rodríguez y Rodríguez, María Teresa. 2003 “Ingreso de China a la Organización Mundial del comercio. Su primer impacto sobre el comercio mundial” en *Problemas del Desarrollo – Revista latinoamericana de Economía* (México) Vol. 34, N° 134. En <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/pde/article/view/7496>> acceso 23 de agosto de 2020.
- Roth, André y Molina, Gloria. 2013 “Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013” en *Revista de Salud Pública* (Bogotá) Vol. 15, N° 1, diciembre. En <<https://scielosp.org/article/rsap/2013.v15n1/44-55/es/>> acceso 26 de julio de 2020.
- RTVE-Radio y Televisión Española. 2020 “Coronavirus Bélgica, Perú, Reino Unido y España, los países con más muertos con coronavirus por número de habitantes” en *RTVE* (España). En <<https://www.rtve.es/noticias/20200819/paises-muertos-coronavirus-poblacion/2012350.shtml>> acceso 19 de agosto de 2020.
- Rubio, Blanca. 2017 *El dominio del hambre. Crisis de hegemonía y alimentos* (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Huaponi Ediciones).
- Segato, Rita. 2016 “La norma y el sexo. Frente estatal, patriarcado, desposesión, colonialidad” en Bidaseca, Karina (coord.) *Genealogías críticas de la colonialidad en América Latina, África, Oriente* (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, IDAES, Universidad Nacional de San Martín). En <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20160210113648/genealogias.pdf>> acceso 26 de julio de 2020.

- Semana. 2019 “Las seis lecciones del paro” en *Semana S.A* (Bogotá). En <<https://www.semana.com/nacion/articulo/seis-lecciones-del-paro-nacional-del-21-de-noviembre/641817>> acceso 26 de julio de 2020.
- Singer, André. 2012. *Os sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador* (São Paulo: Companhia das Letras).
- Smith, Wilson; Lond, Andrewes y Chir, Laidlaw. 1933 “A Virus Obtained from Influenza Patients” en *The Lancet* (London) Vol. 222. Issue 5732, july. En <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673600785412>> acceso 21 de julio de 2020.
- Solíz, María Fernanda. 2016 “Alcances de la propuesta conceptual: Reflexiones político-epistemológicas” en *Salud colectiva y ecología política. La basura en Ecuador* (Quito: Ediciones La Tierra, Universidad Andina Simón Bolívar).
- SUIN-Sistema Único de Información Normativa. 2020 “Decretos para la atención de la emergencia del COVID-19” en *SUIN* (Bogotá). En <<http://www.suin-juriscal.gov.co/legislacion/covid.html>> acceso 27 de julio de 2020.
- Suzigan, Wilson. 1988 “Estado e industrialização no Brasil” en *Revista de Economia Política* (São Paulo) Vol. 8, Nº 4, Outubro-Dezembro.
- Tassara, Cario; Ibarra, Antonio y Vargas, Luis. 2015 “Protección social y lucha contra la pobreza en Brasil, Colombia y Chile. ¿Graduarse de los PTC o salir de la pobreza” en *Investigación y Desarrollo* (Madrid) Vol. 24, Nº 1, enero-junio.
- Tetelboin, Carolina. 2003 *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación* (México DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco).
- Vega, Renán. 2016 *Injerencia de los Estados Unidos, contrainsurgencia y terrorismo de Estado. Informe presentado a la Comisión Histórica del Conflicto Armado y sus Víctimas-CHCAV* (Bogotá: Ocean Sur).
- Vega, Manuel; Eslava, Juan; Arrubla, Deisy; Hernández, Mario. 2012 “La reforma sanitaria en la Colombia de finales de siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico” en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 11, Nº 23, julio-diciembre.
- Villabona, Jairo. 2015 *Un país trabajando para los bancos. Estudios sobre la concentración, margen de intermediación y utilidades de los bancos en Colombia (2000-2009)* (Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia).

- Wallace, Rob. 2016 *Big farms make big flu. Dispatches on Infectious Disease, Agribusiness, and the Nature of Science* (New York: Monthly Review Press).
- Wallerstien, Immanuel. 2005 *Análisis de sistemas mundo. Una introducción* (Madrid: Siglo XXI).
- Zibechi, Raúl. 2012 *Brasil Potencia. Entre la integración regional y un nuevo imperialismo* (Bogotá DC: Desde Abajo).
- Zibechi, Raúl. 2020 “Movimientos en la pandemia: el retorno a la vida sencilla” en *El Salto Diario* (Madrid). En <<https://www.elsaltodiario.com/movimientos-sociales/pandemia-covid-19-retorno-vida-sencilla-comida-casera-trueque-ancianidad-comunitaria>> acceso 26 de julio de 2020.
- Zukerfeld, Mariano. 2008 “El rol de la propiedad intelectual en la transición hacia el capitalismo cognitivo” en *Argumentos. Revista de crítica social* (Buenos Aires) Vol. 9, N° 9, julio. En <<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/862>> acceso 26 de julio de 2020.
- Zukerfeld, Mariano. 2017 “The tale of the snake and the elephant: Intellectual property expansion under informational capitalism” en *The Information Society* (London) Vol. 33, Issue 5, june.

LA CARRERA POR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Pasqualina Curcio Curcio

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notificó varios casos de neumonía en la ciudad causados por un nuevo coronavirus (OMS, 2020c). El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud declaró que la enfermedad del coronavirus (COVID-19) constituye una emergencia de salud pública de carácter internacional y el 11 de marzo de 2020 la declaró pandemia. Para ese momento había más de 118.000 casos en 114 países y 4.291 personas habían perdido la vida (OMS, 2020d).

A la fecha (6 de agosto de 2020) se registran 19.026.375 de personas contagiadas con el COVID-19 y 712.178 fallecidos a nivel mundial. El 26% de los casos se contabilizan en EE.UU. con 4.975.279 de personas seguido por Brasil con 2.862.761, la India con 1.977.972 y Rusia con 871.894 (Worldometer, 2020).

La tasa de mortalidad asciende a 91,4 por cada millón de personas. Encabeza la lista San Marino (1238) seguido por Bélgica (850) Reino Unido (683) Andorra (673), Perú (613), España (610) Italia (582), Suecia (571), Chile (512), EE.UU. (488). En cuanto a la tasa de letalidad promedio mundial es de 4% a la fecha y la de incidencia 2,4 casos por cada millón de habitantes (Worldometer, 2020).

Según la OMS, “cerca del 40% de los casos experimentarán una enfermedad leve, el 40% experimentará una enfermedad moderada como la neumonía, el 15% de los casos experimentará una enfermedad grave y el 5% de los casos padecerá una enfermedad crítica” (OMS, 2020e: 5).

Con el objetivo de disminuir la propagación del virus y contener el contagio, el 29 de febrero de 2020 la OMS publicó las principales medidas a ser consideradas por los países, entre ellas la cuarentena y el distanciamiento sociales (OMS, 2020f). El 07 de marzo publicó las indicaciones relacionadas con las acciones críticas de preparación y respuesta para el COVID-19: orientación provisional (OMS, 2020g). El 14 de abril publicó la actualización de la estrategia frente a la COVID-19 en el que se lee:

“En muchos países en los que la transmisión comunitaria ha generado brotes con crecimiento casi exponencial, se han introducido medidas generalizadas de distanciamiento físico a nivel de la población y restricciones de movimiento para frenar la propagación y poner en marcha otras medidas de control. Las medidas de distanciamiento físico y las restricciones de movimiento, que a menudo se denominan «confinamientos» y «aislamientos», pueden frenar la transmisión de la COVID-19 al limitar el contacto entre personas. Sin embargo, estas medidas pueden tener un profundo impacto negativo en las personas, comunidades y sociedades al detener casi por completo la vida social y económica. Dichas medidas afectan de forma desproporcionada a grupos desfavorecidos, incluidas las personas en situación de pobreza, migrantes, desplazados internos y refugiados, quienes con frecuencia viven en condiciones de hacinamiento con pocos recursos y dependen del trabajo diario para su subsistencia” (OMS, 2020e: 5).

De acuerdo con estimaciones del Banco Mundial, la economía se contraerá 5,2%, considerada la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial. Se prevé que la economía de EEUU se contraerá 6,1 % este año y la de la zona del euro 9,1 % en 2020 (Banco Mundial, 2020). Por su parte, se espera que los mercados emergentes y las economías en desarrollo se contraigan 2,5%. Los pronósticos indican que el comercio mundial en 2020 disminuirá entre 13% y 32%, el turismo podría disminuir entre 60% y 80% (CEPAL, 2020).

En cuanto a América Latina, la CEPAL proyecta una caída promedio del PIB del 9,1% en 2020 y el número de desocupados llegará a 44,1 millones de personas, lo que representa un aumento de 18 millones con respecto al 2019. El número de personas en situación de pobreza se incrementará en 45,4 millones en 2020, pasando de 185,5

millones en 2019 a 230,9 millones en 2020, alrededor del 37,3% de la población latinoamericana (CEPAL, 2020).

El aumento exponencial de los casos de COVID-19 a nivel mundial ha requerido una capacidad en la prestación de los servicios de salud con la que no necesariamente se cuenta, lo que ha ocasionado el colapso de los servicios y por lo tanto la falta de atención oportuna y de calidad derivando en altas tasas de mortalidad.

En este contexto, hemos observado cómo desde la declaración de emergencia sanitaria por parte de la OMS inició una carrera para el desarrollo de la vacuna contra el COVID-19 contrastando por ejemplo con el hecho de que, a pesar de que enfermedades como la malaria, el VIH, o la diabetes muestran mayor número de casos y fallecidos anuales no han generado el mismo comportamiento por parte de la industria farmacéutica para desarrollar la vacuna o la cura (Curcio, 2008; Curcio, 2009; Curcio, 2012).

Con el objetivo de comparar algunos datos, el año 2018 se contabilizaron 228 millones de casos de malaria y se estimaron 405.000 muertes por paludismo en todo el mundo. Por su parte, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el VIH/sida es uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, alrededor de 38 millones de personas padecen la enfermedad y ha cobrado la vida de 33 millones de personas. Solo en 2019 murieron 690.000 personas por causas relacionadas con el VIH y 1,7 millones de personas se infectaron (OMS, 2019; OMS, 2020a).

La OMS estima que la diabetes fue la séptima causa de mortalidad a nivel mundial en 2016, aproximadamente 422 millones de personas sufrían de diabetes en 2014 y fue la causa directa de 1,6 millones de muertes en 2016 (OMS, 2020b).

Volviendo a los esfuerzos para desarrollar la vacuna contra el COVID-19, desde que se identificó el primer caso de COVID-19 en diciembre 2019 iniciaron los esfuerzos por desarrollar una vacuna contra esta enfermedad. De acuerdo con la OMS, en estos momentos se están desarrollando 164 proyectos de investigación de los cuales 26 se encuentran en fase clínica y de éstos 6 ya entraron en la fase 3, mientras que 139 están en fase preclínica (OMS, 2020h).

Expertos indican que el proceso para desarrollar una vacuna puede llevar años, sin embargo, en este caso ha sido impresionante el ritmo del desarrollo y los avances hasta la fase 3 de la evaluación clínica (Kaiser Health, 2020).

El 11 de febrero de 2020, la OMS convocó un foro de investigación e innovación sobre la COVID-19 (OMS, 2020c). La reunión, organizada en colaboración con la GloPID-R (Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness) reunió a las principales entidades

de financiación de la investigación y a más de 300 científicos e investigadores en la cual acordaron un conjunto de prioridades en lo que a investigación se refiere (OMS, 2020i).

Para impulsar el desarrollo de la vacuna contra la COVID-19, tanto la CEPI¹ (Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias), GAVI² (La Alianza para la Vacunación) y la OMS crearon la iniciativa COVAX cuyo objetivo es acelerar el desarrollo y la fabricación de la vacuna contra la COVID-19 y garantizar un acceso justo y equitativo para todos los países del mundo (GAVI, 2020). Dicha iniciativa tiene un costo de US\$ 18.000 millones (El Boletín, 2020).

Los proyectos que se encuentran en fase 3 son los de: 1) la Universidad de Oxford conjuntamente con la empresa farmacéutica AstraZeneca; 2) la empresa China Sinovac; 3) el Instituto de Estudios Biológicos de Wuhan con Sinopharm (Grupo farmacéutico nacional de China); 4) el Instituto de Productos Biológicos de Beijing también con el Grupo Sinopharm; 5) la empresa estadounidense Moderna conjuntamente con el Instituto de Enfermedades Alérgicas e Infecciosas de EEUU; 6) la empresa farmacéutica estadounidense Pfizer con la alemana BionTech y la china Fosun Pharma (OMS, 2020k).

La pregunta que nos surge para efectos de la presente investigación es ¿cuáles son los factores que explican el comportamiento de la industria farmacéutica en lo que al rápido desarrollo de la vacuna contra el COVID-19 se refiere? Siendo el objetivo general identificar los factores asociados al comportamiento de la industria farmacéutica en cuanto a la investigación y el desarrollo de la vacuna contra la COVID-19.

Para el desarrollo de la presente investigación documental y de alcance explicativo nos basaremos en el trabajo realizado por Curcio en 2008 titulado “Incentivos y desincentivos de la industria farmacéutica privada para la I+D de nuevos medicamentos” en el cual la autora, sustentada en la teoría económica, específicamente la teoría de la demanda y de la oferta, desarrolló un modelo teórico para explicar el comportamiento de la industria farmacéutica en lo que a su decisión

1 La CEPI cuenta con el respaldo de un fondo de intermediación financiera del Banco Mundial que reúne fondos públicos y filantrópicos para responder a las prioridades mundiales. Esta Coalición se creó en 2017 en el Foro Económico Mundial en Davos, Suiza. Fue cofundado y cofinanciado con US \$ 460 millones de la Fundación Bill y Melinda Gates, The Wellcome Trust y un consorcio de naciones, como Noruega, Japón, Alemania; a la que posteriormente se unieron la Unión Europea (2019) y Gran Bretaña (2020).

2 Fue fundada en el año 2000. Es una asociación mundial que reúne miembros del sector público y privado, siendo uno de sus principales la Fundación Bill y Melinda Gates. Su objetivo es mejorar el acceso a la vacunación (OMS, 2020j).

de inversión para la investigación y desarrollo de medicamentos se refiere (Curcio, 2008).

COMPORTAMIENTO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Curcio (2008) plantea que son varios los factores que explican el comportamiento de la industria farmacéutica al momento de decidir hacia dónde destinarán sus inversiones para la investigación y el desarrollo de medicamentos incentivando a la industria a centrar recursos o en vacunas, o en tratamientos curativos o en tratamientos paliativos. Plantea que no es solo el poder adquisitivo de la población lo que determina la cantidad de recursos que la industria invierte en desarrollar los medicamentos tal como se ha hecho ver con respecto a las enfermedades tropicales y a las denominadas olvidadas (Curcio, 2008).

Entre los factores identifica, por el lado de la demanda, 1) la tasa de contagio y transmisión de la enfermedad a la par de la posibilidad de prevenir o evitar dicho contagio/transmisión; 2) la tasa de letalidad de la enfermedad y 3) los niveles de ingresos de los demandantes.

En tal sentido, y dependiendo de dichos factores, la industria se encontrará con una función de demanda con mayor o menor elasticidad precio³, lo que resulta determinante como incentivo o desincentivo para la inversión en una vacuna, en la cura o en tratamientos paliativos.

Las enfermedades con mayores tasas de contagio y bajas posibilidades de evitar o disminuir dicho contagio, aunada a altas tasas de letalidad que incluso podrían imposibilitar tratamientos paliativos o posibilitarían la cronificación de la enfermedad, definen una función de demanda perfectamente inelástica para el desarrollo de una vacuna y más elástica para la cura o tratamiento paliativo. En dicho grupo se encuentran la vacuna contra la viruela, el sarampión por mencionar algunas (Curcio, 2008).

En cambio, enfermedades no contagiosas o no transmisibles, muy letales y susceptibles de ser cronificadas con tratamientos paliativos definen una función menos inelástica para la vacuna y perfectamente inelásticas para tratamientos paliativos. Es el caso, por ejemplo, de la diabetes, caso estudiado por la autora (Curcio, 2008).

Hay enfermedades como por ejemplo el VIH/sida que, aunque son transmisibles, cuentan con posibilidades para evitar la transmisión

3 Los bienes inelásticos son aquellos que, ante variaciones del precio, las cantidades demandadas varían en menor proporción, es decir, un incremento del precio de 1% implicará una caída de las cantidades demandadas en menor proporción al 1% (Nicholson Walter, 2001).

ya sea con el uso de preservativos o mediante pruebas previas transfusiones de sangre, son letales, pero además cronificables, mostrando una función de demanda inelástica para los tratamientos paliativos antirretrovirales (Curcio, 2008).

En el mismo modelo teórico, pero por el lado de la oferta, la autora establece como factor determinante del comportamiento del productor el costo de oportunidad de hallar o una vacuna, o una cura o un tratamiento paliativo. Aquellas enfermedades susceptibles de ser cronificadas implicarán un costo de oportunidad mayor (el cual se incorpora al costo total de producción y por lo tanto del costo marginal) de hallarse una cura o vacuna contra la enfermedad (Curcio, 2008).

En este aspecto, los derechos de propiedad intelectual y el monopolio legal que otorgan las patentes generan mayores incentivos para desarrollar tratamientos paliativos cuando se trata de una enfermedad con baja tasa de contagio y que puede ser cronificada. Por el contrario, tendrá menor incentivo en desarrollar una vacuna. (Curcio, 2008).

La creación de monopolios legales para los productos farmacéuticos es posible debido al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) contenido en la Declaración de Marrakech del 15 de abril de 1994. Entre los derechos de propiedad intelectual se encuentran las patentes que protegen durante 20 años la invención otorgándole el privilegio de monopolizar la producción y distribución del bien (OMC, 1994).

La industria farmacéutica, dadas estas condiciones, tendrá incentivos para invertir en la investigación y el desarrollo de productos que le garanticen un mercado seguro por años, en tal sentido, buscará desarrollar tratamientos paliativos que sin curar o prevenir la enfermedad le genera ganancias a largo plazo. Tratará de cronificar las enfermedades, a menos de que esto no sea posible dadas las características de la enfermedad y en ese caso invertirá en el desarrollo de la cura cuando se trata de una con baja tasa de contagio o no contagiosa, o en la vacuna cuando ésta es contagiosa (Curcio, 2012).

El que la industria farmacéutica invierta recursos en el desarrollo de tratamientos paliativos contra el VIH/sida en lugar de invertir mayores recursos para desarrollar la vacuna contra esta enfermedad cuya transmisión puede ser prevenida da muestra de los factores que inciden en la decisión de inversión e investigación y desarrollo. Descubrir la vacuna contra el VIH implicaría un costo de oportunidad a la industria farmacéutica de 276.271.629.695 dólares hasta el 2050 (Curcio, 2009).

Estos factores explican, por ejemplo, el hecho de que aún no se cuente con la vacuna contra la malaria, a pesar de la tasa de incidencia y mortalidad que registra anualmente, lo propio ocurre con la eventual cura de la diabetes.

La cronificación de las enfermedades es algo que han venido alertando estudiosos del tema. El Dr. Richard J. Roberts, Premio Nobel de Medicina 1993, en una entrevista publicada en el periódico *La Vanguardia* el 27 de julio de 2007 expresó lo siguiente:

“Pues es habitual que las farmacéuticas estén interesadas en líneas de investigación, no para curar, sino sólo para cronificar dolencias con medicamentos cronificadores, mucho más rentables que los que curan del todo y de una vez para siempre... He comprobado como en algunos casos los investigadores dependientes de fondos privados hubieran descubierto medicinas muy eficaces que hubieran acabado por completo con una enfermedad... – ¿Y por qué dejan de investigar? – Porque las farmacéuticas a menudo no están tan interesadas en curarle a usted como en sacarle dinero, así que esa investigación de repente, es desviada hacia el descubrimiento de medicinas que no curan del todo, sino que cronifican la enfermedad y le hacen experimentar una mejoría que desaparece cuando deja de tomar el medicamento” (Roberts, 2007).

LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

El COVID-19 es una enfermedad con una tasa de contagio de 5,7, es decir, una persona con la enfermedad puede contagiar hasta 6 personas. Enfermedades como por ejemplo el sarampión, altamente contagiosa (de 12 a 18) cuenta con su vacuna preventiva, igualmente la viruela, ya erradicada por la vacuna, cuya tasa de contagio era de 3 a 6. En cuanto a la influenza, que también dispone de vacuna, la tasa es 2,8 (Chen Tao *et al.*, 2020; Gani Leach, 2001; Journal ListPLoS One, 2016).

Adicionalmente, la COVID-19 presenta una tasa de letalidad de 3,83%, es decir, por cada 100 personas contagiadas, fallecen 4 en promedio a nivel mundial. La letalidad de la influenza es 0,1% y del sarampión 1,1%. En el caso de la viruela, la letalidad llegó a ser del 30% y en los casos hemorrágicos el 95% (OPS, sf).

Hay un tercer factor que acelera la investigación y el desarrollo de la vacuna contra la COVID-19 y es que la COVID-19 no se puede cronificar. La investigación está orientada a una vacuna para prevenir el contagio y no un tratamiento paliativo para mantener a la persona dependiente del medicamento por el resto de su vida.

Estos tres factores, explican, por una parte, la decisión de la industria de invertir y concentrar esfuerzos en el desarrollo de una vacuna en lugar de la cura de la enfermedad. Adicionalmente, la alta tasa de contagio es un factor que explica el interés en hallar rápidamente la vacuna.

Adicionalmente, en el caso de la COVID-19 se suma un cuarto factor y es la afectación de la economía mundial debido al confinamiento, una de las medidas adoptadas y sugeridas por la OMS para disminuir la propagación del virus.

Se lee entre las justificaciones de la iniciativa COVAX: “La pandemia mundial ya ha causado la pérdida de cientos de miles de vidas y ha alterado la vida de miles de millones más. Además de reducir la trágica pérdida de vidas y ayudar a controlar la pandemia, la introducción de una vacuna evitará la pérdida de US \$375 mil millones a la economía global cada mes. El acceso equitativo global a una vacuna, en particular la protección de los trabajadores de la salud y los que están en mayor riesgo, es la única forma de mitigar la salud pública y el impacto económico de la pandemia” (GAVI, 2020; énfasis propio).

Resumiendo, la carrera para hallar la vacuna contra el COVID-19 se explica por las características particulares de contagio, letalidad e imposibilidad de cronicación de la enfermedad y por el efecto que sobre las economías del mundo está generando. En cuanto al comportamiento por el lado de la oferta, la posibilidad de contar con el monopolio legal por parte de quien desarrolle la vacuna, genera también un incentivo para la inversión de la industria.

La empresa estadounidense Moderna, a pesar de que ha adelantado la investigación de la vacuna con las donaciones provenientes de COVAX anunció que ésta tendrá un precio de 30USD por cada dosis, son dos dosis, o sea, 60USD (La República, 2020).

Por su parte, la Universidad de Oxford y Astra-Zeneca que avanzan en un proyecto conjunto también en fase 3, han informado que el precio de su vacuna solo cubrirá los costos, alrededor de 2,5 euros cada dosis, solo proponen 1 dosis (BAENegocios, 2020).

La diferencia entre los costos presentados por la Universidad de Oxford/AstraZeneca con respecto al precio de Moderna es considerable, en el último caso las limitaciones al acceso a la vacuna pueden ser importantes. Otro aspecto para resaltar es el hecho de que Moderna ha sido financiada con recursos provenientes de donaciones por parte de COVAX. En cambio, desde China, han anunciado que al hallarse la vacuna ésta será de acceso universal (Telesur, 2020).

No obstante, y a pesar de lo establecido por los ADPIC, es necesario puntualizar varios aspectos que deben considerarse para garantizar el mayor acceso a la vacuna por parte de la población mundial. En la reunión de la OMC realizada en Doha en 2001 se acordó “El acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los miembros adopten medidas para proteger la salud pública. En consecuencia, al tiempo que reiteramos nuestro compromiso con el acuerdo sobre los ADPIC, afirmamos que dicho acuerdo puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos. A este respecto, reafirmamos el derecho de los miembros de la OMC de utilizar, al máximo, las

disposiciones del acuerdo sobre los ADPIC, que prevén flexibilidad a este efecto” (OMC, 2001:1).

En estas circunstancias en la que la Organización Mundial de la Salud anunció que el COVID-19 constituye una emergencia sanitaria ya convertida en pandemia aplica la flexibilización prevista por los miembros de la Organización Mundial del Comercio. En este sentido, el derecho de propiedad intelectual y patente debe ser cedida para la mayor producción y distribución de la vacuna, por lo tanto, la garantía de la vacuna para todos.

CONCLUSIONES

Dadas las características de la COVID-19, la industria farmacéutica ha mostrado un comportamiento en lo que a la investigación y el desarrollo de la vacuna se refiere. La rapidez con la que la industria se ha abocado para desarrollar una vacuna contra la COVID-19 puede ser explicada en primer lugar, por los niveles de contagio de la enfermedad, en segundo lugar, por los niveles de letalidad, en tercer lugar, por la imposibilidad de cronificar la enfermedad y en cuarto lugar por sus expectativas de contar con un monopolio otorgado por la patente.

En este sentido, alianzas para el financiamiento han surgido de la mano con los grandes empresarios miembros del Foro de Davos con el objetivo de apoyar la investigación y el desarrollo de esta vacuna. No obstante, y a pesar de ese financiamiento por la vía de las donaciones, se anuncia el cobro de la vacuna, una vez hallada, a precios relativamente elevados con respecto a los costos de producción.

La flexibilización de los derechos de propiedad intelectual, en circunstancias como las actuales, en medio de una pandemia, debe ser el centro del debate público para garantizar la vacuna para todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAENegocios. 2020 “Revelaron el precio de la vacuna contra el coronavirus desarrollada por la Universidad de Oxford” en *BaeNegocios* (Argentina). En <<https://www.baenegocios.com/sociedad/Revelaron-el-precio-de-la-vacuna-contra-el-coronavirus-desarrollada-por-la-Universidad-de-Oxford-20200727-0039.html>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Banco Mundial. 2020 “Global Economic Prospect” en <<https://www.bancomundial.org/es/publication/global-economic-prospects>> acceso 10 de agosto de 2020.
- CEPAL. 2020 “Informe Especial Covid-19. Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones” en <<https://repositorio.cepal.org/bitstream/>

- handle/11362/45782/1/S2000471_es.pdf> acceso 10 de agosto de 2020.
- Chen, Tao; Chen, Tianmu; Ruchun, Liu; Xu Culling, *et al.* 2016 “Transmisibilidad del virus de la influenza durante brotes de influenza e infección asintomática relacionada en China continental, 2005-2013” en *PLOS ONE* (San Francisco) Vol. 11, Nº 11, november. En <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166180>> acceso 08 de agosto de 2020.
- Curcio, Pasqualina. 2008 “Incentivos y desincentivos de la industria farmacéutica privada para la I+D de nuevos medicamentos” en *Cuadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) Vol. 24, Nº 10, octubre.
- Curcio, Pasqualina. 2012 “Las patentes de medicamentos: la política correcta para el problema incorrecto” en *Medicina Social* (Montevideo) Vol. 7, Nº 1, enero – marzo.
- Curcio, Pasqualina. 2009 “La investigación y desarrollo de la vacuna del sida. costo de oportunidad para la industria farmacéutica privada” en *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales* (Caracas) Vol. 15, Nº 2, mayo-agosto.
- El Boletín. 2020 “Vacuna de la Covid-19: OMS, Gavi y CEPI lanza una iniciativa para tener 2.000 millones de dosis en 2021” en *El Boletín* (Madrid). En <<https://www.elboletin.com/noticia/193402/internacional/vacuna-de-la-covid-19-oms-gavi-y-cepi-lanza-una-iniciativa-para-tener-2.000-millones-de-dosis-en-2021.html>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Gani, Raymond y Leach, Steve. 2001 “Potencial de transmisión de la viruela en poblaciones contemporáneas” en *Nature* 414 (London). En <<https://doi.org/10.1038/414748a>> acceso 08 de agosto de 2020.
- GAVI. 2020 “COVAX: Garantizar el acceso equitativo global a las vacunas COVID-19” en <<https://www.gavi.org/covid19/covax-facility>> acceso 10 de agosto de 2020.
- Kaiser Health News. 2020 “Vacuna contra el coronavirus: ¿en qué punto está la investigación?” en <<https://khn.org/news/vacuna-contra-el-coronavirus-en-que-punto-esta-la-investigacion/>> acceso 09 de agosto de 2020.
- La República. 2020 “La compañía estadounidense Moderna pone precio a su vacuna contra el coronavirus” en <<https://www.larepublica.co/globoeconomia/la-compania-estadounidense-moderna-pone-precio-a-su-vacuna-contra-el-coronavirus-3037670>> acceso 09 de agosto de 2020.

- Nicholson, Walter. 2001 *Microeconomía intermedia* (Madrid: McGraw-Hill).
- Organización Mundial de la Salud. 2019 “Reporte Mundial de la Malaria” en <<https://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2019/es/>> acceso 08 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020a “Datos y cifras” en <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#:~:text=M%C3%A1s%20de%20dos%20tercios%20de,los%20grupos%20de%20poblaci%C3%B3n%20clave.>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020b “Diabetes. Datos y cifras” en <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020c “Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19” en <<https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020d “Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020” en <<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020e “Actualización de la estrategia frente a la COVID-19” en <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020f “Consideraciones para la cuarentena de individuos en el contexto de contención para la enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientación provisional, 29 de febrero de 2020” en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020g “Acciones críticas de preparación, preparación y respuesta para COVID-19: orientación provisional, 7 de marzo de 2020” en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331422>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020h “Draft Landscape of COVID-19. Candidate Vaccines – 31 July 2020” en <<https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020i “Expertos y entidades de financiación de todo el mundo establecen prioridades para la investigación de la COVID-19” en <<https://www.who.int/es/news->

- room/detail/12-02-2020-world-experts-and-funders-set-priorities-for-covid-19-research> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020j “GAVI – La Alianza Global para Vacunas e inmunizaciones” en <https://www.who.int/workforcealliance/members_partners/member_list/gavi/en/#> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. 2020k “Proyectos de investigación en fase 3 de la vacuna contra el COVID-19” en <[file:///C:/Users/pasqu/Downloads/novel-coronavirus-landscape-covid-19cc0e97e4ea1b4458a05bbd6f5ac6d3fe%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pasqu/Downloads/novel-coronavirus-landscape-covid-19cc0e97e4ea1b4458a05bbd6f5ac6d3fe%20(2).pdf)> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial del Comercio. 1994 “Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio” en <https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/t_agm0_s.htm> acceso 10 de agosto de 2020.
- Organización Panamericana de la Salud. Sin fecha “Similitudes y diferencias entre la COVID-19 y la gripe” en <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15760:similarities-and-differences-covid-19-and-influenza&Itemid=1926&lang=es> acceso 09 de agosto de 2020.
- Organización Mundial del Comercio. 2001 “Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública” en <http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm> acceso 09 de agosto de 2020.
- Roberts, Richard. 2007 “El Fármaco que cura del todo no es rentable” en *La Vanguardia* (España Barcelona). En <<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2007/07/27/pagina-64/60624346/pdf.html>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Telesur. 2020 “China dará acceso universal a su vacuna contra la Covid-19” en <<https://www.telesurtv.net/news/china-ofrece-acceso-universal-vacuna-contra-coronavirus-20200723-0004.html>> acceso 09 de agosto de 2020.
- Worldometer. 2020 “Covid-19 coronavirus pandemic” en <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>> acceso 06 de agosto de 2020.

PARTE II:
EXPERIENCIAS NACIONALES
Y TEMÁTICAS PARTICULARES

LA RESPUESTA DE BOLIVIA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: SUS DETERMINANTES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Herland Tejerina Silva, Eduardo Aillón Terán,
Nila Heredia Miranda y Jorge Jemio Ortuño

LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. BREVE DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ANTES DE 2006

Bolivia tiene una población de 11.400.000 habitantes con una tasa anual de crecimiento de 1.71. En 2016, el Producto Interno Bruto fue de 38.937 millones de dólares con un crecimiento de 4,23 anual desde entonces hasta 2019, el más alto de la región.

Desde su independencia, Bolivia mantuvo estructuras heredadas del colonialismo. Oligarquías criollas minero-feudales ejercieron el poder económico y político manteniendo en la miseria, la insalubridad y la discriminación a la mayoría de la población, especialmente a indígenas campesinos. El sistema sanitario era exclusivamente asistencial y hospitalario, a cargo de la Iglesia Católica y algunas caridades extranjeras.

En 1952, la llamada Revolución Nacional, de corte nacionalista, realizó transformaciones como el voto universal, la reforma agraria y la nacionalización de minas; sin embargo, grupos alineados a Estados Unidos mediante la Alianza para el Progreso construyeron nuevos privilegios (Field, 2016). Dictaduras militares sostenidas desde el norte global, gobernaron de 1967 a 1982.

El Ministerio de Salud se creó en 1938 y la Seguridad Social, de modelo bismarckiano (Cremer, 2003), en 1956. En 1983, con el retorno

de la democracia y en el marco de la Declaración de Alma-Ata, se avanzó hacia la construcción de la Atención Primaria de Salud con participación popular y regionalización de la atención. Sin embargo, después de un bloqueo económico internacional, por la tendencia socialista del gobierno electo, en 1985, el país se alineó a las políticas que serían conocidas como Consenso de Washington: achicamiento del Estado, privatización de empresas estratégicas e imposición de una economía de mercado. Desde 1986, se aplicó la llamada Reforma en Salud, con focalización de los servicios en los más pobres, descentralización, bajo forma de devolución, a gobiernos municipales y creación de seguros públicos – gratuidad para algunas prestaciones de salud en establecimientos públicos – de concentración Materno Infantil, quedando el Ministerio de Salud – convertido en Secretaria – como instancia exclusivamente normativa y sin capacidades de gestión operativa. En la Seguridad Social, se separó la de Largo (jubilación) de la de Corto Plazo (salud), la primera privatizada y la segunda a cargo de 16 Entes Gestores – administradores y prestadores según modelo bismarckiano, cada uno con autonomía de gestión.

El sistema boliviano de salud se ha caracterizado, históricamente, por su fragmentación, segmentación, financiamiento insuficiente y déficit de recursos humanos, sobre todo especializados, de infraestructura y de equipamiento. En este contexto, algunas de las consecuencias, sociales y de salud, para la población, al llegar al año 2006, eran las siguientes:

- Población empobrecida, excluida y marginada del acceso a vivienda, alimentación, servicios básicos, recreación y seguridad; forzada a migrar a centros urbanos del país y el exterior; La exclusión Social en Salud era del 47% (Dupuy, 2007)
- Alta prevalencia de problemas de salud asociados a la pobreza: tuberculosis, Chagas, malaria, diarreas, etc.; altas tasas de mortalidad materna e infantil, desnutrición, accidentes y violencia. La población indígena, rural y peri-urbana era la más afectada. La característica multiétnica y pluricultural de la sociedad boliviana era sistemáticamente ignorada.

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE 2009

En 2003, el presidente Gonzalo Sánchez de Lozada renunció a su mandato, como consecuencia de sucesivas insurrecciones populares contra el modelo neoliberal como la Marcha por la Vida y el Territorio (1990), la Guerra del Agua (2002) y las “jornadas de octubre” (2003). En 2006, ganador de una elección con el 54% de los votos, Evo Morales asumió el gobierno. Uno de los principales mandatos populares era

reformular la Constitución Política del Estado. Como parte de ese proceso, el Ministerio de Salud organizó Asambleas Pre-constituyentes de Salud, con amplia participación institucional y académica, pero con protagonismo de organizaciones sociales, sindicales, estudiantiles, vecinales, indígenas y campesinas. Sus conclusiones, fuertemente inspiradas en la Medicina Social Latinoamericana, se plasmaron en el nuevo texto constitucional.

La Constitución promulgada en 2009 tiene como algunos de sus componentes fundamentales la inclusión y el reconocimiento de las diversas naciones y culturas bolivianas y el respeto, defensa, protección y garantía de los derechos humanos, sociales y políticos, tanto individuales como colectivos. Esta Constitución crea un Estado Plurinacional y contiene más de 30 mandatos referidos a la salud: incorpora la medicina tradicional al sistema sanitario, declara la salud como prioridad financiera del Estado y la prelación de la promoción de la salud, garantizando derechos que hacen a la determinación social de la salud – agua, educación, vivienda, servicios básicos, medicamentos, etc. Además, establece la participación social como un derecho de los pueblos y protege la propiedad de los servicios públicos de salud.

El artículo 18 merece especial mención: “El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social...” (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009).

LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL, SAFCI

Fue la política de salud del gobierno de Morales (Organización Panamericana de la Salud, 2009), desarrollada con base en experiencias comunitarias, municipales y nacionales, incluyendo muchas de Atención Primaria (Integral) en Salud, pero también otras de raigambre comunitaria propia. La SAFCI se constituyó en una nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud, reconociendo todos los saberes, complementando recíprocamente personal de salud académico con médicos tradicionales de las naciones indígenas para interactuar, horizontal y respetuosamente en los ámbitos de gestión y atención de la salud, con personas, familias, comunidades, Madre Tierra y cosmos. Sus principios son la Participación Social, la Interculturalidad, la Integralidad y la Intersectorialidad.

La política SAFCI prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por sobre el asistencialismo y la medicalización y propone un modelo de gestión participativo en todos los niveles y con una estructura de decisión escalonada desde la comunidad. La interculturalidad y el derecho a la salud son ejes transversales omnipresentes.

Algunas de las acciones concretas instituidas por la SAFCI fueron:

- El equipo de salud, en interacción con personas, familias y comunidades, identifica e impacta sus determinantes de salud, en una relación de poder simétrica e igualitaria.
- Ofrece Atención Integral –promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad– e Integrada –bío-psico-socio-cultural– con enfoque tanto de medicina académica como de otros saberes y sentires.

El Ministerio de Salud, mediante el Programa SAFCI –Mi Salud, con especialistas formados en la Residencia Médica SAFCI y hasta 2500 médicos y enfermeras generalistas (muchos formados en Cuba y Venezuela). Desde 2013, intentó poner en práctica los principios y estrategias de la política SAFCI en ámbitos locales, mediante equipos dirigidos desde el Ministerio, pero con apoyo de los Gobiernos Municipales que se adhiresen voluntariamente. Uno de sus logros fue brindar atención integral, incluyendo visitas domiciliarias y provisión de medicamentos a poblaciones históricamente excluidas; el otro fue demostrar que la política era aplicable en la práctica. Su mayor problema fue que se añadió como un nuevo y voluminoso elemento a la ya profunda segmentación del sistema, pues su coordinación con los servicios existentes fue muy escasa; otro fue que contribuyó a que el resto del sistema público –tanto gerentes como trabajadores de las estructuras pre-existentes– llamado, en su conjunto, a asumir e implementar la política SAFCI, aumentase su resistencia y se excluyese de la transformación esperada.

EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

A) LA PROPUESTA DESDE LA MEDICINA SOCIAL Y EL PODER POPULAR

En enero de 2018, el Consejo Nacional Por el Cambio (CONALCAM), instancia de dirección política del Movimiento al Socialismo (MAS), junto al presidente Morales, convocó al “Encuentro Nacional por la Salud y la Vida”. En julio, el Ministerio de Salud publicó el libro “El Nuevo Sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia: Universal y Gratuito: Bases técnicas y políticas “ (Ministerio de Salud de Bolivia, 2018), un documento de propuestas para ese encuentro, para universalizar el derecho a la salud:

- El sistema público garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a todos los bienes y servicios de salud existentes en el país, incluyendo insumos y medicamentos, con administradores y proveedores públicos.

- Desmercantilización del ámbito de salud reivindicando el papel redistributivo del Estado.
- Participación efectiva de Organizaciones y Movimientos Sociales en la decisión efectiva sobre la estructura y dirección del sistema.
- Articulación y complementación con la Seguridad Social de Corto Plazo.
- Financiamiento con recursos fiscales mancomunados, administrados por instituciones públicas para la asignación equitativa y eficiente, dirigida a objetivos sanitarios prioritarios y bajo la conducción del Ministerio de Salud.
- Desarrollo integral y universal y obligatorio de la política SAFCI.
- Organización con base en el Territorio, como espacio geográfico, poblacional, social y cultural que articula instituciones de salud, comunidades y otros sectores.

Los Encuentros por la Salud y la Vida (10 regionales y uno nacional), con la participación de más de 14.000 representantes de diferentes sectores, emitieron el mandato para la implementación inmediata del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito (SUS), siguiendo las características propuestas. Se remarcaba que el Ministerio de Salud debe ejercer la dirección política-técnica y organización completa del SUS en todos los subsectores, empezando por asumir la gestión de los grandes hospitales.

B) LA REALIDAD DE LA LEY Nº 1152 “HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD...”

En un contexto marcado por una huelga de más de 50 días de los gremios médicos en oposición, más o menos explícita, a la gratuidad de los servicios sanitarios y a una temida recentralización del sistema sanitario, el 19 de febrero de 2019 se promulgó la ley Nº 1152 “Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito” que modificó el seguro vigente para madres, niños, adultos mayores y discapacitados, en tres elementos:

- Son beneficiarios todos los bolivianos que no tengan seguridad social en salud
- El Ministerio de Salud financia la atención de alta complejidad, de “tercer nivel” en vez de los municipios
- El financiamiento se otorga en forma de presupuesto en vez de pago por prestación otorgada

En la ley existen ausencias evidentes con respecto a la propuesta del Ministerio y a los mandatos sociales: la promoción de la salud, la participación social, la articulación con la medicina tradicional, la interculturalidad se menciona, pero sin énfasis suficiente y, sobre todo, falta la recuperación de la capacidad de conducción unificada del sistema, como base de su defragmentación.

C) EL SISTEMA DE SALUD EN OCTUBRE DE 2019

Desde 2006, se había fortalecido el sistema público, preparando su universalización: la extensa Red de Telemedicina, el programa de construcción de 49 nuevos Hospitales, 17.000 nuevos puestos en salud (casi duplicando los existentes), 1.514 nuevas ambulancias, 242 máquinas de hemodiálisis (existían solo cinco), etc., pero, sin duda, el elemento más importante fue el incremento del gasto público en salud de USD 196 millones en 2005 a USD 1.097 millones en 2016 (Ministerio de Salud de Bolivia, 2018).

Con la implementación de la ley N° 1152 (marzo de 2019), en principio, todos los bolivianos deben tener acceso a servicios sanitarios gratuitos, sean financiados por su seguro social o por el sistema público. Sin embargo, el acceso real a esta protección financiera estuvo lejos de ser universal, por las muchas dificultades y el corto tiempo de la implementación de la norma. La aplicación de la universalidad en la cobertura y el financiamiento sufrió la oposición explícita de los gobiernos locales políticamente opositores al central, siendo un año electoral y la resistencia vedada de los profesionales en salud. El Sistema avanzaba hacia una transformación significativa, aunque sin la velocidad ni el impacto esperado.

Las Brigadas Médicas Cubanas, desde 2006, habían asumido responsabilidad por la atención de muchas poblaciones, especialmente rurales, en el marco de la cooperación bilateral. Entre 2006 y 2018, realizaron 232.000 cirugías, 695.507 intervenciones oftalmológicas y 61.000 Atenciones de Terapia Intensiva.

RUPTURA DEL PROCESO DE CAMBIO Y SUS CONSECUENCIAS EN EL SISTEMA DE SALUD. LOS ACONTECIMIENTOS SOCIALES Y POLÍTICOS DESDE OCTUBRE DE 2019

Algunas decisiones del gobierno de Evo Morales facilitaron la ruptura del orden constitucional en Bolivia: la concesión, ante presiones conservadoras, de limitar la reelección de autoridades en el texto de la Constitución Política del Estado de 2009, el manejo de las protestas ecologistas por una carretera en el parque nacional TIPNIS, el fortalecimiento de la burguesía agroindustrial, la poca sensibilización de la población beneficiaria sobre las bases políticas de los programas sociales y el abandono de los

componentes culturales descolonizadores en las acciones de gobierno. Sin embargo, el Referéndum Nacional de 2016 para permitir la re-postulación de Evo Morales a la presidencia en las elecciones del 2020, con resultado negativo fue la causa explícita más evidente para justificar la escalada de violencia de octubre y noviembre de 2019.

Este proceso fue conducido por comités cívicos regionales, gremios del sector salud, algunas universidades públicas y medios de comunicación privados. En 2012, se realizó una huelga general en salud de 54 días que logró revertir un decreto que instituía la jornada laboral de 8 horas en el sector. En diciembre de 2017, otra huelga de 47 días logró abrogar la Ley de Procedimiento del Penal y la creación de una Autoridad de Fiscalización en Salud. Finalmente, la huelga de agosto a noviembre de 2019, con reivindicaciones poco claras, socavó la implementación del SUS y organizó al sector para las movilizaciones políticas posteriores a la elección de octubre. Muchos de los dirigentes de los Colegios Médicos serían nombrados autoridades en el llamado Gobierno de Transición.

Las elecciones generales del 20 de octubre de 2019 dieron el triunfo a Evo Morales. La oposición denunció un fraude electoral, como había anunciado meses antes y se movilizó con bloqueo de calles y marchas diarias en las grandes ciudades. Su argumento fue sustentado por variaciones en el mecanismo de recuento rápido, ataques informáticos y un informe de la Organización de Estados Americanos. El Presidente Morales propuso llamar a nuevos comicios con un nuevo tribunal electoral, pero las protestas se intensificaron con actos como la quema de instituciones públicas, sedes de organizaciones sociales y campesinas y radios comunitarias. La violencia selectiva contra dirigentes del MAS y de organizaciones sociales y sus familias –ataques, incendios y secuestros– junto al amotinamiento de la Policía Nacional y la sugerencia pública de renuncia por parte del comandante de las Fuerzas Armadas determinó la dimisión de Morales el 11 de noviembre de 2019 y la renuncia en cascada de sus sucesores en la línea constitucional.

Cuatro días después, la segunda vicepresidenta de la cámara de senadores, Jeanine Añez, se proclamó presidenta y dictó como primera medida el Decreto Supremo N° 4078 que eximía a las Fuerzas Armadas y a la Policía Nacional de cualquier responsabilidad penal en la represión de protestas. En días posteriores, al menos 36 ciudadanos fueron muertos y muchos más heridos en la represión a protestas en Sacaba (Cochabamba.) y Senkata (El Alto) (Cámara de Senadores de Bolivia, 2020). El 5 de enero lanzó la convocatoria a elecciones generales para el 3 de mayo de 2020. Este fue el contexto político y social en que aparece la pandemia de COVID-19.

CONSECUENCIAS REALES Y POTENCIALES DE LA RUPTURA DEL ORDEN CONSTITUCIONAL PARA EL SISTEMA DE SALUD

La espiral de inestabilidad política, social y económica luego de las elecciones generales de octubre de 2019, dificultó la gestión del naciente SUS que, con el llamado Gobierno de Transición, parece haber dejado de ser una prioridad.

El SUS fue creado para la atención gratuita a la salud de los bolivianos, también en epidemias y desastres. En 2019, además de los USD 185 millones de aporte municipal, correspondiente al 15,5% de su co-participación tributaria, el Ministerio de Economía aprobó un presupuesto anual progresivo que asignaba USD 254 millones para 2020 para la implementación del SUS (200 millones para 2019), adicionales al presupuesto regular. En 2019, 45 millones se transfirieron, como presupuesto, a hospitales públicos de tercer nivel y se pagaron 3,9 millones a establecimientos privados bajo convenio para dar atención gratuita (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2020). Hasta el 30 de junio de 2020, se habían transferido solamente USD 14 millones del presupuesto 2020 (un trimestre) a los hospitales del país, ocasionándoles dificultades económicas y las protestas correspondientes (Periódico Página Siete, 2020c). Los recursos del SUS, por ley, pueden y deben financiar la promoción de la salud, incluyendo, por ejemplo, la provisión gratuita de barbijos e insumos para el aseo de manos; también pueden usarse para implementar las medidas más estrictas de bioseguridad para el personal de salud que atiende la epidemia.

Un decreto de marzo de 2020 autoriza a todos los niveles del Estado a asignar y utilizar recursos extraordinarios para gestión de la pandemia, incluyendo créditos internacionales. No se ha hecho pública información sobre la cantidad ni el uso de esos fondos, pero parece claro que hay una paradoja entre el desfinanciamiento del SUS instituido por ley y el ansia por recurrir a recursos extraordinarios, más si éstos representan deuda pública.

Por otra parte, el Programa SAFCI-MI SALUD –una de cuyas actividades principales era la visita familiar regular y programada– fue abandonado y eliminado de las prioridades del Ministerio de Salud (Ariñez, 2020) en medio de acusaciones de adoctrinamiento político (BBC News, 2020), al igual que Telesalud, que gestionaba la red de telemedicina, el Bono Juana Azurduy –transferencia monetaria condicionada a actividades de salud materna que no se pagó durante tres meses (Prensa Latina, 2020). Muchos médicos del programa MI SALUD y especialistas SAFCI fueron despedidos al igual que su coordinador y la actividad comunitaria y promocional de los que quedaron fue desmantelada, dándoles funciones curativas y administrativas (Notisalud Bolivia, 2019) (Montaño, 2020).

Las brigadas médicas cubanas fueron expulsadas del país en diciembre de 2019. Además de sostener con especialistas muchos hospitales rurales, estos médicos eran el único recurso profesional para poblaciones alejadas de los centros urbanos (El Planeta, 2020).

Se puede afirmar que en seis meses se ha anulado la capacidad del SUS de actuar a nivel familiar y comunitario y su incipiente avance en interculturalidad, y que se ha puesto en peligro la sostenibilidad de su modelo de financiamiento. Ambos elementos, en circunstancias de emergencia sanitaria, podrían haber sido instrumentos vitales del sistema.

LAS RESPUESTAS DEL GOBIERNO NACIONAL ANTE LA PANDEMIA

Los dos primeros casos de COVID-19 se reportaron el 10 de marzo en dos personas provenientes de Italia, sin seguimiento epidemiológico conocido. A partir de entonces las medidas tomadas por el gobierno se resumen en:

- Desde marzo, se declaró sucesivamente: Emergencia Nacional; suspensión de vuelos de Europa; actividades laborales con horario de 08: 00 a 16: 00 horas, prohibición de reuniones de más de cien personas e ingreso de viajeros de países seleccionados; cuarentena en domicilio de 17:00 a 5:00 horas y cierre de fronteras. La Policía y las Fuerzas Armadas quedaron facultadas para hacer cumplir la cuarentena con medidas coercitivas.
- 29 de abril, se levantó la emergencia por la COVID-19 y se ingresó a una cuarentena condicionada y dinámica, gestionada desde las regiones autónomas.

El Ministerio de Salud, definió como Caso Sospechoso al paciente con infección respiratoria aguda, sin otra etiología probable, e historial relacionado a un país con enfermedad COVID-19 o contacto con un caso confirmado como enfermedad COVID-19. Como Caso Confirmado solamente a pacientes con prueba de laboratorio RT-PCR Positiva. Estas definiciones marcaron, en gran parte, el curso de la gestión de la pandemia, pues restringieron el acceso a pruebas de laboratorio y atención a quienes no cumplían las definiciones.

Para la atención de pacientes, primero se trató de usar todos los establecimientos existentes que pudiesen crear espacios de atención de COVID-19, pero la idea se abandonó por la resistencia del personal de salud ante la falta de equipamiento de bioseguridad. Entonces, se decidió establecer estructuras exclusivas. En el sector público, 16 hospitales de tercer nivel (de los 32 existentes), 14 de segundo, seis centros de salud y tres estructuras recreacionales designadas como

Centros COVID-19 hasta el 15 de junio. Esta estrategia tuvo dos consecuencias adversas: el acceso a servicios fue extremadamente difícil para pacientes oligosintomáticos, sospechosos por contacto o casos de enfermedad respiratoria grave que no entrasen en las definiciones mencionadas, pues todo el resto de los establecimientos públicos negaron sistemáticamente la atención a toda persona que pudiese parecer infectada por COVID-19, actitud relativamente comprensible ante su falta de equipos de bioseguridad, de protocolos de atención y de capacitación. La otra consecuencia fue que los 36 Centros COVID-19 dejaron de atender todo lo demás; por ejemplo, la conversión del único hospital de tercer nivel de la ciudad de El Alto en Centro COVID-19, dejó a más de un millón de habitantes sin acceso a servicios de alta complejidad. Municipios, Departamentos y Gobierno Central contrataron infraestructuras hoteleras para el aislamiento de casos leves y asintomáticos, con formas de acceso poco clara.

El Ministerio de Salud no logró imprimir un mando único sobre la acción sanitaria de los Servicios Departamentales de Salud y los Municipios, ocasionando disputas institucionales, legales y mediáticas entre niveles de gobierno. La inveterada fragmentación del sistema se evidenció en la descoordinación, acusaciones, órdenes y contra-órdenes entre el nivel central, Gobiernos Departamentales y Municipios. El Ministerio de Salud intervino dos veces la autoridad sanitaria del Departamento de La Paz y una en otras dos regiones; los gobiernos de las tres mayores ciudades denunciaron a sus respectivos Gobiernos Departamentales –a cargo de los hospitales de tercer nivel– por no ofrecer soluciones al desborde de la demanda de servicios de Terapia Intensiva y, en el caso de La Paz, instaló sus propios servicios, con apoyo del Ministerio. La responsabilidad de coordinar el control epidemiológico en cada departamento fue asumida por un ministro de estado –Ministro de Defensa en Santa Cruz, de Obras Públicas en La Paz, etc., el resultado fue la heterogeneidad de medidas y resultados en cada región.

Tres ministros de salud se cambiaron durante la pandemia: Aníbal Cruz renunció el 8 de abril por razones personales; Marcelo Navajas se encuentra detenido, acusado por corrupción en la compra de 170 respiradores con sobreprecio, desde el 20 de mayo, cuando asumió la Dra. Eidy Roca; desde el 9 de julio, por cuarentena de esta autoridad, el ministro interino de salud es el ex-sub-teniente, comunicador social y empresario Fernando López.

El plan de comunicación e información para la población fue insuficiente y con mensajes centrados en el cumplimiento de la cuarentena, algunos –muy criticados– apelando al miedo al contagio. En todo caso, en ningún momento se difundieron guías para el acceso oportuno a servicios.

Las instancias de gestión local en salud y los mecanismos de participación social, ambos instituidos por ley, no fueron involucrados en ninguna etapa del control epidemiológico, así como tampoco las organizaciones comunitarias.

El anterior gobierno había iniciado la construcción de nuevos hospitales, cinco previstos para inaugurarse en 2020 y seis en 2021. Por ejemplo, el hospital de tercer nivel de Montero – ciudad intermedia con alta incidencia de la infección – se puso en funcionamiento parcial el 16 de junio (Ministerio de Salud, 2020), demorando la entrega prevista para enero (Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, 2019). No se tiene información sobre los otros cuatro.

Bolivia registra la tasa más baja de pruebas de laboratorio para diagnóstico de COVID-19 de la región, lo que puede explicar en parte, la baja incidencia registrada. Además, se ha puesto en duda la coherencia de algunas cifras epidemiológicas; el 25 de junio, el reporte oficial señalaba 2.703 casos sospechosos acumulados en el país, sin embargo, ese mismo día, la jefa de Servicios de Laboratorio del Centro Nacional de Enfermedades Tropicales declaraba que “acumula desde hace 22 días 4.000 muestras de pacientes sospechosos” (Zapana, 2020).

La aplicación de la cuarentena total obligatoria colisionó con la realidad económica y social de la población, la mayoría ligada a la pequeña empresa o a la economía informal, ambas dependientes de la actividad diaria para generar ingreso. Como paliativo, el gobierno aprobó bonos de entre 57 y 72 dólares para familias vulnerables, por una sola vez. Calificado como insuficiente por organizaciones sindicales, el pago de estos bonos tardó más de 40 días en efectivizarse y ocasionó grandes aglomeraciones en los bancos. También se postergó el pago de impuestos y créditos bancarios durante la emergencia.

Las intervenciones parecen haber sido improvisadas, reactivas de acuerdo a la evolución de la epidemia en cada departamento o ciudad y centradas en el modelo biomédico, aunque sin preparación suficiente de los servicios para la atención hospitalaria de los casos graves (Periódico Digital ERBOL, 2020) (France 24, 2020).

LAS CONSECUENCIAS, REALES Y POTENCIALES

Desde junio de 2020, parte de la estrategia de vigilancia epidemiológica es el “rastrillaje”, que se realiza como una encuesta domiciliaria de búsqueda de casos basada en un cuestionario y toma de temperatura, más toma de muestras para pruebas serológicas de la COVID-19, cuando están disponibles. Estas acciones se han realizado solamente en ciudades donde la evolución de la pandemia se ha considerado alarmante –Santa Cruz de la Sierra, Trinidad, barrios de El Alto y La Paz, etc. Uno de los problemas es que los operativos son conducidos

por personal mayoritariamente perteneciente a las fuerzas armadas, con muy pocos médicos o enfermeros. Esto causa miedo y rechazo en la población, sobre todo porque no aporta ninguna solución efectiva a quienes tienen necesidades de salud o sociales.

Cabe preguntar si una estrategia similar, pero enmarcada en un plan de alcance nacional, sistemática, concertada con las comunidades y sustentada en personal de salud, no se hubiese podido realizar en etapas más tempranas de la epidemia. Este tipo de acción, más la masiva información, comunicación y educación a la comunidad, junto al apoyo para su organización local, son parte de la política SAFCI, que parece haber sido abandonada. Sin embargo, los equipos del programa SAFCI – MI SALUD, que habían experimentado la bío-medicalización asistencialista de su actividad desde la década de 2010 y fueron despojados de sus actividades comunitarias desde noviembre de 2019, volvieron a ser llamados para los llamados “rastrillajes”, aunque sin respetar la territorialización que se había logrado con el programa original. Los establecimientos de primer nivel tuvieron participación marginal y poco organizada en la gestión de la epidemia.

Conceptualmente, la cuarentena puede considerarse una medida de promoción de la salud, sin embargo, esta medida no estuvo acompañada de ninguno de sus componentes esenciales: Educación para la Salud, Movilización Popular, Intersectorialidad ni Interculturalidad. Durante los primeros tres meses de la epidemia, la atención primaria no tuvo un papel definido. En ningún momento se asignó responsabilidades claramente establecidas a centros y puestos de salud.

Hasta el 15 de julio, se habían confirmaron 1.942 decesos por COVID-19, con una tasa de letalidad menor de 3,7%. Sin embargo, las noticias de caos en calles y cementerios ponen en duda estas cifras. Los responsables de recoger cadáveres en vías públicas o domicilios declaran estar rebasados en al menos cuatro ciudades; en gran parte por decesos de personas con síntomas respiratorios, pero sin prueba laboratorial de COVID-19 (Página Siete, 2020a). De la misma manera, las morgues y servicios forenses se encuentran saturados, lo mismo que las funerarias, crematorios y cementerios (Red Uno de Bolivia, 2020) (Deutsche Welle, 2020). Por ejemplo, el Instituto de Investigaciones Forenses de Cochabamba notifica hasta 43 muertes diarias de sospechosos de COVID-19 (Molina, 2020).

Más allá del manejo mediático de los datos de casos nuevos confirmados y fallecimientos, un elemento que parece haber sido determinante en las actitudes y prácticas del ciudadano común, el personal de salud y los tomadores locales de decisión fue la aparentemente baja intensidad de la epidemia durante los dos primeros meses. Se confirmaban pocas decenas de casos por día en el país con varias regiones

en silencio epidemiológico y los mensajes mediáticos implícitos sugerían un relativo éxito de las medidas de control. La variable clave parece ser el número de pruebas de Cadena de Reacción de Polimerasa para COVID-19 (PCR) realizadas.

Tabla 1
Pruebas PCR realizadas y número de casos COVID-19 confirmados, acumulado Bolivia, 2020

Fecha	31-mar	17-abr	05-may	18-may	29-may	30-jun	26-jul
Pruebas PCR Realizadas	779	3.573	8.995	16.781	26.965	75.466	136.925
PCR x 100.000 Hbs.	0,7	3,1	7,7	14,4	23,2	64,9	117,7
Casos Confirmados	115	493	1.802	4.263	8.731	33.219	69.429
Tasa de Incidencia acumulada x 100.000 Hbs.	0,1	0,4	1,5	3,7	7,5	28,6	59,7
Índice de positividad del PCR	15%	14%	20%	25%	32%	44%	51%

Fuente: Elaboración propia con base en reportes del Ministerio de Salud de Bolivia.

En la tabla precedente, parece claro que Bolivia realizó muy pocas pruebas de diagnóstico, que la expansión de la pandemia no se logró controlar y que la incidencia se incrementa más aceleradamente que la disponibilidad de pruebas PCR.

La fecha de las elecciones nacionales, postergada desde el 3 de mayo – 1,5/100.000 de incidencia acumulada en esa fecha, ha sido uno de los mayores motivos de conflicto en Bolivia. Mientras el Movimiento al Socialismo y Comunidad Ciudadana (los partidos ganadores de las anuladas elecciones de 2019 y primeros en las encuestas pre-pandemia) propugnaban la urgencia e inmediatez posible, otros partidos, entre ellos JUNTOS, la alianza por la que la presidenta Añez es candidata, se opuso con el argumento del peligro de contagio en el acto electoral (INFOBAE, 2020). El 6 de septiembre fue sancionado como fecha límite en una ley nacional, sin embargo, el 23 julio, el Tribunal Supremo Electoral volvió a postergar, unilateralmente, las elecciones presidenciales y legislativas hasta el 18 de octubre (NODAL – Noticias de América Latina y el Caribe, 2020) (Página Siete, 2020b) lo que ha suscitado el llamado de la Central Obrera Boliviana y muchos movimientos sociales a una huelga general indefinida y el bloqueo de caminos (Opinión, 2020).

CONCLUSIÓN

Probablemente, ningún país del mundo estaba completamente preparado para recibir la pandemia. Sin embargo, las condiciones en

que Bolivia tuvo que enfrentar esta crisis sanitaria fueron especialmente desfavorables: La ruptura del orden constitucional y sus derivaciones en conflictos sociales y políticos; la pérdida de legitimidad del gobierno nacional sobre sus homólogos departamentales y municipales y sobre la población general y, la desatención a las estructuras fundamentales de salud. Si bien el desarrollo del SUS y de la política SAFCI era incipiente hasta 2019, se encaminaba hacia una transformación necesaria para la salud de los bolivianos. Parece evidente que se ha perdido la oportunidad de controlar la explosión de la pandemia al desaprovechar estas potencialidades. Sin embargo, todavía es posible y necesario reformular la política y la estrategia sanitaria, tanto para mitigar lo que reste de la pandemia como para reconducir el sistema sanitario hacia los derroteros marcados por la Constitución.

A MODO DE RECOMENDACIÓN

La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural ha construido las bases conceptuales y estructurales para poder controlar la pandemia por COVID-19, mitigar sus consecuencias y asegurar el ejercicio universal del derecho a la salud, dentro los niveles posibles en una crisis tan aguda. Es imprescindible incorporar la participación social y comunitaria en el control epidemiológico integral, recuperando y fortaleciendo, en cada barrio y comunidad, los Comités Locales de Salud, instituidos desde 2008, abandonando el uso de la fuerza, la intimidación o el miedo. La organización social debe ser protagonista de la movilización popular que permita dar cumplimiento a las medidas de distanciamiento físico, uso de barbijos, lavado de manos y, sobre todo, aislamiento efectivo de casos, incluyendo el apoyo material y logístico a las familias aisladas.

La medicina tradicional ancestral boliviana podría tener recursos eficaces para tratar esta infección, y con absoluta seguridad, su incorporación en las estrategias sanitarias daría legitimidad y aceptabilidad social a las mismas.

La acción premeditada y explícita sobre las determinantes sociales de la salud es más importante que nunca. Para lavarse las manos, es necesario tener agua y jabón, para realizar aislamiento domiciliario se necesita tener un domicilio adecuado, alimento, servicios básicos y condiciones de vida mínimamente aceptables, incluyendo las comunicacionales, psicológicas y afectivas. Además de elaborar una estrategia comunicacional masiva que informe y eduque con mensajes claros, eficientes y culturalmente adecuados para tener información suficiente y oportuna sobre los riesgos reales emergentes y sobre una previsión racional del futuro.

Aunque quizás fue inevitable en algunas circunstancias, no es aceptable sacrificar el acceso y la calidad de los servicios sanitarios regulares para atender la patología tradicionalmente prevalente, el Sistema Único de Salud, universal y gratuito, renovado y fortalecido en sus elementos integradores, debe ser el instrumento para asegurar el financiamiento y la organización de todos los servicios de salud y de acción intersectorial incluso durante la pandemia.

El personal de salud y los trabajadores que sustentan los servicios indispensables deben ser protegidos prioritariamente. Sin ellos, todo el sistema de protección caería.

Finalmente, un liderazgo fuerte y legítimo, desde todos los niveles de gobierno y en la organización social y comunitaria es imprescindible. Gobiernos interinos y cuestionados en su legalidad, difícilmente podrán llevar adelante la acción sanitaria y social necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Ariñez, Rubén. 2020 “Salud anuncia contratación temporal de médicos para reforzar Sedes en la lucha contra el COVID-19” en *La Razón* (La Paz, Bolivia). En <<https://www.la-razon.com/sociedad/2020/04/20/salud-contratacion-temporal-medicos-reforzar-sedes-covid-19/>> acceso 20 de abril de 2020.
- BBC News. 2020, “Bolivia rompe relaciones diplomáticas con Cuba criticando su «permanente hostilidad y constantes agravios»” en *BBC News* (Londres, UK).
- Cámara de Senadores de Bolivia. 2020 *ALP confirma Comisión Especial Mixta para investigar las muertes en Senkata y Sacaba en 2019*. Bolivia, 6 de marzo
- Cremer, Helmuth y Pestieau, Pierre. 2003 “Social insurance competition between Bismarck and Beveridge” en *Journal of Urban Economics*, Vol. 54, Issue 1, July.
- Deutsche Welle. 2020 “Servicios fúnebres colapsados en Bolivia” en *Deutsche Welle* (Berlín y Bonn). En <<https://www.dw.com/es/servicios-f%C3%BAnebres-colapsados-en-bolivia/a-54034952>> acceso 29 de julio de 2020.
- Dupuy, Julien. 2007 *Exclusión y Acceso a Servicios de Salud en Bolivia* (La Paz: Ministerio de Salud).
- El Planeta. 2020 “Bolivia rechazó ayuda cubana para combatir el COVID-19” en *El Planeta Media* (Boston). En <<http://elplaneta.com/news/2020/mar/18/bolivia-rechazo-ayuda-cubana-contra-covid-19/>> acceso 29 de julio de 2020.
- Estado Plurinacional de Bolivia. 2009 “Constitución Política del Estado” en Gaceta Oficial de Bolivia (Bolivia). En <<http://>

- www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscarg/Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica> acceso 24 de junio de 2020.
- Field, Thomas. 2016 *Minas, balas y gringos. Bolivia y la Alianza para el Progreso en la era Kennedy* (La Paz: Vicepresidencia del Estado).
- France 24. 2020 “Hospitales y morgues, al borde del colapso en Bolivia por la pandemia” en *France Médias Monde* (Francia). En <<https://www.france24.com/es/20200706-hospitales-y-morgues-al-borde-del-colapso-en-bolivia-por-la-pandemia>> acceso 29 de julio de 2020.
- Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz. 2019 “Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz” en <http://santacruz.gob.bo/acerca/secretaria_contenido/23192/5> acceso 29 de julio de 2020.
- INFOBAE. 2020 “Bolivia: la presidente interina Jeanine Áñez cuestionó el llamado a elecciones en plena pandemia de coronavirus” en *INFOBAE* (México). En <<https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/06/13/bolivia-la-presidente-interina-jeanine-anez-cuestiono-el-llamado-a-elecciones-en-plena-pandemia-de-coronavirus/>> acceso 29 de julio de 2020.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2020 “Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa (SIGMA) y Sistema de Gestión Pública (SIGEP)” en <<https://sigep.sigma.gob.bo/>> acceso 03 de julio de 2020.
- Ministerio de Salud. 2020 “Autorizan puesta en marcha de Unidad de Terapia Intensiva en el nuevo hospital de Montero” en *Ministerio de Salud* (Bolivia). En <<https://www.minsalud.gob.bo/4302-autorizan-puesta-en-marcha-de-unidad-de-terapia-intensiva-en-el-nuevo-hospital-de-montero>> acceso 29 de julio de 2020.
- Ministerio de Salud de Bolivia. 2018 *El Nuevo Sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, Universal y Gratuito. Bases Técnicas y Políticas* (La Paz: Ministerio de Salud de Bolivia).
- Molina, Brenda. 2020 “SEDES: IDIF notifica hasta 43 muertes diarias de sospechosos de COVID-19” en *Opinión* (Bolivia). En <<https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/idif-notifica-43-muertes-diarias-sospechosos-covid-19-sedes/20200706112744776180.html>> acceso 29 de julio de 2020.
- Montaño, Gabriela. 2020 “Bolivia: La salud hoy importa poco” en *NODAL* (Argentina). En <<https://www.nodal.am/2020/07/bolivia-la-salud-hoy-importa-poco-por-gabriela-montano/>> acceso 29 de julio de 2020).
- NODAL. Noticias de América Latina y el Caribe 2020 “Bolivia: Tribunal Supremo Electoral posterga las elecciones para el

- 18 de octubre” en *NODAL* (Argentina). En <<https://www.nodal.am/2020/07/bolivia-tribunal-supremo-electoral-postega-las-elecciones-para-el-18-de-octubre/>> acceso 29 de julio de 2020.
- Notisalud Bolivia. 2019 “Programa «Safci-Mi Salud» y sus médicos dependerán del Sedes” en *Notisalud Bolivia* (Bolivia). En <<https://notisaludbolivia.com/programa-safci-mi-salud-y-sus-medicos-dependeran-del-sedes/>> acceso 29 de julio de 2020.
- Opinión. 2020 “La COB ratifica bloqueos nacionales y departamentales a partir del lunes” en <<https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/cob-ratifica-bloqueos-nacionales-departamentales-partir-lunes/20200729164745779985.html>> acceso 29 de julio de 2020.
- Organización Panamericana de la Salud. 2009 “Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural” en <https://www.paho.org/es/file/29956/download?token=MIH-cc_2> acceso 24 de junio de 2020.
- Página Siete. 2020a “El Idif Santa Cruz reporta 50 decesos diarios en domicilios” en <<https://www.paginasiete.bo/seguridad/2020/6/22/el-idif-santa-cruz-reporta-50-decesos-diarios-en-domicilios-259088.html>> acceso 29 de julio de 2020.
- Página Siete. 2020b “El TSE posterga las elecciones generales hasta el 18 de octubre por la pandemia” en <<https://www.paginasiete.bo/nacional/2020/7/23/el-tse-posterga-las-elecciones-generales-hasta-el-18-de-octubre-por-la-pandemia-262215.html>> acceso 29 de julio de 2020.
- Periódico Página Siete. 2020c “Los hospitales del Complejo Miraflores se declaran en quiebra. Denuncian que el Gobierno no paga su funcionamiento ni escucha sus pedidos” en <<https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/30/los-hospitales-del-complejo-miraflores-se-declaran-en-quiebra-256994>> acceso 30 de mayo de 2020.
- Periódico Digital ERBOL. 2020 “Sirmes-La Paz: Estamos al borde del desastre en los hospitales, no hay equipo Genexpert ni pruebas rápidas” en <<http://erbol.com.bo/nacional/sirmes-la-paz-estamos-al-borde-del-desastre-en-los-hospitales-no-hay-equipo-genexpert-ni>> acceso 29 de julio de 2020.
- Prensa Latina. 2020 “Denuncian en Bolivia suspensión del pago del bono de Juana Azurduy” en <<https://radio.prensa-latina.cu/index.php?o=rn&id=33438&SEO=denuncian-en-bolivia-suspension-del-pago-del-bono-juana-azurduy>> acceso 29 de julio de 2020.
- Red Uno de Bolivia. 2020 “Morgues y crematorios son insuficientes en Santa Cruz y Cochabamba” en <<https://www.reduno.com.bo/>>

noticias/morgues-y-crematorios-son-insuficientes-en-santa-cruz-y-cochabamba-2020617134543> acceso 29 de julio de 2020.

Zapana, Verónica. 2020 “Cenetrop vive de la caridad y acumula 4.000 muestras” en *Página Siete* (La Paz, Bolivia). En <<https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/6/25/cenetrop-vive-de-la-caridad-acumula-4000-muestras-259397.html>> acceso 25 de junio de 2020.

GUERRA Y PANDEMIA EN VENEZUELA. COMENTARIOS DESDE LA SALUD COLECTIVA

Oscar Feo Istúriz

SITUACIÓN GENERAL DE VENEZUELA. CONTEXTO POLÍTICO

Una pandemia vinculada a un pequeño virus azota el planeta. Históricamente muchas son las experiencias pandémicas que ha vivido la humanidad, sin embargo esta se caracteriza por producirse en un “sistema mundo” globalizado (Wallerstein, 2004), lo cual unido a su alta contagiosidad y transmisión silenciosa, produce en cortos períodos de tiempo un enorme impacto sobre las relaciones sociales, afecta la economía y el trabajo, y por supuesto, colapsa los servicios de salud de cualquier país. La acompaña una pandemia de pánico colectivo y desinformación que agrava sus efectos, y que es intencionalmente generada por los grandes poderes que controlan al mundo y utilizan la pandemia como excusa para promover conductas xenóforas, aplicar medidas autoritarias y desmovilizar al movimiento popular. La sinofobia promovida por los Estados Unidos de América (EE. UU.) es un claro ejemplo de ello.

En ese marco, sería imposible comprender la situación de Venezuela en medio de la pandemia, sin dejar claro que somos un país sitiado y asediado por el imperio (Feo, 2020). Estamos ante una agresión y bloqueo por parte de EE.UU que tiene años tratando de desestabilizar al gobierno legítimo de Venezuela, desatando una guerra de nuevo tipo, llamada de IV generación o híbrida (Barrios, 2019), que se caracteriza por la combinación de bloqueo y sanciones económicas,

ataque a la moneda, operaciones psicológicas, acciones políticas y diplomáticas, acciones irregulares con fuerzas paramilitares y terrorismo, con el objetivo de polarizar y atemorizar a la población y lograr la caída del gobierno (Curcio, 2019).

Por supuesto, los EE.UU. nación agresora, a pesar de su actitud beligerante contra Venezuela, en algunos casos recurre a actuaciones “encubiertas” para no asumir la responsabilidad directa de las acciones, tales como sucede con la guerra de alta tecnología o ciberguerra, que en los últimos meses ha afectado los sistemas de suministro eléctrico y las telecomunicaciones.

En medio de la pandemia ha habido una escalada agresiva, con la oferta de una recompensa monetaria por la “captura” del Presidente Maduro y otros altos funcionarios del gobierno por parte del Gobierno de los EE.UU. (BBC, 2020), la incursión de fuerzas paramilitares, y la amenaza de bloqueo marítimo a las costas venezolanas para impedir la llegada de insumos básicos, alimentos y combustible.

Medidas tomadas abiertamente por el gobierno de los Estados Unidos:

1. Orden ejecutiva 13692 de marzo 2015 donde el Presidente de los EEUU declara a Venezuela una “inusual y extraordinaria amenaza a la seguridad nacional y política exterior de Estados Unidos”. Por ser tan difícil de creer que los EE.UU. declaren a un pequeño país una amenaza, los invito a revisarla (USA Federal Register, 2015).
2. En enero de 2019, EE.UU. reconoció un “gobierno paralelo” encabezado por el líder opositor y diputado Juan Guaidó, e impulsó la creación de un bloque de países para enfrentar al gobierno de Venezuela, que se conoce como “Grupo de Lima”.
3. Secuestro, congelación e incautación de activos y cuentas venezolanas en el sistema financiero internacional. Bloqueo de cuentas y transacciones que obstaculizan el comercio internacional. Prohibición a entes financieros y comerciales de realizar operaciones con Venezuela. Amenazas abiertas a todo país que pretenda comerciar con Venezuela y romper ese bloqueo (Gobierno de Venezuela, 2018).
4. Incautación y entrega al “gobierno paralelo” de cuentas en divisas y bienes propiedad del Estado Venezolano. Hay muchísimos ejemplos. La refinería CITGO ubicada en Texas y propiedad del estado Venezolano y la retención de reservas de oro pertenecientes a Venezuela en un banco de Londres, son claro ejemplo de ello.

5. Ataque a la moneda y el tipo de cambio, generando una situación hiperinflacionaria (Curcio, 2020).

CONSECUENCIAS DE LA GUERRA EN MEDIO DE LA PANDEMIA

Hay muchas consecuencias, pero la más evidente es la dificultad para la adquisición de insumos esenciales, medicamentos y alimentos, que no son producidos en el país, ya que Venezuela continúa siendo un país altamente dependiente. El bloqueo a la compra de insumos para la producción de combustibles para vehículos automotores tiene al transporte nacional en una situación de parálisis casi completa. El ataque a la moneda es una de las causas de la dramática situación hiperinflacionaria que devora el salario del venezolano.

Conclusión, es imposible comprender la situación de Venezuela, sin reconocer que es un país bloqueado, objeto de una agresión permanente por parte de los EE.UU. Es indispensable rechazar y exigir el fin del bloqueo y las sanciones económicas contra Venezuela.

PANDEMIA Y RESPUESTA DEL GOBIERNO VENEZOLANO

En primer lugar, voy a resumir y comentar la política del gobierno venezolano frente a la pandemia:

- a. Creación de una Comisión Presidencial Nacional dirigida por la vicepresidenta de la República. Uno de sus integrantes es el Ministro de Salud y un equipo de científicos y técnicos que acompañan y asesoran a esa comisión. Esto pretende señalar que la pandemia es un problema no exclusivo de salud, sino de tipo nacional e intersectorial, y para enfrentarlo se requiere la participación de todos los sectores de la vida nacional. El liderazgo político y mediático lo ejerce el alto gobierno. No hay vocería oficial del Ministerio de Salud (MPPS) sin embargo, el liderazgo técnico recae en el MPPS, a cuya cabeza se encuentra un médico y docente universitario, afín a la salud colectiva, con amplia experiencia administrativa y en salud pública. Lamentablemente la información publicada en la página web www.mpps.gob.ve del Ministerio de Salud es muy escasa y limitada.
- b. Enfoque clínico epidemiológico. Tradicionalmente, desde el modelo médico hegemónico se responde de manera convencional, como se ha hecho a lo largo de la historia, con aislamiento-cuarentena, uso de tapabocas, esperar que se desarrolle una vacuna, además del arsenal curativo individual: medicamentos, tecnología, muchas veces no disponible para las grandes mayorías. Para eso está presto el complejo médico industrial,

gran beneficiario de esta industria de la enfermedad y la muerte. En Venezuela, como parte de una respuesta que hace esfuerzos para superar la perspectiva clínico individual, se realiza una Encuesta poblacional masiva, a través de la página web del sistema PATRIA, que permite identificar los sintomáticos respiratorios, quienes deberían ser visitados en sus casas, para la realización de las pruebas que permitan identificar la enfermedad y en caso positivo proceder a su aislamiento. Sin embargo, como señalaremos más adelante el bloqueo económico dificulta la adquisición de pruebas y se depende de donaciones o compras a países amigos u organismos internacionales, que se atreven a confrontar el bloqueo y las sanciones a que amenaza los EE.UU.

- c. Cuarentena Social Total, que se cumple nacionalmente desde el 16 de marzo, decisión tomada al aparecer el primer caso y que jugó un papel fundamental en el retardo en la aparición de la epidemia. Es importante resaltar que la cuarentena no resuelve el problema, ya que la población susceptible sigue en riesgo, y lo que hace es retardar la aparición masiva de casos, para evitar el colapso del sistema de salud, y alargar o diferir la evolución de la enfermedad. Sin embargo, hay una medida que luce improvisada y sin base técnica, implementada a partir de julio 2020 que consiste en una cuarentena que se realiza una semana si y otra no, y que ha sido denominada 7 x 7, no existe ninguna explicación que permita comprender una cuarentena con esas características, ya que carece de basamento epidemiológico, y sólo pudiera explicarse desde la perspectiva económica, tratando de evitar una parálisis total de la economía.
- d. Despistaje ampliado y personalizado. A toda persona identificada como contacto o sintomático se le hace prueba rápida. A los positivos se le realiza prueba molecular llamada reacción en cadena de la polimerasa PCR por su sigla en inglés. El procesamiento de las muestras moleculares está centralizado en el Instituto Nacional de Higiene, ubicado en Caracas y existen protocolos para la toma y traslado de las muestras. Sin embargo, es importante señalar que esa centralización supone importantes dificultades logísticas, ya que todas las muestras deben ser transportadas para su procesamiento a Caracas. Ese traslado es logísticamente muy complejo si se pretende hacer con regularidad, entre otras cosas por la crisis de transporte y combustible existente en el país. Para inicios de agosto 2020 se habían realizado más de millón y medio de pruebas, de las cuales la gran

mayoría son pruebas rápidas, lo que representa 50.000 pruebas entre rápidas y moleculares por millón de habitantes. Sin embargo, los resultados de esas pruebas no se han dado a conocer. Estamos seguros que allí hay miles de casos no reportados y a la espera del diagnóstico molecular. Lamentablemente el gobierno se resiste a informar el resultado de las pruebas realizadas. Ese manejo cerrado de la información es totalmente inadecuado, ya que las cifras de pruebas rápidas positivas darían una visión mucho más cercana a la dinámica de la epidemia, que lo que dan las pruebas moleculares. Recordemos que las pruebas rápidas que se están utilizando en Venezuela se basan en la detección de anticuerpos y tienen una sensibilidad limitada al 86 % (Wondfo, 2020), lo que quiere decir que deja alrededor de 14 % de “falsos negativos”, es decir 14 personas infectadas por el virus que no son detectadas en la prueba. Pero su especificidad es mucho mayor (99,5 %), por lo tanto, el número de “falsos positivos” es mucho menor. En otras palabras, el que sale positivo en un alto porcentaje es realmente positivo y está infectado, el que sale negativo pudiera no serlo.

- e. Aislamiento y tratamiento precoz de casos. Se habilitaron en todo el país 46 Hospitales y 52 Centros de Diagnóstico Integral para recibir y tratar los casos de la enfermedad. Además, se ha desarrollado un acuerdo con el sector privado para la atención y tratamiento de los casos que deseen hospitalizarse en clínicas privadas. Sin embargo, a mediados de junio el Presidente de la República anunció la medida de “hospitalizar” también a las personas asintomáticas que resultaran positivas, y que representan el 80% del total de casos. Para ello se concertó con hoteles, y se creó la figura de “hoteles sanitarios”. Esa decisión, sin embargo, acarrea graves consecuencias sanitarias ya que esa “hospitalización” compulsiva de asintomáticos contribuirá al colapso del sistema hospitalario, ya de por sí inadecuadamente preparado, y se convierte en una situación que hace que mucha gente prefiera mantenerse oculta e ignorada antes de entrar en aislamiento en sitios donde se carece de las condiciones mínimas para garantizar alimentación y servicios higiénicos adecuados. En agosto, ante el incremento exponencial de los casos, se anunció la preparación del poliedro de Caracas, espacio para la realización de espectáculos y eventos masivos, como hospital de emergencia, en capacidad de recibir miles de personas. Esa decisión pareciera ser una expresión del colapso del sistema asistencial tradicional, y augura tiempos difíciles por venir.

- f. En relación al manejo de la pandemia, en comparación con el resto de América Latina, el país pareciera tener un panorama menos dramático. Hasta el 06 de agosto se habían reportado 23.280 casos y 202 muertes, para una incidencia de 82 casos por cada cien mil habitantes y una letalidad de 1 % (por cada 100 casos reportados hay una muerte). Sin embargo, como lo hemos señalado, consideramos que esas cifras no representan la realidad de la epidemia, reflejan básicamente la capacidad institucional para hacer pruebas moleculares (PCR) que son el criterio usado para certificar un caso. Venezuela desde el inicio de la epidemia decidió que para definir y reportar un caso o muerte debe tener prueba molecular positiva. Ese criterio no ha sido modificado. Lo cual, si bien puede ser ajustado al inicio de una epidemia, no lo es cuando se encuentra en pleno desarrollo. Vale señalar que en China, se cambió varias veces el criterio para definir un caso de la enfermedad (Kam, 2020). En EE.UU. se reconocen como casos no solamente los que tienen pruebas moleculares positivas, sino también aquellos calificados como presuntos, que reúnen el nexa epidemiológico y la sintomatología (CDC, 2020). En Venezuela, si tuviésemos mayor capacidad para hacer pruebas moleculares, o si se incluyeran como casos los positivos a pruebas rápidas, tendríamos muchos más casos.
- g. Un grave problema que trae la pandemia, es que oculta o invisibiliza al resto de problemas de salud-enfermedad que siguen su curso habitual. Es preocupante la situación del resto de los problemas de salud que han quedado ocultos por la pandemia. Pareciera que solo importa el coronavirus y la COVID-19. Tenemos graves problemas de dengue, malaria, tuberculosis, mortalidad materna; miles de pacientes con cáncer, cardiovasculares, y distintas enfermedades crónicas no transmisibles. Estando el sistema de salud en crisis, particularmente a nivel hospitalario, es preocupante pensar cómo se están atendiendo y resolviendo esos problemas.

Es innegable que, desde hace varios años, Venezuela viene sufriendo una severa crisis sanitario-asistencial: el sistema público de salud presenta graves fallas de organización y funcionamiento, que se expresan en el deterioro de la infraestructura de los centros de salud, la deficiente dotación de equipos, material médico-quirúrgico y medicamentos, a lo cual se agrega un enorme déficit de personal debido a la emigración masiva de personal de salud (Feo, 2018). El sistema de salud está notablemente fragmentado, con severos elementos de privatización

(directa e indirecta), los pacientes deben comprar casi todo el equipamiento necesario para su atención y tratamiento. No hay real participación popular, y no se ha logrado avanzar en la construcción de un sistema de salud único, gratuito y de acceso universal.

- h. Es también importante, señalar la ausencia de información epidemiológica. Desde el año 2016 el Ministerio de Salud no publica información epidemiológica por órdenes del alto gobierno que ante el deterioro de los indicadores de salud ha optado por ocultar la información. Ello, además de un tema ético político de gran importancia, representa un obstáculo para el análisis y comprensión de la epidemia. No compartimos el “secretismo y compartimentación” con el que se maneja la información sanitaria. La información epidemiológica es un “bien público” y como tal, debe estar accesible a todo el que pueda necesitarla.
- i. Además, no podemos dejar de señalar el fuerte impacto que ha tenido la pandemia en el personal de salud, con un número muy elevado de casos y muertes en médicos, enfermeras y otro personal de salud, y a pesar de no existir un reporte oficial, conocemos múltiples casos por nuestra cercanía a ese sector. Esto expresa entre otras cosas la deficiente dotación de equipos de protección personal al personal sanitario, que en muchos casos ha sido compelido a adquirirlos por sus propios medios. Son relevantes las condiciones de sobrecarga de trabajo y las insuficientes medidas de protección que ponen en peligro a los trabajadores del sector salud que atienden de manera abnegada a la población. De igual manera, es relevante el déficit de personal especializado, sobre todo a nivel de médicos y enfermeras, por el masivo éxodo de personal de salud en los últimos años. A pesar de la ausencia de información oficial, la Federación Médica (Acción solidaria, 2019) estima que treinta mil médicos han salido del país en los últimos años y sin duda muchísimas más enfermeras y otros trabajadores de salud. En una pequeña investigación no publicada en un hospital de Maracay, se detectó una migración de más de la mitad de las enfermeras, y en el propio Instituto donde trabajo, el éxodo de personal técnico y docente ha sido alarmante.

A estas alturas no es posible predecir el futuro de la pandemia, es difícil predecir el fin de la cuarentena y la vuelta a una normalidad relativa. Nos encontramos desde el punto de vista epidemiológico ante cuatro probables escenarios: a)

el recrudecimiento de casos y muertes en los próximos meses, b) la disminución del número de casos, para luego de un periodo corto de tiempo, la aparición de una nueva ola de la enfermedad, c) la extinción gradual de la epidemia, d) el desarrollo de una vacuna que pudiera contribuir a poner fin a la pandemia.

Ante la vacuna, ya se discuten temas de precios, patentes, dosis, accesibilidad. Es indudable, que buena parte de quienes las producen lo hacen con fines de lucro, y es difícil pensar que pueda haber un acceso gratuito y universal a esa vacuna.

Un factor adicional que debe considerarse, es el impacto de las medidas de cuarentena en la vida y economía familiar. Sólo un porcentaje muy reducido de la población está en capacidad de soportar y mantener una cuarentena prolongada. Más del 50 % de la población económicamente activa del país está en lo que se llama empleo informal y precario, y dependen de su trabajo diario para subsistir. Esto hace la “cuarentena” muy difícil de sostener a mediano plazo, ya que la gente en esas condiciones tiene que escoger entre la epidemia y la remuneración. Por otra parte, los empleados públicos que conforman el sector remunerado más importante cuantitativamente, tienen salarios que han sido devorados por la inflación. Venezuela tiene el salario mínimo más bajo del continente, equivalente a 2,6 USD (Gaceta Oficial, 2020). Si bien, el gobierno ha establecido diversas medidas de protección social, entre ella un bono especial denominado “Quédate en casa” otro “contra la guerra económica”, son claramente insuficiente ante la magnitud del problema. Densos sectores de población que no cumplen la cuarentena, lo hacen porque tienen que escoger entre la pandemia y la sobrevivencia familiar.

COMENTARIOS Y REFLEXIONES DESDE LA SALUD COLECTIVA

1. Imposible analizar la pandemia, sin considerar la inmensa crisis que afecta al mundo actual, y la forma brutal como el capitalismo ha deteriorado el planeta (Lander, 2019). La crisis ambiental, el cambio climático, y también esta pandemia son expresiones de una crisis civilizatoria. La pandemia de coronavirus es la expresión de una grave crisis del modo de producción, vida y consumo que caracteriza al capitalismo; crisis de carácter estructural y multidimensional, generada por un modelo de desarrollo absolutamente insostenible, que al convertir

la naturaleza en mercancía rompe el metabolismo sociedad naturaleza y facilita la aparición de pandemias como la que vivimos. Es una manifestación de los efectos del desastre ambiental producido por la convergencia del capitalismo neoliberal y financiero, con el extractivismo globalizado. No tenemos dudas de que nuevas pandemias y desastres “naturales” acompañarán esta crisis planetaria. Este ecocidio pone en peligro la vida humana sobre el planeta gracias a la ambición y el afán de lucro de una minoría enloquecida por el poder y el dinero. La crisis del patrón civilizatorio que caracteriza al capitalismo es la génesis principal de los problemas que enfrentamos. Para comprender adecuadamente el paso de un virus zoonótico, de circulación exclusiva en animales, al ser humano, es indispensable tomar en consideración la crisis ambiental, parte de la crisis civilizatoria.

2. Insuficiencia de la salud pública y la epidemiología tradicional para enfrentar la pandemia. Hay diversos enfoques para comprender la salud enfermedad (Laurell, 1982) y por supuesto para enfrentar esta pandemia. Por un lado, el enfoque dominante, biomédico, centrado en la enfermedad, y con repuestas fundamentalmente hospitalarias, cuya preocupación fundamental es el tratamiento individual de la enfermedad, y se acompaña de una epidemiología que se dedica básicamente a contar casos y defunciones. Esa clínica y esa epidemiología son insuficientes para comprender la “pandemia” y por ende, para diseñar propuestas que puedan responder integralmente a la misma. Se centran en lo individual y se quedan en el espacio de lo singular.

Otro enfoque alternativo, pero que permanece relegado por el peso y dominio del modelo médico hegemónico, es de tipo colectivo, comunitario, centrado en la población y en el cuidado integral a la salud, dirigido a promover la salud, proteger a la población del contagio, y detectar precozmente la enfermedad para cortar la cadena de transmisión. Ese enfoque hace énfasis en la integralidad y complementariedad, en encontrar el dominio de lo singular, con lo particular y lo general (Castellanos, 1997), conocer los modos de vida de las poblaciones, los procesos protectores o nocivos que existen en las comunidades, sus capacidades para enfrentar la cuarentena y no exponerse al contagio, y por supuesto generar mecanismos para detectar y aislar precozmente los casos, lo que implica no solo hacer muchas pruebas, sino incorporar mecanismos

que conviertan la tradicional “vigilancia epidemiológica”, hecha por técnicos y centrada en la enfermedad, en un monitoreo participativo que involucra protagónicamente a la comunidad. Es un modelo de acción epidemiológica basado en la epidemiología crítica (Breilh, 2004), que además estudia y propone acciones para enfrentar la desigual distribución de la enfermedad; para ello incorpora a su repertorio de análisis, categorías como clase social, territorio, etnia, género, determinación social, y reproducción social.

3. Esta pandemia se ha convertido en una “prueba” a los sistemas de salud. Una lección básica, es que los sistemas de salud de mercado, construidos bajo la influencia de políticas neoliberales, y que han sufrido el impacto de los recortes del gasto social, que piensan básicamente en la enfermedad y la atención médica individual, no están capacitados para hacer frente a problemas colectivos. La visión de salud como mercancía, que prevalece en muchos países y organismos internacionales debe ser revisada. Es hora de plantear con fuerza nuestra propuesta de sistemas únicos, públicos y universales, donde la concepción de salud como derecho humano y social fundamental, prevalezca.
4. ¿Qué viene después de la pandemia? Hay muchas alertas, señalando la posibilidad de que la pandemia sea utilizada por el gran capital que controla al mundo para generar una situación post pandemia de mayor control social y desmovilización de la población. Es probable que nos quieran vender/imponer un “mundo virtualizado”, donde las relaciones humanas sean definitivamente subordinadas a las relaciones económicas, y en el cual las movilizaciones y protestas sociales tengan severas limitaciones. Cuidado especial debemos tener con los modelos educativos basados fundamentalmente en las nuevas tecnologías y las redes sociales, lo cual ha sido alertado y denunciado por Bonilla (2016) en lo que ha llamado “el apagón pedagógico global”.
5. El carácter de clase de la pandemia. Se viene repitiendo que la pandemia es universal y nos afecta a todos por igual, y que por eso ha recibido tanta atención mediática, lo que no sucede con otras enfermedades prevenibles que ocasionan millones de muertes al año, como malaria, chagas y tuberculosis, o como el hambre que mata a muchísima gente.

Si bien es cierto que toda la población tiene la posibilidad de infectarse, y que en general los primeros casos están vinculados a sectores de población con elevado nivel adquisitivos, entre otras cosas por sus posibilidades de desplaza-

miento, y que ha habido casos y fallecidos en sectores de altos ingresos, que pertenecen a la clase que domina la sociedad... no es cierto que toda la población tenga las mismas posibilidades y recursos para contraer y enfrentar la pandemia. Es evidente que las desigualdades sociales, y la “clase social” a la que se pertenece, generan diferentes formas de enfrentar y reaccionar ante la pandemia. Hoy, es evidente la distribución desigual de la enfermedad en la población, en España, según datos oficiales, el 95% de los fallecidos por COVID-19 tenían más de 60 años, concentrándose el 58,7% de muertes entre los mayores de 80 (Bravo-Segal, 2020) y muchos de ellos en “casas de reposo” cuya finalidad básica es el lucro. En EE.UU. es mucho más acentuada la mortalidad en población afro descendiente y latina (BBC News, 2020).

Otro ejemplo del carácter de clase de la pandemia, lo tenemos en el impacto de las medidas de confinamiento y cuarentena en la vida y economía familiar. Un porcentaje muy alto de la población mundial no tiene posibilidades satisfactorias para sobrevivir el aislamiento y la cuarentena, y dependen de su trabajo diario para subsistir. Esto hace la “cuarentena” muy difícil de sostener, ya que la gente en esas condiciones tiene que escoger entre la enfermedad y la remuneración vital. Hay gobiernos, en particular Venezuela, que han establecido medidas de protección social, sin embargo son insuficientes ante la magnitud del problema. Este es el momento para plantear la necesidad de un ingreso vital universal para la población, independientemente de su situación laboral.

6. La victimización de la población. El discurso hegemónico culpabiliza al individuo, transfiriendo la responsabilidad de enfermarse y morir a la persona y sus acciones irresponsables. Así como se culpabiliza al diabético, al hipertenso, al obeso, centrándonos en estilos de vida, sin considerar los modos de vida y las determinaciones sociales que realmente producen la salud enfermedad en la población.
7. Queda abierta la gran duda sobre la posibilidad de que la pandemia pueda haber tenido su origen en una manipulación del virus a nivel de laboratorio, ya sea como parte de programas de investigación, o de guerra biológica. Es una situación siempre presente.

REFLEXIÓN FINAL

El capitalismo convierte la naturaleza y la vida en mercancía y en fuente de lucro y ganancias. Ha generado una crisis multidimensional que tiene carácter civilizatorio, que nos obliga a buscar una forma diferente de producir, consumir, vivir y relacionarnos. No es posible pensar solamente en soluciones “tecnocráticas” que no toman en cuenta el carácter estructural de la crisis.

En pocos meses seguramente habrá una vacuna contra el coronavirus. Es necesario, pero no suficiente. Es probable que termine siendo un gran negocio para el complejo médico industrial farmacéutico. Y que en pocos meses podamos tener nuevas epidemias o desastres de diverso tipo, que expresan el deterioro a que está sometido el planeta.

Es urgente plantear una salida radical a la crisis que genera la pandemia. Debe cambiar el sistema. El capitalismo nos enferma, destruye la naturaleza, conduce al consumo superfluo y al individualismo, es necesaria una sociedad y una economía donde impere la solidaridad y podamos entre todos construir el buen vivir. Solo así podrá haber buena salud y buen vivir.

ACLARATORIA. DECLARACIÓN DE INTERESES

Por las referencias a Venezuela, creo necesario aclarar mi situación política, soy militante de la medicina social y la salud colectiva, además, militante socialista, antiimperialista y anticapitalista. Sin embargo, soy un severo crítico al gobierno del Presidente Maduro, y he publicado diversos artículos que dejan cuenta de ello. A pesar de ello, estoy consciente que la guerra y las sanciones constituyen un factor fundamental para comprender la situación de Venezuela. Sin embargo, siendo el factor más importante, no es el único. Es necesario reconocer que “nuestro gobierno” ha cometido serios y múltiples errores, ha sido profundamente ineficiente e incapaz de resolver los problemas del pueblo, conduciendo al país a una crisis humanitaria de grandes dimensiones, en la cual la clase dirigente disfruta de notables privilegios. Sostengo que el gobierno venezolano, a pesar de tener un discurso socialista y antiimperialista, tiene una práctica muy contradictoria, con entrega de recursos estratégicos al gran capital, y marcados rasgos de autoritarismo, militarismo y corrupción, absolutamente reñidos con la ética y la moral socialista. Sin embargo, ante la agresión imperial, y en el momento de esta pandemia, estoy sin ninguna duda contra el imperio, y al lado del pueblo venezolano.

BIBLIOGRAFÍA

Acción Solidaria. 2019 “FMV: Cerca de 30.000 médicos se han ido de Venezuela” en <www.accionsolidaria.info/website/fmv-cerca

de-30-000-medicos-se-han-ido-de-venezuela/> acceso 15 de septiembre de 2019.

- Barrios, David. 2019 “Guerra híbrida: orígenes y usos políticos” en *Revista América Latina en Movimiento* (Quito) N° 544.
- Bonilla, Luis. 2016 “Apagón pedagógico Global” en *Otras voces en educación* . En: <<http://otrasvoceseneducacion.org/archivos/139174>> acceso 15 de agosto de 2020.
- Bravo-Segal, Stephany y Villar, Feliciano. (2020) “La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo?” en *Rev Esp Geriatr Gerontol* (España) Vol. 55, Issue 5, september-october. En <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>> acceso 15 de septiembre de 2020.
- Breilh, Jaime. 2004 *Epidemiología crítica: hacia un paradigma emancipador e intercultural de la ciencia y el conocimiento* (Buenos Aires: Lugar Editorial).
- BBC News. 2020 “Recompensa por Maduro: de qué acusa Estados Unidos al presidente de Venezuela” en <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52057511> 2020> acceso 26 de marzo de 2020.
- Castellanos, Pedro Luis. 1997 “Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad” en Martínez, Ferrán y Maset, Pedro (ed.) *Salud pública* (España: McGraw-Hill Interamericana de España).
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 “Coronavirus Disease (COVID-19) Interim Case Definition” en <<https://wwwn.cdc.gov/nndss/conditions/coronavirus-disease-2019-covid-19/case-definition/2020/>> acceso 15 de septiembre de 2020.
- Curcio, Pasqualina. 2020 “Impacto de la guerra económica contra el pueblo de Venezuela” en *Observatorio de Trabajadores en lucha* (Bolivia). En <<https://observatoriodetrabajadores.wordpress.com/2020/07/13/impacto-de-la-guerra-economica-contr-el-pueblo-de-venezuela-al-2019-version-larga-pasqualina-curcio-curcio/>> acceso 13 de julio de 2020.
- Feo, Oscar. 2018 “¿Cómo está la salud en Venezuela?” en *Aporrea* (Venezuela). En <<https://www.aporrea.org/actualidad/a257515.html>> acceso 07 de julio de 2020.
- Feo, Oscar. 2020 “Venezuela guerra y pandemia” en *CLACSO Observatorio social del coronavirus* (Argentina). En <<https://www.clacso.org/venezuela-guerra-y-pandemia-la-coronacrisis/>> acceso 09 de septiembre de 2020.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.532 del 27 de abril 2020.

- Gobierno de Venezuela. 2018 “Sanciones y bloqueo. Crimen de lesa humanidad” en <http://mppre.gob.ve/wp-content/uploads/2018/10/Reporte_Venezuela_Sanciones.pdf> acceso 15 de septiembre de 2020.
- Kam, Tim *et al.* 2020 “Effect of changing case definitions for COVID-19 on the epidemic curve and transmission parameters in mainland China” en *The Lancet Public Health* (Reino Unido) Vol. 5, Issue 5, april.
- Lander, Edgardo. 2019 “La crisis terminal del patrón civilizatorio de la modernidad colonial” en *Crisis Civilizatoria. Experiencias de los gobiernos progresistas y debates en la izquierda latinoamericana* (México: CALAS).
- Laurell, Asa Cristina. 1982 “La Salud-enfermedad Como Proceso Social” en *Revista Latinoamericana de Salud* (Santiago) N° 2.
- MPPS Venezuela. Ministerio de Salud. 2020. “Estadística Venezuela” en <<https://covid19.patria.org.ve/estadisticas-venezuela/>> acceso 12 de septiembre de 2020.
- USA. 2015 *Presidential Documents Federal Register* Vol. 80, No. 47, Executive Order 13692.
- Wallerstein, Immanuel. 2004 “El análisis de los sistemas-mundo” en *Capitalismo histórico y movimientos antisistémicos. Un análisis de sistemas-mundo* (Ediciones Akal. Madrid. España)
- Wondfo. 2020 “SARS-CoV-2 Antibody Test Catalog” en <<https://en.wondfo.com.cn/product/wondfo-sars-cov-2-antibody-test-lateral-flow-method-2/>> acceso 12 de septiembre de 2020.

EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. LA ARTICULACIÓN PÚBLICO-PRIVADA (APP)

Silvia Tamez González

INTRODUCCIÓN

Los apremiantes problemas de la población mexicana que conforman un perfil epidemiológico muy complejo, dominado por patología crónica y accidentes y violencias, dentro de las que destacan por su frecuencia y gravedad los homicidios de la población masculina joven, en combinación con enfermedades infecto- contagiosas, todos agravados por la profunda desigualdad social y discriminación en el acceso a los servicios, plantean para el futuro mediano e inmediato una situación muy crítica.

Dicha situación demanda una respuesta integral del sector salud, con una clara mirada estratégica de los objetivos y metas que persigue. Exige también una coordinación muy eficiente de las instituciones que lo integran y programas intersectoriales dirigidos a amortiguar los determinantes sociales tan adversos en nuestro país. Sin embargo, dentro del contexto de la crisis desatada por la pandemia de COVID-19, estas acciones se encuentran casi ausentes.

No obstante, hay que reconocer que la contención de la pandemia, a partir de intervenciones puntuales dentro de las que destacan la disminución de la movilidad y la sana distancia a partir del cierre parcial de actividades económicas y sociales que mantienen a grandes masas de población en sus hogares, han sido relativamente eficientes. Relativamente pues si bien, hasta la fecha se ha logrado evitar el

colapso hospitalario y parcialmente contener la velocidad de crecimiento de los contagios y de las muertes, tanto la frecuencia como la gravedad siguen siendo muy elevadas.

En cuanto al Sistema Nacional de Salud (SNS), llama la atención, que después de acciones como la desaparición del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) a finales de 2019, las únicas medidas visibles de reorganización y cambio estructural del SNS ha sido la forzada reconversión de la red hospitalaria pública para atender a los pacientes de COVID-19, la creación y puesta en operación del convenio entre la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales Asociación Civil y el gobierno federal y la contratación masiva de personal de salud para atender la emergencia.

Aunque, actualmente empiezan a ponerse en práctica modelos de atención distintos como el caso de la CDMX, que recientemente inició un proyecto con perspectiva territorial para la detección y seguimiento de los casos (y que, con sus diferencias, fue replicado en varias entidades del país), en general, no se observan otro tipo de acciones.

La relación entre el gobierno de México y el sector privado de la atención médica hospitalaria mediante la firma del convenio 'Todos Juntos contra el Covid-19', muestra claras señales de permanecer por largo tiempo vigente. Esto es así, entre otras causas, debido a la prolongación de la pandemia y a la necesidad de que los principales hospitales del sector público se avoquen centralmente a su contención.

Destacan también acciones muy puntuales que muestran una amplia gama de convenios sustentados en formas diversas de articulación público-privada (APP), con el involucramiento directo de empresas privadas, de organismos gubernamentales e instituciones de educación superior, tales como la construcción de hospitales o unidades de atención móviles, producción de vacunas y fármacos, producción de insumos de seguridad para personal de salud y respiradores, etc., e incluso, agencias digitales para los servicios de Atención Primaria.

Resumiendo, el objetivo de este ensayo es analizar y dar seguimiento a la respuesta que el Estado mexicano ha dado a la emergencia sanitaria y los problemas que genera la articulación público-privada en el contexto de la pandemia. Interesa señalar aquí, que la elección de la APP como tema de estudio, obedece a que, desde el punto de vista teórico, es considerada como 'trazador' o 'proxy' de la privatización del sector.

En este capítulo, se presenta la evolución de la reconversión hospitalaria que sigue en curso y algunos datos sobre la contratación de personal para las instituciones públicas. También se documentan las diversas formas de APP observadas para su futuro seguimiento. Hasta

el momento, es difícil hacer predicciones o emitir conclusiones consistentes pues los hechos siguen su curso y muchas veces la realidad va más rápido. Es decir, se puede considerar que alguna información que aquí se presenta es de carácter testimonial y provisional, pero en eso reside su importancia.

Sin embargo, podemos adelantar que la situación reseñada anteriormente respecto a la multiplicación de formas antiguas e inéditas de APP que con seguridad no serán coyunturales, en conjunto con la renuncia forzada de Cristina Laurell a la SIDSS, plantea grandes interrogantes respecto a la posibilidad real de lograr una reestructuración que dé continuidad al establecimiento de las bases para la transformación dirigida hacia la creación de un sistema único de salud, hoy más que nunca, necesario para dar respuestas a las necesidades urgentes de la población mexicana.

ANTECEDENTES

Durante más de 30 años y hasta 2018, el principal objetivo oficial de la política de salud en México fue propiciar la apertura de espacios de participación público-privada para el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, cuya lógica respondiera fundamentalmente, al traslado de fondos públicos al sector privado. La creación de espacios de articulación público-privada bajo esta premisa se constituyó en el mecanismo privilegiado de privatización del SNS (Tamez *et al.*, 2016).

El proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) tuvo diferentes etapas. En términos generales, se puede decir que en la década de los 90's, se prepararon las condiciones necesarias para su reconfiguración que, aunque con sus limitaciones, funcionaba bajo la aspiración de un Estado de Bienestar. Así, la firma del TLC fue el hecho que inauguró la transformación neoliberal del país. Se trataba de crear las bases para lograr que la lógica de mercantilización permeara a nivel del financiamiento y la prestación del servicio al Sistema Nacional de Salud, mientras que, paralelamente y desde el principio se realizaba el desmantelamiento del sector (Laurell, 2007) con fuertes reducciones presupuestales.

Además, bajo la consigna del Banco Mundial, se adaptaba la política de salud a los principios del Manejo Social del Riesgo (MSR). Este concepto proponía a los países una estrategia que, desde esa perspectiva, ampliaba el concepto vigente hasta entonces de Protección Social (PS). Con esta propuesta se dejó atrás la lucha contra la pobreza como objetivo prioritario y se institucionalizaron las transferencias monetarias focalizadas como complemento a la atención a la salud, a partir de un paquete mínimo de acciones (Holzmann y Jorgensen, 2003; Elbenschütz, Tamez y Camacho, 2011).

En definitiva, se establecieron estos subsidios focalizados como elementos interdependientes a la protección social, pero al mismo tiempo complementario al seguro de salud. En otras palabras, para recibir los apoyos económicos, los beneficiarios tenían que estar adscritos al Seguro Popular de Salud.

Así, ya en los inicios del milenio presenciamos la emergencia de un sistema de salud en pleno proceso de reconfiguración con la emergencia del Seguro Popular de Salud como eje. A partir de entonces y hasta 2018 asistimos a la profundización de las reformas de un proyecto claramente transexenal, que propiciaba de manera inexorable el desmantelamiento de los servicios públicos y el crecimiento acelerado del sector privado de la atención médica, sostenido con recursos públicos, a partir de la denominada ‘articulación público-privada’ en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Elbenschtz, Tamez y Camacho, 2008).

Durante el sexenio precedente al actual, se continuó con el saqueo, la corrupción y el despojo a partir de la concesión de diversas actividades públicas al sector privado de la atención médica, constituyendo un entramado burocrático de convenios, la mayoría en condiciones muy desventajosas para el sector público, o como en el caso de la construcción de hospitales como el de Ixtapaluca, que terminaban siendo elefantes blancos porque, para su operación, correspondía a las instituciones públicas de salud dotarlos, nada más ni nada menos, de personal, equipo y tecnología.

Así, en 2018, el nuevo gobierno recibió un sector de salud sumamente precario, saqueado y parcialmente destruido (sobre todo en provincia) e incapaz de dar respuesta a las necesidades de la población. Muestra de lo anterior es que, según diagnósticos de la Secretaría de Salud (Ssa) existían hasta el 2018, muchos centros de salud sin equipos e instrumentos, personal médico insuficiente, y alrededor de 2 mil comunidades atendidas por pasantes en servicio social. Además, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Ssa) documentó falta de mantenimiento, carencia de médicos generales y especialistas y enfermeras, en las diversas áreas clínicas y más de 300 obras inconclusas o abandonadas hasta por 10 años (Cruz, 2020).

En relación con lo anterior, el actual Secretario de Salud, declaró recientemente que la administración recibió 327 obras abandonadas: 217 centros de salud y 110 hospitales. De los cuales, en 2019 se concluyeron 54 centros de salud, 56 están en proceso y se suspendieron 107 por irregularidades. Además, se concluyeron 18 hospitales, 50 están en proceso y 42 fueron suspendidos también por irregularidades (Arista, 2020).

En resumen, durante los últimos veinte años, se observa una marcada tendencia en dos sentidos: 1) focalización a través de Transferencias Monetarias Condicionadas como principal medida para impedir que la gente caiga por debajo de la línea de pobreza y 2) mercantilización y privatización del sector, a partir de la apertura de la prestación pública de los servicios a las corporaciones nacionales y supranacionales (Martínez *et al.*, 2019).

En este contexto, el actual gobierno estableció como una de sus prioridades la salud y emprendió un ataque permanente a la corrupción, transparentando el contenido de los convenios, lo que implicó, durante el año pasado, un férreo combate a los términos establecidos en ellos, especialmente por las industrias farmacéuticas.

Dos acciones contundentes, y, por cierto, las últimas que denotaban el giro hacia la transformación estructural del SNS fueron la disolución del Seguro Popular de Salud (SPS) y la constitución del Insabi, en aparente sustitución del SPS, como medidas preparatorias para la puesta en marcha del Modelo de APS Integral e Integrada, necesaria para la transformación del sector hacia la universalización.

Es dentro de este contexto, agravado por la emergencia de la pandemia y por la necesidad de dar respuesta a las urgentes necesidades de atención y con servicios médicos en transformación, que inicia la aplicación de medidas que implican diversas formas de APP hasta entonces nunca vistas en el país pues la figura dominante siempre fue la subrogación, que ciertamente, en los últimos años había diversificado las figuras bajo las que operaba.

Al calor de la pandemia, estas decisiones han sido acertadas pues difícilmente el sector público tendría capacidad para dar respuesta a las necesidades cotidianas y a los enfermos de COVID-19. Sin embargo, estos convenios perfilan formas de articulación entre el sector público y el privado, con condiciones muy ventajosas para el privado pues los padecimientos crónicos de tercer nivel y de alto costo serán asumidos, como siempre, por instituciones públicas. Por su parte, el sector privado empieza a mostrar interés en mantener este tipo de relación de forma permanente.

LA ARTICULACIÓN PÚBLICO-PRIVADA (APP) COMO MECANISMO DE PRIVATIZACIÓN DEL SECTOR

Tal como lo afirma Laurell (1996), la articulación público-privada es uno de los mecanismos privilegiados de privatización del sector dentro de los cuales destaca la subrogación. Hasta la década de los ochenta, la subrogación de servicios funcionaba como una forma complementaria, pero nunca sustituía a la institución pública. Desde el punto de vista conceptual, es importante subrayar que la mercantilización del

servicio-beneficio es la condición básica necesaria de la privatización y sin la cual no tiene sentido. La única ‘privatización’ que no depende de esta condición sería que los privados asumieran el cuidado médico fuera del nexo mercantil [...] la mercantilización de los servicios de salud es, entonces, el corazón del proceso de privatización (Laurell, 1996: 33).

Así, hasta 2018, se trasladan grandes sumas de dinero público al sector privado a través de diversos mecanismos dentro de los que destacan las llamadas ‘articuladoras’, tal como fungió en el pasado, la empresa de Biológicos y Reactivos de México S. A. (BIRMEX), encargada de la compra y distribución de vacunas y algunos antídotos y medicamentos y que cumplió esa función con las vacunas de la influenza y Tamiflú durante 2008 y 2009 y hasta 2017. El desempeño de BIRMEX durante esta pandemia, fue motivo de serios cuestionamientos documentados en sendas revisiones realizadas por la Auditoría Superior de la Federación (ASF) (Tamez *et al.*, 2016). Para ilustrar la operación de este tipo de articulación se detalla un poco este caso.

Ante la amenaza de la llegada del virus de la influenza AH1N1, el primer convenio, ciertamente anticipado, se firmó en 2004. En éste se establecían las bases para la compra de vacuna a Sanofi Pasteur (farmacéutica francesa) y los términos para que en 2012 BIRMEX contará con una planta para elaborarla en el país y de esta manera dejar de comprarla a precios elevados. Estos términos fueron actualizados varias veces hasta que, ante la ausencia de cualquier señal de creación de la planta, en 2017 se firma nuevamente otro convenio entre la Ssa y Sanofi Pasteur, en sustitución del anterior que vencía en 2022, por uno nuevo cuya vigencia se amplía a 2032.

En este convenio, firmado en diciembre de 2017, además de la renovación, se estipulaba la adquisición de la vacuna pentavalente acelular¹. Es decir, la Ssa compraría entre 270 millones y 291 millones de dosis de la vacuna contra influenza –entre 15 y 16 millones por año–, y de 23 a 57,4 millones de dosis de la pentavalente, es decir, de 1,5 a 3,8 millones de dosis anuales (BIRMEX, 2018).

Esta situación, documentada por algunos autores, abre grandes interrogantes respecto al futuro de la soberanía sanitaria en nuestro país pues, considerando que hasta 1989 fuimos autosuficientes en la producción de vacunas, y que inexplicablemente a partir de entonces se inició su desmantelamiento, es claro que hemos desarticulado nuestras instituciones para cumplir con los postulados neoliberales al pie de la letra, a expensas de la salud de los mexicanos, en un tema tan

1 Esta vacuna forma parte del esquema de vacunación universal y se aplican cuatro dosis a niños de dos, cuatro, seis y 18 meses de edad contra difteria, tétanos, tosferina, poliomielititis y la llamada *Haemophilus influenzae* tipo B.

sensible como las vacunas. También muestra, que, tanto para la seguridad social como para los servicios ofrecidos a la población abierta, uno de los principales mecanismos para la privatización de los bienes públicos en el campo de la salud es precisamente, la llamada APP que cuenta con el respaldo jurídico, concretamente en la construcción de infraestructura hospitalaria, de la Ley de Asociación Público-Privada (LAPP), publicada el 16 de enero de 2012 en el Diario Oficial de la Federación (DOF). A esto es lo que nos referimos como el ‘entramado burocrático de la privatización en salud’.

Las formas de APP se han multiplicado y diversificado hasta la actualidad y se observa que este mecanismo hace posible el traslado de grandes cantidades de dinero público al sector privado, por ejemplo, la producción de vacunas y las diálisis y hemodiálisis.

Al respecto se reporta que, en 2016, el IMSS publicó las bases de una licitación internacional de más de 7 millones de sesiones de hemodiálisis en el Diario Oficial de la Federación. En cuanto a los costos que implican las diálisis, se realizó una comparación entre los ocasionados por trasplante de riñón frente a los del tratamiento con diálisis y se observó que este último procedimiento es poco menos del 50% más caro que el trasplante de riñón (Tamez *et al.*, 2016).

ARTICULACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

En relación al convenio firmado entre La Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales Asociación Civil y el Gobierno Federal, el acuerdo establecía que habría 3 mil 300 camas para atención hospitalaria de segundo nivel, con la finalidad de que los nosocomios públicos se enfocarían totalmente a atender a pacientes con COVID-19. La estrategia, denominada ‘Todos Juntos contra el COVID-19’, ofrecía camas disponibles para atender a 12 mil 500 pacientes más (Jiménez y Urrutia, 2020). La atención de segundo nivel consistió en ofrecer servicios médicos de bajo costo pues es el más redituable, tales como: atención de parto, cesáreas, enfermedades del apéndice, hernias complicadas, úlceras gástricas, endoscopias y algunas urgencias abdominales. Entraron en el convenio 146 hospitales en 27 estados y, teóricamente los costos para el gobierno serán idénticos a los de los institutos de seguridad social públicos tales como, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Salud y Seguridad Social (ISSSSTE). De manera paralela, los hospitales privados mantendrían la atención a pacientes de COVID-19 entre sus usuarios de manera normal (Jiménez y Urrutia, 2020).

El convenio fue revisado y se extendió su vigencia al 23 de agosto. Además, la firma de un convenio específico entre el IMSS y el gobierno

de Nuevo León, en el que se cubren padecimientos cuyo tratamiento es más complejo que los detallados con anterioridad, tales como: tumor o cáncer de mama, cáncer cervicouterino, diabetes, hipertensión, enfermedades de la columna vertebral, derivación ventrículo peritoneal, infección en vías urinarias, pancreatitis y convulsiones, lo que indica que las entidades están en libertad de contratar diferentes esquemas de tratamiento, es decir, diversificar cualitativa y cuantitativa estos acuerdos (Consortio Mexicano De Hospitales, 2020).

Dentro del contexto de los recursos para la salud, específicamente en lo que se refiere a infraestructura hospitalaria, el director del Consortio Mexicano de Hospitales, declaró que, de las 4.600 unidades hospitalarias del sector público y privado, 70% son propiedad de las empresas, pero de ellas, solo el 10% cuenta con 25 camas o más.

Aunque, el convenio firmado entre el gobierno y los hospitales privados para atender otros padecimientos responde al desafío de ofrecer acceso y una mayor cobertura, es cierto que implica necesariamente mayor colaboración entre la iniciativa privada y el Estado, en condiciones presumiblemente desventajosas para el sector público.

El funcionario consideró que los hospitales cuentan con una “infraestructura privada no optimizada por la escala de las unidades médicas” ...y que existe además un gran déficit de personal de salud, razón por la cual, las 115 unidades médicas que están incorporadas a alguna cadena y que pertenecen a la Asociación Nacional de Hospitales Privados, están adquiriendo equipos de nueva generación con profesionales de la salud reconocidos a nivel mundial. Otro reto, según cifras de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), ha sido “incrementar el número de usuarios de seguros que contratan una póliza de gastos médicos mayores, ya que sólo el 15% de los mexicanos que trabajan cuentan con coberturas de este tipo para su atención hospitalaria en el sector privado”.

RECONVERSIÓN HOSPITALARIA

Para dar respuesta a la demanda por pacientes de COVID-19, fue necesario transformar los hospitales que estaban en funciones y que ofrecían condiciones aceptables para atender solamente este tipo de pacientes, proceso que se denominó ‘reconversión hospitalaria’. Otra acción que resultó urgente desde el inicio de la pandemia fue la contratación de personal de salud, pues, incluso antes de la emergencia epidemiológica se había reconocido que el país tenía un déficit muy importante de trabajadores de la salud.

A continuación, presentamos algunos datos respecto a ambas acciones con el fin de contar con una situación basal que permita dar un seguimiento posterior a la evolución de este proceso. Ocho hospitales

federales e institutos nacionales de salud fueron reconvertidos total o parcialmente para recibir a pacientes sin acceso a la seguridad social. La Ciudad de México y el Estado de México ampliaron la capacidad de atención de los nosocomios bajo su responsabilidad. El reporte más reciente indica que, hasta inicios de agosto, se sumaron a la red de hospitales que reportan al sistema general, 912 en total (Gobierno de México, 2020c).

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), único con experiencia en la reconversión de sus instalaciones cuando enfrentó la influenza A/H1N1 en 2009. Normalmente, la capacidad de atención de pacientes críticos era de 15 camas en terapia intensiva y 13 en urgencias. Actualmente las camas con ventiladores aumentaron a 130. En días de mayor intensidad, estuvieron más de 100 enfermos conectados a un respirador al mismo tiempo. La estrategia se aplicó en los servicios estatales de salud también, y hasta el 01 de julio de 2020, la plataforma de la Red de Infecciones Respiratorias Agudas Graves reportó 903 hospitales con 28 mil 924 camas generales.

La reconversión hospitalaria del gobierno federal estuvo a cargo del titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y en una primera etapa para el valle de México, donde se concentraba más de la mitad de los casos de COVID-19. Las primeras medidas implementadas fueron: desocupar camas de diferentes áreas clínicas, adquirir equipos de ventilación mecánica asistida y monitores, contratar personal entrenado en su manejo, y posteriormente, incrementar los espacios de terapia intensiva.

CONTRATACIÓN DE PERSONAL

Ante la pandemia, el gobierno de México contrató a cerca de 50 mil médicos y enfermeras (Gobierno de México, 2020b), recuperó 16 hospitales y reconvirtió 16, y capacitó a más de 36.611 integrantes del personal médico en hospitales de todo el país. Según la prensa nacional, en los primeros meses del año fueron contratados 3.675 médicos especialistas y 7.194 médicos generales; 1.502 enfermeras especialistas y 18.664 enfermeras generales; y 13.212 trabajadores de la salud. Además, señaló que el año pasado había un déficit de 200 mil profesionales de la salud, tan solo de médicos generales y especialistas, y de 300 mil (Gobierno de México, 2020a), contando enfermeras, lo que motivó la contratación de médicos cubanos en meses pasados (Sandoval, 2020).

El costo del personal requerido y contratado para apoyar en la contingencia sanitaria fue de 3.242 millones de pesos. Para dar respuesta a las necesidades que planteó la pandemia se requiere de 12.215 camas (Arista, 2020) y, tal como se menciona en el apartado anterior, según reportes oficiales ese número está ya rebasado.

OTRAS FORMAS DE PRIVATIZACIÓN. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Un ejemplo, que ciertamente no es emergente en la pandemia pero que se reactivó coyunturalmente es la contratación de empresas dedicadas a la construcción de infraestructura. Al respecto, CEMEX, industria multinacional que opera en 50 países, es la beneficiaria de jugosos contratos. Esta empresa construyó simultáneamente seis módulos hospitalarios móviles en solo 15 días, con capacidad para 280 pacientes contagiados de COVID-19. “Los inmuebles son construidos con módulos prefabricados de concreto antibacterial de alta durabilidad, cuentan con piso vinílico de grado hospitalario y rampas de acceso para pacientes y camillas, asimismo, las entradas y salidas poseen controles inteligentes de acceso en áreas críticas. Sus acabados y pintura también presentan propiedades antibacterianas”. Además, “las unidades médicas contarán con filtros especiales en el sistema de aire acondicionado, luz ultravioleta que ayudará a eliminar virus y bacterias, séptico climatizado para residuos peligrosos biológico-infecciosos y equipo contra incendios con detectores de humo”. Se desconoce el costo de estas unidades.

Las autoridades sanitarias determinaron que los módulos fueran ubicados en Ciudad Juárez, Chihuahua; Tlalnepantla, Estado de México; Monterrey, Nuevo León; Puebla, Puebla; Culiacán, Sinaloa y Fresnillo, Zacatecas. Llama la atención que no hay ningún estado del sur del país que es en donde hay menos infraestructura de salud (CEMEX, 2020).

TELEMEDICINA

Se considera que la telemedicina es una herramienta tecnológica que facilitará el acceso a servicios de calidad y también mayor cobertura ya que con su uso se pueden dar múltiples servicios como consultas, transferencias de información digitalizadas, recetas, seguimiento y monitoreo de los pacientes, etc. Además, para su funcionamiento se requiere un plan de transformación que involucra inversiones en tecnología, desarrollo organizacional y análisis de datos, así como procesos de seguridad.

Más aun, las actividades susceptibles de realizar por este medio son diversas y se consideran ideales para la atención primaria de los pacientes en áreas preventivas y de diagnóstico oportuno. Al parecer, se trata de una herramienta producida en México, que tiene la conectividad necesaria para monitorear a los pacientes en sus tratamientos. Es decir, otro espacio para la privatización.

Otro negocio fue la compra de tabletas y equipo de telefonía celular para distribuirlos a los médicos de los hospitales, para que estos

puedan brindar información a los parientes del estado de salud de sus enfermos. Bajo esta modalidad también, se habilitó un reporte digital de disponibilidad de camas en los hospitales del Estado de México y la Ciudad de México (App CDMX) (Dávila, 2020).

Al respecto, el director del Sector Salud de KPMG México (empresa multinacional), dijo que después de la situación por COVID-19, habrá un “boom de la telemedicina y la transformación digital de los servicios de salud”. Esta empresa se promueve ofreciendo estrategias para digitalizar procesos y flujos de trabajo. Se publicita como “...una red global de firmas con profundas raíces locales, que brindamos servicios de Auditoría, Impuestos y Asesoría al mercado”. Se hará uso, por ejemplo, de la atención remota para dar seguimiento a los pacientes en sus tratamientos, sin necesidad de acudir a los hospitales (Forbes Staff, 2020).

PRODUCCIÓN DE INSUMOS DE SEGURIDAD PARA TRABAJADORES DE LA SALUD

Otro giro es la producción de insumos para protección y seguridad de los trabajadores de la salud. Así, con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en colaboración con la empresa Atfil, ‘incubada’ en la Facultad de Ingeniería, el Gobierno de la ciudad inició la producción de 250 mil mascarillas N95, todo esto ante la escases y el alto precio de los insumos para proteger al personal médico. Se instaló la fábrica en Xochimilco y fueron aportados 17.5 millones para la línea de protección y desarrollo del modelo de la mascarilla que cumple con las normas nacionales e internacionales.

Se trata de una careta facial completa (máscara-careta) para uso del personal de salud, con nivel de protección que cubre las necesidades requeridas en ambientes de consulta, atención y quirúrgicos. En su producción participaron muchos actores tanto del sector público como del privado tales como, el Laboratorio Nacional de Manufactura Aditiva y Digital, (MADiT), con sedes en el Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología de la UNAM, el Tecnológico de Monterrey, el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

VACUNA ANTI COVID-19 Y COMPRA DE MEDICAMENTOS

Finalmente, las noticias más recientes e importantes respecto a la APP son dos: la producción de vacuna anti COVID-19 y la compra de medicamentos a nivel internacional. Respecto a la producción de la vacuna, en el acuerdo a través del cual se celebra la firma, participaron con financiamiento, Carlos Slim Domit (el hombre más rico de México) de la Fundación Slim, quien destacó que se integra a los

laboratorios Maxbience, de Argentina, que elaborará la sustancia activa y Liomont, en México, como fabricante del producto a distribuir en toda Latinoamérica. Según Slim, dicho acuerdo permitirá acceder a la vacuna con un año de anticipación (Urrutia y Muñoz, 2020).

En cuanto a la compra de medicamentos, todo parece indicar que esta decisión fue impulsada por la resistencia de las empresas farmacéuticas a modificar los términos de ventas que, de acuerdo a las condiciones pactadas en el anterior gobierno, constituían fuente de corrupción y monopolización por parte de 4 empresas. Esto propiciaba un elevado encarecimiento de los fármacos.

CONCLUSIONES

En el contexto de la crisis general desatada por la pandemia COVID-19, la evolución de la articulación público-privada en el sector salud presenta una situación paradójica pues múltiples actividades que lucen como necesarias, casi indispensables y que ofrecen atractivos espacios de ganancia al capital privado, amenazan con permanecer de manera indefinida.

En el apartado anterior se reseñan diversas figuras de articulación público-privada emergentes durante el curso de la pandemia. Al respecto, una tarea futura consistirá en observar cuáles de ellas permanecen aún después de la pandemia, lo que marcará la diferencia entre una acción coyuntural necesaria y un nuevo espacio para la privatización.

Por otro lado, la debilidad estructural del Sistema Nacional de Salud impide, por el momento, una regulación eficiente para, tal como se venía haciendo durante 2019, atacar la corrupción generalizada que privaba en la mayoría de los convenios establecidos para pactar las condiciones de intercambio entre el público y el privado.

Además, ante la renuncia de la titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), de la que dependían cuatro direcciones responsables de las tareas de reorganización del sector y que habían realizado diversas acciones dirigidas a preparar las bases para la transición hacia un modelo unificado, la situación se torna más adversa para la reconfiguración del SNS hacia la unificación².

La articulación público-privada, al parecer, no está sometida a ninguna regulación y aparentemente crece anárquica y aceleradamente al amparo de la emergencia sanitaria. Resulta previsible que en esta situación se están generando un enjambre de convenios y acuerdos

2 Destacan dos programas: el Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral y el Modelo de APS Integral e Integrada.

que se agregarán a los de gobiernos anteriores, en condiciones, seguramente ventajosas para el privado. Corresponde al gobierno actual establecer las bases de una regulación estricta que garantice un intercambio equilibrado en la APP.

Sin embargo, tal como se pronosticó en una publicación anterior, una política de salud guiada por los principios de igualdad social y reducción de las brechas existentes en salud, "...enfrentará importantes obstáculos y retos pues se requieren cambios que modifiquen la lógica de funcionamiento del SNS instaurada durante 30 años de neoliberalismo, cuyo principal objetivo ha sido la creación de espacios de acumulación de capital" (Martínez *et al.*, 2019) y hay muchos intereses empeñados en conservar sus privilegios.

Tal y como afirma Cristina Laurell en su Informe de Gestión Diciembre 2018-junio 2020, la reconstrucción del SNS tendrá que ser de "...abajo hacia arriba y de la periferia hacia el centro" (Laurell, 2020), lo que requiere una conducción política enérgica y decidida a garantizar el derecho a la salud de los mexicanos. Demanda también la participación organizada de los sectores sociales involucrados y afectados, especialmente los trabajadores de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Arista, Lidia. 2020 "México ha contratado a 44,247 médicos y enfermeras para enfrentar al Covid-19" en *Expansión Política* (Ciudad de México). En <<https://politica.expansion.mx/mexico/2020/05/12/mexico-ha-contratado-a-44-247-medicos-y-enfermeras-para-enfrentar-al-covid-19>> acceso 14 de junio de 2020.
- BIRMEX. 2018 "Memoria de Gestión" en *Secretaría de Salud* (Ciudad de México). En <<https://www.birmex.gob.mx/>> acceso 14 de junio de 2020.
- CEMEX. 2020 "CEMEX construye seis hospitales móviles en tiempo récord para atender pacientes con COVID-19" en *CEMES* (Monterrey). En <<https://www.cemexmexico.com/-/cemex-construye-seis-hospitales-moviles-en-tiempo-record-para-atender-pacientes-con-covid-19>> acceso 20 de mayo de 2020.
- Consortio Mexicano De Hospitales. 2020 "Todos Juntos contra el Covid" en <<https://www.facebook.com/consorciomexicanodehospitales/photos/a.10150647370206838/10158434019951838/?type=3&theater>> acceso 14 de agosto de 2020.
- Cruz, Ángeles. 2020 "La reconversión hospitalaria en el país evitó crisis mayor" en *La Jornada* (Ciudad de México). En <<https://www.jornada.com.mx/2020/06/25/politica/002n1pol>> acceso 25 de junio de 2020.

- Dávila, Israel. 2020 “Edomex: dan informes sobre pacientes Covid a través de videollamadas” en *La Jornada* (Toluca). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/estados/2020/05/18/edomex-dan-informes-sobre-pacientes-covid-a-traves-de-videollamadas-7040.html>> acceso 23 de mayo de 2020.
- Eibenschutz, Catalina; Tamez, Silvia y Camacho, Lliana. 2008 “Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad en México” en *Scielo Salud Pública* (México DF). En <<https://scielosp.org/article/rsap/2008.v10suppl1/119-132/es/>> acceso 10 de junio de 2020.
- Eibenschutz, Catalina; Tamez, Silvia y Camacho, Lliana. 2011 “Atención a la salud. Modelos institucionales y alternativos” en Chapela, Ma. Del Consuelo y Contreras, Ma. Elena (comps.) *Pensar en el Futuro de México. Colección Conmemorativa de las Revoluciones* (México DF: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco).
- Forbes. 2020 “Telemedicina de hospitales privados vivirá un ‘boom’” en *Forbes México* (Ciudad de México). En <<https://www.forbes.com.mx/edicion-impresa-telemedicina-de-hospitales-privados-vivira-un-boom/>> acceso 25 de mayo de 2020.
- Gobierno de México. 2020a “México acelera acciones para enfrentar casos graves por virus SARS-COV-2” en *Secretaría de Salud* (Ciudad de México). En <<https://www.gob.mx/salud/prensa/101-mexico-acelera-acciones-para-enfrentar-casos-graves-por-virus-sars-cov-2>> acceso 20 de mayo de 2020.
- Gobierno de México. 2020b “Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México” en *Presidencia de la República* (Ciudad de México). En <<https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-245743?idiom=es>> acceso 20 de junio de 2020.
- Gobierno de México. 2020c “Comunicado Técnico Diario” en *Gobierno de México* (Ciudad de México). En <<https://coronavirus.gob.mx/2020/07/03/conferencia-3-de-julio/>> acceso 14 de agosto de 2020.
- Holzmann, Robert y Jorgensen, Steen. 2003 “Social Risk Management: A new conceptual framework for social protection and beyond” en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* (Colombia) Vol. 21, N° 1, enero – junio. En <<https://www.redalyc.org/pdf/120/12021106.pdf>> acceso 16 de junio de 2020.
- IMSS. 2020 “A nivel nacional, más de 10,500 personas no derechohabientes reciben atención médica en clínicas y hospitales

- del IMSS por Covid-19” en *Instituto Mexicano del Seguro Social* (Ciudad de México). En <<https://www.gob.mx/imss/prensa/com-422-a-nivel-nacional-mas-de-10-500-personas-no-derechohabientes-reciben-atencion-medica-en-clinicas-y-hospitales-del-imss-por-covid-19?idiom=es>> acceso 27 de junio de 2020.
- Jiménez, Néstor y Urrutia, Alonso. 2020 “Se unen 146 hospitales privados a la lucha contra el Covid” en *La Jornada* (Ciudad de México). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/04/14/se-unen-146-hospitales-privados-a-lucha-contra-el-covid-6238.html>> acceso 21 de abril de 2020.
- Laurell, Asa Cristina. 2007 “Health System Reform in Mexico: A Critical Review” en *International Journal of Health Services* (Nueva York) Vol. 37, N°3, july.
- Laurell, Asa Cristina. 1996 “La Lógica de la Privatización en Salud” en Eibenschutz, Catalina (comp.) *Política de Saúde: o público e o privado* (Rio de Janeiro: Fiocruz).
- Laurell, Asa. Cristina. 2020 Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (Ciudad de México).
- Martínez, Carla. 2020 “Covid-19 madruga a la flexibilización laboral” en *El Universal* (Ciudad de México). En <<https://www.eluniversal.com.mx/cartera/covid-19-madruga-la-flexibilizacion-laboral>> acceso 08 de junio de 2020.
- Martínez, Ma. Ángeles; Staines, Guadalupe; Lara, Norma; Tamez, Silvia, y Correa, Edgar. 2019 *La salud y su atención, investigación y experiencias* (México DF: Universidad Autónoma Metropolitana).
- Navarro, Ma. Fernanda. 2020 “Fue un error considerar los sistemas de mercado: UNOPS” en *Forbes México*. En <<https://www.forbes.com.mx/actualidad-unops-error-sistemas-salud-mercado/>> acceso 12 de junio de 2020.
- Ordaz, Arturo. 2020 “IP, UNAM y gobierno de CDMX habilitan el Centro Citibanamex como hospital” en *Forbes México* (Ciudad de México). En <<https://www.forbes.com.mx/noticias-ip-unam-gobierno-cdmx-centro-citibanamex-hospital-provisional-coronavirus/>> acceso 18 de junio de 2020.
- Román, José. 2020 “Más mujeres que hombres en trabajos de alto riesgo por el Covid-19” en *La Jornada* (Ciudad de México). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/06/24/mujeres-desempenan-trabajos-de-alto-riesgo-en-contexto-del-covid-19-5681.html>> acceso 24 de junio de 2020.
- Sandoval, Francisco. 2020 “INSABI pagó 6.2 mdd por contratación de médicos cubanos para combatir COVID en CDMX” en *Animal*

- Político* (Ciudad de México). En <<https://www.animalpolitico.com/2020/06/insabi-pago-contratacion-medicos-cubanos-covid-cdmx/>> acceso 10 de junio de 2020.
- Tamez, Silvia; Eibenschutz, Catalina; Zafra, Xareni y Ramírez, Raquel. 2016 “La articulación público-privada en la producción de vacunas en México” en *Saúde em Debate* (Rio de Janeiro) Vol. 40, N° 3, octubre-diciembre. En <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2016.v40n111/9-21/#>> acceso 17 de junio de 2020.
- Urrutia, Alonso y Muñoz, Alma. 2020 “AMLO: aceleran México-Argentina la vacuna para AL” en *La Jornada* (Ciudad de México). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/08/14/amlo-aceleran-mexico-argentina-la-vacuna-para-al-2983.html>> acceso 14 de agosto de 2020.

PANDEMIA Y ESTALLIDO SOCIAL EN CHILE: LA ACCIÓN SOCIAL VINCULADA A LAS DEMANDAS DE SALUD

Carmen Gloria Muñoz Muñoz

INTRODUCCIÓN

El resultado que generó la COVID-19 a nivel mundial está poniendo en cuestión la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y sus recursos humanos y técnicos. Esta crisis sanitaria no sólo ha afectado la provisión de recursos de los estados al sistema, sino también la mirada de los beneficiarios en términos de confianza o desconfianza y la efectividad de la implementación de las soluciones que se han implementado. Este momento puede afianzar y/o mitigar el proceso de re-movilización de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la salud y pone en cuestión la expectativa sobre la capacidad de resistencia y/o resiliencia de los colectivos humanos.

El presente análisis busca trazar una línea temporal que dé cuenta de hechos (Jenkins, 1991) referidos a la articulación de la sociedad civil a partir del mes de octubre 2019, que recoge igualmente una demanda histórica, previa (Salazar, 2018), y la forma que esta adquirió en meses de pandemia en Chile y una mirada prospectiva sobre el asunto. Usa como insumo para la argumentación y análisis una selección de medios de prensa escrita nacional referidos a ambos hechos entre los meses de octubre 2019 y marzo 2020, publicado en línea y que incluyen columnas de opinión, editoriales, notas de prensa y reportajes especiales de una selección de medios que reflejan diversidad de posicionamientos ideológicos.

La amplia articulación social ocurrida a partir del 18 octubre de 2019 (en adelante 18/O), cuyo punto de origen fue un grupo de jóvenes mujeres estudiantes secundarias al evadir el pago del boleto del transporte público en la ciudad de Santiago, la cual marcó el inicio de una escalada de movilizaciones sociales suspendidas en el mes de marzo de 2020, con la declaración de estado de emergencia sanitaria por parte del gobierno. Ambos momentos coyunturales han dejado atrás una relevante discusión sobre la acción colectiva en salud, que de manera retrospectivas son de interés a lo menos desde tres líneas temáticas: i) discursos y acciones gubernamentales, ii) análisis políticos, académicos, iii) re-articulatorios de la acción de la sociedad civil, que además de la paralización de actividades y marchas por las principales calles de todas las regiones del país, se gestó en formato de cabildos o conversatorios auto convocados y vio resurgir el cacerolazo.

La pandemia por la COVID-19 hizo que las grandes demandas que iniciaron de manera masiva el 18/O no sólo se mantuvieran en la agenda, sino que evidenció en lo concreto las demandas por justicia social y acceso a la salud. Sabido es que las pandemias han gestado grandes transformaciones en las sociedades a lo largo de la historia y de ahí también su vinculación con procesos globales, en el caso actual, con el hipercapitalismo, las migraciones y el crecimiento urbano entre otros (López y Beltrán, 2013). Puesto entonces a la luz de esta premisa, proponer como novedosa una vinculación con las estructuras y las necesidades con condiciones de vida de los colectivos parece innecesario, redundante y errada, no obstante, vista esta crisis sanitaria en el momento histórico de Chile se presentan algunos aspectos relevantes, en particular cuando vemos el 18/O como un proceso en curso, cuyo desenlace puede marcar el hito fundante de un nuevo y distinto acuerdo social (Güell, 2020).

La crisis de confianza y credibilidad del gobierno al inicio de la pandemia alcanzaba según las encuestas, un 5%. La pandemia nos halló junto a autoridades desgastadas, con falta de humildad, un afán desmedido de éxito y triunfalismo a cargo de organizar una respuesta colectiva cuya principal herramienta resulta ser la restricción de las libertades individuales, detrás de la reducción del contacto social (Peña y Lillo, 2020). Así, ya en el mes de abril se proyectaba un nefasto escenario para el sistema sanitario chileno.

El resultado de cuarentenas parciales en la Región Metropolitana y el argumento del daño a la economía con medidas más drásticas de confinamiento de la población, estuvieron a la base de las sospechas periodísticas que mostraron los errores en el conteo de contagio y número de fallecidos atribuibles al virus. Si bien el ocultamiento de datos que permitiera una adecuada trazabilidad y acción preventiva a

cargo de la atención primaria en salud (APS) fue un tema desde marzo, planteado con preocupación incluso desde el interior de los equipos técnicos del gobierno, el manejo sesgado y erróneo de las cifras de fallecidos (MINSAL, 2020; Crónica digital, 2020) fue en el mes de junio lo que costó incluso el cambio en la cabeza del ministerio.

Para un país con grandes y perdurables huellas de una dictadura cívico militar, el empalme de la crisis social con la pandemia por el virus SARS-COV-2 ha puesto un foco particular en las medidas de control social por parte del Estado a través de las fuerzas policiales y militares. Pasamos del estado de emergencia (medida constitucional que entrega el orden interno a las fuerzas armadas y se restringen algunos derechos ciudadanos en pro de la defensa y seguridad) y el toque de queda (referido a la prohibición y restricción de la libre circulación), al estado excepcional de catástrofe. Desde el argumento del control de violencia en las calles, el vandalismo y la destrucción de la propiedad pública y privada que tuvo al país meses en estado de crisis social, al argumento de la fuerza externa para el cuidado de las cadenas de abastecimiento, de la seguridad de lugares y personas que atienden la salud y de la relación entre deambulación y reunión con los riesgos de contagio.

La lógica de medidas de control estatal impuestas desde el inicio de la pandemia desplazaron las lógicas de corresponsabilidad social ante una crisis sanitaria. La limitación de las libertades individuales, la arbitrariedad de algunos de los controles y la evidente estigmatización hacia grupos particulares de la sociedad, que se han mantenido trabajando no obstante la pandemia sólo ha afianzado la relación de desconfianza e indiferencia ante las fuerzas policiales y del ejército, mientras que para otros, implica una medida artificial de control social y amedrentamiento en la lógica más pura de la biopolítica foucaultiana.

LA DEMANDA DE LA CALLE Y LA RESPUESTA DE ESCRITORIO

Visto a la luz del tiempo y los hechos, pocas personas pudieran discutir que el 18/O tiene como foco la profunda desigualdad social del país. Más allá de una administración de derecha ideológicamente mercantil y pinochetista como lo es el gobierno de Sebastián Piñera, el llamado estallido tocó la legitimidad, credibilidad y confianza en la clase política en general, a las instituciones como el poder judicial y al congreso. Así, uno de los primeros triunfos de la acción colectiva fue hacer transitar la agenda política desde problemáticas aparente importante dada su cotidianidad, como el precio de medicamentos, las demoras de atención de salud, los montos de sueldos, pensiones y las tarifas de servicios básicos y delincuencia; hacia un terreno ideológico, que plantea

el dilema de una post dictadura o de una democracia incompleta (o falsa democracia) y que discute sobre las consecuencias de un modelo de desarrollo liberal y des regulado.

Si pensamos en los componentes propios de lo que los historiadores denominan “divisoria”: la convergencia de descontento, rabia, frustraciones y malestar acumulado, parece estar a la base del resultado del momento histórico del 18/O. Una deslegitimación estructural de la demanda y el malestar social, carente de empatía, autocrítica, que insistió en un discurso delincuencia y que se negó a controlar graves violaciones a los DDHH y que no interpretó la resistencia de la población a seguir doblegándose ante un poder económico, que impone un ritmo de endeudamiento y de sobre vivencia a gran parte de la población, impidiendo trazar un horizonte de estabilidad vital y buen vivir.

Sobre ello, hay tres elementos claves para comprender el 18/O: primero, que las desigualdades injustas son halladas a lo largo de toda nuestra historia, de manera estructural y persistente; son parte de la vivencia de la población en Chile y transitan del espectro económico (diferencias de ingresos) a las injusticias de trato, de interacciones y a los mecanismos de toma de decisiones. Cualquiera sea el tipo de injusticias percibidas, a juicio de Tyler y Blader, 2000 (citado en Gerber, 2019) estas tienden a vivenciarse como rechazo y exclusión, quedando a la base de la deslegitimación de las autoridades, de la falta de confianza y de falta de disposición para la cooperación con el bienestar social. Segundo, la identidad común en torno a la desigualdad, que se politiza, esto es una sumatoria de demandas cruzadas por la desigualdad como común. Tercero, la percepción de logros de la acción colectiva detrás de la masificación de la protesta (Gerber, 2019).

En términos de salud, estas grandes demandas del 18/O se vieron reflejadas en la idea de un derecho universal, a un sistema sanitario con financiamiento acorde y fortalecimiento del sistema público. De manera más puntual, alcanzaron notoriedad las denuncias por faltas de insumos para la atención en algunos hospitales emblemáticos del país, días previos al 18/O y durante el desarrollo de las manifestaciones, las alarmantes cifras de víctimas por agresiones con connotación sexual y daños oculares que se registraron por ataques de fuerzas policiales y del ejército¹.

1 En el reporte de febrero 2020, el Instituto Nacional de Derechos Humanos (2020) cifró 3.765 personas heridas, 282 de ellas adolescentes, niños y niñas; 445 personas con heridas oculares, 34 de ellas con pérdida total o parcial de la visión; 2.122 personas heridas por disparos y 1.835 vulneraciones denunciadas de tipo sexual (desnudamiento, tocaciones, amenazas, insultos y cuatro violaciones) <https://www.indh.cl/archivo-de-reportes-de-estadisticas/>

En una parcial, conveniente y errónea lectura de las demandas y sus alcances, la respuesta inmediata desde el poder central y una parte importante de la clase política criminalizó la movilización social, el gobierno restringió las libertades individuales e impulsó una agenda social que incluyó el aumento del Pilar Solidario al sistema de pensiones, el aumento del ingreso mínimo y el alza de impuesto a los más ricos, a objeto de financiar medidas que permitieran reducir el precio de medicamentos, estabilizar tarifas eléctricas y el congelamiento del boleto de tren subterráneo, subsidios al transporte público y pago de servicios básicos que si bien fueron logros de la demanda social, más bien fueron medidas demagógicas del gobierno para detener la movilización. Transcurrido los meses de ambos fenómenos, se evidencia la incapacidad del poder hegemónico de asumir que ambas crisis dicen relación con eso Canguilhem (1978) denominó sensación de vida contrariada, en referencia a la fragilidad por la pérdida de la salud propia y de cercanos y la pérdida de la capacidad de proveer sus medios básicos para doblar el dolor que crece ante cualquier tipo de desigualdades, más aún las injustas.

Para la calle, estas primeras pragmáticas propuestas de soluciones fueron insuficientes y llegaron tarde, considerando la sensación de estar frente a una oportunidad histórica de transformación. Las proclamas, no son \$30 pesos, con 30 años (en referencia a que el alza del boleto del tren subterráneo v/s los años de pos dictadura) o nos cansamos, nos unimos entre otras, mostraron como primaban las concretas experiencias acumuladas, como por ejemplo, que el gasto de bolsillo de las familias para cobertura de la salud creció en cerca de 160% en 6 años fuertemente influido por la presencia en los grupos familiares de personas mayores, menores de 5 años, o aquellos donde algún miembro hubiese requiero de hospitalizaciones; y por el precio de los medicamentos.

Otros históricos cuestionamientos que vieron notoriedad transversal fueron las listas de espera en el sistema público y la tensión entre opciones pragmáticas como la compra de cirugías a prestadores privados v/s la consecuencia ética y técnica de potenciar la transferibilidad de recursos que valida el lucro y desmantela lo público bajo el argumento de la ineficiencia e ideologización a costa de la salud de la población.

La indignación de la calle en el 18/O por la injusticia en salud integró de manera importante la sensación de lucro con la salud de parte de las aseguradoras privadas (ISAPRES), mediado por las noticias de utilidades anuales, que en 2018 implicó un aumento de 46% con respecto al año anterior, el castigo en costos el aseguramiento según la edad, sexo y estados de salud previos, y las decisiones estatales que le compran sus servicios (Navea, Valenzuela y Venegas, 2020). Un modelo perfecto de

salud de mercado, donde la enfermedad parece altamente rentable. La demanda entonces se alzó desde la precarización de la atención y desde el rentable negocio para prestación de servicios.

La pandemia sólo reforzó este sentir, cuando en las primeras semanas de casos en el país se conocieron las alzas en el precio de elementos de protección personal y de higiene en las farmacias y que las diferencias de costo eran de 46% entre clínicas y hospitales para el examen de detección de contagio y el Gobierno tardó semanas en regular los precios para ambos sectores, o como cuando se opta por el arriendo mediante trato directo de un centro de convenciones privado para habilitarlo como recinto médico de emergencia aun cuando el estado de catástrofe declarado permitía y justificaba el uso de bienes por parte del Estado en pos de la mejor toma de decisiones ante la catástrofe para el pronto restablecimiento de la normalidad. Pero junto a lo anterior, puso en evidencia el tipo de relación con la elite de negocios en el país: “Que el estado abdique de actuar como tal es particularmente preocupante en contextos de excepción, pues se trata de la única organización capaz de disciplinar a los poderes privados y encausarlos hacia las necesidades que demanda el bienestar colectivo” (Quezada y Guiloff, 2020).

Poco después, y a consecuencia de lo anterior, el que los contratos con las ISAPRES no fueran considerados de manera natural (polémica que se instala entre el Senado y las aseguradoras y resuelto por la Superintendencia de salud) como parte del sistema de seguridad social y de la red de protección a la salud y que por tanto no podían excluirse de las medidas de restricción de aranceles propias de la emergencia sanitaria, habla justamente del vacío que caracteriza su vinculación entre consumidor y estado en términos éticos y de cobertura.

Así, en el terreno de las respuestas vemos como el las del 18/O, ocho días después del inicio de la revuelta y uno después de la marcha grande de Chile, la agenda que impulsó el Ministerio de Salud para el área –y no obstante la demanda por iniciar una reforma profunda– incluyó la reactivación de dos iniciativas ya en tramitación legislativa: un seguro de salud para enfermedades catastróficas (que pone tope máximo de pago de afiliados a FONASA); creación de un seguro con cobertura de parte del gasto de medicamentos no cubierto por otras leyes; ampliación de convenio entre FONASA y farmacias para descuento en la compra de medicamentos. Ocho días después se sumó la reforma a FONASA para un Plan de Salud Universal para los afiliados (Chávez, 2019a; 2019b) que contemplaría también las prestaciones de Isapres. No obstante, en el mes de diciembre se anunció la eliminación de diferencias de precios de planes del seguro privado de salud según sexo y edad de las y los cotizantes.

En la misma lógica, ante la crisis sanitaria del 2020, el proyecto de ley Mejor Fonasa presentado en enero siguió la misma lógica, incluyendo tres pilares: garantizar un plazo máximo de espera para consultas médicas y cirugías, la creación de un Plan de Salud Universal, que garantizará menos tiempo de espera y atención de calidad a usuarios de FONASA, y el seguro de medicamentos, que reducirá hasta en un 60% los precios de los 200 medicamentos más usados (Barraza, 2020).

A juicio de Ana Piquer, directora ejecutiva de Amnistía Internacional Chile, la pandemia evidenció la desigualdad que se denunció en la calle desde el 18/O porque la protección no podía depender de un nivel de ingresos: “La crisis iniciada en marzo de este año, con la pandemia del coronavirus, mostró hasta qué punto estas exigencias no exageraban ni un ápice y reveló nuestras falencias en la protección de los llamados derechos económicos, sociales, culturales y ambientales” (Piquer, 2020). Prueba de ello ha sido la falta de cuarentenas totales, las irregularidades en la solicitud de permisos colectivos que permitían a trabajadores deambular con restricciones para no suspender la producción en bienes no considerados esenciales, que empleadores puedan despedir a sus trabajadores aduciendo fuerza mayor, además de las ya mencionadas en el área de la salud. Esto aún cuando no profundizaré en este capítulo el tratamiento negligente a las personas privadas de libertad, a les niñez y adolescentes de centros de cuidado estatal o al gran segmento de la población que vive en condiciones de calle y/o hacinamiento, sin agua o sin trabajo remunerado.

EL RESURGIR DE LOS GREMIOS

Los gremios de la salud fueron uno de los focos desde donde, días previos al 18/O, reactivaron las demandas hacia el gobierno por la falta histórica y coyuntural de recursos del sistema público. Este debate se dio en medio de la discusión por el presupuesto de la nación 2020, que contemplaba para el sector una de los menores incrementos de los últimos años (González *et al.*, 2019), y que para Atención Primaria implicaba un 11% de aumento, cuando las solicitudes del Colegio Médico lo cifraban en 53%, además de los presupuestos para hospitales que resolviera la falta de insumos. La propuesta que encabezó Unidad Social y que congregó a cerca de 70 organizaciones sociales formales e informales, contribuyó a la reposición al sector sanitario como garante de derechos fundamentales en la constitución² de manera más cercana a

2 Si bien las demandas articuladas el 18/O partieron con necesidades sectoriales, transcurridos los días de movilización tomaron forma en torno a la relevancia de la redacción de una nueva Constitución política que reemplazara la de 1980, escrita

las necesidades sociales. Así entonces, la demanda incluyó también la creación de un seguro único de salud y el establecimiento constitucional del derecho a la salud (Chávez, 2019c).

Lo anterior, se vio reforzado con el rol de denuncia que los gremios de la salud adoptaron junto al Instituto Nacional de Derechos Humanos ante los graves actos de represión hacia la población durante las movilizaciones sociales. Estos actos incluyeron no sólo el uso indiscriminado de medidas disuasivas de la movilización, sino que también incluyó la persecución, intimidación y actos de abuso sexual hacia adultas/os, incluyó niñas/os y adolescentes. Este rol de garante y denuncia que adquirió el Colegio Médico se vio empalmado con el de referente técnico en momentos de pandemia. Los gremios usaron espacios gubernamentales, pero también capitalizaron la creciente confianza ante la opinión pública para la fiscalización y denuncia de las medidas del gobierno de Sebastián Piñera para el control de la pandemia. Sin duda, en el caso del Colegio Médico, este proceso tiene relación con el personalismo de su presidenta, Izquía Siches, quien al cabo de los meses se ha transformado en una figura importante para la opinión pública.

Por otra parte, durante la pandemia y de manera similar a otros países, el trabajo de las y los profesionales, técnicos y personal de apoyo en los servicios de salud vivió la dicotomía de la falta de empatía y del reconocimiento ético y económico por la labor, alto riesgo de contagio y condiciones extenuantes: “Este reconocimiento y valoración no debe ser solo simbólico mediante aplausos de la ciudadanía y elogios de las autoridades de Gobierno, muy merecidos, por cierto, sino que debe traducirse en aumento de las remuneraciones de los trabajadores de la salud municipal y del nivel central” (El Mostrador, 2020).

EL DESPERTAR DE LA CACEROLA Y EL REBAUTIZO DEL CABILDO

La pandemia nos volvió a las casas. En una lógica casi burlona, contuvo meses de marchas diarias auto convocadas a nivel de todo el territorio: transversales en términos de asistentes, mayoritariamente pacíficas, auto controladas, sin identificación política partidista, convocadas por Unidad Social usando principalmente redes sociales, que careció de vocerías fijas, liderazgos claros o estandarización de proclamas.

Marzo 2020 marcó así un punto de inflexión en lo que parecía ser una rutina marcada por la actividad en la calle, en los cabildos, con violentas expresiones de fuerza de parte de manifestantes y acciones represivas que se habían vuelto habituales desde el 18/O. El cese de las

bajo dictadura y que ancló los pilares de un modelo económico y social ideológicamente mercantil.

convocatorias igualmente correspondió a los llamados de autoridades, figuras públicas y las mismas brigadas de primeros auxilios que atendieron a heridos durante meses. Las acciones colectivas en la calle debían quedar depuestas de manera temporal con el propósito de cuidarnos para siete meses después plebiscitar un Apruebo o Rechazo a la formulación de una nueva Constitución política de la república y su mecanismo de redacción, que pusiera término a la que en 1980 fue redactada en dictadura.

El gran desafío de la acción social desplegada hasta ese momento en Chile fue entonces mantener el espíritu cultivado en movilización callejera y especialmente, en el juicio crítico re-construido en los espacios de conversación sobre la sociedad que queremos y que re-significó el nombre de cabildos, usado para congregarse desde el nivel central comunal. Bajo el apellido de auto convocados, al mes de diciembre de 2019, se estimaba que más de 10 mil personas habríamos participado en aproximadamente 300 reuniones en 73 comunas, organizadas a lo largo del país por US, más las auto convocadas por juntas de vecinos y otros similares de la sociedad civil.

En una estrategia conocida de la institucionalidad, que replica métodos, nombre e ideas, el Ministerio de Desarrollo Social llevó a cabo el proyecto “el Chile que queremos”, iniciativa que a lo largo del país propició encuentros, diálogo y consultas. Resultado de la participación de aproximadamente 109 mil personas, las pensiones, salud y la seguridad fueron las demandas que se posicionaron con mayor fuerza por la comunidad (Tapia, 2019), mientras que en los espacios auto convocados se proyectaban las demandas al origen de la desigualdad, presionando por cambios significativos en salud, educación, pensiones, el rol del Estado con los servicios básicos entre otros aspectos, que ponían de fondo en cuestión la relación con la forma en que este Estado se fijaba o no obligaciones jurídica fundamentales para con su comunidad, y que esto debía por tanto responder a una nueva Constitución, que respetara el consenso social alcanzado de manera espontánea.

CONCLUSIONES

La crisis social y la pandemia por la COVID-19 han mostrado las consecuencias de una necesidad desmedida de éxito y la falta de autocrítica en el estilo de gobernar: el sistema de salud chileno es uno de los mejores y más eficientes del planeta declaraba en televisión abierta el Ministro de salud el 21 de noviembre de 2019. Bajo la lógica de los promedios, parece ser que la frase obvia las diferencias de 1,5 puntos entre los gastos del PIB de Chile y el promedio de los países OCDE

(Vives, 2019), que además debiesen estar orientados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La mediática frase del ministro enardeció a la población. Aún cuando numerosos análisis se centraron en el componente de la “eficiencia” del sistema público de salud en Chile en la línea de que con los menores recursos disponibles en términos de financiamiento y el gasto en recursos humanos, hace más de lo esperado con los problemas de salud de la población dado que en términos generales, las funciones de rectoría, regulación, aseguramiento, administración y provisión de servicios son cubiertos por las y los trabajadores del área aun cuando se les cuestiona de manera permanente su productividad.

La pandemia dejó en evidencia que las medidas de reacción no sólo fueron insuficientes para el control de la transmisión del virus en el país, sino que la conveniente ceguera estatal traspasaba el valor de la vida y de la salud en defensa del mercado. El aumento de la capacidad de camas críticas para la hospitalización de las personas afectadas respondió a una estrategia de alta inversión económica y técnica que desplazó varios meses el rol la de prevención y control temprano de los contagios a cargo de una subvalorada y abandonada Atención Primaria en Salud.

Como una propuesta discursiva extrema hacia finales de 2019 se conocieron opiniones que ponían en relieve la importancia de reformar el área de salud y que las reformas a Fonasa e ISAPRES mediarían en el avance hacia un sistema único de salud en el largo plazo. El argumento de rechazo que estuvo detrás de los discursos de la oposición, los gremios y parte de la sociedad civil organizada fue que tras 40 años del sistema actual, hay una “intencionalidad de profundizar las lógicas del Estado Subsidiario y una defensa irrestricta al mercado de la salud”, marcando una dirección contraria incluso del clamor de la movilización social.

A la luz del escenario actual del país, resulta claro que las propuestas de creación de un sistema único de salud que emergieron por el 18/O presentan a lo menos dos puntos importantes para el análisis que se ha expuesto: en primer término, chocan con la evidente heterogeneidad de la población y la brecha entre grupos económicos y las consecuencias de un aumento del PIB para salud con base en impuestos v/s las necesidades que debiesen cubrirse con ello. Los cambios a la salud deberían resultar de una deliberación profunda sobre el país que se quiere, de manera que estrategias como estas no resulten sólo factibles, sino también sustentables, coherentes con un modelo de desarrollo social y político, que integre de manera natural y de base la lógica de la equidad, la eficiencia y la efectividad (Gattini y Soza, 2020) con respeto de la vida, los derechos y el buen vivir. A decir de nuestra

realidad actual, que se construya desde un proceso participativo de la redacción de las bases constitucionales.

En segundo término, la propuesta guarda un espacio para uno de los principios rectores del neoliberalismo, cuando deja a la competencia del mercado a hospitales y centros privados en una misma canasta de prestadores. Claramente, la pandemia ha profundizado las dudas sobre la propuesta actual de “reformular” para salud: “El COVID-19 nos muestra que necesitamos sistemas de salud unificados, con suficientes recursos financieros, materiales y humanos, bien regulados, y por sobre todo orientados a promover la salud pública y capaces de actuar acorde a las necesidades diferenciales de la población (es decir hacer más para quien necesita más) y no en base a los recursos que las personas aportan individualmente” (Bernales y Goyenechea, 2020).

Otro eje para la reflexión es que nuestros actuales perfiles epidemiológicos crónicos, el negocio alrededor de las grandes compañías farmacéuticas y medicamentos parecen que no nos conducen a círculos de salud, sino más bien a los de la enfermedad. Esta como otras pandemias puso en evidencia la falta de recursos para la medicina de estados críticos, el desmantelamiento y menosprecio por la APS y en términos más profundos la convivencia de estados permanente de resistencia y aparente resiliencia de la población con respecto a sus necesidades de buen vivir. Claramente, podemos concluir que si bien “[...] el país vivió una época de relativo alto crecimiento económico, pero a costa de hipotecar el futuro. La hora de la verdad aparentemente ya llegó con el levantamiento social de octubre. Las consecuencias de la inestabilidad política y económica que genera un conflicto social de esta dimensión han dejado al país en una situación aún más vulnerable para enfrentar la crisis sanitaria. Los costos del estallido social causado por la situación de vulnerabilidad van a superar con creces los beneficios de unos pocos puntos más de crecimiento económico que gozó el país por varias décadas. Este crecimiento, que a la postre se reveló ficticio para la mayoría de la población, fue un pequeño beneficio relativo a los enormes costos sociales y económicos que posteriormente involucró” (López, 2020).

Evans y Reid (2016) extrapolan los conceptos de resiliencia y resistencia desde la psicología de la personalidad y desde la noción nietzcheriana sobre la vida como una forma permanente de estar en peligro. Describen la resiliencia como una propiedad fundamental que deben tener los pueblos e individuos para demostrar su capacidad de vivir con el peligro y la inseguridad que impone el liberalismo y, aun así, estar o vivir bien, incluyendo las capacidades de anticipar, absorber, administrar y sobreponerse a acontecimientos peligrosos. Por otro

lado, la resistencia es un concepto que hace referencia más bien a la habilidad de evitar los efectos adversos en este tipo de sociedades.

Desde esta reflexión conceptual, pensar el escenario de la salud presenta a las sociedades dos cuadros: la transformación política o la adaptación ante lo catastrófico. Esta última, imbrica la resistencia y la resiliencia, aceptando la vulnerabilidad y la inseguridad estructural; en tanto adaptarse es una forma de aceptar la derrota. Al contrario, la transformación política no busca ignorar la opresión ni la inequidad, sino al contrario busca situarse desde allí para reinstalar un significado político a las acciones, desafiando la indiferencia para posicionar nuevas formas de estar en la adversidad, incluyendo el resentimiento fruto de estados de emergencia individuales y colectivos como pueden ser por ejemplo el padecimiento por enfermedades, las consecuencias económicas por los problemas de atención o las condiciones para trabajadores del área de la salud.

En una ejemplificación de lo anterior, la búsqueda mediática de resiliencia de la población mediante una campaña publicitaria del gobierno evidenció, cómo la capacidad de resistir la pandemia estaba gravemente herida y desde hace tiempo: “[...] la crónica y creciente insuficiencia de bienes públicos y sociales va a hacer mucho más difícil y penoso para gran parte de la población afrontar una crisis que se espera sea masiva y peligrosa” (López, 2020).

Desde mi particular punto de vista, la participación social como acción colectiva constituye una forma de resistencia a la estructura y desde ahí los principales desafíos de estos dos momentos históricos que aún vivimos y que nos ha dejado 33 personas muertas y 3.765 personas heridas y lesionadas producto de la crisis social, a las que sumamos los cerca de 12 mil fallecidos atribuibles a COVID-19 que al mes de julio nos reportan de manera oficial.

BIBLIOGRAFÍA

Barraza, Josefa. 2020 “Salud pública en Chile: Los caos que se rebelan al sistema definido como uno «de los mejores y más eficientes del planeta»” en *El Desconcierto* (Chile). En: <<https://www.eldesconcierto.cl/2020/01/11/salud-publica-en-chile-los-casos-que-se-rebelan-al-sistema-definido-como-uno-de-los-mejores-y-mas-eficientes-del-planeta/>> acceso 06 de septiembre de 2020.

Bernales, Pamela y Goyenechea, Matías. 2020 “La salud del futuro es pública” en *Ciper* (Chile). En: <<https://www.ciperchile.cl/2020/06/01/la-salud-del-futuro-es-publica/>> acceso 06 de septiembre de 2020.

- Canguilhem, George. (1978). *La enfermedad* (Argentina: Lugar Editorial).
- Crónica Digital. 2020. “Alejandra Matus profundiza en denuncia sobre Covid-19 en Chile” en <https://www.cronicadigital.cl/2020/06/12/alejandra-matus-profundiza-en-su-denuncia-sobre-el-covid-19-en-chile/?fbclid=IwAR05y0rv34-Z0zAv5CPHxX_3FDS7A3ns5xUtHmUwQaA1vXoHsjoya4mWsIw> acceso 11 de septiembre de 2020.
- Chávez, Max. 2019a “Seguro de medicamentos propuesto por el Gobierno daría acceso a 150 fármacos a un precio menor y con copago fijo” en *El Mercurio* (Chile). En <<https://digital.elmercurio.com/2019/11/01/C/QE3MOAFK>> acceso 06 de septiembre de 2020.
- Chávez, Max. 2019b “Salud presentará una nueva reforma a Fonasa que creará un Plan de Salud Universal” en *El Mercurio* (Chile). En <<https://digital.elmercurio.com/2019/11/09/C/793MPPRN>> acceso 14 septiembre de 2020.
- Chávez, Max. 2019c “Oposición bloquea la tramitación de proyectos de salud de la agenda social” en *El Mercurio* (Chile). En <<https://digital.elmercurio.com/2019/11/05/C/D43MPHBK>> acceso 06 de diciembre de 2020. acceso 06 septiembre de 2020.
- El Mostrador. 2020 “Menos aplausos, más remuneración: piden bono extraordinario para la «primera línea» de la salud pública” en <<https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/04/08/menos-aplausos-mas-remuneracion-piden-bono-extraordinario-para-la-primera-linea-de-la-salud-publica/>> acceso acceso 11 septiembre de 2020.
- Evans, Brad y Reid, Julian. 2016 *Una vida en resiliencia. El arte de vivir en peligro* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Gattini, César y Soza, Nelson. 2020 “Refundar o reformar el sistema de salud?: del terreno de lo posible a lo probable” en *El Mostrador* (Santiago de Chile). En <<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2020/01/28/refundar-o-reformar-el-sistema-de-salud-del-terreno-de-lo-posible-a-lo-probable/>> acceso 11 septiembre de 2020.
- Gerber, Mónica. 2019 “El problema de legitimidad en las movilizaciones de octubre” en *Ciper* (Chile). En <<https://www.ciperchile.cl/2019/10/24/el-problema-de-legitimidad-en-las-movilizaciones-de-octubre/>> acceso acceso 06 septiembre de 2020.
- González, Valentina y Chávez, Max. 2019 “Organizaciones sociales convocan a «huelga general»: incluye paros, marchas y

- cabildos” en *El Mercurio* (Chile). En <<https://digital.elmercurio.com/2019/10/23/C/743MK0RP>> acceso 06 de septiembre de 2020.
- Güell, Pedro. 2019 “El estallido social de Chile: piezas para un rompecabezas” en *Mensaje* (Santiago de Chile). En <<https://www.mensaje.cl/edicion-impres/mensaje-685/el-estallido-social-de-chile-piezas-para-un-rompecabezas/>> acceso 11 de septiembre de 2020.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. 2020 “Archivo de reporte de estadísticas en la crisis social” en <<https://www.indh.cl/archivo-de-reportes-de-estadisticas/>> acceso 10 de agosto 2020.
- Jenkins, Keith. 1991 *Repensar la historia* (Madrid: Editorial Siglo XXI).
- López, Miriam y Beltrán, Marcelo. 2013 “Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina” en *Revista chilena de infectología* (Chile) Vol. 30, N° 2, abril.
- López, Ramón. 2020 “Un país vulnerable en la hora de la verdad” en *Ciper* (Chile). En <<https://www.ciperchile.cl/2020/04/05/un-pais-vulnerable-en-la-hora-de-la-verdad/>> acceso 10 de agosto de 2020.
- Ministerio de Salud. 2020 “Reporte Diario. Plan de acción Coronavirus COVID-19” en <https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/Reportes/10.08.2020_Reporte_Covid19.pdf> acceso 10 de agosto de 2020.
- Navea, Joaquín; Valenzuela, Natalia y Venegas, Constanza. 2020 “El mejor sistema de salud del planeta...para hacer negocios” en *El Mostrador* (Santiago de Chile). En <<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2020/02/01/el-mejor-sistema-de-salud-del-planeta-para-hacer-negocios/>> acceso 11 de septiembre de 2020.
- Peña y Lillo, Macarena. 2020 “Una pandemia en medio de la crisis de confianza” en *El Mostrador* (Santiago de Chile). En <<https://www.ciperchile.cl/2020/03/12/una-pandemia-en-medio-de-la-tesis-de-confianza/>> acceso 14 de septiembre de 2020.
- Piquer, Ana. 2020 “Chile en crisis: desigualdades reveladas y la oportunidad de resetear” en *Ciper* (Chile). En <<https://www.ciperchile.cl/2020/04/08/chile-en-tesis-de-desigualdades-reveladas-y-la-oportunidad-de-resetear/>> acceso 06 de septiembre de 2020.
- Quezada, Flavio y Guiloff, Matías. 2020 “Cuando el Estado opta por no actuar como tal: el arriendo del Espacio Riesco” en *Ciper* (Chile). En <<https://www.ciperchile.cl/2020/03/26/cuando-el-estado-opta-por-no-actuar-como-tal-el-arriendo-del-espacio-riesco/>> acceso 06 de septiembre de 2020.
- Salazar, César. 2018 “Una fuerza latente: El Movimiento Social en Salud” en *El Mostrador* (Santiago de Chile). En <<https://www.>

elmostrador.cl/noticias/opinion/2018/09/12/una-fuerza-latente-caracterizacion-del-movimiento-social-en-salud/> acceso 11 de septiembre de 2020.

Tapia, Mauricio. 2019 “Pensiones, salud y seguridad: las prioridades planteadas en los diálogos ciudadanos en *El Mercurio* (Chile). En <<https://digital.elmercurio.com/2020/02/08/C/QQ3OCVUV#zoom=page-width>> acceso 14 de septiembre de 2020.

Vives, Geraldine. 2019 “Salud al debe” en *El Mostrador* (Santiago de Chile) en <<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2019/12/08/salud-al-debe/>> acceso 06 de septiembre de 2020.

PANDEMIA DEL COVID-19: ESTADO, COMUNICACIÓN Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL EN ARGENTINA

Giglio Salvador Prado, Gabriel Braguinsky
y Graciela Biagini

INTRODUCCIÓN

Ríos de tinta, un “lugar común” que deja de ser metáfora... Incalculables cantidades de alusiones a la pandemia circulan en redes sociales... La TV recupera su centralidad, y las familias se reúnen en su rededor para ver noticias y debates... Los papers científicos abruman a los estudiosos por su cantidad. La pandemia del virus COVID-19 gana el centro de la agenda pública y tiñe todos los aspectos de la vida.

Partimos de la tesis de estar ante un acontecimiento mundo, en los términos planteados por el filósofo francés Alain Badiou (2000), y que la situación impondrá nuevas visiones sobre la sociedad, la economía y la política, con una previsible crisis de la hegemonía del pensamiento neoliberal. La política, el amor, el arte y las ciencias serán impactadas por el acontecimiento; nuestras formas de constitución de subjetividades, también. Se pondrán en juego factores geopolíticos de innegable trascendencia, como el hecho de que China, y los países de Oriente, y asimismo Alemania, tengan mejor desempeño sanitario que el observado en Estados Unidos, Reino Unido, España, Italia o Francia. Se pondrá en crisis la política de América Latina, en particular la de Brasil, Perú y Ecuador dado sus malos desempeños; igualmente Chile, que a la sazón atravesaba una crisis política sin precedentes de su otrora considerado “modelo exitoso”.

Argentina, por su lado, enfrentó la llegada de la pandemia en un momento muy particular: el 10 de diciembre de 2019 inició su período de cuatro años el nuevo gobierno encabezado por el Presidente Alberto Fernández y por la Vicepresidenta Cristina Fernández de Kirchner. A fines de 2019, la pobreza alcanzaba al 40% de la población: unas 16.000.000 personas. El escenario político se encontraba dominado por un severo agravamiento de las condiciones de vida de amplios sectores de nuestra población. El problema de la pobreza era el centro de la actividad del nuevo gobierno, mientras la ahora oposición señalaba los peligros de recaer en el “populismo”. El problema de la deuda externa –expresada en la renegociación con los denominados “bonistas”– ocupaba el centro del escenario político económico en medio de una profunda recesión.

El 3 de marzo de 2020 se registra el primer caso COVID-19 diagnosticado en Argentina: se trata de un viajero procedente de Milán, Italia. El 8 de marzo se verifica el primer fallecimiento por coronavirus en Argentina y en América Latina: se trata de una persona que había estado hacía poco tiempo en Francia.

Ha pasado el otoño austral de 2020, que será inolvidable, y Argentina alcanza los 50.000 casos confirmados y los 1.000 muertos por la epidemia. La situación resalta si se compara con Brasil – nuestro país hermano– que ha pasado el millón de casos y los 54.000 fallecimientos (Brasil 5.715 casos/millón –Argentina 1.109 casos/millón– según la agencia Telam al 25/06/2020). Digámoslo claramente: nos importa, aun comprendiendo las complejidades del caso, evaluar qué peso tienen las diferentes maneras políticas con que los gobiernos están enfrentado la pandemia y las cuestiones críticas que intervienen en su desarrollo.

EL ESTADO EN FOCO

Estados como los de nuestra región latinoamericana, que han quedado exhaustos después de los gobiernos de corte neoliberal, que han llevado a un deterioro enorme de sus instituciones, debilitando y condicionando extremadamente la capacidad de respuesta, se ven hoy ante la urgencia de atender problemas sociales y de salud inéditos. La emergencia de la epidemia ha desnudado las deficiencias y falencias del aparato institucional y de los sistemas de salud. Nuestro país se caracteriza por poseer un sector de salud sumamente fragmentado e inequitativo: el Ministerio de Salud había sido degradado a Secretaría por el gobierno anterior de Macri, siendo la baja o no realización de los presupuestos la regla en ese período. El nuevo gobierno de Fernández encuentra, como uno de tantos problemas, la recuperación del rango de Ministerio del área estatal nacional de salud y reinstaurar su rol de rectoría. En este

escenario, Argentina, su gobierno, su Estado y su sociedad enfrentan intensos requerimientos sociales, económicos y sanitarios.

Argentina es un país ubicado en el extremo sur de nuestro continente entre la Cordillera de los Andes y el Océano Atlántico, con extensas fronteras con Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay. Su población se estima en 45.000.000 personas, con fuertes procesos de urbanización y despoblamiento rural. La distribución poblacional es muy desigual, y a los fines de una mejor comprensión de la dinámica de la epidemia, es necesario tener presente que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA, tiene una población de 2.890.000 habitantes, y los 24 municipios colindantes que constituyen la denominada Área Metropolitana de Buenos Aires, AMBA, rondan los 14.800.000 habitantes, representando el 37% de la población argentina.

Cabe para este análisis recordar que el Gobierno Nacional encabezado por la fórmula Fernández-Fernández del Frente de Todos, de raigambre peronista, desplazó al gobierno de Mauricio Macri, quien desarrolló una política de endeudamiento, fuga de capitales, re-endeudamiento con el Fondo Monetario Internacional, persecuciones y prisión por razones políticas, uso intensivo de las denominadas *lawfare* y *fake news* –en connivencia con el uso ilegal de los servicios de “inteligencia”–, de empobrecimiento de amplios sectores de la población, inflación y recesión. Asimismo, el Frente triunfa en la Provincia de Buenos Aires, la más poblada del país. En cambio, el grupo Alianza Cambiemos (de tinte conservador y neoliberal) conserva el gobierno de CABA. La nueva situación interpela aspectos estratégicos del funcionamiento del país, de sus instituciones y de la denominado AMBA.

LA RESPUESTA ARGENTINA AL COVID-19

La nación adoptó una cuarentena temprana, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante un Decreto de Necesidad y Urgencia que estableció el llamado Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, ASPO. Es el momento en que dicho organismo declaró al brote de COVID-19 como pandemia, luego de que el número de afectados diagnosticados alcanzará las 118.554 personas, con 4.281 fallecimientos a nivel mundial. La cuarentena se acompañó de medidas territoriales como el cierre de las fronteras nacionales e interprovinciales y de una serie de programas sociales tales como el de ayuda alimentaria, aportes complementarios de la Asignación Universal por Hijo y Embarazo, AUH-AUE, para unas 3.500.000 personas y la instauración del (Ingreso Familiar de Emergencia, IFE, para unas 9.000.000 personas. También se activaron mecanismos de apoyo a las pequeñas y medianas empresas, auxilio con el pago del 50% de los salarios, créditos a bajas tasas. Se desarrolló un gran esfuerzo para fortalecer y

ampliar los servicios públicos de salud y se articularon recursos estatales con las poderosas obras sociales sindicales y la seguridad social. Las medidas suman centenares, aunque sólo intentamos mencionar algunas de relevancia. La curva se ha aplanado, se ha estirado y se enfrenta el invierno con un claro aumento de la capacidad de respuesta desde lo organizacional, lo funcional, la disponibilidad de personal y los insumos sanitarios. Se fortalecieron y multiplicaron las respuestas comunitarias, que adquirieron importancia en las barriadas empobrecidas. El territorio –históricamente lugar de las resistencias populares– se ha puesto en marcha y los próximos pasos serán definitorios en los resultados a obtener en la tarea de minimizar los daños de la epidemia. Las relaciones de fuerza resultantes serán de gran importancia en el efecto del evento en análisis. Las situaciones serán diversas, desde el barrio Qom de Resistencia (Chaco), a las miles de “villas”, barrios empobrecidos de los bordes de las grandes ciudades, territorio de forja de nuevos actores y redes. Es muy angustiante ver el aumento de casos en las barriadas pauperizadas, la situación de entidades asilares (cárceles, geriátricos, etc.), los daños sufridos por el personal de salud (8,4% de los contagiados) y las posibilidades de desborde de los servicios (cerca en el horizonte de posibilidades). En el caso de los trabajadores de la salud, los bajos salarios, la precarización, el pluriempleo y la inadecuación de los equipos son dificultades relevantes. Nótese que no enfatizamos en el tema insumos, ya que es el aspecto relativamente más fácil de resolver, si bien cabe reconocer los esfuerzos gubernamentales efectuados para reunirlos.

EN SUMA DIREMOS QUE...

El COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia del Estado y de un gobierno centrado en el bien común, y también la creciente movilización popular ante la emergencia. El COVID-19 tiene por lo menos tres puntos críticos:

- la situación de las personas institucionalizadas (cárceles, geriátricos, etc.),
- la situación de pobreza e indigencia de millones de personas (que se acentuará por el efecto de la cuarentena sobre la actividad económica),
- y cómo interactuarán los movimientos sociales y otros actores y redes con el Estado y el Gobierno.

El COVID-19 ha mostrado en Argentina un gobierno con firmeza y ejecutividad, poniendo al Estado al servicio del pueblo. Es de esperar que se superen manifiestas insuficiencias en nuestros fragmentados

servicios de salud y que se desarrolle un campo popular participativo, que imponga lógicas compatibles con la equidad y la construcción de salud como campo de derechos efectivos.

PANDEMIA, CRISIS SOCIAL E IMPORTANCIA DEL ROL DE LA COMUNICACIÓN

El COVID-19 sitúa a la Humanidad en dilemas pocas veces vividos. Los sistemas de transporte de pasajeros y cargas –fundamentalmente aviones y trenes– han sido los vehículos que le permitieron al virus trasladarse rápidamente por toda la superficie del planeta debido a la escasa duración de los recorridos entre origen y destino. Esta pandemia ha llegado a ser la de mayor extensión en toda la Historia.

Gracias al desarrollo tecnológico de las comunicaciones, aparentemente “sabemos” al instante lo que está ocurriendo en el mundo con esta enfermedad y que no existen las “respuestas” clásicas a ella, tales como vacuna/s o medicación específica, entre otras cosas. “Desconocemos” cuánto durará la expansión de la epidemia o si mutará el virus, etc. Esa “falta de información” produce gran ansiedad y angustia relacionada a la supervivencia, el futuro personal y el colectivo.

Tenemos dos certezas: a) su alta velocidad de contagio, que conlleva implícitamente la posibilidad de un crecimiento exponencial, y b) puede producir muertes. Sin una adecuada atención médica aumenta la mortalidad. Al comienzo de esta pandemia, algunos países adoptaron el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, ASPO, para evitar los contagios masivos. Otros, en cambio, continuaron con las actividades, protegiendo el movimiento económico. En este último caso, se desencadenó la temida relación: aumento exponencial de infectados –colapso del sistema sanitario– alta mortalidad. Las decisiones arriba mencionadas no fueron caprichosas: fueron ideológicas. Estuvieron en relación al enfoque sanitario que se pretende, de acuerdo con el diseño de una sociedad inclusiva o una excluyente.

Además de las diferencias dramáticas de los resultados, se produjo una importante parálisis de las actividades económicas y sociales, lo que impuso –de hecho– nuevas relaciones de intercambio capitalista. ¿Se pondrán en cuestión las construcciones ideológicas existentes, la valorización de la especulación individualista, la recuperación de las producciones nacionales de alimentación, ciencias básicas y tecnología, del sistema sanitario y farmacéutico, etcétera?

Hasta aquí hemos analizado el “evento” y sus consecuencias.

COMUNICACIÓN - SOCIEDAD Y HEGEMONÍA

El devenir histórico y social es el transcurrir de las tensiones dialécticas existentes entre poderes por la hegemonía, por el dominio de

espacios en su beneficio y en detrimento del resto de la sociedad. Se resignifican conceptos (hegemonía, contrahegemonía, discurso dominante, sentido común, etc.), que den valor a relatos acordes a lo que, entre otros, planteaba Gramsci.

Los grupos hegemónicos perciben la incertidumbre. La realidad construida ha cambiado drásticamente. Podrán surgir o fortalecerse propuestas capitalistas alternativas, quizás contrahegemónicas, cambios sociales parciales o totales.

Alguna de ellas son las políticas públicas tomadas por el actual gobierno en Argentina, que dejó de lado la política clientelista y de intermediación con los laboratorios y otras de asistencia económica a la población.

Si la única “información” que circula es el discurso del poder, sabremos exclusivamente de contagios, muertes y desasosiego económico. Deconstruir ese relato poniéndolo en tensión con el resto de las necesidades sociales es indispensable para consolidar nuestro “saber” popular. Con la teoría del encuadre o framing theory (teoría de los marcos) que utiliza la metáfora del marco que –tal como en una pintura– delimita el lienzo que está dentro de él, sabremos en qué temas se detiene la gente y los que desestima (Bateson, 1998).

El concepto original sobre el que se basa la imposición de agenda según Bernard Cohen, es que “La prensa no tiene mucho éxito en decir a la gente qué tiene que pensar, pero sí lo tiene en decir a sus lectores en qué tienen que pensar” (Rodríguez Díaz, 2004).

Con nuestro marco popular y agenda setting deberemos desechar los caminos inútiles y definir los indispensables, el rol de la comunicación y su participación en la nueva construcción social. La participación popular en las calles es una herramienta comunicacional y, por lo tanto, política. Desarrollar las alternativas planteadas –en una sociedad casi paralizada y con escaso contacto interpersonal– es un desafío a resolver.

COMUNICACIÓN Y RESPUESTAS

Platón (427 -327 a.C.) alertaba en su alegoría de la caverna, que quienes no pudieran producir una ruptura con el mundo sensible (hoy le llamaremos hegemónico), podían estar dispuestos a matar a quien les propusiera algo diferente, aunque eso fuera la libertad. A partir de eso, los poderes hegemónicos avanzan en la tarea de desgaste del gobierno nacional que disputa sus intereses. Organizan cacerolazos, bocinazos, marchas, provocaciones de todo tipo, que incluyan la mayor cantidad de gente, incluso con consignas contradictorias: oponerse a la expropiación de una gran empresa en quiebra fraudulenta, el comunismo, el aborto establecido por ley, la corrupción, la cuarentena, etc. Todo junto y revuelto.

Como ya dijimos, todo es mensaje, comunicación. Si ante la situación anterior el gobierno nacional no toma medidas, pierde autoridad y, si las toma, también porque le adjudicarían un carácter represivo o anti-democrático. Todavía no se puso en “tensión” el por qué no lo hace el Gobierno de la CABA, a cuyo cargo está la protección de sus habitantes (incluso evitar el riesgo de contagio del resto de la sociedad). El mensaje –aunque no explícito– es claro: negar de hecho la legitimidad y el poder del gobierno nacional para tomar decisiones.

Existe un posicionamiento ideológico de aquellos/as manifestantes, que nada tiene que ver con construcciones racionales. Como se ha venido desarrollando, el verdadero enfrentamiento y la disputa por la hegemonía, está detrás de la vista “del público”. Si no fuera así, perdería efectividad. Las redes sociales que se crearon utilizando internet no pueden ser controladas... entonces ¿qué hacen con ellas?

Procuran desestabilizarlas como medios de comunicación alternativos, distribuyendo mensajes falsos de manera permanente, logrando diversos efectos, entre ellos:

- quitarles credibilidad (que dudemos siempre de lo que recibimos),
- reenviar mensajes que generen inquietud, ansiedad, miedo, etc. (para producir reacciones negativas, individualistas, insolidarias en la población),
- propagar denuncias falsas contra dirigentes políticos o sociales,
- distribuir consignas con tono irritado (como si provinieran de sectores populares),
- y regenerar la angustia por “lo propio” y el futuro, reafirmando lo conocido que –como ya vimos– es el “sentido común” hegemónico.

Tenemos un gobierno que enfrenta la pandemia del COVID-19 generando recursos de todo tipo, que mantiene una dura negociación por la deuda externa creada por la administración anterior que lo dejará condicionado, y muchas otras situaciones que necesitan atención y soluciones perentorias. El desarrollo de herramientas comunicacionales propias es fundamental para enfrentar al poder hegemónico. Es indispensable la multiplicación de medios que transmitan una visión popular, que relacionen situaciones locales con otras intermedias y estratégicas al alcance de los/las receptores/as. Que rompan el aislamiento comunicacional consolidando los lazos solidarios actuales y profundizándolos.

Todas las actividades del gobierno ya mencionadas, junto al apoyo de organizaciones de base, forman parte de un sistema comunicacional no explotado. No comunicado.

El potencial actual es enorme. Incluso sin movernos de nuestras viviendas.

DE SIGNIFICACIONES E IMPLICANCIAS

La etimología del término “pandemia” dice exactamente eso: reunión del pueblo. La tragedia es que, en este caso, para demostrar solidaridad, lo mejor es aislarnos y evitar tocar a otras personas. Es una extraña comunión de destinos... ¿serán posibles otras? (Boaventura de Sousa Santos, 2020)

M. Smud nos advierte sobre la existencia de una triple viralización: la del COVID-19, la financiera –con la caída de las bolsas– y la viralización incesante de mensajes vía las redes (24/03/20), pero también por la reiterativa presencia del tema en los medios de comunicación (en especial la televisión), que va construyendo el imaginario y el sentido común.

Desde la medicina social y la salud colectiva hablamos del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado, PSEA/C, diferenciándose tres dimensiones de análisis: la económico-política de producción de los procesos sociales, la de construcción o significación social que incluye los procesos políticos e ideológicos que dan cuenta del nivel de los procesos de asignación de sentido y de las prácticas de los diversos conjuntos sociales, y la dimensión psicobiológica de manifestación de los padecimientos, donde se “encarna” en los sujetos de modo diferencial (Mercer, 1991).

La construcción social del padecimiento –en tanto saberes científicos y no científicos, valoraciones, sentidos, prácticas de prevención, cuidados– está en plena elaboración. Implica componentes valorativos, morales y afectivos e incide en la estructuración de las subjetividades. Como tantas otras enfermedades, se trata de un proceso bio-político: además del mundo de los gérmenes intervienen realidades materiales y no materiales (objetivas y simbólicas) y actores sociales con distintos intereses y grados de poder vinculados a campos del medicamento, la tecnología médica, la investigación científica, la comunicación social, las iglesias y también las acciones por parte del Estado, que intenta –en Argentina– reducir los efectos sociales y económicos de la pandemia, en un contexto de deterioro del sistema público de salud como consecuencia de políticas neoliberales que el capitalismo en nuestra región sostiene desde mediados de los años setenta (con países endeudados por efecto –en gran parte– de dichas políticas).

LO “CONOCIDO” Y “POR CONOCER”

Es interesante preguntarnos por las características que va teniendo la percepción y la significación del COVID-19. Como punto de partida

resaltemos algunos rasgos reconocidos entre quienes trabajan en ciencias sociales y en salud. Sabemos el itinerario “diferencial” que presenta el PSEA/C entre distintas clases y conjuntos sociales (esperanza de vida, morbimortalidades, prevalencias, etc.), y que sus miembros reconocen a los fenómenos de salud / enfermedad de modo diferente. Es decir, hay una ocurrencia, una percepción y significación diferencial de los padecimientos según clases sociales, género, edades, etnias y culturas, para nombrar algunas variables de uso corriente.

Entre los sectores populares –que es donde nos focalizaremos– suele haber una percepción tardía de síntomas de dolor, malestar y desgaste corporal. Predomina una concepción “puntual” de la enfermedad, casi como un accidente, y –en condiciones de tanta vulnerabilidad socioeconómica y cultural– la idea de proceso y programación imprescindible para la prevención se dificulta, por lo cual la demanda con el sistema formal frecuentemente se presenta en situaciones agudas. Todo esto traba –además de las condiciones materiales de vida y trabajo– el desarrollo de prácticas preventivas, sumándose a su vez, situaciones sociales de vida desfavorables como estigmatización, violencia intrafamiliar, violencia de género. En el caso de los niños, hay mayor idea de labilidad y son más frecuentes las acciones preventivas, en especial si es buena la accesibilidad a la atención médica. La salud no es una prioridad en general. La situación de enfermedad es aceptada con naturalidad. Los malestares forman parte del ambiente en un marco de carencias y dificultades (Biagini, 1996).

¿Por qué se espera? El trabajo manual y el esfuerzo físico dificultan la identificación de sensaciones mórbidas al provocar interferencias en la comunicación entre el sujeto y su cuerpo (Boltanski, 1973). En estos conjuntos, el uso pleno del cuerpo trasciende a las tareas ocupacionales: se extiende al trabajo doméstico, al transporte y al consumo en general. Incluso la vivienda es construida familiar y comunitariamente. Sólo a partir de la incapacitación física se desencadena la búsqueda de la consulta (Llovet, 1984). La alarma cunde cuando la sensación ya no necesita ser hablada. Algo deviene “enfermedad” porque el sujeto se discapacita o muere. El resto son interpretados como “malestares leves y naturales”.

CÓMO ES SIGNIFICADA LA PANDEMIA

En sus orígenes y difusión, la pandemia es significada como “una enfermedad de ricos”, que “no afecta a los niños” y en los territorios populares, la proporción de adultos mayores es reducida y su morbimortalidad –anterior al COVID-19– no formaba parte del escenario público. No parece preponderar una carga moral como la tuvo la epidemia del VIH-sida. La visión que primaba en los medios de

comunicación era biologicista en el nivel particular, hasta que comenzó a difundirse en las barriadas más pobres que no pueden “adherirse” a las prácticas de higiene establecidas por sus condiciones de vivienda, ni cumplir el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por que sus situaciones económicas no les aseguran ingresos regulares.

Acordamos con Correa en que “Ninguna sociedad puede pasar por esta experiencia de miedo, tumulto y pérdidas impunemente” (2020), pero no sabemos cómo la experiencia concreta del aislamiento, la cotidianeidad modificada, el no-trabajo, la convivencia full time, la obscena exhibición de anónimas sepulturas pero también las noticias sobre el creciente número de femicidios en esa otra –al parecer– pandemia, machista y patriarcal, y su descarnada exposición a la infomedia, influye y construye subjetividades, valoraciones y sentidos.

En este “combo” inesperado ¿cómo se significan y resignifican percepciones y sentidos? ¿Cómo habrán incidido las TIC y las redes en la reestructuración de los vínculos interpersonales? ¿Cuáles reconfiguraciones supone un espacio público visualizado como amenazante, pero también sentido como espacio de libertad entre quienes reniegan del ASPO? ¿Y cuáles, en la visión del espacio familiar que la hegemonía cultural exhibe como el hogar?

Pese al contexto de aislamiento decretado en todas las jurisdicciones del país, ha sido notable la respuesta del campo de las ciencias “duras” y el de las ciencias sociales. Interpelado por el COVID-19 y su imprevista difusión a escala mundial se verifica, entre marzo y junio de 2020, un gran esfuerzo en indagar el “estado de situación” respecto al acatamiento de la cuarentena y las problemáticas derivadas de ella en diferentes segmentos poblacionales pertenecientes –mayoritariamente– a sectores populares.

En otra línea de trabajo, y preocupados por el PSEA/C del COVID-19 en sectores estructuralmente vulnerados, nos planteamos por nuestra parte, dos interrogantes iniciales: en momentos de configuración de las representaciones de la infección y de la pandemia, ¿qué sentidos y valoraciones afloran? ¿Similares o diferentes a otras epidemias? Y además de las condiciones materiales de vida y trabajo, esas significaciones ¿ayudan o dificultan prácticas de cuidado personal y colectivo? No tenemos certezas ni evidencias sin “base empírica”: sólo supuestos e inferencias. Lo que podemos aplicar –con el background conceptual y nuestras experiencias– es una suerte de “mirada clínica” sobre el estado de situación del tema.

A partir de los referidos interrogantes propusimos –a una lista de investigadores y de profesionales que realizan trabajo territorial en el campo de la salud– un ejercicio que los coloque en el “punto de vista” o perspectiva de los sujetos con los que “lidian”, a fin de conocer las

representaciones sociales que predominan en torno al COVID-19 entre sujetos individuales o colectivos con los que actualmente trabajan. Se trata de un diseño exploratorio con una guía de siete preguntas abiertas, cuyos resultados deben considerarse un ensayo preliminar que servirá como antecedente de próximos estudios cuando se pueda estar “en vivo y en directo” con las personas.

En principio la propuesta tuvo una buena recepción pero –por su especificidad– sólo algunos se sintieron en condiciones de completar la guía, conformándose así –por un lado– una “muestra” de nueve equipos “académicos” que investigan en sectores populares a mujeres, jóvenes, adultos y tercera edad, y/o en personal de salud, y por otro lado, ocho profesionales que se desempeñan en el campo del trabajo social o la psicología en centros de atención primaria del área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires.

A poco más de tres meses del primer caso, los señalamientos efectuados concuerdan en que el sentido de la infección fue “mutando” a lo largo del trimestre analizado. Inicialmente la población estudiada no se consideraron amenazados ni en situación de susceptibilidad (los casos referían a gente de plata, localizados en emplazamientos lejanos) o socialmente distintos (miembros de otra clase social): “No viajamos, no salimos del país así que no puede tocarnos”.

Aunque prima el sentido de malestar leve, lejano y extraño, y en tanto tal, no peligroso, la prescripción gubernamental del ASPO presentó un altísimo nivel de acatamiento. A lo largo de las semanas, las condiciones de vivienda, la necesidad de contar con algún ingreso y las dificultades de acceso al agua potable coadyuvaron en un menor acatamiento del distanciamiento interpersonal prescripto.

Más cercano y posible siguió percibiéndose la amenaza del dengue, los problemas preexistentes de inseguridad o el consumo abusivo de sustancias que se reflejan –según los informantes– en “sentimiento de desprotección y desamparo”. Los referentes comunitarios son quienes tienen una imagen del COVID-19 como algo grave, con capacidad de daño a una población con grandes privaciones sociales. Por las consecuencias sobre el empleo y los ingresos, el hambre y la desnutrición están siempre al acecho y la asistencia –alimentaria, económica y de elementos de prevención así como las intervenciones del personal de salud– nunca es suficiente. Las vivencias son de temor “por la tensión cotidiana entre la prevención y la necesidad de dar sustento a la familia”. O sea, la percepción de peligro es dirigida a las consecuencias de las restricciones.

Al igual que cualquier suceso imprevisto, desconocido e importante que moviliza y desorganiza percepciones y saberes, las imágenes en torno al origen del COVID-19 se mueven en un caleidoscopio de sentidos que gira desde “un virus chino”, “creado en un laboratorio”,

“un mercado de animales vivos”, “se lo tiraron a China” hasta “el destrato del hombre hacia animales y naturaleza”, sin faltar las siempre verosímiles teorías conspirativas.

En los testimonios recabados, el origen se concretiza. No se trata del origen / causa del virus sino que se alude a sujetos que lo encarnan. Las personas se infectan por contactos con viajeros (en general, empleadores), por pacientes o personal de salud al acudir algún efector, o por alguien cercano / vecino contagiado.

Nos preguntamos si en la construcción social del padecimiento se presenta algún tipo de incriminación moral. Al principio hubo menciones a la “falta de conciencia” y al “descuido”. Posteriormente fue “se contagió porque no usaba bien el tapabocas”, “no se quedó en la casa”, “se vio con ‘x’, lo que supone una carga de responsabilización a comportamientos individuales y no haber seguido el “deber ser” del ASPO.

Uno de los equipos de investigación registró una fuerte discriminación a población Qom en la ciudad de Resistencia, incluso con negativa a prestar servicio médico hospitalario, por provenir del Área Gran Toba. Otros informantes refieren que la gente “siente estigmatización en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires”, y situaciones similares en el conurbano bonaerense.

La “moralera” –al decir de un investigador– también es detectada por el personal de salud que trabaja en atención primaria, cuando afirma que “Las personas ‘sospechosas’ y/o ‘confirmadas’ en el diagnóstico, tuvieron cierto grado de padecimiento ante el hecho de que los vecinos se enteraran de su situación. Se trabajó y trabaja con un gran cuidado en torno a la confidencialidad de la información al respecto”.

La suspicacia no es privativa de los barrios. Se han observado situaciones de discriminación por parte de personal de salud: “La estigmatización es del personal a cargo de los operativos y de la cana (la policía)”. Se conjugan clásicas estigmatizaciones vinculadas con la clase social y la etnia y, por tanto, portan incriminaciones morales y raciales pero también políticas. En ocasiones, el propio personal de salud ha sido objeto de discriminación y culpabilización especialmente por parte de sectores de clase media y alta que se oponen a la prolongación del ASPO por atentar contra “su libertad” e intereses económicos, pero también como oposición a la gestión gubernamental, aunque sigue siendo muy alta la imagen y aceptación presidencial.

La incriminación moral y la discriminación son una respuesta constante en la historia de las epidemias: “El rechazo a lo extraño, a lo extranjero, respuestas generosas y respuestas egoístas”, nos comenta una de las investigadoras.

Respecto a las consecuencias de la pandemia en la población, los testimonios relevados concuerdan en la problemática del empleo,

la pérdida de ingresos, el malestar psicológico, la preocupación por el contagio. En fin, “la capacidad de las familias para enfrentar los costos de vida”: “El aislamiento social es peor que enfermarse por COVID-19”.

Una de las funciones de las representaciones sociales es la de posibilitar integrar la novedad, pero ante situaciones desconocidas lo hacen subsumiendo la concepción del fenómeno “extraño” en algún otro percibido como semejante, al cual se aplican sentidos, valores y actitudes similares (Moscovici, 1986). Quedará para la indagación específica explorar, como componente de la construcción social del COVID-19, las similitudes y diferencias que presenta el virus en esta etapa con respecto a los inicios del VIH-sida.

Al principio, como supuesta enfermedad “de ricos”, su evolución muestra los clásicos diferenciales por clases sociales, territorios, edades, géneros y etnias, y –según lo recabado– exhibe algunos de los rasgos del pensamiento popular: su tendencia a la concreción en objetos (en este caso, personas), al modo de suceso puntual y específico, a sentir como efecto más importante su incidencia en las condiciones de la vida misma (por hacer peligrar el sustento alimentario y económico requerido).

Más allá de las estrategias gubernamentales que parecieran hacer la diferencia sobre los efectos en la morbimortalidad del padecimiento a nivel internacional, estamos frente a un “hecho social total”, ya que en torno a la infección por COVID-19 “se expresan a la vez y de golpe todo tipo de instituciones” (políticas, sanitarias, científicas, familiares, económicas nacionales e internacionales, etc.), y también todas las desigualdades, exigiendo –para su comprensión y abordaje– de un complejo institucional de carácter múltiple e interdisciplinario (Mauss, 2009).

Como colofón, acordamos con Schmidt en que la pandemia “no es un desastre ajeno al accionar humano. Se relaciona con el impacto antrópico de las sociedades sobre la naturaleza; por ello, pensar al coronavirus como un conflicto social contribuye a una mirada que supera a la coyuntura y pretende reflexionar sobre causas profundas” (05/06/20). En este sentido, “el porvenir se presenta como un espacio no solamente de incertidumbre, sino también de disputa. Estamos disputando el porvenir en el presente. Más allá de la tragedia que estamos viviendo producto de esta pandemia, me refiero a las muertes y los efectos económicos, es un momento extraordinario y excepcional para luchar por futuros posibles” (García Linera, 2020).

A MODO DE CONCLUSIÓN, DECIMOS...

Ha pasado el otoño de 2020, se encuentra muy avanzado el invierno y Argentina registra más de 8.000 muertos y más de 400.000 casos por COVID-19 (principios de setiembre 2020). Reafirmamos lo que entendemos se señala en nuestro texto: la importancia del Estado, el perfil de las tendencias políticas que lo dirigen y de las tramas organizacionales de las “organizaciones libres del pueblo”. En esta arena resalta la importancia de la comunicación en que los sectores regresivos desarrollan predominantemente su accionar. El campo farmacológico, el de vacunas en particular, se ha hecho presente de manera muy manifiesta en este escenario...Las conclusiones son todavía precarias y muy difícil estimar el resultado del acontecimiento y de los procesos socioeconómicos, políticos y culturales en curso. Debemos continuar con el esfuerzo de investigación y del compromiso en múltiples campos.

BIBLIOGRAFÍA

- Badiou, Alain. 2000 *El ser y el acontecimiento* (Buenos Aires: Manantial).
- Bateson, Gregory. 1998 *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria hacia la autocomprensión del hombre* (Nueva York Chandler Publishing Company).
- Biagini, Graciela. 1996 *Publicación Interna. La significación social de la enfermedad* (Buenos Aires: Cátedra Sociología de la Salud, FCS-UBA).
- Bolstanki, Luc. 1973 *Los usos sociales del cuerpo* (Buenos Aires: Periferia).
- Correa, Sonia. 2020 “La crisis saca a la luz desigualdades que en la normalidad quedan ocultas” en *Página/12* (República Argentina). En <<https://www.pagina12.com.ar/263425-sonia-correa-la-crisis-saca-a-luz-desigualdades-que-en-la-no>> acceso 26 de agosto de 2020.
- De Sousa Santos, Boaventura. 2020 *La cruel pedagogía del virus* (Buenos Aires CLACSO).
- García Linera, Álvaro. 2020 “El fin del porvenir como repetición” en *Le Monde Diplomatique* (Paraguay). En <<https://www.eldiplo.org/notas-web/el-fin-del-porvenir-como-repeticion/>> acceso 26 de agosto.
- Llovet, Juan José. 1984 *Servicios de salud y sectores populares. Los años del Proceso* (Buenos Aires: Estudios Sociales, CEDES).
- Mauss, Marcel. 2009 *Ensayos sobre el don* (Buenos Aires: Katz).
- Mercer, Hugo. 1991 “Prólogo” en *Cuadernos De antropología Social* (Buenos Aires) Año 5.

- Moscovici, Serge. 1986 *Psicología Social vol. 2* (Buenos Aires: Paidós).
- Rodríguez Díaz, Raquel. 2004 *Teoría de la Agenda-Setting, aplicación a la enseñanza universitaria* (España: AF Alaminos).
- Schmidt, Mariana. 2020 “Cómo se ven los efectos del coronavirus desde las Ciencias Sociales” en *Página/12* (República Argentina). En <<https://www.pagina12.com.ar/263709-como-se-ven-los-efectos-del-coronavirus-desde-las-ciencias-s>> acceso 26 de agosto.
- Smud, Martín. 2020 “El coronavirus en nuestros celulares” en *Página/12* (República Argentina). En <<https://www.pagina12.com.ar/254788-el-coronavirus-en-nuestros-celulares>> acceso 26 de agosto.

POLÍTICAS PÚBLICAS, TEMPORALIDAD Y VIDA EN LA PANDEMIA EN ARGENTINA. DESDE EL PRESENTE, PENSAR EL PASADO PARA IR AL FUTURO

Clara Schor-Landman, Patricia Domench
y Juan Canella

INTRODUCCIÓN

A propósito de la pandemia, presentamos tres preguntas con algunas respuestas: ¿Qué les acontece a los sujetos? ¿Qué antecedentes históricos políticos se relacionan con la actualidad? ¿Y después?

Consecuencias Subjetivas. Enredos entre lo urgente y lo importante. Salud, Historia, Estado y Políticas Públicas. ¿Y después qué? Tres enfoques de un problema de peso, la pandemia, que puso al mundo patas arriba y, aún en agosto 2020, estamos dando grandes pasos de nuestro sistema de salud, nuestros profesionales, enfermeros, camilleros y más, sin descanso, hasta entregar la vida; pero el virus nos corre, contagiados, muertos, tensiones políticas: “O primero las vidas o primero la economía”. Mientras tanto, cuidados, intentar salir del enredo subjetivo, social, sanitario, económico, educacional, habitacional, laboral, financiero, tecnológico. Posibilidad de vacunas, ¡una salida!, pero también disputas de poder.

CONSECUENCIAS SUBJETIVAS. ENREDOS ENTRE LO URGENTE Y LO IMPORTANTE

Somos partícipes de un fenómeno viral extraño a nivel planetario, del cual no tenemos antecedentes: ¿Cómo vino, cómo se va, cómo sobrevivir? Sabemos poco y nada. Lo que sí sabemos es que se extiende rápidamente. Los seres humanos llevamos el virus de un lado a otro y se multiplica en escala geométrica.

A la pandemia mundializada, la podemos situar en el estatuto de traumatismo mundializado. Sabemos que lo traumático tiene la particularidad de no dejarse universalizar, estandarizar, ni programar; es urgencia. Hecho contingente, molesto para la salud pública, porque excede lo programable, lo estandarizable.

Lo traumático tiene el tono de urgencia generalizada social, por ser un hecho colectivo y subjetivo con consecuencias catastróficas dobles; para el conjunto social del que participa el sujeto y para el sujeto en particular. Urgencia, porque un supuesto continuo de vida se discontinuó de manera incomprensible. Los recursos simbólicos, cadena de significantes que otorgan significado, está rota: no hay y se padece.

Se da una estrecha relación entre la rapidez de contagio viral persona a persona y el recomendable aislamiento para todos, condición necesaria para rebajar los riesgos de contagio y de morir. Riesgos por el exceso de demanda de camas, respiradores, de atención médica. Sin embargo, es paradójal; al mismo tiempo, pone en evidencia la necesidad de lazos sociales para hacer defensa de la vida. Lo grupal, lo socializado, lo cooperativo en la consigna “Quédate en casa” para todos, por ahora (agosto 2020) es el remedio.

Con la lógica neoliberal individualista, quedamos atrapados. Recordaba que hace un tiempo, Jorge Alemán (2014) manifestaba que, cualquiera que sea la posible caracterización del capitalismo en su mutación neoliberal, hay un hecho que se impone: el carácter ilimitado del mismo. Se comporta como una fuerza acéfala, que se expande hasta el último confín de la vida. La mutación neoliberal tiene capacidad de producir subjetividades; configuró un paradigma individualista, empresarial, competitivo y gerencial de la propia existencia. En este sentido, debemos tener en cuenta que al capitalismo no le interesa el Bien Común, ni los lazos sociales, ni la justicia social, ni los derechos sociales.

En este marco, el sujeto es enredado entre las urgencias de vida que impone el coronavirus y lo que le es importante para su modalidad de vida. Las urgencias de vida nos arrebatan la posición de sujeto para elegir y decidir nuestras acciones. Impone distancia social, limpieza doméstica en exceso, teletrabajo. Torsión de la posición de sujetos a posiciones de objetos.

Dentro de la democracia que habitamos, los que gobiernan –presidente, ministros, actores de las políticas sanitarias, epidemiólogos– tienen que tomar decisiones con riesgo, porque no se sabe con anticipación los resultados; en última instancia, deciden según los riesgos caprichosos de la peste horrible de soportar. Decisiones bajo riesgo sin garantías previas, frente a peligros de contagio en escala geométrica, con consiguientes riesgos de muerte frente a recursos

que no alcanzan, obstáculos imposibles de soportar. En otro plano del problema, hacer lectura retrospectiva de la experiencia clínica de la urgencia, nos da alguna pauta; en aquellos que han podido hacer uso de la palabra, se escuchaba lo que podemos denominar premisas para pensar la experiencia COVID-19.

El sujeto no es sin lo social. La vida no es sin trauma. “No es sin” es una conectiva que indica las condiciones necesarias y suficientes para el sujeto, para su vida. Entonces, si se pierden las condiciones, cómo es y cómo será en estos tiempos de trágicos enredos. Actualmente, los términos de las dos premisas juegan un papel fundamental. Las dos premisas se ven reflejadas en lo que COVID-19 dio a ver.

En el plano subjetivo, estamos atravesados por momentos socio-culturales ya señalados por Freud (1979) como fuentes de malestar: hiperpotencia de la naturaleza, fragilidad de nuestro cuerpo, dificultades en las normas que regulan los vínculos. Escasez de recursos simbólicos para orientarnos en la hecatombe mundializada que nos toca vivir. Experiencia de lo real, de lo traumático, es decir, enredados por lo imposible de saber, de hacer, de soportar.

Lo cierto es que el amor propio de la humanidad se ve agraviado como en otras épocas (Freud, 1979). El descubrimiento de Copérnico en el siglo XIV terminó la ilusión del ser humano, que se creyó el amo del mundo. La teoría de Darwin pone límite a la creencia del ser humano de su superioridad respecto de los animales.

Para el problema que nos ocupa, es central la falsa creencia del ser humano en que es soberano en su propia alma. La creencia en la omnipotencia de su consciencia; en el poder de su yo, mientras que el yo no es dueño en su propia casa, desconoce lo inconsciente, una parte de sí.

Desde este punto de vista, podemos sostener que el coronavirus es una enfermedad orgánica en sí misma; pero, al mismo tiempo, es un agravio para el sujeto y el conjunto social cuando se parte de la creencia de ser amos del mundo, superiores y soberanos en la propia casa.

Cómo tolerar que estamos en el campo del no saber, de la incertidumbre, saber que no sabemos y queda el interrogante sobre el después. Negar todo, es una posibilidad. Así como decimos que el sujeto no es sino lo social, esta premisa tiene derecho y revés. Por un lado, la premisa da cuenta del buen trato de las relaciones del sujeto en lo social (Eros), pero, en su revés oscuro, desconoce otra parte de sí; otros tratos, malos tratos, con implicancias destructivas para sí mismo y para otros (Tanatos). No soportar las diferencias, xenofobia, promover la exclusión, las violencias, la segregación, la degradación. De alguna manera, estamos hablando de métodos privilegiados del neoliberalismo, sobre la base de propagar el odio. Generar imaginariamente

personajes monstruosos de importancia existencial, a los cuales hay que hacer frente, porque son peligrosos. En las vueltas del odio hay un circuito de destrucción, prácticas de goce, de satisfacción pulsional que no cesa. El placer de odiar. Los enredos de la política neoliberal, relaciones de poder, encuentran estrategias siempre a mano para la circulación del odio; los medios de comunicación, los periodistas sin ética, redes, fake news, políticos escandalosos. Para dar un ejemplo, en la Argentina es posible escuchar, en ciertos grupos, “El populismo es más peligroso que el Coronavirus”. Entonces, así como es tiempo de relaciones para defendernos y resistir a la pandemia, también es tiempo de tener en cuenta los riesgos de la propagación de las diferentes manifestaciones del odio, métodos privilegiados para romper vínculos, al punto de llegar a matar al “objeto monstruoso”.

Ahora bien, en este marco de situación, ¿cómo pensar los padecimientos del sujeto como parte del conjunto social? Escuchamos que se padece por pérdidas. Lo que era conocido se le ha vuelto extraño; estado de asombro, incertidumbre, agujero en el discurso común, riesgo de reducción de seres humanos a organismos vivos o muertos. Distancia social, soledades, no contactos, pérdida de costumbres, de hábitos, de recursos simbólicos, sufrimientos imposibles de soportar (efectos de lo real no simbolizable).

En síntesis, forma parte de las condiciones disciplinarias, del control y la vigilancia social (Foucault, 2007) para “nuestro bien”, o no sabemos... Porque la experiencia de ser ciudadanos nos enseñó que el sentido de las palabras, según el uso que se les asigne, según quien las diga, toman su significado.

Entonces, qué querrá decir “quédate en casa”, “enseñanza a distancia”, “te estamos cuidando”, “distancia social”, sería largo de desarrollar, pero, lo cierto, es que depende de la perspectiva política. En palabras de Milner (2011), si se enfoca en la perspectiva de “una política de los seres hablantes”, criterios de las políticas públicas argentinas actuales, entonces vale la confianza. Confianza en los hechos, el peso de los hechos presentes con antecedentes en el pasado. Confianza como valor, en un gobierno que gobierna con la lógica del bien común para el conjunto social. Pero, al mismo tiempo, en contraste con la confianza como valor, por el lado de “la política de las cosas”, los seres valemos como entes, valen las creencias, promesas a futuro que se pueden cumplir o no. Se gobierna con la lógica del mercado para el beneficio de unos pocos. Modo neoliberal de gobernar, lógica en la que toma su lugar el biopoder. Relaciones entre poder-saber. Tiempo de lo político hasta descubrir la estructura del biopoder. Problemática que se va desgajando poco a poco desde la perspectiva de las técnicas de normalización, que aplica el poder disciplinario al “objeto” ser humano.

Lo cierto es que, en este momento, por la pandemia, vale tener en cuenta las maniobras del biopoder, que giran alrededor de la salud, los sistemas sanitarios, la sexualidad y la biología como argumentos centrales en los bordes filosos entre lo biológico, lo político y lo social.

Las ideas de cuerpo, ser humano y vida sufren un desplazamiento conceptual, entran en equivalencia a partir del supuesto disciplinario y adaptativo comportamental, con lo cual se produce un nuevo valor de los cuerpos para la política. No son temas para ignorar, pero tampoco para desarrollar en este momento; lo concreto es que, en nuestro país, Argentina, está claro el compromiso político social de nuestras autoridades, que llevan adelante responsablemente el proyecto político nacional y popular en franca tensión con un grupo neoliberal en desacuerdo. En medio, un postulado de peso: "En primer lugar, la vida de las personas. En segundo lugar, la economía".

Ahora bien, hasta aquí el sujeto en los lazos sociales, en lo público, pero me interesa, especialmente, el sujeto en su singularidad, enredado en condiciones sociales, culturales, económicas y políticas; pero con padecimientos íntimos, propios, hasta secretos, podemos decir. Cómo arreglárselas con el padecer de errancia, de desamarrar, de intolerancia, agresividad, descreimiento, resentimiento, odio, sin sentido; en última instancia, lo insoportable del traumatismo. ¿Cómo retomar lo que le es significativo, importante, cuando lo atropellan las urgencias subjetivas a propósito de las exigencias del COVID-19? ¿Cómo soportar el dolor de las rupturas sin sutura, por pérdidas que se configuran como heridas de amor?

Nos detenemos en la experiencia dolorosa del duelo, pérdida extrema, pérdida de los ritos simbólicos para la última despedida a seres queridos. Impotencia frente a los protocolos preventivos de contagio, que suspenden la última despedida, el último encuentro, nuestro ser querido pasa su último trecho de vida solo. Ese último beso, abrazo, palabra o caricia, que no se puede dar, duele profundamente; queda algo dolorosamente pendiente. Duelo como herida, por no poder brindar amor a quienes queremos. El distanciamiento social es un ejemplo, lejanía de seres queridos, aunque estén cerca; no poder estar, acompañarnos de ellos, acompañarlos. Heridas por no poder seguir las costumbres de cercanía, amistad, parejas, comidas compartidas, cercanía de los cuerpos (conversaciones presenciales, valor de la palabra hablada en presencia, abrazos, besos, caricias).

En estas secuencias de vida, no faltan las heridas por humillación, como herida en el amor propio, en el reconocimiento tanto como en el abandono, heridas por no recibir amor de otros. Si hay herida, estamos hablando de los amores que hacen a la existencia del ser humano.

En contraste con supuestos “amores” sin heridas, líquido, devaluado, volátil, descartable, insignificante, desde donde se puede sostener “No importa la cantidad de muertos, hay que abrir la economía”. “Parte maldita” (George Bataille, 1988) en la estructura humana, evidencia freudiana que el programa de felicidad de la civilización fracasó.

Estos tiempos recuerdan al pensamiento de Aristóteles, cuando se refiere a la política: reconoce el valor de la responsabilidad social en la vida democrática, prestar servicios a la sociedad, ligado al compromiso de cada ciudadano con su propia sociedad. Qué decir de la responsabilidad social. Según Aristóteles (1998), se la mide por el impacto que una decisión del sujeto tiene en la sociedad. La pandemia va a dejar marcas en la humanidad, significa un corte entre el antes y el después; suponemos que en alguna de las marcas quedara inscripta la necesidad de construcciones político- sociales nuevas para el buen vivir.

SALUD, HISTORIA, ESTADO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

El mundo y la humanidad han atravesado situaciones límite relacionadas con la salud en distintos contextos y momentos históricos. Desde la Antigüedad, la humanidad padeció diversas pandemias y epidemias, que llegaron a trastocar su ordenamiento social e hicieron tambalear sus cimientos.

El hombre, para poder sobrevivir, ha ido creando organizaciones, reglas, normas que le permitieran vivir con otros, en sociedad. Tales formas de organización social también fueron políticas y ambas fueron cambiando a lo largo de la historia, atravesadas por las transformaciones de la sociedad, los intereses, las necesidades y las demandas de cada época.

Pero, más allá del momento histórico y de las condiciones y características de la organización sociopolítica de cada sociedad, las enfermedades, entendidas como problemas en la salud de la población, sobre todo cuando tuvieron gran magnitud, como epidemias o pandemias, obstaculizaron el desarrollo y el crecimiento, perjudicando las condiciones de vida de amplios sectores de población.

Como casos más destacados por la gravedad y el impacto que causaron, podemos hacer referencia a la fiebre amarilla en el siglo XIX y a la gripe española en el siglo XX. Estas enfermedades se transformaron en pandemias, dado que afectaron a poblaciones de diferentes países. Con la fiebre amarilla y la gripe española, la situación, desde lo político y social, se ubica dentro de un orden que correspondía al Estado moderno dentro del sistema capitalista. Y, si bien podemos hablar de una organización sociopolítica relativamente avanzada, con instituciones

diferenciadas y complejas, también las relaciones de poder lo eran, con los conflictos entre trabajadores y dueños del capital, donde la “enfermedad” ponía su nota discordante, porque las pandemias a las que nos referimos generaron grandes pérdidas de vidas humanas y económicas. De todos modos, el Estado y otras organizaciones de la sociedad, como las mutuales y las sociedades de beneficencia, trataron de implementar estrategias y acciones para atender el grave problema de salud, pero con recursos limitados, no solo desde lo económico, sino también en conocimientos y recursos humanos.

La fiebre amarilla se da en Argentina hacia 1871. En esos años, Buenos Aires tenía una población de aproximadamente 190.000 habitantes, entre inmigrantes y nativos; recién se estaba desarrollando. Se calcula que dicha epidemia mató al 10% prácticamente de la población¹. Buenos Aires tenía, entonces, un alto grado de precariedad en el abastecimiento de agua y también en la eliminación de residuos y desechos, lo cual provocaba contaminación e infecciones. Dicha precariedad se replicaba en los tipos de vivienda; los inmigrantes y sectores más pobres vivían hacinados en los conventillos, con deficientes servicios básicos y medidas de higiene mínimas. Por lo tanto, se hace más fácil comprender por qué la epidemia de la fiebre amarilla empezó por los de abajo, por estos habitantes más vulnerables.

La atención de la salud se enmarcaba en el modelo higienista, que tenía como propósito controlar diversos aspectos relacionados con la salud en la población. Los sectores pudientes atendían su salud en forma privada y los médicos asistían en sus domicilios a los enfermos de las clases más altas. A la vez, existían instituciones, que son los antecedentes de nuestros hospitales actuales. En la materia “Introducción a la sociología de la salud” en la Universidad de José C. Paz (2018), se hace referencia a dichas instituciones, aclarando que, en éstas, no se practicaba tratamientos sino que se internaba y se aislaba a los enfermos para evitar que contagiaran y para controlarlos en la evolución de la enfermedad. Estos internados provenían de sectores pobres. A su vez, los recursos para que funcionaran estos primeros hospitales provenían de forma mixta del Estado, de la iglesia y de instituciones de caridad o beneficencia. La administración de estos establecimientos podía estar a cargo de cualquiera de esas instituciones.

Desde que comienza a considerarse que las enfermedades pueden controlarse, cambian las estrategias en la atención de la salud y se comienza a intervenir para prevenirlas o eliminarlas. Surge la necesidad

1 Link: <https://www.laizquierdadiario.com/Fiebre-amarilla-la-epidemia-que-transformo-la-ciudad-de-Buenos-Aires>

de la intervención de la autoridad pública, como el actor que podía tener el poder y los medios para llegar y comprender a la mayor cantidad de población posible. Según García (1981), esta cuestión podemos advertirla también en nuestro país, y en América Latina, más allá de las características liberales y oligárquicas del Estado hacia 1880. En un primer momento, los organismos estatales eran consejos o juntas nacionales de sanidad, que no tuvieron buena capacidad de respuesta, porque eran colegiados y consultivos. Así es como, posteriormente, se crean, por parte del Estado liberal oligárquico, organizaciones más eficientes, como direcciones, departamentos o servicios nacionales de sanidad, para resolver los problemas de salud que afectaban a los intereses económicos de la burguesía local y el capital monopólico.

En Argentina, de acuerdo a la referencia que da García (1981), en 1880, durante el gobierno de Julio A. Roca, se crea el Departamento Nacional de Higiene, convirtiéndose en el primer país de América Latina que organiza burocráticamente una unidad, a nivel del Estado nacional, para tratar asuntos de salud. Según la lógica de los terratenientes liberales que gobernaron el país desde Roca y hasta 1916, era necesario que el Estado controlara la salud para garantizar las actividades económicas y el desarrollo del mercado y para disponer de trabajadores “sanos” y aptos para producir.

En este contexto, por las grandes epidemias de fines del siglo XIX, y, fundamentalmente, por la activación del comercio internacional y la teoría de la división internacional del trabajo, el Estado comenzó a intervenir fuertemente en la salud de las poblaciones. Pero no lo hizo tanto para la atención de las enfermedades, sino respecto de la prevención. Las primeras intervenciones públicas surgen de dos maneras. Por un lado, aplicando las medidas casi simultáneas al descubrimiento de las vacunas, a través de la realización de campañas masivas obligatorias, que comenzaron acompañadas por las fuerzas públicas. Por otro lado, a través del reordenamiento de los espacios urbanos, en función de controlar la circulación de aire, aguas y personas, se inició la instalación del sistema de agua potable y efluentes cloacales, la organización moderna de cementerios y el control portuario, entre otras medidas sanitarias. Estas medidas de gobierno tampoco respondieron a mejorar las condiciones de vida como objetivo principal, como políticas para beneficiar el interés público, sino que tenían como finalidad propiciar el desarrollo económico y el funcionamiento del mercado.

La gripe española fue la primera pandemia causada por el virus de la gripe H1N1, según una nota del diario Infobae (18-03-20), convirtiéndose en la tercera más letal de la historia de la humanidad, debido a su alta tasa de mortalidad. Se estima que infectó a 500 millones de personas en todo el mundo, alrededor del 27% de la población global.

Lo interesante es que España no sufrió más que otros países la epidemia. La Primera Guerra Mundial había llevado a muchos gobiernos a censurar los reportes de muertos en Alemania, el Reino Unido, Francia y los Estados Unidos, con excepción de España, que transparentó sus datos y que se había mantenido al margen del conflicto, lo que dio lugar a hablar de la gripe española, que se había originado en Estados Unidos y la llevaron a Europa los soldados enviados a la guerra. En países como Francia, Gran Bretaña y los Estados Unidos, los fallecimientos por la gripe española fueron mayores que los de la guerra. Hubo pérdidas tan importantes que algunos historiadores piensan que este padecimiento contribuyó a que se acelerara el fin de la guerra.

En lo que respecta a Argentina, la gripe española se dio hacia 1918 y tuvo también una alta mortalidad: se habla de unos 15.000 muertos. Lo cierto es que la epidemia de gripe, por su dimensión y por su impacto, desnudó las falencias de un Estado, que todavía estaba en conformación, la impotencia de una medicina, que aún no se consolidaba como garante de la salud, y el desequilibrio económico y de distribución geográfica de la sociedad. La enfermedad ingresó al país en 1918, según el estudio de Adrian Carbonetti (2010), por el puerto de Buenos Aires y avanzó en dos oleadas: primero se propagó hacia el norte del país, entre octubre y noviembre de ese año, y permaneció latente hasta el invierno de 1919, cuando comenzó a descender desde Salta hacia las provincias del centro y el sur.

Si bien tuvo como epicentro la ciudad de Buenos Aires, desde donde se expandió al resto del país, ésta fue la que menos sufrió en términos de mortalidad. Según los datos disponibles (Carbonetti, 2010), de las 422 muertes que sucedieron como consecuencia de la “gripe”, 32,7% se dieron en el mes de octubre; es decir, ocurrieron 138 muertes en tan sólo doce días aproximadamente.

Para Carbonetti (2010: 160), esa pandemia que se producía al otro lado del Océano Atlántico, era un problema que poco importaba al Estado argentino, en un contexto donde eran otras enfermedades las que preocupaban a la sociedad y al gobierno, como la tuberculosis, la viruela, la peste bubónica, la sífilis. Sin embargo, la pandemia acabó por arribar al territorio, tal vez a través de los inmigrantes europeos, que llegaban huyendo de la miseria y de la guerra. Según su análisis, la epidemia habría puesto en jaque al Estado y a los médicos poco preparados para tratar y combatir con éxito la enfermedad. Se prohibieron los espectáculos y el ingreso a los cementerios y a otros lugares públicos.

Aspectos comunes a considerar en las pandemias, a partir de los factores mencionados por Carbonetti (2010), quien considera

tener en cuenta tres factores para comprender mejor el impacto o los efectos de éstas en la población: el eco-ambiental, las condiciones materiales de existencia y las condiciones sanitarias de cada país, provincia o ciudad en cada una de ellas. Cada uno de estos factores actúa de manera individual o en conjunto para que las epidemias o pandemias, si bien él se refiere a la gripe española me atrevo a hacerlo extensivo a otras, fueran más riesgosas y virulentas para las “clases sociales peligrosas”, como se decía en aquellos tiempos para referirse al incipiente proletariado y al pobrero urbano.

Para comprender cómo las sociedades y sus respectivos Estados hicieron frente a estos problemas de salud, es relevante analizar el grado de desarrollo que tenían en términos de recursos económicos, científicos, técnicos y, por lo tanto, qué respuestas podían encontrar en organizaciones de la sociedad civil y en el propio Estado, a través de la implementación de políticas públicas específicas.

Hay autores estudiosos de la historia de las enfermedades, que afirman que hubo ocultamientos y falsedad en la información en las distintas pandemias, lo cual es una responsabilidad del Estado, pero también de quienes informan, de los medios de comunicación, que entorpecen y perjudican con datos erróneos la atención del problema y el comportamiento de la población, agravando y reproduciendo la enfermedad.

El Estado en Argentina, por ejemplo, tuvo una reducida reacción en el caso de la fiebre amarilla; el propio presidente se fue de Buenos Aires por temor. Pero, además, no se contaba con la infraestructura ni con un sistema de salud que pudieran atender esta situación de emergencia. Esto se dio, en mayor o menor medida, en los distintos países y en las distintas epidemias, frente a serias dificultades para controlar una situación que arrasaba con vidas humanas.

También desde los gobiernos se coartaron libertades y se impusieron restricciones al comportamiento de la población en pos del bien común, marcando claramente la necesidad de colocar lo colectivo por encima de lo individual.

En la pandemia actual del COVID-19, se observan algunas de las características mencionadas en la relación del Estado con la sociedad en otras epidemias. Además, es necesario agregar que los Estados de nuestra región latinoamericana, han quedado exhaustos después de gobiernos neoliberales, que han llevado a un deterioro enorme de sus instituciones, debilitando y condicionando extremadamente la capacidad de éstas para dar respuesta.

Es posible, para esta etapa actual de pandemia, reconocer, en Argentina, políticas de salud con características distintas, fundamentalmente porque el Estado está desarrollando formas de intervención

más comprometidas y que atiendan necesidades y demandas sociales. En un momento político y económico al borde del default, dada la deuda externa y la detención de la actividad industrial y comercial, además de una sociedad atemorizada y vulnerable, sólo el Estado es el actor político y social que puede llegar a la población en forma masiva y poner en juego su capacidad de penetración, a fin de mitigar los efectos del COVID-19 y reducir los índices de morbimortalidad. La crisis actual configuró un nuevo escenario desde el cual pensar las políticas sociales y de salud. El énfasis, en la actualidad, está puesto en la inclusión social, disponiendo mecanismos y herramientas que intenten llegar a toda población vulnerable, cuyo eje tiende a la integralidad de las políticas. Esta nueva lógica se diferencia de otro modelo de Estado, el neoliberal, con un rol limitado y donde el mercado establecía las reglas de juego, que habían generado determinada forma de políticas públicas traducidas en la fragmentación y la exclusión de la sociedad. En el gobierno anterior, dicho escenario estuvo caracterizado por las limitaciones y distorsiones de un modelo segmentado, reducción de presupuestos y de los recursos humanos, con intervención por programas y por las limitaciones de los programas focalizados con una lógica neoliberal.

El rol más activo del Estado genera una mayor intervención e interrelación con los actores sociales y políticos, que va desde la creación de espacios para el diálogo y el consenso, como la formulación de medidas específicas para paliar la crisis en un primer momento, o realizar cambios que mejoren las condiciones de vida y la salud de la población, creando nuevas relaciones con la sociedad.

Pero, en contrapartida, con esta intervención, quizá necesaria y “buena” del Estado, somos partícipes, al igual que otros países y en tanto sujetos, del aislamiento compulsivo, la inteligencia artificial, los controles del comportamiento de las personas, nuevas formas de dominación que también nos llevan a reinterpretar el proceso de salud-enfermedad, teniendo que contemplar otras dimensiones que entran en juego.

Es muy probable que, durante y posterior a la pandemia, haya un tácito replanteo en la relación Estado y sociedad, donde nuevas “formas” de dominación se instalen y tengamos que ser protagonistas de una ciudadanía modificada y más “controlada”, o asistamos, por el contrario, al desarrollo y reconocimiento de novedosos tipos de organización y participación, que amplíen el campo de la ciudadanía con sujetos más fortalecidos para defender sus derechos e intereses. Es una incógnita por develar, para la cual tal vez vayamos encontrando señales en un análisis más psicológico social del impacto de la pandemia en la mente y el alma de las personas.

Y DESPUÉS...

“Es evidente que actualmente no puede haber medicina sin medicina social y no puede haber medicina social sin una política social” Ramón Carrillo (1948).

Momentos más que extraordinarios estamos enfrentando en estos tiempos. Se hizo presente, a escala mundial, una partícula de 120 a 160 nm. Parece que tiene una envoltura con un genoma no segmentado de RNA monocatenario de ácido ribonucleico. En la superficie externa de la envoltura, hay proyecciones esparcidas de forma de palo de golf de 20 nm de longitud. Las proteínas estructurales del virus comprenden una proteína de la nucleocápside, una glucoproteína de membrana, que sirve de proteína de matriz embebida en la doble capa de lípido de la envoltura y que interacciona con la nucleocápside, y la glucoproteína de espiga, que constituye los peplómeros, de forma de palos de golf. Parece ser que está todo dimensionado y estudiado sobre tal partícula; hasta se la ha fotografiado mediante un microscopio electrónico. Ahora bien, el cuestionamiento que desafía al impacto que esta pequeña estructura produce, está referido mucho más a las ciencias sociales que a la bioquímica, incluso que a la fisiología misma.

No queda delimitado, en una caracterización dada por casualidades, que las poblaciones donde mayor daño produce este virus son, como siempre, las poblaciones más desamparadas.

Hay un concepto marco, que define y caracteriza a la gran mayoría de escenarios que están siendo cuestionados, en función de las diversas zonas de impacto donde mayor daño está causando el COVID-19. Ese marco es la percepción de “CUIDADO”. Entendemos por cuidado como la acción de preservar, de asistir. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y “bien ser”. Si, en función de esto, analizamos lo que hemos preservado, en qué hemos asistido a las mencionadas poblaciones adjetivadas como vulnerables, podemos concluir que la deuda social es más que significativa.

La pandemia terminará y, en ese preciso momento, entre encuentros y abrazos, será el momento de hacernos los distraídos y minimizar la realidad vivida o asumir el compromiso social de saldar todas las deudas demostradas. Momento de observar dónde los macro-conceptos sociales, como Democracia, Estado, Derechos, Economía y algunos otros, mostraron su fisura, y allí corresponde relacionar lo que se denomina Sistema de Salud, que, en la actualidad, se convirtió en una primera estrella en cuanta agenda política existe.

¿Cómo cuidan, a quiénes cuidan y para qué cuidan la democracia, el Estado, los derechos, la economía y el Sistema de Salud? ¿A quién le

sirve que siga ocurriendo lo mismo? Para intentar responder estas preguntas y hacernos algunos otros cuestionamientos, es más que necesario no apartar la mirada de ciertos acontecimientos que este diminuto virus nos ha venido a mostrar.

VEAMOS, ENTONCES...

Es apreciable ver la disputa entre los defensores del aislamiento social y los que presionan para el levantamiento de cuarentenas, reduciendo todo a la dísada Salud o Economía, presentada como una primicia, cuando en realidad siempre estuvo proclamado el mismo conflicto y siempre definiéndose en función del mercado. A tal punto que, el Sistema de Salud se vio desplazado de ser una herramienta de la dignidad del derecho a la salud, a una refinada herramienta para la concentración de la riqueza, por cierto muy eficiente, abarcando toda la geografía puesta al funcionamiento de la globalización. Industria farmacéutica globalizada, biotecnología globalizada, grupos financieros amparados en seguros de salud, también globalizados. La aldea global se puso al servicio del mercantilismo, pero los benefactores de ese mercantilismo no estaban globalizados. Así, la salud y el sistema social naturalizaban su existencia, sin importar las consecuencias, sin tener en cuenta el cuidado ni la protección del otro.

Cuando se plantea reflexionar sobre democracia, Estado, Derechos, Economía, si no se plasman en ellos, de manera más que explícita, en acciones de protección, del cuidado hacia el otro, los conceptos de equidad y dignidad serán simples falacias, hipócritas disfraces donde todo es campo fértil para el individualismo y la concentración de riqueza en las más poderosas manos. Una salud mercantilizada es funcional al mayor poder adquisitivo y se condice con un concepto de democracia no participativa, ausencia de derechos, privilegio para solo un puñado de personas.

Una de las grandes lecciones de esta pandemia es que el coronavirus ha venido a demostrar que el sistema público, el social e igualitario, ha sido el único capaz de dar una respuesta tanto en lo social preventivo como en políticas, como la cuarentena, los diversos protocolos para todo tipo de población, incluidas las más vulnerables como villas, geriátricos, cárceles, todas ponderando el derecho a estar sanos. La atención de salud, que dio respuesta y que contribuyó a salvar miles y miles de vidas, solo puede ser implementada en un sistema con políticas sociales y de salud solidarias. En el pasado, llegamos al extremo de naturalizar el hecho de que sean los llamados ajustes sociales de la mano de devaluaciones de la moneda, reducciones de salarios, pérdidas de derechos, flexibilización laboral, las soluciones emergentes a diversos conflictos y necesidades, que no permiten acciones con algún

ejercicio de cuidado para las poblaciones vulnerables, sino que, por el contrario, profundizaron cada vez más su vulnerabilidad. Así, hemos construido, hasta el presente, la forma cruda e ingenua de cimentar nuestros valores. De ahí que se haya plantado un fértil campo para que un virus provoque semejantes estragos, con sistemas de salud impotentes, con población adulta mayor institucionalizada sin control alguno, con población carcelaria viviendo en condiciones inhumanas, con villas habitacionales indignas.

APRENDIENDO SOBRE LA MARCHA

En plena crisis, podemos observar que las respuestas son distintas y distintos son los resultados. Países con principios mercantilistas como Chile, EE.UU., Brasil, con su nuevo gobierno, Bolivia con su dictadura, Ecuador, entre otros, han tenido resultados devastadores. Argentina tiene una realidad incierta, un gobierno que apenas llevaba tres meses cuando se desató este caos. Estaban en plena instrumentación las tácticas y estrategias para dar batalla a otras pandemias, como es la deuda externa, y allí aparecen estos 150 nm, descendiendo de un avión en Ezeiza y se desata esta pandemia actual, otra historia. Quedan con ello archivadas todas las agendas para dar inicio a diversas acciones de cuidado, que hacen que los resultados, comparados con algunos países vecinos, hasta el momento sean distintos. Hubo que tomar ciertas funciones de cuidados que lejos estaban de las prácticas habituales. Las mismas se fortalecieron –resalto– en la medida de lo posible, en la situación económica de un país endeudado a límites extremos, pero donde, por primera vez, la salud se prioriza ante otras muchas variables. Se fortalecieron los grandes centros hospitalarios y las llamadas “camas críticas”, a la vez que la verdadera acción de cuidado se emprendió cuando el sistema de salud tuvo una auténtica presencia territorial, logrando un mejor control del escenario epidemiológico. Allí, en territorio, es donde queda claro que, cuando hablamos de Salud, no lo hacemos únicamente por la presencia de médicos y enfermeros; es ahí donde se da la arquitectura del derecho y de la confianza entre la población y el Estado, que el ir asumiendo los elementos de cuidado requiere de todos y los otros saberes, con lentes sociales. No es con el control ni con la vigilancia que se resuelve el problema. Es con la conciencia ciudadana.

De esta forma, con esos lineamientos de cuidado, han ido transcurriendo los más de cien días que lleva la pandemia. Allí se fue flexibilizando el aislamiento, según las zonas, según los casos en el territorio. Ahora estamos llegando a un punto de inflexión, viendo como el progresivo aumento de infectados requieren nuevas medidas. Es notable, ante este contexto, ver el comportamiento de una desesperada

oposición, reclamando el fin del aislamiento, para poder pasar las víctimas a sus vitrinas de trofeos, contando con la mejor herramienta del colonialismo actual, que son los medios de comunicación. Ellos juegan a instalar la idea que el pico demostrará que el aislamiento no fue necesario, que fue en vano, y lo único que logró es una crisis económica, desconociendo y borrando de la fotografía el punto de partida del actual gobierno y lo realizado en los últimos cuatro años de gestión neoliberal. Tampoco, en la ecuación que intentan transmitir los medios con sus mercenarios venidos en periodistas, es que los más de 30.000 infectados hasta el momento, no pasarían a incrementar el pico, cosa que sí se hubiera podido esperar si no se hubieran tomado las medidas alcanzadas; entre ellas, el uso del tiempo para duplicación de camas críticas, aumento de estructura sanitaria, construcción de nuevos hospitales y avances científicos, que generaron nuevas oportunidades de curas mediante el uso de la inmunización pasiva. Pero también de esto está hecha la realidad.

Queda pendiente un replanteo del cuidado de dos poblaciones que son, particularmente, propensas a desarrollar una situación de dependencia: los adultos mayores y las personas con discapacidad. Los adultos y adultas mayores, habrá que preguntarse si es necesaria la institucionalización de ese cuidado o se puede combinar con servicios en instituciones que incluyen alojamiento, servicios en el hogar, centros de día (sin alojamiento), servicios para apoyar a los cuidadores familiares y teleasistencia, una variedad de alternativas desmercantilizadas a desarrollar con compromiso solidario, incluidas otras poblaciones sumergidas en el abandono, como las carcelarias y las villas. En el caso de estas últimas, durante años, el logro más profundo fue la modificación en la forma de denominarlas, para que no reflejasen la crudeza de su condición.

Son 150 nm que nos impulsan a reflexionar, a observar con otras lentes. Estas observaciones nos van generando un catálogo de diversos temas a tener presentes, con el propósito de construir nuevos paradigmas, para lo cual se deberá desestructurar cabalmente todos estos espejos que forman este sistema, donde nos hemos visto reflejados hasta el momento.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemán, Jorge. 2014 *En la frontera: Sujeto y capitalismo* (Barcelona: Editorial Gedisa).
- Aristóteles. 1998 *La política* (Madrid: Editorial Alianza).
- Bataille, George. 1988 *La parte maldita* (Madrid: Editorial Alianza).

- Carbonetti, Adrián. 2010 “Historia de una epidemia olvidada La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919” en *Desacatos* (Argentina), N° 32, enero-abril. En <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000100012&lng=es&tlng=es> acceso 02 de mayo de 2020 .
- Domench, Patricia. 1997 “Políticas de Salud. Diferentes perfiles a partir de los cambios en el Estado”, en Blutman, Gustavo *Investigaciones sobre Estado, Políticas y Administración Pública* (Buenos Aires: CBC-UBA).
- García, Juan César. 1981 “La medicina estatal en América Latina. (1880-1930) (Extracto del original)” en *Revista Cubana Salud Pública* (La Habana) Vol. 42, N° 1.
- González García, Ginés. y Tobar, Federico. (2004). *Salud para los argentinos* (Buenos Aires: Ediciones Isalud).
- Gusfield, Joseph. 1981 *The Culture of Public Problems. Drinking-Driving and the Symbolic Order* (Chicago: The University of Chicago Press).
- Freud, Sigmund. 1979 *Obras completas “El malestar en la cultura”* (Buenos Aires: Editorial Amorrortu).
- Freud, Sigmund. 1979 *Obras completas “El porvenir de una ilusión”* (Buenos Aires: Editorial Amorrortu).
- Foucault, Michel. 2007 *La arqueología del saber* (Buenos Aires: Editorial Siglo XXI).
- Lacan, Jacques. 1987 *El seminario. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (Barcelona: Paidós).
- Milner, Jean Claude. 2011 *Por una política de los seres hablantes* (Buenos Aires: Editorial Grama).
- Milner, Jean Claude. 2007 *La Política de las cosas* (España: Editorial Miguel Gómez).
- Schor Landman, Clara. 2015 “Salud mental; salud social. Dilemas de los seres humanos en la contemporaneidad” en Tetelboin, Carolina y Laurell, Asa Cristina (coord.) *Por el derecho universal a la salud. Una agenda latinoamericana de análisis y lucha* (Buenos Aires: CLACSO).
- Sanchez, Ana. 2020. “Fiebre amarilla: la epidemia que transformó la ciudad de Buenos Aires” en *La izquierda diario* (Argentina). En <<https://www.laizquierdadiario.com/Fiebre-amarilla-la-epidemia-que-transformo-la-ciudad-de-Buenos-Aires>> acceso 02 de mayo 2020.

O DESAFIO BRASILEIRO DE ENFRENTAR A PANDEMIA DA COVID-19 EM MEIO À CRISE POLÍTICA

**Livia Angeli-Silva, Agleildes Arichele Leal de Queirós,
Luciani Martins Ricardi, Mariana Bertol Leal
y Clara Aleida Prada**

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe de volta à cena a dualidade histórica, que os atores políticos alimentam em tempos de crise, entre o econômico e o social, além de evidenciar as desigualdades dos efeitos e da capacidade de enfrentamento da emergência sanitária. Diante das diferenças econômicas e sociais entre os países, fica demonstrado que as grandes potências possuem mais ferramentas para protegerem suas economias e minimizarem os danos. Os outros países precisam conciliar diferentes estratégias para enfrentar os novos problemas e os já existentes, o que os tornam ainda mais vulneráveis social e economicamente.

Assim como alguns países da América Latina, o Brasil vem sofrendo a investida de projetos imperialistas, após uma experiência de governos neodesenvolvimentistas de maior soberania nacional, ampliação de direitos e redução de desigualdades (Álvarez, Martín y Puello-Socarrás, 2020). Deste modo, além do aspecto sanitário da pandemia e suas consequências econômicas, o cenário político conturbado do país acentuou problemas sociais e evidenciou a crise multidimensional. E, no centro de comando para o enfrentamento dessa crise, encontrou-se um governo com uma prática política focada no autoritarismo, conservadorismo dos costumes, neoliberalismo econômico, nacionalismo militarista e negação da ciência (Gentile, 2020; Roque, 2020; Leitão, 2020; Silva Júnior y Fargoni, 2020).

A epidemia eclodiu num momento em que reformas do Sistema de Proteção Social vinham sendo aprovadas pelo Parlamento nacional, impondo retrocessos, sem que os movimentos sociais tivessem força para impedi-las, uma vez que a polarização política foi potencializada pela guerra híbrida¹ (Mendonça, 2018). No bojo dessas mudanças, o congelamento dos gastos sociais e diversas outras ações normativas refletiram no enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), fragilizando seus instrumentos técnico-políticos e inviabilizando o seu financiamento.

Foram comprometidas as bases do sistema de saúde, que daria ao Brasil a vantagem no enfrentamento de uma pandemia dessa proporção, por meio de uma ação nacional coordenada e com o protagonismo do setor público, o que tem sido demonstrado como a melhor alternativa (Chen, Cao y Yang, 2020). Assim, verificou-se um conjunto de ações sanitárias estatais controversas e um aprofundamento da agenda política ultraneoliberal, fortalecida a partir do cenário de crise, potencializado pela epidemia. Ao mesmo tempo em que as necessidades em saúde se aprofundaram e forçaram algumas ações estatais, também provocaram ações e reações de setores da sociedade civil.

Diante do exposto, o presente ensaio teve o objetivo de analisar o enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil, entre fevereiro e julho de 2020, na condição de um país que possui um sistema universal de saúde e que, no entanto, em meio a uma de suas maiores crises políticas, enfrentou limites à atuação desse sistema, com implicações para a preservação da vida e dos direitos dos brasileiros, mas também com novas possibilidades no cenário de luta pelo direito à saúde.

Considera-se que, para entender as respostas à pandemia, é preciso analisar as políticas públicas implementadas, mas também tomar como foco “a política”, que perpassa pelas instituições, pelos regimes de governo e pelas capacidades do Estado (Greer *et al.*, 2020). Assim, também, ratifica-se a ideia de que a análise das políticas inclui a compreensão dos princípios ideológicos e políticos, questionando “a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências” (Viana y Baptista, 2012: 61). Alguns desses elementos serão analisados a seguir, adotando a vertente da análise política em

1 As guerras híbridas são movimentos provocados por agentes externos, que exploram conflitos internos em países de importância geopolítica, a fim de desestabilizar governos a partir de grandes manifestações de massa, que podem então ser cooptadas ou dirigidas por eles para atingir seus objetivos políticos. Podem mesclar táticas de guerra política, guerra convencional, guerra irregular e ciberguerra com outros métodos de influência, tais como desinformação, diplomacia, *lawfare* e intervenção eleitoral externa. Para mais detalhes, ver Korybko (2018).

saúde (Teixeira y Silveira, 2016), com foco no processo político, na dinâmica do poder e nos fatos históricos produzidos no âmbito da saúde, das demais instituições estatais e de outros setores da sociedade.

O CONTEXTO DA CRISE

A crise multidimensional que se instalou no Brasil foi apenas exacerbada na pandemia da COVID-19, pois os problemas sociais, econômicos e, principalmente, os elementos da política já vinham se conformando no país, especialmente a partir de 2013. Reivindicações populares por ampliação de direitos deram lugar ao fortalecimento de grupos de extrema direita que se unificaram no discurso do combate à corrupção e na contraposição aos governos de esquerda, fortalecendo uma pauta reacionária, que incluiu a negação de alguns direitos sociais. Neste contexto, foi construída uma estratégia de comunicação propositalmente confusa, com redes para produzir fake news e impulsionar notícias, com alto investimento de grandes grupos econômicos.

Em 2014, mesmo reeleita, a presidente Dilma Rousseff não conseguiu operacionalizar suas propostas e as forças políticas se alinharam para a execução de medidas de austeridade fiscal, que passaram a comprometer as políticas sociais e contribuíram para o aprofundamento da crise econômica. O cenário convergiu para o desgaste político que culminou no impeachment da presidente em 2016, apontado por muitos especialistas como um golpe parlamentar (Bastos, 2017).

A agenda do seu sucessor intensificou a política neoliberal com a instituição de um novo regime fiscal que congelou, em termos reais, as despesas primárias por 20 anos, com a aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016 (EC 95). Além de representar perda bilionária para as políticas sociais, esse regime fiscal contribuiu para a redução da capacidade do país na retomada do crescimento econômico (Vieira, Santos, Ocké-Reis & Rodrigues, 2018). Consequentemente, sob a alegação de enfrentamento da crise econômica, abriu-se o caminho para a aprovação de leis que retiram direitos sociais, a exemplo da reforma da legislação trabalhista (Lei n. 13.467/2017) e, posteriormente, da reforma da Previdência (EC 103/2019). Desta forma, mesmo sem um rompimento explícito do regime democrático, o sistema político brasileiro torna possível a reversão dos padrões de universalização do sistema de proteção social por meio da modificação de partes da Constituição Federal ou outros dispositivos legais, no sentido de promover o ajuste neoliberal nas políticas públicas, por determinados governos (Fernandes, 1995).

Apesar do caráter antipopular dessas medidas, por meio da manipulação da comunicação, elas passaram a obter significativa aprovação em alguns segmentos da sociedade, e levaram à ascensão do bolsonarismo como um movimento de apoio a essa agenda política

de redução do papel do Estado. A plataforma que elegeu o presidente Jair Bolsonaro, de forte apelo religioso e conservador, propunha o desmonte das políticas de desenvolvimento e de redução de desigualdades. Esse processo também mobilizou grupos contrários e culminou na polarização da sociedade brasileira, preponderando o bloco político de defesa da agenda neoliberal, com forte apoio do Parlamento nacional.

Mas a unidade da direita em torno dessa pauta econômica não se estendeu aos demais interesses do Governo Federal, o que resultou em relações conflituosas com os poderes Judiciário e Legislativo, intensificadas por declarações do presidente da República, nas quais ataca o Congresso Nacional e o Supremo Tribunal Federal (CNN Brasil, 2020). Além disso, a intensa disputa no interior dos partidos da base do governo, assim como a saída de Bolsonaro do partido que o elegeu, ocasionou sucessivas mudanças nas alianças e comandos ministeriais.

A mídia também tem sido um espaço de expressão da polarização política. Entretanto, a ascensão de Bolsonaro à Presidência afetou significativamente a liberdade de imprensa no Brasil. Em 2019, os ataques a veículos de comunicação e a jornalistas aumentaram em mais de 50%, tendo o presidente sido responsável por mais da metade das agressões (Federação Nacional dos Jornalistas, 2019).

No âmbito da saúde, a implementação e efetivação dos princípios do SUS passou a sofrer seus mais intensos ataques. Primeiro, entre 2016 e 2018, o Ministro da Saúde Ricardo Barros questionou publicamente o tamanho do SUS e afirmou ser impossível para o país sustentá-lo. Nessa mesma vertente, o ministro nomeado por Bolsonaro em 2019 Luiz Mandetta foi um ex-deputado vinculado à iniciativa privada, que foi favorável à EC 95, negava a existência de subfinanciamento da saúde, contribuiu para o enfraquecimento da participação estatal na produção de insumos e passou a fortalecer a lógica do direito privado para o provimento de profissionais e oferta de serviços de saúde na Atenção Primária.

Essa condução das políticas de saúde foi mantida, mesmo diante dos posicionamentos contrários da maior instância participativa do SUS, o Conselho Nacional de Saúde (2019), órgão com representação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços do SUS. Da mesma maneira, gerou outras manifestações de desacordo por parte de gestores estaduais e municipais, devido ao risco de colapso do sistema, em consequência da redução da participação federal no financiamento do SUS e a proposta de desvinculação de todas as receitas da União (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, 2019). Essa desvinculação, na prática, permitiria que o governo aplicasse os recursos destinados a áreas como educação, saúde e

Previdência social em qualquer despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário, além de possibilitar o manejo desses recursos para o pagamento de juros da dívida pública (Agência Senado, 2020).

Os conflitos internacionais também se tornaram mais evidentes, à medida que o Brasil passou a mudar posicionamentos históricos nos fóruns internacionais, seguindo medidas radicais, sobretudo dos Estados Unidos. Previamente à pandemia, o Brasil já vinha se opondo a consensos no âmbito das Nações Unidas e ameaçando a saída de acordos e fóruns regionais, evidenciando uma política mais isolacionista. Durante a pandemia, tais conflitos externos se intensificaram, na medida em que o Presidente do Brasil, além de criticar, se opôs radicalmente a orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), chegando a cogitar a saída do país do organismo (Empresa Brasileira de Comunicação, 2020).

Com essa análise, verifica-se que as agendas políticas, com todas as suas disputas, continuaram sendo seguidas, apesar da ameaça que a epidemia de COVID-19 passou a representar a partir de janeiro de 2020. Assim, o desfinanciamento das políticas públicas brasileiras, sobretudo após a EC 95, deixou o país ainda mais vulnerável à epidemia. No âmbito da macropolítica, a polarização que se conformou no país acabou por politizar excessivamente a epidemia. O foco na COVID-19 tem sido aproveitado pelo governo para legislar por medidas provisórias e, até mesmo, repactuar sua composição com os partidos e suas representações no Legislativo. Seguiu-se, portanto, a aprovação de medidas antipopulares, com o enfraquecimento de instituições, ataques ao meio ambiente e a promoção da violência e de atos antidemocráticos.

RESPOSTAS DO BRASIL À PANDEMIA: O SUSE O PACTO FEDERATIVO

A resposta do governo brasileiro à pandemia foi influenciada pela sua condição de país de extensão continental, pela organização de Estado federativo e pela estrutura do seu sistema de saúde. Após mais de 30 anos, o SUS possui uma rede de serviços de abrangência nacional com capilaridade nas ações de vigilância e atenção à saúde, conhecimento científico acumulado e experiência na gestão descentralizada, fatos que têm evitado o caos no setor saúde nesta pandemia.

Porém, persistem problemas históricos relativos ao acesso, à integralidade, qualidade da atenção e desarticulação de ações, bem como questões estruturantes como o subfinanciamento, a mercantilização, a precarização do trabalho em saúde e o aumento da terceirização da gestão.

No enfrentamento da pandemia, esses problemas foram potencializados pela política de saúde controversa do governo Bolsonaro. O Brasil declarou emergência em saúde pública antes de ter o primeiro caso de COVID-19 confirmado e tentou tanto elaborar estratégias para a condução da emergência como organizar o sistema na resposta, porém tais ações não tiveram continuidade nas demais etapas da resposta, quando se tornaram explícitas as divergências no interior do governo sobre a condução das ações.

Estava posta a disputa entre o conhecimento científico, apesar da condução por vezes controversa na gestão deste conhecimento, e o autoritarismo alienado do grupo mais orgânico ligado ao presidente Bolsonaro. Na disputa entre as ações de saúde e as que preservariam os interesses econômicos, este segundo prevaleceu na palavra final do Presidente da República, mesmo que resultasse no descumprimento das recomendações técnico-sanitárias.

Nas ações de alguns ministérios, demonstrou-se a inobservância de critério técnico para a adoção de medidas. Por exemplo, apesar de o Brasil ter sido o primeiro país da América do Sul a apresentar casos da doença, as medidas de restrição à entrada de estrangeiros no país começaram pelas suas fronteiras terrestres (Portaria n.º. 125/2020). Além das restrições aos estrangeiros por via aérea só terem acontecido posteriormente, as medidas adotadas para brasileiros advindos de países com transmissão comunitária da doença não atenderam as recomendações dos especialistas.

A ausência de coordenação federal das ações de saúde e de comunicação à população exigiu que governantes de estados e municípios decidissem sobre o seu território de forma desarticulada. Desde as primeiras semanas da epidemia no país, diversas localidades, baseadas nas orientações da OMS, adotaram medidas de distanciamento social e reestruturação de suas redes hospitalares. Diante disso, o Presidente da República intensificou suas críticas à OMS, acusou os governadores de destruírem a economia do país e, desconsiderando os dispositivos legais, tentou impedir as medidas de isolamento decretadas por alguns estados no início da pandemia, o que levou o Supremo Tribunal Federal (2020) a ratificar as atribuições legais dos entes federados.

No entanto, o pacto federativo brasileiro não concede autonomia absoluta aos estados e municípios, principalmente no âmbito orçamentário, uma vez que a União detém o maior poder de gerar receitas e recompor o orçamento público. E esse foi um dos maiores limitadores, pois o orçamento federal da saúde não teve o incremento necessário e os repasses para as demais esferas não foram executados como previsto (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Ademais, as medidas de enfrentamento da pandemia, que dependem de políticas econômicas e sociais efetivas para garantir o distanciamento social e a proteção da população, não só deixaram de ser garantidas satisfatoriamente, como foram desencorajadas, comprometendo a ação dos estados e municípios. Uma análise de informações eleitorais e dados geolocalizados evidenciou que, após o Presidente incentivar a população a flexibilizar o distanciamento social e a fazer uso de terapêuticas infundadas, as medidas de proteção adotadas pelos cidadãos em localidades pró-governo enfraqueceram (Ajzenman; Cavalcanti y Da Mata, 2020). Isso reforça a importância da coordenação, construção de consensos e confiança nas instituições de saúde pública para o enfrentamento desse tipo de situação sanitária (Gallina y Ricci, 2020).

No Brasil, a ausência desses elementos não só impediu o apoio logístico para a operacionalização das ações como comprometeu a análise epidemiológica consistente por meio de uma testagem em maior escala, para melhor orientar as ações governamentais. Além disso, ao contrário dos países que têm impulsionado suas economias internas, o Brasil tampouco reordenou o setor produtivo para aquilo que é essencial nesse período de emergência sanitária e continuou a disputar insumos e equipamentos de saúde no mercado externo, mantendo o ciclo de dependência de produtos estrangeiros (efeitos da fragilidade e do desmonte do complexo industrial da saúde). E foi assim que o país com o maior sistema universal de saúde do mundo se tornou um dos epicentros da pandemia no mês de junho, como o segundo país com maior número total de casos e de óbitos, mesmo com a subnotificação existente (Ministério da Saúde, 2020a).

Os primeiros casos de COVID-19 foram diagnosticados na cidade de São Paulo, a partir de 26 de fevereiro, seguida por outras capitais, com ritmos de contaminação diferentes entre os estados e no interior de cada um deles. Com isso, a ocorrência de diferentes ondas epidêmicas, com padrões diversos de comportamento, puderam ser observadas entre as regiões brasileiras. Em julho, o país estava na décima posição mundial em taxa de incidência da doença, com 750,4², e como décimo segundo em taxa de mortalidade, de 30,6. Mas, comparando as regiões, há uma grande variabilidade nesses indicadores. Os dois extremos foram verificados entre as regiões Norte e Sul, no qual a primeira apresentava respectivas taxas de incidência da doença e mortalidade de 1.556 e 54, enquanto para a segunda os valores foram de 314 e 6,2 (Ministério da Saúde, 2020a).

2 As taxas descritas se referem à proporção de casos ou óbitos por 100.000 habitantes.

A expansão da epidemia aconteceu tanto na direção capital-interior, quanto das áreas mais ricas para as áreas mais pobres nas grandes cidades. E foi ao atingir municípios com menor capacidade instalada, bem como as populações mais vulnerabilizadas, que se tornou visível a desigualdade dos efeitos da epidemia. As medidas de prevenção se mostraram muitas vezes inexecutáveis ao considerar a situação de populações que enfrentam a ausência de direitos básicos, como o acesso à água, a alimentos e a produtos de higiene, a necessidade de enfrentar transportes públicos superlotados e as condições de moradia precárias.

Verificou-se uma maior exposição ao vírus conforme diminui o nível socioeconômico, além de maiores incidências de COVID-19 entre populações indígenas, pardas e pretas, quando comparadas às brancas (Universidade Federal de Pelotas, 2020). Já em relação aos óbitos, na cidade do Rio de Janeiro, em junho, a taxa de letalidade da doença em uma das favelas chegou a 41,6%, enquanto nos bairros da região nobre era de cerca de 7,5% (Observatório de Favelas, 2020).

A tentativa de manutenção de uma agenda mais técnica de organização e coordenação do enfrentamento da epidemia, por parte do Ministério da Saúde, mostrou-se insustentável frente à divergência com outros setores do Governo Federal, adeptos de medidas de prevenção e tratamento diferentes das recomendadas pelas entidades científicas e que buscaram legitimação por meio de discursos populistas e de difusão de fake news. Após a troca de dois ministros da saúde no período de um mês, o Ministério foi ocupado por um grupo de militares, sem formação nem experiência na saúde, que, de forma interina, passou a conduzir a pasta no momento mais crítico da epidemia no país. Desta forma, como o Supremo Tribunal Federal já havia garantido a autonomia de prefeitos e governadores decidirem sobre as medidas de distanciamento social, o Governo Federal se eximiu dessa responsabilidade, passou a questionar os dados sobre a doença e voltou suas ações para as questões que envolviam o uso de fármacos para o controle da doença, mais uma vez contrariando as evidências científicas.

Apesar deste cenário e dos dados dramáticos da pandemia, os efeitos foram minimizados pela ação de estados e municípios, que enfrentaram a oposição de grupos a favor da reabertura da economia e as disputas políticas que se estenderam ao campo científico e levaram a análises contraditórias entre alguns comitês científicos. Iniciativas regionais tentaram fortalecer a resposta do SUS à pandemia, como a decisão do Consórcio Nordeste de instalar um Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, como possibilidade para pactuar medidas

e arranjos para a aquisição de equipamentos e insumos, a implementação de estratégias de contenção e controle e a produção de material educativo para a população. O Consórcio, criado em março de 2019 pelos nove governadores dos estados da região Nordeste do país, é uma ferramenta para alavancar projetos de forma integrada, como a implementação de políticas específicas e as compras conjuntas, que buscam melhores condições de negociação com provedores, assim como para construção de estratégias de resposta regional baseada na ciência e expertise de especialistas e gestores do SUS.

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DE AÇÕES TERRITORIAIS E NA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO

O SUS tem na Atenção Primária à Saúde (APS) sua principal porta de entrada, capilarizada e descentralizada para todo território nacional, cobrindo 76,5% da população brasileira (Ministério da Saúde, 2020b). Fundamentada no trabalho com perspectiva territorial e comunitária, a equipe multiprofissional tem a possibilidade de planejar o cuidado e as ações educativas, articulados com as ações de vigilância, sobretudo na sua modalidade mais potente que é a Estratégia Saúde da Família. Na composição das equipes estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que também são moradores dos territórios onde o trabalho comunitário se concretiza (Queirós y Lima, 2012).

A APS brasileira promoveu melhorias nos resultados das condições de saúde e foi reconhecida internacionalmente como exemplo de política de saúde pública bem sucedida (Massuda, 2020). Ela é operacionalizada pelos municípios, mas tem na indução e no financiamento federal condições essenciais para sua garantia.

Entretanto, as medidas de austeridade fiscal, que fragilizam o SUS, têm levado a ajustes que impactam diretamente no acesso e na integralidade das ações da APS, respaldados na Política Nacional de Atenção Básica reformulada em 2017. Esta nova política, reprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, apesar de preservar a base conceitual da APS, implementou alterações organizacionais e funcionais significativas, que incluem mudanças na composição das equipes e a desregulamentação da oferta, potencializada principalmente pelo possível desinvestimento na Estratégia Saúde da Família (ESF), além de focar na produtividade de ações individuais de saúde. No que tange ao quantitativo e às atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, estes passam a ter que acompanhar 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade, e não mais 100% da população total (Melo *et al.*, 2018).

A partir de 2019, somaram-se várias iniciativas do Ministério da Saúde que tendem a fragilizar a APS, dentre as quais se destacam a

perda do foco da abordagem comunitária, o desprovimento da força de trabalho médica (com o fim do Programa Mais Médicos) e a nova forma de financiamento. Ao restringir o repasse financeiro à população cadastrada, com o pretexto de garantir a “cobertura real”, fere diretamente o princípio fundamental do SUS, que é a universalização (Massuda, 2020). Também retira a ênfase no caráter multiprofissional, quando exclui o financiamento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

E foi em meio a esse processo de ajustes dos municípios aos novos termos de financiamento e ao modelo de APS focado em ações individuais de saúde que eclodiu a pandemia de COVID-19. As ações federais voltadas a esse nível da Atenção se restringiram, inicialmente, a ações pontuais de contratação de médicos, publicação de protocolos de manejo clínico e fluxos de atendimento nas unidades de saúde, bem como a recomendações superficiais para o trabalho dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (Ministério da Saúde, 2020a). O Ministério da Saúde priorizou as orientações voltadas à telemedicina, permitindo esse tipo de atividade em caráter excepcional e temporário como forma de ampliar o acesso à saúde e evitar a exposição da população ao novo vírus, e, também, disponibilizou um aplicativo para atendimento virtual, orientações e pesquisa sobre o estado geral da saúde. Contudo, é necessário compreender que essa estratégia tem grandes limitações de acesso nas populações mais vulneráveis, além de que poucas cidades conseguiram implementá-la. Na maior parte do país, as unidades de saúde não dispõem dos recursos materiais e humanos para sua operacionalização.

Nesse momento, as fragilidades que já existiam na Atenção Primária oriundas das formas de operacionalizar a política e seu financiamento, que não obtiveram aprovação das entidades de participação social e de parte de gestores estaduais e municipais, foram acentuadas pela forma de condução do Ministério da Saúde durante a epidemia. A instância Federal não exerceu a função de coordenação nacional, no sentido de fortalecer as ações de prevenção e vigilância dos casos e a implementação de ações nos territórios e nas comunidades.

Vários aspectos do potencial da APS foram desconsiderados pela condução Federal da política, como a sua capacidade de ordenar a utilização da rede de atenção à saúde, o acúmulo da participação social e comunitária no SUS para viabilizar a vigilância em saúde no território e as ações intersetoriais para garantir algumas das ações de distanciamento social. Nesse quesito, foram negligenciadas as possibilidades de ressignificação do trabalho do ACS, potente articulador e mobilizador dos interesses da comunidade.

Pesquisadores brasileiros sinalizaram que, no âmbito da APS, três eixos de intervenções seriam fundamentais para o enfrentamento da pandemia: 1) desenvolvimento de ações de vigilância em saúde para reduzir a expansão da epidemia; 2) suporte a grupos mais frágeis e vulneráveis, com necessidade de atenção especial no contexto da epidemia; e 3) continuidade das ações próprias da atenção primária na sua rotina de promoção da saúde, prevenção de agravos e provisão de cuidados (Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde – Rede APS, 2020).

A despeito da desvalorização do trabalho na APS pelo gestor federal no combate à epidemia, os municípios precisaram desenvolver estratégias para diminuir o contágio, com intervenções no âmbito da coletividade, sobretudo após o processo de interiorização da doença. Em muitas localidades, as unidades de atenção primária são os únicos serviços de saúde existentes. E para implementar todas as formas possíveis de reorientação do trabalho requeridas pela epidemia, a capacidade de comunicação e o fortalecimento de vínculos se tornaram fundamentais, embora as deficiências de estrutura, equipamentos de proteção e insumos tenham levado muitas gestões municipais a limitar o atendimento, e principalmente, a reduzir as ações diretamente nos territórios.

Em muitos lugares, o SUS se reinventou a partir da pandemia e conseguiu apresentar propostas inovadoras em seu processo de trabalho na APS, principalmente na integração do cuidado individual com ações de vigilância no território, em novas formas de comunicação e maior articulação com os movimentos populares. Alguns municípios conseguiram melhor utilizar as tecnologias de comunicação e informação para o atendimento e acompanhamento de usuários por chamadas telefônicas ou ferramentas digitais, favorecendo a identificação precoce e o monitoramento dos casos leves de COVID-19, o acompanhamento de pacientes de grupos de risco, o suporte familiar e comunitário, a divulgação de informações e a reorganização do processo de trabalho com a realização de teleconsultas, no momento em que as medidas de isolamento social foram adotadas, limitando a utilização de serviços na unidades de saúde. Estes municípios são aqueles que têm níveis melhores de cobertura da estratégia e sistemas locais mais consolidados (Rede APS, 2020).

Considerando o cenário nacional, a pandemia acentuou alguns desafios da APS, tais como: a qualificação dos trabalhadores, a garantia de condições de trabalho, a organização do acesso, o uso de tecnologias de informação, o comprometimento da gestão técnica e política, a produção do conhecimento para melhor orientar suas ações e a garantia de recursos financeiros. Em contrapartida, as possibilidades

advindas dos diversos arranjos que produzem a prática das equipes multiprofissionais, com especial participação do ACS, resgatam valores comunitários de solidariedade e avançam na articulação popular frente às lutas políticas do setor saúde.

POSSIBILIDADES NO CENÁRIO DE LUTA PELO DIREITO À SAÚDE

O contexto da pandemia tem impulsionado e, até mesmo, redirecionado profundas reflexões sobre os modos de viver. A sociedade de consumo e as ideias em torno da redução do papel do Estado mostraram a sua fragilidade nesse momento crítico. A crise sanitária guarda relação com a crise ambiental, que compõe a grande teia de exploração do sistema capitalista (Mendes y Carnut, 2020). Esse é um aspecto que tem sido bastante denunciado nos últimos anos na América Latina, onde movimentos sociais vêm defendendo o paradigma do “Bem Viver” em contraposição à exploração ambiental inconsequente e ao imperialismo, buscando compreender a natureza como parte e não como meio de produzir e reproduzir a vida (Sosa, 2011).

Do ponto de vista estatal, a pandemia pôs à prova as políticas sociais implementadas no mundo inteiro. A saúde, anteriormente alvo das medidas de austeridade fiscal em muitos países, voltou à cena principal como área que precisa estar sob a liderança do setor público (Azzopardi-Muscat y Kluge, 2020). Novas necessidades foram colocadas, a saber: a organização das redes de atenção; a reorientação do trabalho na APS para a adequação às novas tecnologias e à potencialização da ação territorial; a popularização da vigilância em saúde na perspectiva comunitária; a decodificação e a democratização da ciência para a população; a radicalização do apoio efetivo à autonomia do paciente em relação ao seu cuidado; e a ampliação da produção de tecnologias.

Apesar dos inúmeros prejuízos da pandemia de COVID-19, a problemática também permitiu a retomada de debates em torno do conceito ampliado de saúde e da necessidade de fortalecimento do Estado para garanti-la como direito. Tanto aumentaram as pressões contra os agentes do Estado, quanto estas estão permitindo novos arranjos na organização popular, em resposta à difícil situação econômica, social e familiar.

No Brasil, os atributos do SUS se impuseram como os únicos capazes de enfrentar a pandemia, recebendo grande destaque na mídia, apesar de todas as pressões dos representantes ideológicos do setor privado que, historicamente, impulsionam a propaganda negativa do sistema público. Foram difundidas informações sobre a abrangência de rede de serviços do SUS, o empenho e os desafios dos trabalhadores, a estrutura do seu sistema de vigilância, o conhecimento científico e a experiência de gestão acumulados.

As lacunas desse sistema, que ao longo do tempo foram sendo negligenciadas, sobretudo no que se refere à universalização do acesso, à qualidade dos serviços e às ações intersetoriais no território, não só se tornaram mais visíveis como têm entrado na agenda mais ampla dos movimentos sociais. Nesse sentido, destacam-se iniciativas como a que reuniu 79 entidades no lançamento de um documento com propostas imediatas e estratégias de ação de combate à COVID-19 nas periferias urbanas, favelas e junto aos grupos sociais vulneráveis, na perspectiva do direito à Cidade e da justiça social (Fórum Nacional de Reforma Urbana, 2020). Diante de uma ação estatal ineficaz e que tem na violência e na repressão suas bases de ação, a sociedade apresentou respostas baseadas na solidariedade e na preservação da vida das populações vulnerabilizadas. Nessa mesma direção, a situação crítica dos trabalhadores levou à organização de mobilizações importantes.

E toda essa convulsão social também tem gerado debates mais específicos nos movimentos relacionados ao campo da saúde, no sentido de repensar o próprio sistema de saúde, suas bases e seu funcionamento. Entidades históricas que constroem o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira buscaram se articular com o conjunto mais amplo de movimentos populares e de trabalhadores, a fim de retomar pontos da agenda inacabada em torno da consolidação do direito à saúde. Para isso, tem-se avançando em um conjunto de proposições advindas do acúmulo político e institucional experimentado nos mais de 30 anos do SUS (Frente pela Vida, 2020).

Os dilemas dos próximos tempos em relação à saúde atingem a todos e mobilizam diferentes sujeitos, com ênfase na determinação social, uma vez que a desigualdade tem sido fator de agravamento na atual pandemia. Diante da inexistência de fronteiras para o problema, seu enfrentamento também começa a ser ancorado em parcerias amplas e apostas em construções de agendas colaborativas e solidárias para a construção de alternativas para o pós-pandemia. Com isso, abrem-se novas perspectivas para a participação popular no SUS, com o surgimento de novos sujeitos coletivos e a maior vinculação da pauta das políticas de saúde às melhorias das condições de vida e, conseqüentemente, à justiça social.

Contudo, vale reiterar que os grupos pró-mercado também têm se articulado e caminham na proposição de um projeto para reestruturação do SUS, tendo como seu porta-voz o presidente da casa legislativa Federal. Provavelmente, esse será o antagonista do projeto oriundo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que não resume o direito à saúde ao acesso a serviços assistenciais, mas que o coloca como

parte de direitos mais amplos que somente podem ser assegurados por meio de uma reforma social (Paim, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elementos aqui analisados permitem refletir sobre a experiência de sistema universal de saúde, apresentando os aprendizados para o próprio país, mas também para outros países que aproveitam os efeitos da pandemia para dar ênfase aos movimentos em defesa de sistemas de saúde dessa natureza, sobretudo na América Latina. A região congrega um conjunto de países com elementos comuns na dinâmica da geopolítica mundial, com características sociopolíticas e iniciativas de movimentos sociais e populares semelhantes. Portanto, muitas são as convergências na estruturação das políticas públicas na região, mas também nas restrições que a saúde historicamente tem sofrido com as políticas neoliberais.

O cenário brasileiro evidenciou o grande paradoxo de um país que, pela forma de organização de seu sistema de saúde, teria melhores condições de enfrentar a pandemia, mas, em virtude da profunda crise política, tornou-se um dos mais afetados por ela. As potencialidades que o SUS têm não foram suficientes frente ao processo de desestruturação que o projeto neoliberal tem imposto, contribuindo para seu desmonte do ponto de vista estrutural e da capacidade de formulação das políticas.

No entanto, mesmo em um cenário de tensionamentos e ataques sofridos, a estrutura de gestão descentralizada do SUS, a organização institucional, a força de trabalho e a sua capilarização por todo o território nacional protegeu, de certa forma, a população brasileira, possivelmente, da maior tragédia de sua história. Diante de uma condução do Governo Federal questionável, as ações dos profissionais de saúde e de gestores dos estados e municípios garantiram ações sanitárias fundamentais e o reconhecimento da importância do SUS.

No âmbito da análise de sistemas de saúde, destacam-se como pontos relevantes nesse processo a reafirmação da necessidade de políticas de Estado centradas no enfrentamento das iniquidades em saúde e na superação de ações de saúde focalizadas, assim como a importância central da abordagem comunitária e do usuário como sujeito do processo de construção das políticas públicas. Por outro lado, demonstrou-se o quanto as políticas de saúde são interdependentes das demais políticas estatais e que um sistema universal de saúde fica em grande fragilidade se estiver na contramão das demais políticas sociais e econômicas. Um sistema universal, do ponto de vista formal, pode ser esvaziado por dentro pelo subfinanciamento e enfraquecimento de

seus instrumentos normativos e operacionais, servindo apenas aos interesses de mercado, como grande consumidor de produtos e serviços.

Portanto, aos gestores e profissionais comprometidos com o SUS, caberá a avaliação da crise, das lições aprendidas com esta pandemia e de luta para que sejam feitas as mudanças necessárias nas políticas públicas vigentes, na disputa pelo financiamento adequado, na organização do sistema e pela afirmação deste, como elemento essencial para a garantia constitucional do direito à saúde. E, principalmente, que o sistema seja capaz de atender às necessidades da população, e que se possa ter na boa experiência de sua utilização sua maior motivação para defendê-lo.

Ao passar por esta pandemia, o SUS não poderá mais ocupar o mesmo espaço técnico-político-comunitário. Foi desvelado para toda a população brasileira a importância do sistema público, mas o imaginário e a opinião popular ainda estão em disputa entre as vertentes do social e do econômico pelo projeto de um novo SUS. E mais uma vez, será a força da luta sócio comunitária que definirá a tendência dessas reestruturações.

A conquista histórica do direito à saúde carrega intrinsecamente a defesa da democracia e da luta política por justiça e cidadania, e é um “bem” inafiançável assegurado pela estruturação de políticas públicas e pelo enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas e culturais. Nessa mesma direção, a defesa intransigente do SUS enquanto sistema universal, público e de qualidade segue como parte fundamental do projeto civilizatório e do desenvolvimento de uma nação que defende radicalmente a vida. Ao passarem os momentos mais agudos dessa crise, serão evidenciados quais aprendizados e lições comporão o legado desta pandemia para o SUS no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- Agência Senado. 2020 “DRU” em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>> acesso 05 de agosto de 2020.
- Ajzenman, Nicolas; Cavalcanti, Tiago y Da Mata, Daniel. 2020 “More than Words: Leaders’ Speech and Risky Behavior during a Pandemic” em <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3582908>> acesso 20 de julho de 2020.
- Álvarez, Jairo; Martín, Carolina; Puello-Socarrás, José (eds). 2020 *Contra Nuestra América: estrategias de la derecha en el siglo XXI* (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO)
- Azzopardi-Muscat, Natasha y Kluge, Henri. 2020. “Public health in the eye of the storm: what can we learn from the COVID-19

- pandemic experience to strengthen public health services in Europe? ” em *European Journal of Public Health* (Netherlands) Vol. 30, June. Em <<https://academic.oup.com/eurpub/article/30/3/394/5856674>> acesso 20 de julho de 2020.
- Bastos, Pedro. 2017 “Ascensão e crise do Governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia” em *Revista de Economia Contemporânea* (Rio de Janeiro) Vol. 21, Nº 2, maio-agosto. Em <<https://dx.doi.org/10.1590/198055272129>> acesso 20 de julho de 2020.
- Chen, Zhuo; Cao, Cong y Yang, Gonghuan. 2020 “Coordinated multi-sectoral efforts needed to address the COVID-19 pandemic: lessons from China and the United States” em *Glob Health Res Policy* (London), Vol. 5, Nº 22, may. Em <<https://ghrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-020-00150-7>> acesso 20 de julho de 2020.
- CNN Brasil. 2020 “Congresso, STF e governadores criticam Bolsonaro, que se reúne com generais” em <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/04/19/congresso-stf-e-governadores-criticam-bolsonaro-que-se-reune-com-generais>> acesso 20 de julho de 2020.
- Conselho Nacional de Saúde. 2019 “Resoluções” em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_inicial.htm> acesso 20 de julho de 2020.
- Conselho Nacional de Saúde. 2020 “Boletim Cofin” em <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0715_T1_2_3_G1_ate_13_RB-FF-CO_final.pdf> acesso 20 de julho de 2020.
- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. 2019 “Possível desvinculação das receitas da União preocupa os gestores da saúde” em <<http://www.conass.org.br/possivel-desvinculacao-das-receitas-da-uniao-preocupa-os-gestores-da-saude/>> acesso 20 de julho de 2020.
- Diamond, Martin. 1996 (1963) “El Federalista” en Strauss, Leo y Cropsey, Joseph (comps.) *Historia de la Filosofía Política* (México DF: Fondo de Cultura Económica)
- Empresa Brasileira de Comunicação. 2020 “Bolsonaro diz que Brasil pode sair da OMS” em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-06/bolsonaro-diz-que-brasil-pode-sair-da-oms>> acesso 20 de julho de 2020.
- Emenda Constitucional nº 95. 2016 *Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*. Brasília, 15 de dezembro.

- Emenda Constitucional nº 103. 2019 *Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias*. Brasília, 2 de Novembro.
- Federação Nacional dos Jornalistas. 2020 “Violência contra jornalistas e liberdade de imprensa no Brasil. Relatório 2019” em <<https://fenaj.org.br/relatorios-de-violencia-contra-jornalistas-e-liberdade-de-imprensa-no-brasil/>> acesso 20 de julho de 2020.
- Fernandes, Luis. 1995 “Neoliberalismo e reestruturação produtiva” em Sader, Emir y Gentile, Pablo (org.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático* (Rio de Janeiro: Paz e Terra).
- Fórum Nacional de Reforma Urbana. 2020 “Combate à pandemia COVID-19 nas periferias urbanas, favelas e junto aos grupos sociais vulneráveis: propostas imediatas e estratégias de ação na perspectiva do direito à Cidade e da justiça social” em <<http://forumreformaurbana.org.br>> acesso 20 de julho de 2020.
- Frente pela Vida. 2020 “Plano Nacional de Enfrentamento da COVID-19” em <<https://frentepelavida.org.br/>> acesso 20 de julho de 2020.
- Gallina Pasquale y Ricci Marco. 2020 “Covid-19 health crisis management in Europe: decisive assessment is needed now” em *International Journal of Infectious Diseases* (London) Vol. 96, may. Em <<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.010>> acesso 20 de julho de 2020.
- Gentile, Fabio. 2020 “Populismo e ciências sociais brasileiras” em *Conhecer: Debate Entre o Público e o Privado* (Brasil) Vol. 10, Nº 24. Em <<https://doi.org/10.32335/2238-0426.2020.10.24.2674>> acesso 20 de julho de 2020.
- Greer, Scott L; King, Elizabeth J; Fonseca, Elize M y Peralta-Santos, Andre. 2020 “The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses” em *Global Public Health* (London) Vol. 15, june. Em <<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783340>> acesso 20 de julho de 2020.
- Korybko, Andrew. 2018 *Guerras Híbridas: das revoluções coloridas aos golpes* (São Paulo: Expressão Popular).
- Lei Nº 13.467. 2017 *Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho*. Brasília, 13 de julho.

- Leitão, Matheus. 2020 “O governo Bolsonaro contra a ciência, a política e a economia” em *Revista Veja* (Brasil). Em <<https://veja.abril.com.br/blog/matheus-leitao/o-governo-bolsonaro-contr-a-ciencia-a-politica-a-economia/>> acesso 05 de agosto de 2020.
- Massuda, Adriano. 2020 “Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?” em *Ciência & Saúde Coletiva* (Brasil) Vol. 25, Nº 4, abril. Em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>> acesso 20 de julho de 2020.
- Melo, Eduardo; Mendonça, Maria Helena; Oliveira, Jarbas y Andrade, Gabriella. 2018 “Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios” em *Saúde em Debate* (Brasil) Vol. 42, N. spe 1, setembro. Em <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>> acesso 20 de julho de 2020.
- Mendes, Áquilas y Carnut, Leonardo. 2020 “¿Ganancias o vidas? Coronavirus y el voto de Minerva” em em <<https://portaldelaizquierda.com/2020/04/ganancias-o-vidas-coronavirus-y-el-voto-de-minerva/>> acesso 20 de julho de 2020.
- Mendonça, Marina G. 2018 “Guerra Híbrida no Brasil: o caso Lula” em *Perspectivas* (São Paulo) Vol. 52. Em <<https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/13232>> acesso 20 de julho de 2020.
- Ministério da Saúde. 2020a. “Coronavirus (Covid-19). Profissionais e gestores”. Em <<https://coronavirus.saude.gov.br/>> acesso 20 de julho de 2020.
- Ministério da Saúde. 2020b “E-Gestor. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica” em <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> acesso 20 de julho de 2020.
- Observatório de Favelas. 2020 “Mapa Social do Corona” em <<https://of.org.br/mapa-social-do-corona/>> acesso 16 de julho de 2020.
- Paim, Jairnilson S. 2008. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica* (Salvador: EDUFBA / Rio de Janeiro: FIOCRUZ).
- Portaria n. 125. 2020 “Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa” em <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-125-de-19-de-marco-de-2020-248881224>> acesso 16 de julho de 2020.
- Queirós, Agleildes y Lima, Luci. 2012 “A institucionalização do trabalho do ACS” em *Trabalho, Educação e Saúde* (Brasil) Vol.

10, Nº 2, julho-outubro. Em <<https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200005>> acesso 20 de julho de 2020.

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. 2020 “Relatório do 2º Seminário da Rede APS Experiências de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família para o enfrentamento da Covid-19: o que podemos aprender?” em <https://redeaps.org.br/2020/06/19/relatorio-do-2-seminario-da-rede-aps-experiencias-de-fortalecimento-da-estrategia-saude-da-familia-para-o-enfrentamento-da-Covid-19-o-que-podemos-aprender/>> acesso 20 de julho de 2020.

Roque, Tatiana. 2020 “O Negacionismo no Poder: como fazer frente ao ceticismo que atinge a ciência e a política” em *Revista Piauí* (Brasil). Em <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-negacionismo-no-poder/>> acesso 05 de agosto de 2020.

Silva Júnior, João y Fargoni, Everton. 2020 “Bolsonarismo: a necropolítica brasileira como pacto dos fascistas com os neoliberais” em *ResearchGate* (Brasil) Vol. 14, Nº 1, outubro. Em <https://www.researchgate.net/publication/342364865_Bolsonarismo_a_necropolitica_brasileira_como_pacto_dos_fascistas_com_os_neoliberais/link/5f061775458515505094f193/download> acesso 20 de julho de 2020.

Sosa, Vicente E. 2011 “Vivir Bien, alba y socialismo del siglo XXI. ¿paradigmas opuestos?” em Farah, Ivonne y Vasapollo, Luciano (coord.) *Vivir Bien: ¿ Paradigma no capitalista?* (La Paz: CIDES-UMAS). Em <http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_268.pdf> acesso 16 de julho de 2020.

Supremo Tribunal Federal. 2020 “Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672” em <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF672liminar.pdf>> acesso 16 de julho de 2020.

Teixeira, Carmen y Silveira, Paloma (org.) 2016 *Glossário de análise política em Saúde* (Salvador: Edufba). Em <<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/1470062804579f60d46e55d/>> acesso 16 de julho de 2020.

Universidade Federal de Pelotas. 2020 “EPICOID19-BR divulga novos resultados sobre o coronavírus no Brasil” em <<https://bit.ly/Epicovid19BRfases1-3>> acesso 05 de julho de 2020.

Viana, Ana Luiza y Baptista, Tatiana. 2012 “Análise de Políticas de Saúde” em Giovanella, Lúgia (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (Rio de Janeiro: Editora Fiocruz).

Vieira, Fabíola; Santos, Isabela; Ocké-Reis, Carlos y Rodrigues, Paulo. 2018 *Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo* (Rio de Janeiro: Cebes).

PANDEMIA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CHILE. CRÓNICA DE UNA AUSENCIA ANUNCIADA

Mario Parada-Lezcano

INTRODUCCIÓN

Chile es un país neoliberal, modelo cristalizado en la Constitución de 1980 de la dictadura cívico-militar aún vigente, con una sociedad movida por relaciones mercantiles, fracturada en clases sociales y en donde el mercado, junto con el Estado subsidiario, regula el sistema social. Se ha naturalizado la desigualdad, con reducción y privatización de derechos sociales (salud, educación, vivienda, transporte, pensiones, etc.), impactando de manera dramática en la vida de las personas más pobres del país, tensionando la definición de las políticas públicas y sociales. Las diferencias entre los grupos sociales y los bolsones de pobreza en el escenario de las desigualdades, mantenidas por la sui generis democracia chilena, permitió la irrupción del sector privado depredador en lo social, dándose condiciones propicias y abusivas al empresariado para implementar con vigor el modelo neoliberal¹.

1 Uno de los efectos concretos del estallido social iniciado el 18 de octubre de 2019 es el inicio de un proceso Constituyente que será plebiscitado en octubre de 2020 preguntando a la gente si está de acuerdo con cambiar la constitución de 1980 y si para ese cambio prefiere una Convención constituyente.

Chile muestra pocos avances y múltiples retrocesos en la consecución del derecho a la salud. Desde el inicio de la seguridad social en salud de responsabilidad del Estado en 1924, se ha instalado una crisis de legitimidad, ya que nunca se cumplió con el principio de universalidad. Los diferentes sistemas implementados excluyen alguna parte de la población, generando fragmentación e inequidad. Se trata de una fragmentación/fractura clasista reproducida socialmente, casi impermeable a concepciones más progresistas y al análisis crítico de algunas propuestas de transformaciones estructurales. Esta forma de minimizar el derecho a la salud ha traído consigo la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) como opción mayoritaria desde lo público y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) como intermediarios financieros, para la atención médica desde el campo privado, siendo protagonistas del incremento en el costo de los programas de atención y cuestionables ganancias corporativas² (Parada-Lezcano y Moraga- Cortés, 2019).

A continuación, se muestra la fragmentación y segmentación del sistema de salud chileno, con 5 sistemas y segmentaciones en cada uno de ellos.

2 Sin perjuicio de lo anterior, existen otros sistemas, que siendo minoritarios, son evidencia de la fragmentación y segmentan aún más el acceso a los servicios sanitarios.

Cuadro 1
Sistemas de Aseguramiento en Salud en Chile. 2020

Sistema	Administración / Tipo	Fuentes de Financiamiento	Prestadores	Características Generales
SNSS – FONASA	Estatal Bismarkiano (Bipartito)	Individuos: Cotizaciones obligatorias: 7% sueldo Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF / Copagos / Otros gastos de bolsillo Estado: Subsidio a “indigentes” y Bienes Públicos de toda la población (campañas sanitarias, etc.)	Estado (Modalidad de Atención Institucional – MAI) Privados con fines de lucro (Modalidad de Libre Elección MLE y compra de servicios)	Solidario Cobertura 77% Población. Sin discriminación. Sistema de Priorización GES, genera exclusión de facto NO GES Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL. Con acceso a Seguros Privados Complementarios fiscalizados por Superintendencia de Valores y Seguros
ISAPRE	Privada con fines de lucro. Abiertas y cerradas Liberal	Individuos: Cotizaciones obligatorias: 7% sueldo Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF / Prepagos: cotizaciones voluntarias (promedio 3% del sueldo) / Copagos / Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro	No solidario Cobertura 17% Población. Discrimina por ingresos, estado de salud, sexo y edad. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL. Con acceso a Seguros Privados Complementarios fiscalizados por Superintendencia de Valores y Seguros
Fuerzas Armadas	Estatal Bismarkiano (Tripartito)	Individuos: Cotizaciones obligatorias (5,5%) Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF / Copagos / Otros gastos de bolsillo Estado como empleador: 1,5% de la cotización obligatoria / 1% para fondo de medicina preventiva	Estado (red propia)	Solidario Cobertura 3%. Última revisión legal en 1996. Sin fiscalización del MINSAL, solo del Ministerio de Defensa. Con acceso a Seguros Privados Complementarios fiscalizados por Superintendencia de Valores y Seguros

Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales	Privada Sin fines de lucro: Mutuales Bismarkiano	Empleadores: cotización obligatoria variable, equivalente al 0,9 a 3,5% del sueldo de los trabajadores. Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados Sin fines de lucro (red propia)	Solidario Dentro de cada mutual. No existen mecanismos de redistribución inter-mutual, ni con el ISL. Cobertura 70% trabajadores asalariados. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSES0) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Estatal: Instituto de Seguridad Laboral ISL Bismarkiano	Empleadores: cotización obligatoria variable, equivalente al 0,9 a 3,5% del sueldo de los trabajadores. Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario ISL tiene algunos programas a los desprotegidos esto lo realiza en conjunto con MINSAL. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSES0) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Estatal: Administración delegada a grandes empresas estatales (ej. CODELCO) Bismarkiano	Empleadores: cotización obligatoria variable, equivalente al 0,9 a 3,5% del sueldo de los trabajadores. Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario dentro de cada administración delegada. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSES0) del Ministerio del Trabajo y previsión social
Teletón	Privada sin fines de lucro Liberal	Individuos: a través de caridad (colecta nacional televisada)	Privados sin fines de lucro (red propia)	Solidario Da cobertura al 100% de niños/as con discapacidades físicas. Sin discriminación. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL

Fuente: Actualizado desde Parada-Lezcano y Moraga– Cortés (2019).

Hace décadas venimos señalando que existe un problema de fondo, que siempre ha estado presente, pero no lo hemos logrado trabajar o intervenir. Hemos insistido, en múltiples oportunidades, que se hace necesaria la transformación de los valores impuestos por una sociedad neoliberal, hacia valores que permitan el buen vivir de cada una de las personas que conforman la sociedad (Breilh, 2011; 2020; Farah y Vasapollo, 2011).

Hay amplio reconocimiento internacional, al menos desde Alma Ata en 1978, de que la Atención Primaria de Salud (APS) es la mejor y más eficiente forma – sanitaria y socialmente – de organizar los esfuerzos societarios para hacer frente a la salud-enfermedad de los pueblos. Existen múltiples evidencias científicas que respaldan que existen mejores resultados sanitarios (indicadores tradicionales y satisfacción de las personas) con menos gastos, en países en donde la APS es robusta, desarrollada y acorde a los principios orientadores de Alma Ata. No se trata de opinión derivada de posicionamiento ideológico.

En Chile, la atención médica ambulatoria territorializada organizada desde el Estado, se inaugura en 1924 con el Seguro Obrero Obligatorio, la cual se ve impulsada con las políticas públicas de prevención de las enfermedades más mortales y prevalentes junto con la protección del binomio madre/hijo(a) en 1936. La configuración de una Atención Primaria de Salud (APS) propiamente dicha se da a partir de 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) que implementa una red asistencial pública única, de cobertura nacional, con presencia en el área urbana y rural con equipos de salud multiprofesionales. El gobierno del presidente Salvador Allende impulsa significativamente a la APS, al introducir la democratización de los servicios de salud (consejos de salud locales deliberativos) y el programa de alimentación complementaria infantil. La dictadura cívico militar elimina el SNS, crea 29 servicios de salud segmentados y además municipaliza la APS, lo cual afectó la coordinación de la red asistencial pública y pauperizó las condiciones para la atención.

Con los gobiernos de la Concertación (1990 – 2010) se adoptaron diversas medidas para fortalecer la APS con la búsqueda de la transformación de los consultorios en centros de salud con población a cargo; y pago per cápita de las acciones de APS, que reemplazó el pago previo por prestaciones efectuadas. A continuación, se muestran los dispositivos de APS existentes en Chile. En los cuadros siguientes se sintetizan algunas de las características importantes de la APS en Chile.

Cuadro 2
Características Generales de la APS en Chile

Modelo de atención / Incorporación de Enfoque de Equidad	APS como base del sistema	Equipo multiprofesional	Territorialización	Participación Social	Intersectorialidad
Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (2005 y 2013) Sin formulación de Programas con enfoque de equidad	NO en lo real, pero SI, si se toman los documentos oficiales que señalan explícitamente la centralidad del modelo de salud familiar y la APS No existe APS en Isapre y en las FFAA existen algunas experiencias, pero no es política	Médico/a, enfermero/a, matron/a, trabajador/a social, nutricionista, odontólogo/a, psicólogo/a, kinesiólogo/a, educadoras de párvulos, técnicos/as de enfermería, asistente administrativo/a, auxiliar de servicio	Si, usuarios registrados por sector territorial con equipos específicos (sectores)	Solo consultiva a través de los Consejos Locales de Salud	Escasa, definida por algunos programas de salud específicos destinados a mejorar coberturas. Realizada a partir de 2005 fundamentalmente por la Subsecretaría de Salud Pública

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3
Algunas características de gestión en la APS de Chile

Mecanismos para transferencias financieras a APS	Copago en APS	Principal responsable de la gestión / organización	Coordinación con resto de la red	Cobertura de población estimada nuevo modelo
Per cápita a municipios (Existen otras dos modalidades pero que son excepcionales: per cápita a empresas privadas, sin fines de lucro (Ancora) y Presupuesto histórico para dispositivos pertenecientes a los Servicios de Salud (no municipales) Transferencias para la ejecución de programas específicos denominados de "reforzamiento"	Gratuidad para los grupos A y B del FONASA Sí, para C (10%) y D (20%) del FONASA	Municipios, de manera directa o a través de Corporaciones privadas de derecho público (sin fines de lucro, encargadas de administrar además Educación y Cementerios)	Función de filtro de servicios de APS a otros niveles. Mecanismos de referencia implementados en función de GES (Priorización que otorga garantías de atención), Contareferencia muy incipiente.	Población beneficiaria FONASA 2018 14.242.655 (75,2% del total) Población inscrita validada APS 12.642.904 (66,8% del total; 89,1% de la beneficiaria)

Fuente: Elaboración propia.

En 2005 se produce una reforma funcional del sistema público que instaló el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria, dando centralidad a la APS en el discurso oficial³. Los consultorios y centros

3 En 2001 nace este Modelo que se "oficializa" en 2005, el cual modificó la forma de concebir la atención en salud, puesto que la prestación de servicios se basa en el trabajo con el individuo, su familia y la comunidad por medio del contacto permanente

de salud tradicionales fueron transformados Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)⁴.

Cuadro 4
Dispositivos de APS en Chile, 2019

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	SIGLA	NÚMERO
Consultorio General Urbano (*)	CGU	386
Consultorio General Rural (*)	CGR	207
Total establecimientos base		593
Postas de Salud Rural	PSR	1.170
Centro Comunitario de Salud Familiar	CECOSF	254
Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU	242
Servicio de Atención Primaria Urgencia Alta Resolutividad	SAR/SUR	40
Total Establecimientos		2.299

(*) Casi la totalidad son Centros de Salud Familiar

Fuente: MINSAL (2020f).

En este contexto se inicia la pandemia en Chile, la cual ha producido, al 30 de junio, 313.023 casos de COVID-19 (282.043 con confirmación de laboratorio y 30.980 probables, sin confirmación de laboratorio), lo que implica una tasa de 1.608,7 por 100.000 habitantes; 6.554 personas fallecidas, tasa de 33,7 por 100 mil hab. Con una letalidad de 2.1% (MINSAL, 2020i)⁵ ⁶. Al 30 de junio el sistema de salud estaba saturado, las UCI de la capital están a su máximo nivel de ocupación.

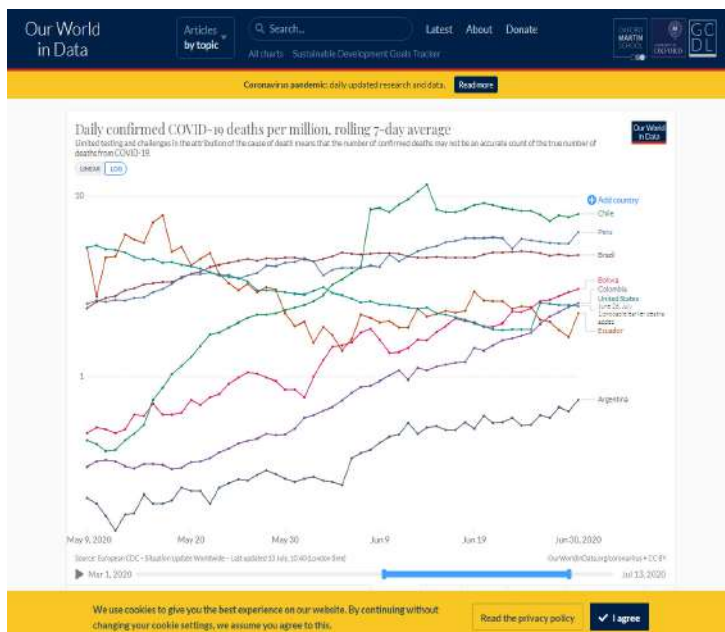
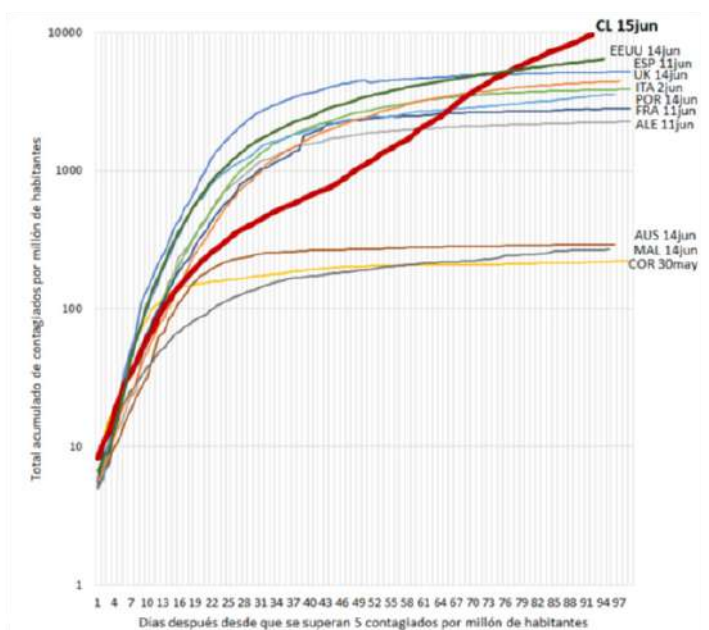
con un equipo de cabecera, no solo en el proceso de enfermedad sino también en el de salud (Rodríguez, 2019).

4 Los CESFAM son establecimientos que ofrecen servicios asistenciales de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción, además de programas transversales dentales y de kinesiología, entre otros. Organizan su trabajo en un sector que idealmente tiene entre 20.000 y 40.000 habitantes, trabajan con equipos de cabecera multidisciplinarios y realizan actividades intersectoriales y de participación comunitaria. Los CECOSF son estructuras más pequeñas y con mayor proximidad territorial, con estrategias comunitarias desconcentradas de los CESFAM a través de las cuales se entrega a una población máxima ideal de 5 mil personas parte de las prestaciones del Plan de Salud Familiar, haciendo énfasis en acciones de promoción y prevención.

5 De los casos notificados confirmados y probables, en EPIVIGILA, la mediana de edad es de 39 años, donde el 4,7% correspondieron a menores de 15 años, el 24% a personas de 15-29 años, el 31,3% a personas de 30-44 años, el 29,6% a personas de 45-64 años, mientras que el 10,4% restante a adultos de 65 y más años.

6 Chile lideraba en la cifra de muertes por millón de habitantes en toda América al 30 de junio (University of Oxford, 2020).

Figura 1
Evolución diaria de casos y fallecidos por millón de habitantes. Países seleccionados.



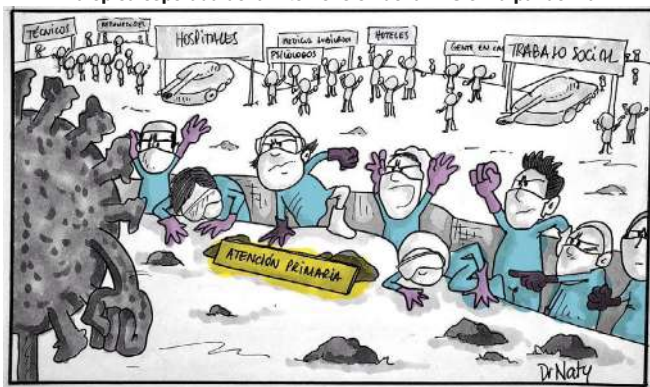
Fuentes: Arroyo, Pardow y Simonetti (2020) y University of Oxford (2020)

La respuesta gubernamental a la pandemia se caracteriza por: a) liderazgo débil, porque el Gobierno y el Ministerio de Salud, que son las entidades que concentran la autoridad en este caso, tienen una baja legitimidad social⁷; b) una especie de “hoguera de vanidades”, auspiciada por la televisión, la cual ha involucrado a actores políticos y científicos, c) un elevado nivel de desinformación, y también ocultamiento de esta, provocando que los resultados de las estrategias adoptadas por el gobierno, aun no se puedan evaluar con certeza.

Desde muy al comienzo de la pandemia, la discusión más importante de los diferentes actores socio-político-técnicos ha estado centrada en cómo aplanar la curva de contagios y se ha debatido profusamente respecto de cuál es la medida (o conjunto de ellas) más adecuada para ello.

Por otra parte, ha estado muy presente, en el discurso de los medios de comunicación masiva y de los/as políticos/as, el término épica, para referirse al inmenso y/o heroico esfuerzo de los/as trabajadores de salud en el enfrentamiento de la pandemia. Se ha intentado construir una especie de narrativa en relación a los héroes/heroísmos que se han ido configurando a nivel internacional y nacional en relación a la pandemia del COVID-19 (ver imagen).

Figura 2
La épica esperada de la intervención de la APS en la pandemia



Fuente: https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=DrNaty&sa=X&ved=2ahUKEwjp1tXT973qAhWchjQIHf_OAh0QsAR6BAGKEAE&biw=1920&bih=920#imgrc=ZFzRaw6hRzT9oM&imgdii=s5zUhgUsvLc_M

7 Esta deslegitimación del gobierno se presenta con fuerza desde el “estallido social” de octubre de 2019, quedando en evidencia en múltiples encuestas de opinión la baja credibilidad y confianza de las autoridades, las instituciones del Estado y también los políticos partidistas. Además, las encuestas durante la pandemia daban cuenta del alto nivel de desaprobarción del gobierno en general y del Ministro de Salud en particular.

En ese escenario, siempre estuvo ausente la anunciada/posible intervención desde la Atención Primaria en Salud. La estrategia que debería ser la primera línea sanitaria es de facto la última línea. De allí surgen las siguientes preguntas: ¿Hay alguna novedad en que la APS no haya sido considerada desde un comienzo en el manejo de la pandemia en Chile, o más bien, se trata de “una crónica de una ausencia anunciada”? ¿Cuáles son las posibles causas de este fenómeno?

El presente ensayo pretende discutir/analizar algunas de las posibles razones socio-culturales que expliquen la “anunciada ausencia” de la APS en el abordaje inicial de la pandemia en Chile.

DESARROLLO

Chile se encuentra sometido a dos crisis de manera simultánea. La primera es la social, visibilizada desde el 18 de octubre de 2019, provocada por el virus del neoliberalismo, inoculado por la dictadura cívico militar (1973 – 1990) y “arrullado” por la Concertación y la Nueva Mayoría (1990 – 2010 / 2014 – 2018). La segunda, es la crisis sanitaria, instalada en marzo por la llegada del virus SARS-COV-2, que vino a dejar aún más evidenciada la viremia neoliberal.

Algunos hechos (no supuestos, ni opiniones) de la pandemia en Chile, al 30 de junio, son: ignoramos el número real de personas infectadas; existe una falta de testeo poblacional; los sistemas de notificación, tanto de casos confirmados, como de muerte, son muy heterogéneos, diversos y opacos; existen elevados grados de incertidumbre por la falta de liderazgo y la desinformación, esta última a veces incluso generada por exceso de información sin peso metodológico real; no existe una curva de proyección creíble!

Es bien conocido que la estrategia de APS es la que permite el contacto directo y cercano con la población, es el pilar del trabajo comunitario, la participación social, la acción intersectorial para la efectiva promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En relación a la acción curativa, la APS otorga la continuidad/longitudinalidad e integralidad en la atención y el cuidado. Es la que permite coordinar de una manera más eficaz y efectiva los distintos componentes del sistema de atención (Minué, 2020a; 2020b).

Esta es una mirada teórica, pues hasta el momento son los hospitales los que han sido el centro de la estrategia. Tenemos el supuesto que centrar los esfuerzos en el medio hospitalario, supondrá consecuencias dramáticas a corto, mediano y largo plazo, ya que los hospitales no han sido diseñados para realizar/practicar prevención. La pérdida de control del brote observado a fines de junio parece dar razón a nuestro supuesto.

Cuadro 5
Línea del tiempo COVID-19 en Chile

Febrero	-05 Alerta Sanitaria
Marzo	-03 Primer caso en Chile
	-15 Cierre de Colegios y Universidades
	-16 Fase 4. Cierre de Fronteras; cines, restaurantes, Actividades Deportivas, Centros comerciales, etc.
	-18 Estado de excepción constitucional por catástrofe
	-20 Creación Mesa Social
	-21 Fallece 1ª persona por COVID
	-22 Se implanta toque de queda en horario de noche
	-25 Primeras cuarentenas "dinámicas", localizadas y móviles, cordones sanitarios, etc.
Abril	-16 Gobierno anuncia implementación de carnet COVID
	-17 Uso obligatorio mascarilla en lugares públicos, transporte, etc.
	-19 Gobierno anuncia "nueva normalidad"
	-20 APS inicia implementación de estrategias Fase 4.
Mayo	-13 Cuarentena para el 90% de la Región Metropolitana
	-17 gobierno anuncia la entrega de cajas de alimentos
	-25 Anuncio de Acuerdo Nacional
	-30 Carta al Presidente de la República de 40 expertos, científicos y divulgadores de diversas ramas: Propuestas para evitar una catástrofe por COVID-19
Junio	-01 Se superan los 1000 contagios
	-04 Gobierno dispone que los establecimientos de APS ejecuten seguimiento epidemiológico territorial (Res. exenta 420)
	-13 Renuncia de Ministro Mañalich que es reemplazado por E. Paris.

Fuente: Elaboración propia.

La estrategia de abordaje de la pandemia por parte del Ministerio de Salud en sus políticas sanitarias, da cuenta desde sus inicios de una dispersión normativa, lo que configura controversias particulares en el enfoque utilizado, centrado en acciones biomédicas y hospitalocéntricas, con un vacío en el reconocimiento de la atención integral como primera medida de abordaje, lo que se refleja desde la institucionalidad en los marcos de acción y operatividad indicados a los Servicios de Salud y centros de atención respectivamente dependientes de la Atención Primaria y por su puesto en los anuncios comunicados públicamente a la población, siendo un botón de muestra los llamados a "nueva normalidad o el Plan retorno seguro" (MINSAL, 2020a; 2020d).

A partir del 20 de abril la APS chilena comenzó a realizar oficialmente las siguientes estrategias: reducción máxima de atención presencial no pertinente; triage previo por medios remotos para orientar, según corresponda, atención presencial o no presencial; diferenciar red de atención presencial de cuadros respiratorios de otras atenciones

presenciales; realizar acciones para mantener controles de salud imposterables y compensación de pacientes crónicos⁸ (MINSAL, 2020e)

Desde el inicio de la pandemia los equipos de la APS reorientaron su quehacer supuestamente para dar la continuidad del cuidado a la población, y hacer seguimiento clínico y estudio de contactos en personas con COVID-19 junto con tratamiento de las personas con síntomas leves y moderados. Sin embargo, en gran parte del país, se suspendió la atención preventiva de problemas diversos de salud, los controles a lo largo del ciclo vital, manteniendo sólo los controles vinculados a las poblaciones de riesgo como embarazadas, recién nacidos y control de tres meses con médico/a, se ha suspendido incluso la atención de población de riesgo: cardiovasculares, oncológicas, entre otras, que no sea de urgencia⁹.

Los equipos de salud han demostrado un gran compromiso, a pesar del miedo, capacidad de resiliencia e innovación para dar atención a su población a cargo, sin hacerse cargo, eso sí, de los desafíos preventivos de la pandemia en la mayoría de los municipios del país (vigilancia y seguimiento epidemiológicos)¹⁰.

Además, los equipos de APS dejaron de articularse con las organizaciones comunitarias, solidarias y autónomas que existían o que surgieron a partir de la “Rebelión de la Determinación Social”¹¹ de octubre o en este

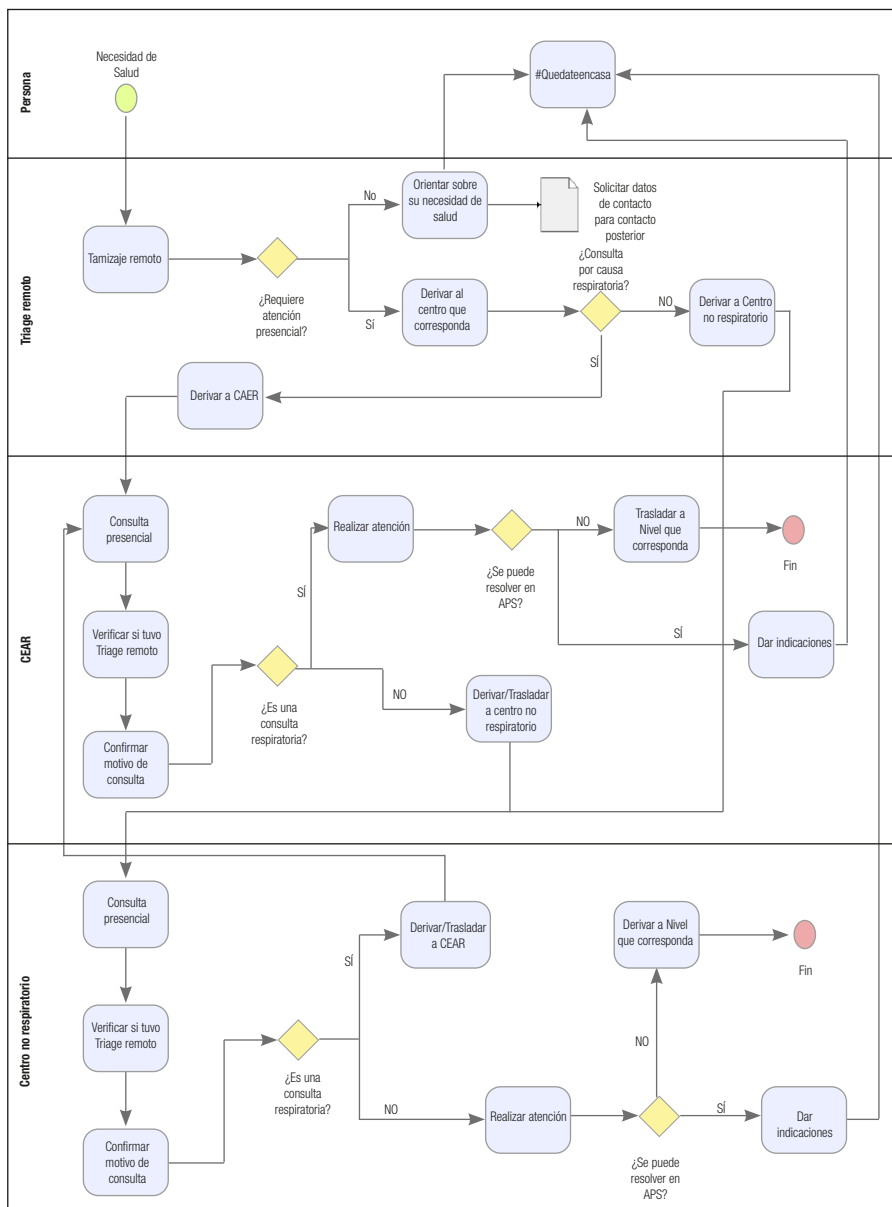
8 Cabe destacar que muchos municipios ya habían comenzado a implementar estas y otras medidas dos a cuatro semanas antes del mandato ministerial. Los centros de salud reorganizaron sus procesos de atención, definiendo espacios físicos, desde lo curativo / enfermológico con la convicción de evitar el contagio masivo (evitación de aglomeraciones), entre consultas respiratorias y no respiratorias, generando sistemas de turnos de trabajo de los/as trabajadores implementando el teletrabajo y la telemedicina, despachando medicamentos a domicilio y manteniendo, en algunos sitios, la atención presencial en pacientes crónicos descompensados, morbilidades espontáneas y otras prestaciones de alta prioridad (vacunación antinfluenza insitu y domiciliaria, ecografía obstétrica, urgencias odontológicas, solo algunos exámenes para confirmar GES, curaciones complejas, entrega de alimentos, controles de enfermera de infantes de 0 a 6 meses).

9 La SEREMI de Salud de cada región del país es la responsable de contar con la información epidemiológica de Casos de COVID-19 y contactos estrechos, con el fin de determinar el perfil de salud y tomar las acciones de salud pública que le permitan mitigar los efectos de la Pandemia por COVID-19 en su territorio.

10 El aumento de los recursos para el enfrentamiento de la pandemia sólo ha sido del 2,17% para la APS (Goyenechea, 2020). En cuanto al recurso humano, los más afectados han sido los profesionales de salud que mantenían vínculo contractual bajo el sistema de honorarios antes de la pandemia, ya que fueron desvinculados muy prontamente.

11 El fenómeno de movilización masiva para reivindicar dignidad y demandas sociales profundas, se conoce como “estallido social”, sin embargo para nosotros resulta insuficiente o poco adecuado, debido a que puede evocar a un proceso puntual, de escasa temporalidad, un “cambio de humor” societario. En cambio, nos parece que el término rebelión se hace cargo de mejor manera de la profundidad de esta

Figura 3
Flujograma del Plan de acción en APS Fase 4 pandemia COVID-19



Fuente: MINSAL (2020e).

momento (ollas comunes, organizaciones de vecinos, etc.). Asimismo, la acción intersectorial también fue abandonada mayormente.

Existen pocas pero significativas experiencias de trabajo comunitario para el abordaje de la pandemia, con o sin involucramiento institucional, autogestionados, enfocados en lo asistencial / solidario (ollas comunes), comunitario / preventivo (cordones / fronteras sanitarios), comunitario / epidemiológico (seguimiento de casos y contactos directos), solidario / promocional (alimentación y cuidados domiciliarios a población adulta mayor), derecho a la educación / información (a través de Facebook o WhatsApp), presentando éstas, brechas socioeconómicas, comunicacionales, con escasa pertinencia cultural y tecnológica, impactando en el derecho a la información de la población adulta mayor, personas con capacidades diferentes, migrantes, pueblos originarios y la población que previo a la pandemia ya se encontraba en contexto de encierro, como son los recintos carcelarios y centros asociados al cuidado de niños, niñas y adolescentes, dependientes del Servicio Nacional de Menores, entre otras¹².

Ante el fracaso evidente de las estrategias implantadas por el gobierno, recién el 4 de junio el MINSAL dispuso que los equipos de APS asumieran el diagnóstico e implementación de medidas de aislamiento de casos de COVID-19, junto al estudio de sus contactos, aprovechando su capacidad instalada y vinculación con los territorios y sus comunidades (MINSAL, 2020h)¹³. Este cambio sustantivo se produjo debido a la fuerte

movilización y la referencia a la determinación social, la sitúa en un espacio reivindicativo estructural, profundo y complejo.

12 Tres Universidades Estatales se encuentran realizando a la fecha una consulta nacional acerca de la respuesta comunitaria de la pandemia con el objeto fundamental de visibilizar, compartir, copiar, difundir el trabajo comunitario autogestionado, en red, institucional que se ha realizado.

13 “1° Realizar la identificación de los contactos estrechos de las personas que han sido diagnosticadas con COVID-19 mediante un examen de PCR o caracterizadas como caso probable de COVID-19, y se comunicarán con ellos, con el objeto de informar las indicaciones y cuidados que éstos deban adoptar. 2° Asimismo, los establecimientos de Atención Primaria de Salud podrán efectuar las tareas de diagnóstico de personas afectadas por COVID-19, para que inicien el proceso de aislamiento, de ser necesario, según lo dispuesto en las resoluciones del Ministerio de Salud sobre la materia. 3° Dichos establecimientos podrán disponer también las indicaciones de traslado de toda persona que deba cumplir cuarentena o aislamiento como medida sanitaria individual, a locales habilitados para el cumplimiento del aislamiento del período de cuarentena, siempre bajo la supervisión de la Autoridad Sanitaria.

4° Los establecimientos de Atención Primaria de Salud deberán adoptar progresivamente el muestreo mediante técnica de PCR en muestras de saliva de los pacientes bajo investigación por una potencial infección por SARS-CoV-2. 5° Déjase constancia que los establecimientos de Atención Primaria de Salud deben orientar su labor de acuerdo a las indicaciones y definiciones dispuestas por la Autoridad Sanitaria,

presión de las agrupaciones médicas y científicas¹⁴, al posicionamiento contradictor del Consejo Asesor de Gobierno¹⁵, la Mesa Social COVID¹⁶, entre otros. Además de la evidente ineficacia de la estrategia hospitalo-céntrica emprendida por el gobierno desde un comienzo. A partir de dicho acto administrativo se publicaron protocolos de acción a fines de junio para la reorganización de las funciones y tareas entre las SEREMI de Salud, los Directores de Servicio de Salud y la APS (MINSAL, 2020g)¹⁷. Aun los equipos no han sido capacitados para llevar a cabo los nuevos lineamientos de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA).

Figura 4
Flujograma de seguimiento de casos y contactos estrechos



Fuente: MINSAL (2020g).

especialmente aquellas contenidas en las resoluciones exentas N° 403 y N° 409, que disponen medidas sanitarias que indica por brote de COVID-19, ambas del Ministerio de Salud, publicadas en el Diario Oficial los días 30 de mayo y 3 de junio de 2020, respectivamente, sin perjuicio de otras indicaciones y definiciones que puedan adoptarse por la Autoridad Sanitaria con posterioridad. 6° Déjase constancia que la coordinación de lo resuelto en el numeral 1° será efectuada por el Ministro de Salud, a través de la División de Atención Primaria de Salud, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a través de las Secretarías Ministeriales de Salud” (MINSAL, 2020h).

14 Colegio Médico, Sociedad Chilena de Epidemiología, Red de Instituciones Formadoras en Salud Pública, entre otras.

15 Constituido por el Ministerio de Salud, presidido por el Ministro y conformado por especialistas en epidemiología, salud pública y gestión sanitaria.

16 Constituido por el gobierno, liderado por el Ministro del Interior, con participación de representantes de organizaciones civiles y de la Asociación Chilena de Municipalidades.

17 El 13 de junio el Ministro de Salud renuncia ante el descontrol de la pandemia y una serie de escándalos mediáticos relacionados con el ocultamiento de información.

Situar en el rol central/principal a la APS, con el objetivo de realizar un mejor abordaje promocional/preventivo (epidemiológico) de la situación tuvo que esperar. Lo primero fueron las medidas para asegurar que el tratamiento de los casos graves estuviese asegurado, casi sin importar el número de ellos, sino contar con los ventiladores mecánicos para hacer frente a la infección, olvidando la epidemiología básica y por cierto a la estrategia de APS para su implementación eficaz y efectiva¹⁸.

La crónica de la ausencia anunciada, era efectivamente así porque la situación instalada desde antes en nuestra APS y el contexto socio-sanitario existente están determinados estructuralmente por los siguientes fenómenos sociológicos hegemónicos:

A) MODELO SANITARIO BIOMÉDICO CURATIVO HOSPITALOCÉNTRICO ESPECIALISTOMANÍACO

Son hechos conocidos que: la atención hospitalaria es la que gasta la mayor cantidad de los recursos públicos; las clínicas privadas con fines de lucro han aumentado la oferta de camas en las últimas dos décadas; existe una presión “casi neurótica” de la población por la atención con médicos/as especialistas tanto a nivel público como privado; en el sector ISAPRE no hay APS por lo que la gente que toma decisiones en salud/enfermedad/atención conoce de qué se trata desde la teoría y no desde la práctica; en las FFAA existen experiencias puntuales de desarrollo de dispositivos de primer nivel de atención con tímidas incursiones en promoción de salud e intersectorialidad; la política pública de RRHH ha estado centrado en el aumento de la oferta de especialistas; la prioridad sanitaria impuesta por el GES está en lo curativo; la separación de funciones, entre salud pública y redes asistenciales, debilitó el rol de la APS en prevención y promoción de la salud. La sociedad chilena aspira cada vez más a la alta especialidad, la alta tecnología, casi como signo de estatus. Además, se reproducen socialmente estos elementos en las nuevas generaciones de profesionales médicos/as, teniendo una formación centrada en la especialidad y la práctica hospitalaria. Como dice Segura (2020), «ha aflorado (nuevamente) un modelo dominante biomédico-hospitalocentrista que desprecia lo comunitario». Y todo se expresó en realidades concretas: «Es muy posible que varios centros de salud cierren sus puertas por fuera, mientras otros cambiarán el giro de la producción y se transformarán en grandes Centros de Urgencia Respiratoria» (Becerra, 2020).

18 Ya en marzo, con la declaración de alerta sanitaria, se dieron atribuciones excepcionales a las instituciones públicas (FONASA, Servicios de Salud, CENABAST – Central Nacional de Abastecimiento) para la compra de camas críticas a prestadores privados con fines de lucro.

B) MODELO CULTURAL NEOLIBERAL HEGEMÓNICO

En el cuadro siguiente, se evidencian los valores compartidos por el Chile actual, en comparación con los valores del buen vivir, volviendo a recalcar la importancia de la salud colectiva/medicina social, que ha buscado aunar los distintos enfoques, con el objetivo de propiciar el buen vivir para las comunidades.

Cuadro 6
Valores del Chile actual y del buen vivir

Valores compartidos del Chile actual	Valores del buen vivir
individualismo diferenciador aspiracional	respeto de la naturaleza
competitividad – agresividad	cooperación
hedonismo sin sublimación	solidaridad
caridad	confianza
libertad de elección	comunidad
desconfianza – inseguridad	compromiso
desidia – desesperanza – impunidad	legitimidad del otr@
	compasión

Fuente: Elaboración propia.

La APS desde Alma Ata, a nivel global, y desde siempre, desde la mirada de la Medicina Social, es la estrategia que más se aproxima al ejercicio de los valores del buen vivir. Es desde la APS desde donde se puede contribuir más potentemente, desde el sector salud, al desarrollo y mantención de estos valores. Una APS en un contexto neoliberal, tal como ocurre en el Chile actual, se asemeja más a los antiguos dispensarios o a los hospitales modernos. Cabe destacar que esta problematización en los valores socio-culturales aparece como fortalecida en los últimos meses debido al “estallido social / rebelión de la determinación social / despertar de Chile”, con la percepción de un cambio esperanzador que, de un modo u otro, señala que ya nada será igual, puesto que desde octubre del 2019 en Chile hemos enfrentado un momento histórico. Sin embargo, ningún cambio objetivo se ha dado, todo está en compás de espera de un proceso constituyente anunciado. La pandemia por COVID19, ha dejado más en evidencia aun, que las demandas públicas y sociales que movilizaron a miles de chilenos/as tiene un sustrato ideológico, cultural, que coloca en la superficie la intoxicación por el consumo, por el delirio aspiracional, el vacío, la ansiedad y un malestar que de a poco se ha ido acumulando y que posiblemente continúe eclosionando o explotando, mostrando las consecuencias de la

cruda herencia de la dictadura y de 30 años de gobiernos “curadores” de dicho legado¹⁹.

En este escenario, la APS es para los pobres; ejercer como médico/a en APS es para los/as mediocres y/o un acto heroico/filantrópico; es una aspiración saltarse la APS, porque está bien para los demás, pero no para uno.

C) MATRIZ SOCIOCULTURAL CLASISTA

Chile presenta una matriz sociocultural arraigada en la colonia que no ha evolucionado con la misma intensidad que en otros países de la región. Quizás el aislamiento geográfico ha contribuido a la generación/mantención de un “ser chilensis”, uno de cuyos elementos constitutivos es la segregación clasista, que transitó desde la monarquía/nobiliaria, pasando por el latifundio esclavista/mediero, hasta el patronaje/empresariado subordinador actual. Desde el Estado capitalista al Estado neoliberal actual, se ha instalado la fantasía del ascenso social meritocrático como camino legítimo para alcanzar el “sueño americano”. Espejismo que se devela aterrador cuando se conoce/reconoce que aún el poder económico se encuentra concentrado ya no en empresas, como ocurre en el mundo capitalista depredador, sino que anacrónica y colonialmente, en familias propietarias; que el “éxito” en las carreras profesionales están directamente relacionadas con haber estudiado en un cierto tipo de Colegio (particulares pagados, no subvencionados) y Universidades (Católicas y Privadas de las que tuvieron fines de lucro).

Un ejemplo trágico lo evidenciamos al momento de observar el cómo partió el manejo de la pandemia cuando los casos estaban concentrados en los barrios acomodados del gran Santiago, dándose un manejo diferenciado e incluso protector, evitándose medidas de salud pública, entre esas: el confinamiento obligatorio y el adecuado seguimiento de contactos. Por el contrario, se focalizó la atención en la atención especializada en dispositivos privados. Luego cuando se afectaron poblaciones pobres, hubo una nula visión/consideración de los determinantes sociales existentes al momento de decretar cuarentenas, entre otra serie de errores cometidos.

D) MIEDO AL CONTAGIO Y A LA MUERTE

El habitual miedo al contagio de enfermedades infecciosas y a la muerte debido a ello, se ha visto exacerbado por todos los modelos culturales

19 Implantación del modelo neoliberal en dictadura y la mantención “maquillada” en neodemocracia.

antes mencionados, llevando a conductas concretas como la estigmatización de las personas contagiadas, ocultamiento de la información, además de la prohibición de la entrada de los equipos sanitarios y del personal de salud a algunas comunidades. Ha habido temor de la población con reacciones de rechazo y estigmatización, muy distantes de la necesaria solidaridad y colaboración, lo que ha fortalecido el discurso más biomédico y hospitalocéntrico: “Sujetos apedrearón e intentaron quemar la casa de una familia contagiada con COVID-19 en Vallenar” (CNN Chile, 2020); «Hasta se han prohibido las actividades comunitarias de los equipos de salud. Por eso, a veces me ha parecido que la épica ha vencido a la ética, especialmente a la ética de los cuidados» (Becerra, 2020). Una APS activa, presente, habría contribuido a atenuar ese miedo, a contener la angustia, dada su cercanía con el territorio, sus liderazgos y sus problemáticas específicas.

Estos fenómenos han ayudado al descontrol del brote pandémico, es por eso que se espera que la Determinación Social de esta crisis socio-sanitaria sea visibilizada y transformada al máximo. “Si comparamos a Italia y España con lo que pasó en Wuhan, la diferencia principal es que en Wuhan no solo encerraron a la gente, sino que siguieron buscando los casos” (Ryan, 2020), y la comunidad ha sido más capaz de ello y de identificar aquellas necesidades no bien cubiertas por las instituciones o por las barreras de acceso, además de dar ayuda en la proximidad y en lo cotidiano.

Sumamos a esto que nos encontramos en una realidad altamente inequitativa, los niveles de desigualdad en nuestro país son altísimos. Es por ello que, al implementar cualquier medida, como las cuarentenas, debemos crear una política integral, que resguarde a las personas más vulnerables, entregando los elementos necesarios a las poblaciones y comunidades para que puedan luchar y combatir el problema.

Si la medida más empleada para evitar la propagación del virus es el confinamiento social, este también debería estar presente a la hora de organizar la atención y los cuidados. Aquí el rol es importantísimo de la APS.

A pesar de todos los errores ya cometidos, vemos que las estrategias para combatir los problemas post pandemia, siguen sin visibilizar el rol de la comunidad, volviéndola inexistente.

Entonces las preguntas que me surgen es que si está invisibilizada la comunidad: ¿Se puede hacer trabajo comunitario en contexto de pandemia? ¿Cómo acercarse a la comunidad en contexto de pandemia?

Pero a su vez, contestamos, que si se puede y se debe trabajar con la comunidad, esto es lo central y lo prioritario, por lo que debemos cambiar la estrategia. Para ello postulo que:

- Debemos salir del rol tutelado e infantilizado de la APS, para hacer política pública a escala territorial
- Hacer la cuarentena en conjunto con la comunidad porque resuelve la reproducción social de manera conjunta
- Crear, generar, potenciar, acompañar un tejido social vivo.

Se debe avanzar hacia un modelo de respuesta comunitaria a la pandemia. Se hace necesario recuperar e incorporar aquellos usos y saberes ancestrales, medicinas tradicionales que pueden contribuir al cuidado de la salud bajo un enfoque de interculturalidad.

Hace falta una pluralidad epistemológica más que una epistemología dominante. Un retomar la sabiduría ancestral. Es necesario comenzar a hablar del buen vivir, más que de calidad de vida.

Para ello, existen variados ejemplos comunitarios, en distintas comunas y por distintas organizaciones, que han puesto en marcha medidas para parar la crisis. Debemos ir más allá del concepto biomédico, debemos hablar de la determinación social, y cómo las organizaciones que conforman el tejido social, son catalizadores activos para hacer frente a la pandemia.

Tenemos aún un deber en la articulación más amplia de un buen discurso que vincule la salud con el feminismo, un discurso propositivo que no sea solamente un discurso anti médico hegemónico, que es importante pero no es suficiente: “Creo que #quedateencasa es una excelente estrategia. Insisto, que es una estrategia sanitaria de cuidado. Pero no cualquier casa es un lugar donde te puedes quedar con tranquilidad y seguridad, hay gente que se le dificulta más y no es por razones de carencia, sino por dificultad de operar, de cuidar y cuidarse” (Tajer, 2020)²⁰.

Por último no podemos olvidar la determinación social estructural: cambiar/mutar la formación de las fuerzas de seguridad para que sean empáticas con la población y eviten sobreactuaciones autoritarias; asegurar el acceso efectivo a la renta mínima de emergencia; reforzar la asesoría legal, oficinas de empleo e inspección de trabajo, para identificar despidos improcedentes, exposiciones laborales y facilitar la tramitación de ayudas; identificar colectivos en situación de especial vulnerabilidad y que sufren barreras de acceso a los servicios públicos; democratización de todos los espacios de decisión/democracia sustantiva.

20 Se ha publicado una gran cantidad de información y análisis desde la visión feminista de esta pandemia que debe ser consultada por quienes deseen profundizar en este importantísimo elemento de la Salud Colectiva.

CONCLUSIONES

Hubo una “anunciada ausencia” de la APS en el manejo de la pandemia, hasta el cambio oficial / documental del 4 de junio, que no se había concretado en la realidad hasta el 30 de junio.

No se trata de que los hospitales no tengan un rol en el abordaje de la pandemia, se trata de que la APS debe tener un rol central porque “en esta nueva fase urge movilizar a las redes comunitarias y al talento colectivo, minimizando los daños colaterales de esta ‘batalla’” (Segura, 2020) y es la APS quien sabe o debería saber cómo hacerlo.

Si analizamos la realidad nacional, podemos observar serias fallencias en las políticas implementadas, hemos llegado a prohibir el trabajo y las actividades comunitarias por parte de los equipos de salud. Es por ello que postulo que la épica ha vencido a la ética, especialmente a la ética de los cuidados.

¿No será que el poder hegemónico sabe muy bien que activar la APS y la acción comunitaria puede ser peligrosa y llevarnos a un verdadero cambio de paradigma?

En Chile se abre una nueva oportunidad histórica para transformaciones en los paradigmas que hegemonizan la atención y cuidados en salud-enfermedad. Los retos ante la pandemia y las medidas de enfrentamiento desde la APS desde nuestra mirada son:

- El primer desafío para evitar la transmisión es la detección temprana de casos.
- Hacer coherencia entre la prioridad discursiva de la APS y los recursos financieros disponibilizados para su trabajo.
- Alcanzar la pertinencia territorial que releve los recursos, iniciativas y cohesión social para el cuidado mutuo/colectivo/comunitario, reconociendo la riqueza de la diversidad intercultural, de género y de integración de personas con capacidades diferentes.
- Fortalecer las redes comunitarias e intersectoriales instaladas en los territorios para el enfrentamiento de la pandemia.
- Mejorar la integración de la red asistencial entre los equipos de APS y nivel terciario, estableciendo en cada urgencia hospitalaria un referente para la comunicación directa entre equipos (Colmed, 2020).
- Asegurar la continuidad de la atención de todas las personas con enfermedades crónicas GES y No GES en la APS.
- Seguridad biomédica y seguridad social universal para los trabajadores de salud de todos los niveles, especialmente para los/as de APS.

Se siente que se valida con mayor potencia lo señalado por Jaime Breilh (2017), quien señala que “No hay enfermedades de la pobreza. Hay enfermedades de la riqueza con desigualdad. Es necesario cambiar el punto de vista, porque si no aparecen los pobres como responsables de las enfermedades. Lo que el modelo de salud pública dominante llama “enfermedades de la pobreza” debería llamarse “enfermedades generadas por un sistema social que necesita de la desigualdad” (Breilh, 2017).

Se requiere de profundas transformaciones sociales y culturales para que estos desafíos sanitarios se puedan alcanzar. La determinación social estructural, vale decir la matriz socio cultural neoliberal debe ser mutada hacia una del buen vivir. Chile se encuentra en una situación de fuerte incertidumbre en donde no es posible dimensionar la profundidad real de lo que está en juego con la movilización social iniciada en octubre de 2019: ¿es descontento del ser consumidor frustrado en sus aspiraciones de progreso?, o más bien ¿es indignación por la falta de dignidad, de derechos y de valores como solidaridad e igualdad? Esta respuesta es fundamental para proyectar el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo, Camila; Engel, Eduardo; Pardow, Diego y Simonetti, Pablo. 2020 “Informe sobre la evolución de la epidemia de covid-19 en Chile” en *Espacio Público* (Chile). En <<https://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2020/06/CoVidChile1506vf.pdf>> acceso 10 de julio de 2020.
- Becerra, Camilo (2020) “¿Qué va a hacer la atención primaria con la sala de espera vacía? Nuevas oportunidades en tiempos de pandemia” en <<http://famiariycomunitaria.cl/FyC/2020/04/13/que-va-a-hacer-la-atencion-primaria-con-la-sala-de-espera-vacia-nuevas-oportunidades-en-tiempos-de-pandemia/>> acceso 10 de julio de 2020.
- Breilh, Jaime. 2020 “Buen vivir: la fuerza de un pensamiento emancipador propio sobre el modo de vivir – Prólogo” en Churuchumbi, Guillermo (ed.) *Usos cotidianos del término Sumak Kawsay en el territorio Kayambi. Una filosofía para la vida* (Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar).
- Breilh, Jaime. 2017 “No hay enfermedades de la pobreza” en *Página 12* (República Argentina). En <<https://www.pagina12.com.ar/53910-no-hay-enfermedades-de-la-pobreza>> acceso 10 de julio de 2020.
- Breilh, Jaime. 2011 “La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría” en *Salud Colectiva* (Buenos Aires) Vol. 7, N°3, septiembre – diciembre.

- CNN Chile. 2020 “Sujetos apedrearon e intentaron quemar la casa de una familia contagiada con COVID-19 en Vallenar” en <https://www.cnnchile.com/coronavirus/apedrean-intentan-quemar-casa-familia-covid-19-vallenar_20200422/> acceso 10 de julio de 2020.
- Colegio Médico de Chile AG. 2020 “Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19” en <<http://www.colegiomedico.cl/reconocimiento-recursos-y-atribuciones-para-la-atencion-primaria-de-salud-como-actor-estrategico-en-el-enfrentamiento-de-la-pandemia-covid-19/>> acceso 10 de julio de 2020.
- Farah, Ivonne y Vasapollo, Luciano (coord) 2011. *Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista?* (Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA) y Departamento de Economía de la Universidad de Roma).
- Goyenechea, Matías. 2020 “Minuta de actualización de la ejecución presupuestaria de salud en el contexto del COVID-19” en <https://www.researchgate.net/publication/342132181_Minuta_de_actualizacion_de_la_ejecucion_presupuestaria_de_salud_en_el_contexto_del_COVID> acceso 10 de julio de 2020.
- Ministerio de Salud. 2020a *Protocolo de manejo de contactos de casos COVID-19. Fase 4* (Gobierno de Chile: Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología)
- Ministerio de Salud. 2020b *Manual de Estrategias y Buenas Prácticas frente a COVID-19 a Nivel Municipal* (Gobierno de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria)
- Ministerio de Salud. 2020c *Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de Atención Primaria de salud en contexto de pandemia SARS-COV-2* (Gobierno de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria).
- Ministerio de Salud. 2020d *Orientaciones Técnicas Estrategias COVID-19 en establecimientos de atención primaria 2020* (Gobierno de División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Borrador).
- Ministerio de Salud. 2020e *Plan de acción en atención primaria. Fase 4 de pandemia COVID-19 (Transformación estratégica)* (Gobierno de Chile: División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales).
- Ministerio de Salud. 2020f “DEIS. Departamento de Estadísticas en Salud. Serie REM 2019” en <<https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>> acceso 10 de julio de 2020.

- Miisterio de Salud. 2020g *Protocolo De Coordinación Para Acciones De Vigilancia Epidemiológica Durante La pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento*. Subsecretaría de Salud Pública (Gobierno de Chile: División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología).
- Ministerio de Chile. 2020h *Resolución Núm. 420 exenta. Dispone que los establecimientos de atención primaria de salud ejecuten las medidas que se indican* (Gobierno de Chile: Subsecretaría de Salud Pública).
- Ministerio de Chile. 2020i “30° informe epidemiológico enfermedad por COVID-19” en *Departamento de Epidemiología* (Chile). En <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Informe-EPI-010720_RA.pdf> acceso 10 de julio de 2020.
- Minué, Sergio. 2020 “La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España” en <<https://apsemrevista.org/aps/issue/view/4>> acceso 10 de julio de 2020.
- Minué, Sergio. 2020b “Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca” en <https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626> acceso 10 de julio de 2020.
- Parada-Lezcano, Mario y Moraga-Cortés, Fabián. 2019 “Crise do seguro saúde no Chile: doença crônica socialmente transmissível” en *Revista Eletrônica Tempus, actas de saúde colet* (Brasília) Vol. 13, Nº 2, julho. En <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2678>> acceso 10 de julio de 2020.
- Rodríguez, Mauricio (comp.) 2019 *Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica: revisión hermenéutica 1971-2016* (Bogotá: Universidad El Bosque).
- Ryan, Michael. 2020 “La OMS avisa a España de que no basta con medidas de confinamiento para controlar la epidemia” en <<https://elpais.com/sociedad/2020-03-30/la-oms-avisa-a-espana-de-que-no-basta-con-medidas-de-confinamiento-para-vencer-la-epidemia.html>> acceso 10 de julio de 2020.
- Segura, Javier. 2020 “Más allá del #QuédateEnCasa y otras épicas” en <<https://www.cuartopoder.es/ideas/2020/04/15/mas-alla-del-quedaateencasa-y-otras-epicas-javier-segura/>> acceso 10 de julio de 2020.
- Tajer, Debora. 2020 *Sanitarismo feminista y pandemia* (Uruguay: Red latinoamericana de género y salud colectiva de ALAMES)
- University of Oxford. 2020 “Coronavirus pandemic: daily updated research and data” en <<https://ourworldindata.org/grapher/daily-covid-deaths-per-million-7-day-average?yScale=log&time=2020-05-09..2020-06-30&country=ARG~BOL~BRA~CHL~COL~ECU~PER~USA>> acceso 10 de julio de 2020.

COVID-19 EN MÉXICO: LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, UN DESAFÍO PARA AFRONTAR LA PANDEMIA

**Angélica Ivonne Cisneros Luján
y Vianey González Rojas**

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención médica, entendida como la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente (Donabedian, 2001), es un componente que cobra una relevancia sustancial en un padecimiento infectocontagioso como la COVID-19 debido al nivel de incertidumbre que aún existe respecto de su comportamiento, evolución y tratamiento, que obliga a poner especial énfasis en los aspectos de estructura y proceso en la atención médica de las personas contagiadas.

La calidad ha sido reconocida por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas como uno de los componentes del derecho a la salud, junto con los de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, y se asocia con la necesidad de “contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000: 4).

En México, se reconoce a través de la Ley General de Salud (LGS), que el Sistema Nacional de Salud, tiene como uno de sus objetivos:

“Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integra-

da de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2020: 5).

No obstante, aún existen desafíos para lograr que ese mandato legal y conceptual se concrete, observando diferencias en el énfasis que cada institución y entidad federativa le asigna a los procesos de mejora de la calidad.

Considerando este marco de referencia, el objetivo de este artículo fue describir el estado de la calidad de las unidades médicas que atienden a población sin seguridad social al inicio de la pandemia, así como las medidas adoptadas por el gobierno federal mexicano para garantizar el acceso a la atención médica de calidad a personas contagiadas de COVID-19, en dicho contexto.

Se trató de un estudio descriptivo sustentado en fuentes de información oficiales, entre las que se consideraron aquellas que permiten conocer el estado de la calidad de las unidades médicas al inicio del actual período gubernamental y al inicio de la pandemia, como la LGS, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y el Manual de Acreditación de la Calidad de Unidades Médicas, con sus respectivas modificaciones, por ser los documentos normativos que explican la obligación de las autoridades sanitarias estatales de mantener la calidad de las unidades médicas que prestan servicios a población sin seguridad social, a la par de los informes relativos a los dictámenes de acreditación de la calidad emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE), por ser la información oficial a través de la cual la autoridad federal avala que las unidades médicas cumplen con los estándares de estructura y proceso mínimos aceptables para garantizar el resultado deseado en salud.

Para el análisis del proceso de reconversión hospitalaria se tomó como base el Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) y el Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-COV-2 emitidos por el Consejo de Salubridad General, el Lineamiento de Reconversión Hospitalaria emitido por la Secretaría de Salud y sus avances hasta el 30 de junio de 2020, así como la herramienta tecnológica implementada por la Secretaría de Salud para conocer la disponibilidad de unidades hospitalarias para la atención de COVID-19 (hospitales COVID-19), materializada a través de una aplicación móvil disponible para toda la población, denominada “COVID-19”. Asimismo, se consultaron las declaraciones presidenciales y de los funcionarios de salud autorizados para comunicar a la población el estado de la pandemia y las medidas adoptadas en

materia de reconversión de hospitales, adquisición de equipo y contratación de personal de salud.

Una limitante del estudio es el período de análisis, ya que abarca de mayo de 2019 a junio de 2020, fecha en la que aún continúa el pico de la epidemia, aunado a que no se ha concluido el ejercicio fiscal y por tanto no se cuenta con los datos definitivos de presupuesto ejercido, mismo que se conocerá en el mes de abril de 2021 a través de la Cuenta Pública correspondiente al ejercicio fiscal 2020, por lo que sólo se consideran los conceptos de gasto anunciados por el Gobierno Federal, es decir, hospitales concluidos, hospitales reconvertidos a COVID, ventiladores adquiridos y personal contratado.

El cuerpo argumentativo se ordenó a través de dos apartados: 1) el contexto de la calidad de las unidades médicas al inicio de la pandemia, en el que se explican las normas de acreditación de unidades médicas y el estado de la acreditación por entidad federativa al iniciar la presente administración y al inicio de la pandemia, por ser un factor significativo que da cuenta de los desafíos que se tuvieron que enfrentar para fortalecer a los hospitales que atenderían la COVID-19, particularmente con la inversión en infraestructura, equipo y personal y 2) las medidas asociadas a la calidad de la atención adoptadas durante la pandemia y su posible efecto positivo en la calidad de la atención médica cuando la contingencia sea superada.

CONTEXTO DE LA CALIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS AL INICIO DE LA PANDEMIA

El primer caso de COVID-19 detectado en México ocurrió en los últimos días del mes de febrero de 2020, a menos de dos meses de haberse iniciado la puesta en marcha de la reforma legal aprobada en noviembre de 2019, que abrogó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular y en pleno proceso de transformación de las reglas de coordinación entre la Federación y los Estados de la República para financiar y atender a la población sin seguridad social.

Esta reforma, tuvo como propósito avanzar en el derecho efectivo de la población al acceso universal a los servicios de salud de calidad y a los medicamentos para la población que no cuenta con seguridad social¹, y que representaba en 2019 el 54.7% de los 126.3 millones de habitantes del país (Comisión Nacional de Protección Social

1 El sistema de salud público mexicano se caracteriza por su fragmentación y la segmentación de la población en dos grandes conjuntos, según su situación laboral, es decir, la que goza de seguridad social por estabilidad en su empleo y la que no tiene esa condición.

en Salud, 2019: 5) y se enmarcó en el conjunto de reformas contra-neoliberales impulsadas por el Presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, durante su primer año de gobierno, como parte de la estrategia para construir y consolidar un nuevo régimen sustentado en una política que apunte al bienestar de la población.

El SPSS creado en 2003 fue abrogado por el Congreso de la Unión debido a que no logró cumplir con su propósito discursivo respecto de garantizar el derecho universal a servicios de salud de calidad, ni a los medicamentos requeridos (Cisneros, 2012), por el contrario, se conformó como un sistema altamente inequitativo (Tamez *et al.*, 2018). Su fundamento teórico fue el pensamiento neoliberal en salud concretado a través del llamado pluralismo estructurado (Londoño *et al.*, 1996) que reconoce la participación del mercado en la provisión de los servicios de salud y al Estado como un proveedor más y como regulador y financiador de un sistema de aseguramiento con acceso a un paquete básico de servicios de salud, que funciona a través de la compra/venta de dichos servicios a unidades médicas públicas y privadas con presupuesto público (Laurell, 2016). Cabe destacar que este esquema teórico considera que la calidad de la atención se facilitará con la convergencia entre lo público y lo privado reforzado por la libertad del asegurado para elegir a su proveedor, por lo que desde la construcción operativa del SPSS y su soporte normativo, la calidad emergió en todos los discursos e incluso se convirtió en requisito para recibir el financiamiento público, sin que se haya comprobado que ese propósito fue logrado.

Así el SPSS aprobado en el año 2003, a través de la adición del Título Tercero bis a la LGS con el cual se incorporaron los artículos 77 bis 1 al 41 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2003), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2004) y otros ordenamientos secundarios, se constituyó por: a) las familias y personas que decidieran afiliarse al mismo, de acuerdo a los espacios disponibles, lo que le daba derecho a una póliza denominada Seguro Popular, que le cubría determinados padecimientos y sus medicamentos asociados establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), así como el derecho a ser atendido con calidad; b) los prestadores de servicios públicos o privados, que solicitaran incorporarse al SPSS, siempre y cuando acreditaran la calidad ante la Secretaría de Salud c) la Secretaría de Salud como la instancia reguladora del SPSS y la encargada de acreditar la calidad de las unidades médicas que solicitaran su incorporación, o su re-acreditación por vencimiento de la vigencia otorgada, d) la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) encargada de establecer la cartera

de servicios y de coordinar el financiamiento federal y el cumplimiento de las normas de operación del SPSS a nivel nacional, e) las entidades federativas, como receptoras del financiamiento federal y corresponsables financieras del SPSS, a la par de ser prestadoras públicas de servicios de salud y responsables de garantizar las condiciones de acreditación de la calidad de las unidades médicas incorporadas al SPSS, f) los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS) como las instancias administradoras del financiamiento en cada entidad federativa y las responsables de comprar servicios a prestadores públicos y privados acreditados en su calidad, afiliar a las personas sin seguridad social y tutelar los derechos de los afiliados al acceso a la atención con criterios de calidad en coordinación con la CNPSS.

Cabe destacar que desde la LGS se instituyó como una condición para que las unidades médicas públicas o privadas pudieran ser sujetas de financiamiento por el SPSS, el demostrar la acreditación de su calidad, así el Art 77 Bis de la Ley vigente hasta diciembre de 2019 señalaba:

“La Secretaría de Salud y las entidades federativas, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad...” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2003).

Las reglas para obtener la acreditación aludida se establecieron en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica (Manual)², en el que se definió la calidad como: “El grado en que las propiedades de la estructura y los procesos de los servicios de salud para pacientes y poblaciones son coherentes con el conocimiento profesional actual y aumenta la probabilidad de obtener los resultados deseados” (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2016) y a la acreditación como “el proceso de evaluación externa para determinar el cumplimiento de los criterios de capacidad, seguridad y calidad, en un establecimiento, fijo o móvil...” (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2016).

Los criterios de acreditación se delimitaron según su tipo mismos que se transcribe textualmente:

2 Y su más reciente modificación publicada en el DOF el 22/08/2019.

Los Criterios de Estructura evalúan la CAPACIDAD Y SEGURIDAD de cada establecimiento en relación con la infraestructura física, equipamiento y/o recursos humanos.

Los Criterios de Proceso evalúan los procesos clínicos y/o administrativos que inciden en la CALIDAD de la atención médica durante la prestación de los servicios.

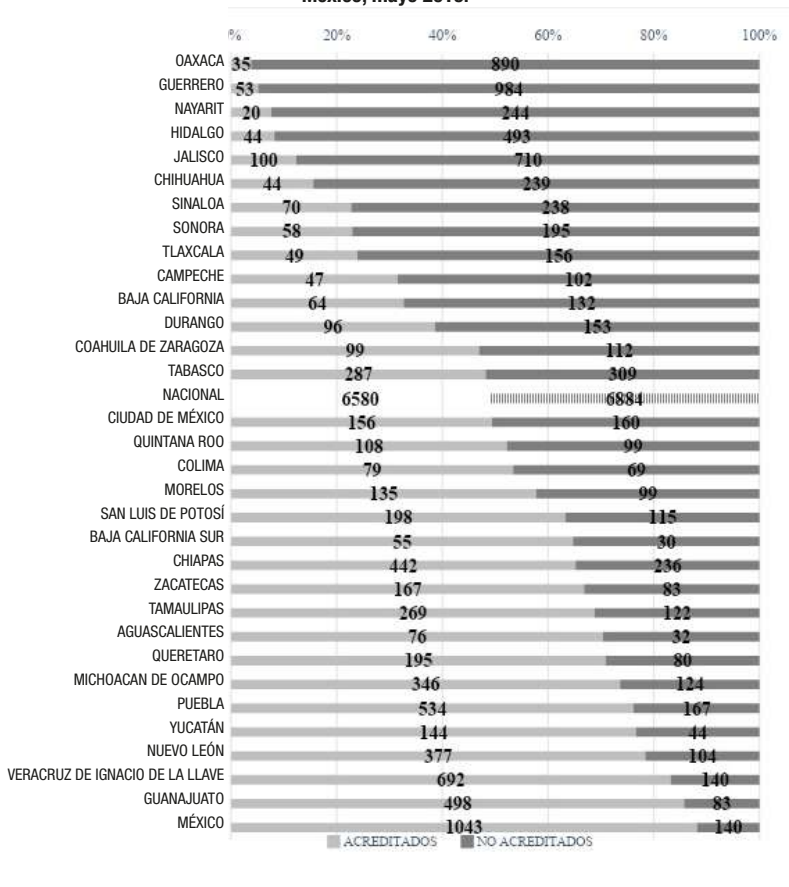
Los Criterios relativos a Evidencia documental permiten ratificar que los procesos evaluados se sustentan en registros, bitácoras y cualquier otro documento que garantiza su cumplimiento (Manual).

Adicionalmente, el Manual estableció como “Criterios Mayores”, a los requisitos considerados como esenciales, cuyo incumplimiento podría impedir el seguimiento de la evaluación respectiva, al suponer que su naturaleza incide en la calidad, capacidad y/o seguridad, a saber: Recurso humano y disposiciones normativas críticas para la atención médica en las áreas de: Urgencias, Quirófano y Unidades de Terapia Intensiva, Unidad de Quemados, Salas de Hemodinamia y Rayos X.

A pesar de la obligación legal respecto de la acreditación de la calidad, el actual gobierno a través de la CNPSS, se percató del deterioro de la calidad de las unidades médicas, lo que se reflejaba en la disminución de unidades médicas acreditadas para atender los padecimientos incorporados al CAUSES, pasando de 10,533 en diciembre de 2017 a 6,997 a mayo de 2019, así como la aplicación indebida de recursos por más de 6 mil millones de pesos en 2018 del SPSS hacia unidades que no cumplían con la condición de calidad para ser financiadas, configurándose un probable desvío de recursos, lo que se asentó en el Informe de Resultados del SPSS correspondiente al primer semestre de 2019 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019a).

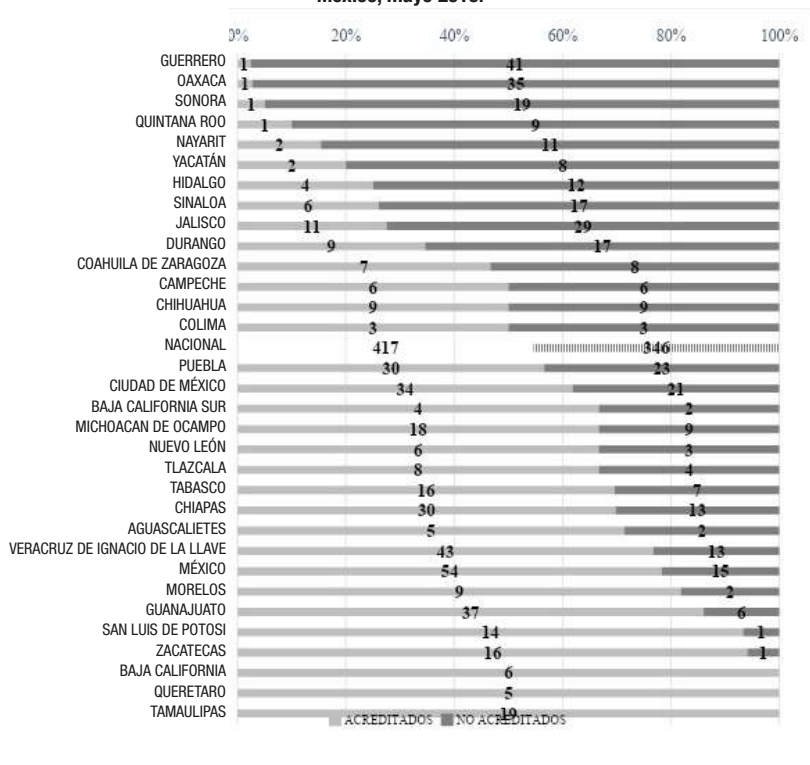
De acuerdo con cifras de la DGCES con corte a mayo de 2019, de las 14.227 unidades médicas de la Secretaría de Salud reportadas en operación, 13.464 correspondían a unidades de consulta externa y 763 a unidades de hospitalización; con respecto a las primeras, solo el 48,8% contaba con dictamen de acreditación de calidad aprobatorio, en tanto el 57,4% de las unidades de hospitalización contaban con dicho dictamen. Este porcentaje fue diferenciado en cada entidad federativa, siendo Oaxaca, Guerrero y Nayarit las que presentaban un menor porcentaje de acreditación de unidades médicas de consulta externa, y Guerrero, Oaxaca y Sonora las que presentaban menor porcentaje de acreditación de unidades de hospitalización (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2019a) (gráficas 1 y 2).

Gráfica 1
Estatus de acreditación de las unidades de consulta externa de la Secretaría de Salud, México, mayo 2019.



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de porcentaje de acreditación a nivel nacional, construida con información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2019a), con datos del Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES), de la Dirección General de Información en Salud, con corte a mayo 2019. El cálculo se obtuvo tomando en cuenta sólo establecimientos en operación de la Secretaría de Salud, de consulta externa, y excluyendo establecimientos con funciones administrativas y de asistencia social. Asimismo, se excluye la categoría de “otros”, que incluye establecimientos privados, estatales, municipales, Cruz Roja, DIF, IMSS Bienestar y universitarios.

Gráfica 2
Estatus de acreditación de las unidades de hospitalización de la Secretaría de Salud, México, mayo 2019.



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de porcentaje de acreditación a nivel nacional, construida con información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2019a), con datos del Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES), de la Dirección General de Información en Salud, con corte a mayo 2019. El cálculo se obtuvo tomando en cuenta sólo establecimientos en operación de la Secretaría de Salud, de hospitalización, y excluyendo establecimientos con funciones administrativas y de asistencia social. Asimismo, se excluye la categoría de “otros”, que incluye establecimientos privados, estatales, municipales, Cruz Roja, DIF, IMSS Bienestar y universitarios.

Dos factores asociados a este panorama han sido, por un lado, la débil inversión pública histórica en salud que no ha logrado llegar ni al 3% del PIB (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2019) y, por otro, la ineficiencia y corrupción en la aplicación de los recursos públicos, lo que explica que en 2019 México tuviera indicadores de recursos para la salud muy por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), como por ejemplo, 2,4 médicos, 2,9 enfermeras y 1,4 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes (incluyendo todos los subsistemas y el sector privado), contra, 3,5 médicos, 8,8 enfermeras y 4,7

camas en promedio entre los países miembros de dicho organismo internacional (OCDE, 2019).

Ante este panorama y el deterioro evidente de la calidad de un número importante de unidades médicas, el Gobierno Federal determinó durante 2019 seis estrategias:

- a) Impulsar una reforma legal que estableciera el derecho a la salud y medicamentos gratuitos de la población sin seguridad social y fincara las bases para la construcción de un Sistema de Salud para el Bienestar. Dicha reforma fue aprobada en noviembre de 2019 para entrar en vigor a partir del 1 de enero de 2020.
- b) Construir e implementar un nuevo Modelo de Atención basado en la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada, que sustituyera el modelo centrado en una visión de la salud mercantilizada y de curación de la enfermedad, por otro que priorizara el acceso universal y efectivo a la salud con equidad, dignidad, calidad y eficiencia a la atención a la salud, teniendo como principios la participación comunitaria, la intersectorialidad, los actores comunitarios en salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). La propuesta metodológica y operativa del Modelo de Atención de la APS-I Mx se publicó en noviembre de 2019 (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2020a).

“El Modelo de Atención de la APS-I Mx, inicia desde el primer contacto con la persona para la prevención y promoción para conservar la salud y una vez que la condición de salud lo requiere, continua con la atención asistencial ambulatoria primaria del PNA, para aumentar según la complejidad y especialización de la atención a la condición salud que requiere la persona. El tránsito desde la atención de medicina familiar o general hasta la de alta especialidad, no es forzosamente lineal, es decir, obedece a la necesidad de atención de la persona. Para garantizar el acceso y continuidad de la atención es imperativo el trabajo coordinado e integral de la comunidad y del sector, así como contar con las redes y la participación constante de los agentes de salud.

...Al ubicar a la persona como parte fundamental de la familia, la familia de la comunidad y la comunidad como el soporte de la persona se plantea el paradigma de articular la atención primaria a la salud desde el enfoque familiar y comunitario como base del sistema de salud. En este sentido el modelo se fundamenta en las estrategias que articulen el tránsito de la persona a lo largo del sistema de salud, donde se realice el trabajo personal, familiar y comunitario para el cuidado de la salud y conductas

saludables dentro de un marco de autorresponsabilidad. Se soporta con la infraestructura, recursos y servicios brindados mediante una óptima organización del sistema nacional de salud. Este modelo replantea la conceptualización del Primer Nivel de Atención en México con un fortalecimiento de la acción comunitaria y participación de promotores de salud que sean un eficaz elemento de detección temprana y contención del envío de los pacientes hacia los niveles de atención más complejos” (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2020a).

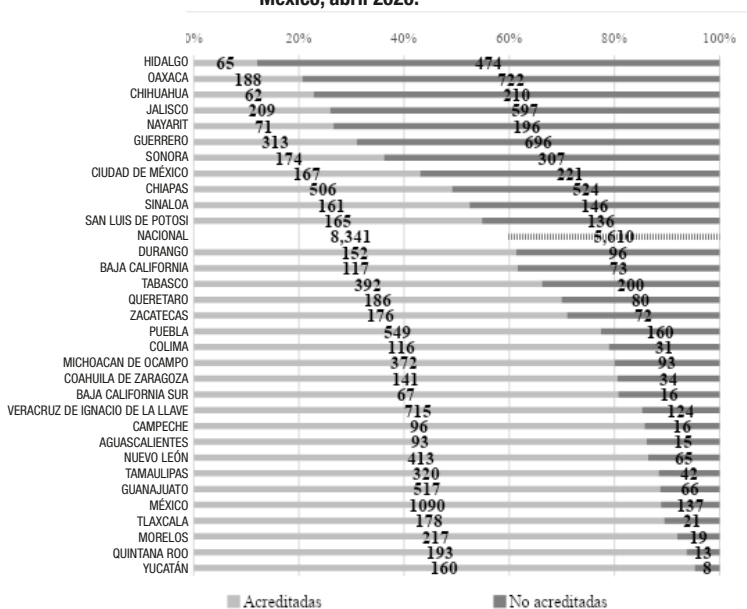
- c) La creación del programa presupuestario Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral asignando un monto de 6 mil millones de pesos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019: 91) para fortalecer a las unidades médicas que atienden a la población más vulnerable con mantenimiento, equipamiento y personal, favoreciendo así los indicadores de estructura de la calidad (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019a; 2019b)
- d) La modificación al proceso administrativo de acreditación de la calidad, permitiendo la autoevaluación bajo protesta de decir verdad por parte de las autoridades médicas de las unidades de primer nivel, con supervisiones programadas por personal de la Secretaría de Salud Federal, lo que quedó asentado en la modificación al Manual realizada en el mes de agosto de 2019 (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2019);
- e) La desvinculación del financiamiento federal, de la acreditación de la calidad en la Reforma de Ley, de tal manera que en el Art 77 Bis 9 se eliminó el apartado que condicionaba contar con la acreditación previamente a recibir financiamiento federal y, además, se estableció en el Artículo Transitorio Octavo que los recursos que les hubiera sido transferidos a las entidades federativas en el ejercicio fiscal 2019 podrían ser utilizados en la totalidad de las unidades médicas de las redes de servicios, es decir, que se permitió utilizar el recurso para unidades acreditadas y no acreditadas (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2019); y,
- f) La disposición legal para hacer uso de 40 mil millones de pesos durante 2020, del antes Fideicomiso de Protección Social en Salud para el fortalecimiento de las unidades médicas y la creación del nuevo sistema de salud para el bienestar, según artículo transitorio décimo de la Reforma a Ley General de Salud, señalada.

Con estas estrategias, al mes de abril de 2020 el panorama de acreditación de la calidad de las unidades médicas se mejoró ligeramente

en porcentaje de dictámenes aprobatorios obtenidos en comparación con el mes de mayo de 2019, ya que, de 14.724 unidades médicas de la Secretaría de Salud en operación registradas a esa fecha (13.951 de consulta externa y 773 de hospitalización), el 59,7% de las unidades de consulta externa contaban con acreditación, en tanto que el 64,8% de las unidades de hospitalización contaban con dicha condición (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2020), tal como se muestra en las gráficas 3 y 4 y la tabla 1.

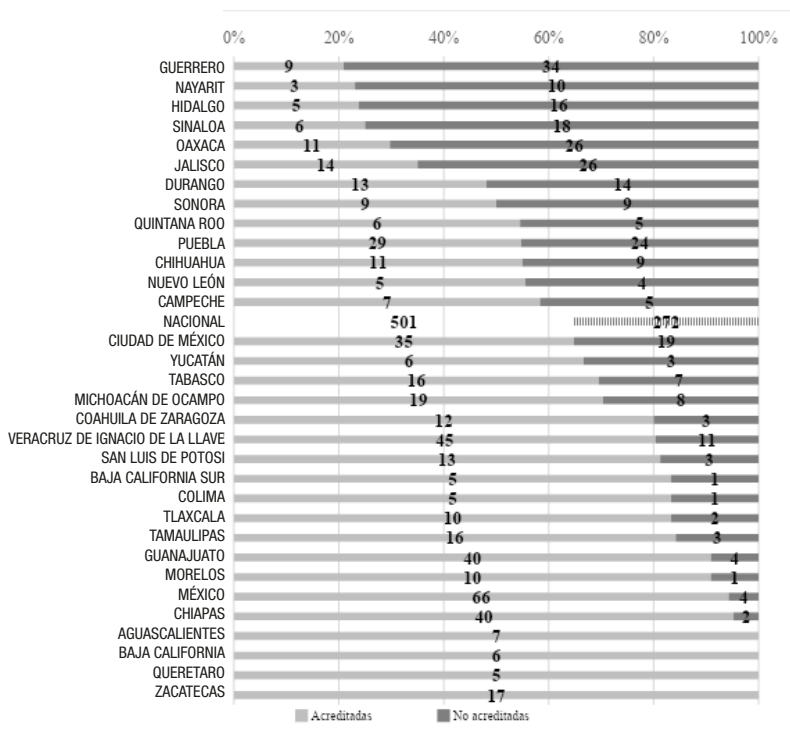
De la misma manera que en 2019, en abril de 2020 el porcentaje de acreditación fue diferenciado en cada entidad federativa, siendo Hidalgo, Oaxaca por segunda ocasión y Chihuahua, las que presentaban un menor porcentaje de acreditación de unidades médicas de consulta externa, y nuevamente Guerrero, Nayarit e Hidalgo las que presentaban menor porcentaje de acreditación de unidades de hospitalización (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2019a)

Gráfica 3
Estatus de acreditación de las unidades de consulta externa de la Secretaría de Salud, México, abril 2020.



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de porcentaje de acreditación a nivel nacional, construida con información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2020), con datos del Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES), de la Dirección General de Información en Salud, con corte a abril 2020. El cálculo se obtuvo tomando en cuenta sólo establecimientos en operación de la Secretaría de Salud, de consulta externa, y excluyendo establecimientos con funciones administrativas y de asistencia social. Asimismo, se excluye la categoría de "otros", que incluye establecimientos privados, estatales, municipales, Cruz Roja, DIF, IMSS Bienestar y universitarios.

Gráfica 4
Estatus de acreditación de las unidades de hospitalización de la Secretaría de Salud,
México, abril 2020.



Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de porcentaje de acreditación a nivel nacional, construida con información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2020), con datos del Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES), de la Dirección General de Información en Salud, con corte a abril 2020. El cálculo se obtuvo tomando en cuenta sólo establecimientos en operación de la Secretaría de Salud, de hospitalización, y excluyendo establecimientos con funciones administrativas y de asistencia social. Asimismo, se excluye la categoría de "otros", que incluye establecimientos privados, estatales, municipales, Cruz Roja, DIF, IMSS Bienestar y universitarios.

Cuadro 1
Síntesis de la situación de acreditación de la calidad en México por tipo de unidad,
mayo 2019 y abril 2020

Variable	2019	2020
Total de unidades médicas *	14.227	14.724
Total de unidades de hospitalización *	763	773
Total de unidades de consulta externa *	13.464	13.951
Total de unidades de hospitalización acreditadas	417	501
Total de unidades de hospitalización no acreditadas	346	272
Total de unidades de consulta externa acreditadas	6.580	8.341
Total de unidades de consulta externa no acreditadas	6.884	5.610
Porcentaje de unidades de hospitalización acreditadas	54,7%	64,8%
Porcentaje de unidades de hospitalización no acreditadas	45,3%	35,2%
Porcentaje de unidades de consulta externa acreditadas	48,9%	59,8%
Porcentaje de unidades de consulta externa no acreditadas	51,1%	40,2%

* La diferencia de unidades médicas entre un año y otro obedece al número de unidades registradas en la condición de “en operación” en el Catálogo CLUES ante la Dirección General de Información en Salud.

Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2019a) (2020), con datos del Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES), de la Dirección General de Información en Salud, con corte a mayo 2019 y abril 2020. El cálculo se obtuvo tomando en cuenta sólo establecimientos en operación de la Secretaría de Salud, de hospitalización, y excluyendo establecimientos con funciones administrativas y de asistencia social. Asimismo, se excluye la categoría de “otros”, que incluye establecimientos privados, estatales, municipales, Cruz Roja, DIF, IMSS Bienestar y universitarios.

MEDIDAS ASOCIADAS A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ADOPTADAS DURANTE LA PANDEMIA

En este contexto de calidad de las unidades médicas y de transición hacia un nuevo sistema de salud para la población sin seguridad social, es que México arriba a la pandemia, por lo que los esfuerzos originalmente previstos para avanzar en el reforzamiento de los parámetros de la dimensión de estructura de la calidad de la atención como infraestructura, equipo médico y personal previstos, se reorientaron hacia la estrategia de reconversión hospitalaria definida en el mes de marzo por el Consejo de Salubridad General en su carácter de autoridad sanitaria nacional, según se lee textualmente en su Acuerdo Cuarto:

El Consejo de Salubridad General exhorta a los gobiernos de las entidades federativas, en su calidad de autoridades sanitarias y, en general, a los integrantes del Sistema Nacional de Salud a definir, a la brevedad, planes de reconversión hospitalaria y expansión inmediata de capacidad que garanticen la atención oportuna de los casos de la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2, COVID-19, que necesiten hospitalización (Consejo de Salubridad General, 2020).

Para poner en operación la estrategia en las entidades federativas, la Secretaría de Salud publicó el Lineamiento de Reconversión Hospitalaria, en donde se consideró la capacidad instalada y la posibilidad de ampliación en cada unidad de salud a través de tres etapas de reconversión, con el objetivo de atender oportunamente la demanda en cada región del país (Secretaría de Salud, 2020b). Cada unidad médica sujeta de reconversión (Hospital COVID-19), adecuó sus servicios para disponer de un mayor número de recursos humanos y materiales derivado de la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19. La estrategia contempló a todo el sector público incluyendo a las Instituciones de Seguridad Social, las que estarían obligadas también a recibir pacientes con síntomas de COVID-19, independientemente de su situación de aseguramiento.

En el proceso de reconversión, no se consideró como criterio el que tuvieran acreditación de calidad vigente, por lo que, para la primera etapa, se consideraron unidades médicas acreditadas y no acreditadas y se instrumentó una cédula de autoevaluación COVID-19 cuyo propósito fue valorar el estado funcional de las instalaciones eléctricas, hidrosanitarias, gases medicinales, cisterna, estación eléctrica, ventilación en áreas críticas, para determinar la factibilidad de reconversión en función de su infraestructura e instalaciones. Para las etapas dos y tres se determinó que las autoridades responsables deberían realizar el cálculo de recursos humanos y materiales necesarios para la ampliación de la capacidad (Lineamientos de Reconversión, 2020).

Así, de las 1,470 unidades de hospitalización en operación de todo el sector público de salud, 547 fueron reconvertidas en hospitales COVID-19 al 30 de junio de 2020 de las cuales, sólo el 34.3% (205 unidades) contaban con dictamen de acreditación de calidad previo aprobatorio (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2020; Secretaría de Salud, 2020c) (tabla 2).

Respecto a la capacidad instalada, al inicio de la contingencia se contaba con 1,025 camas con las características técnicas para atender la COVID-19³; previendo que para la etapa 2 de reconversión se adaptarían 5.059 camas adicionales con ventilador y 2.342 para la fase 3 de expansión. De esta manera, el total estimado de camas necesarias para la atención de COVID-19 para la fase 3 era de 8.426 camas (Secretaría de Salud, 2020a; Mendoza *et al.*, 2020). Asimismo, en esa

3 Por parte de tres instituciones: Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE al 30 de marzo de 2020.

fecha se estimaba que existía un déficit de 23.119 enfermeras y 6.666 médicos (Secretaría de Salud, 2020a).

Al 30 de junio de 2020, con la estrategia de reconversión y de acuerdo a los datos de la Red de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (Red IRAG), compuesta por 901 hospitales notificantes, se contó con un total de 9.303 camas con ventilador para la atención de COVID-19 (877 más que las calculadas en la estimación del 30 de marzo); lo que fue posible debido a la inversión en infraestructura física y equipo médico. La ocupación a esa fecha era del 40%, con 3.699 camas ocupadas (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2020).

Con relación al déficit de recursos humanos para la salud, el Gobierno de México llevó a cabo un proceso de contratación de médicos especialistas, médicos generales, enfermeras y otro personal de salud, que sumaron un total de 46.029 profesionales de salud contratados para la atención de la contingencia (tabla 3).

Es de suponer, que las estimaciones de recursos adicionales fueron realizadas con base en los reportes del levantamiento de información estratégica de variables a considerar para evaluar la capacidad instalada por parte de los responsables de unidades, reportados a las autoridades federales en la plataforma de información habilitada para tal fin, según los Lineamientos de Reconversión aludidos anteriormente.

Cuadro 2
Distribución de unidades de hospitalización del sector público de salud por entidad federativa, estatus de acreditación y reconversión en hospital COVID-19, México, 2020.

No.	Entidad federativa	Total de unidades 1/	Total de unidades acreditadas1/	Total de unidades no acreditadas1/	% de unidades acreditadas	Total de unidades reconvertidas (hospitales COVID-19) 2/	% de unidades reconvertidas (hospitales COVID-19)	Hospitales COVID-19 acreditados	Hospitales COVID-19 no acreditados	% de hospitales COVID-19 acreditados
1	Aguascalientes	12	7	5	58,3	4	33,3	0	4	0,0
2	Baja California	29	8	21	27,6	11	37,9	3	8	27,3
3	Baja California S	23	5	18	21,7	13	56,5	5	8	38,5
4	Campeche	23	7	16	30,4	4	17,4	0	4	0,0
5	Chiapas	75	48	27	64,0	11	14,7	5	6	45,5
6	Chihuahua	42	11	31	26,2	19	45,2	5	14	26,3
7	CDMX	109	35	74	32,1	38	34,9	11	27	28,9
8	Coahuila	49	12	37	24,5	18	36,7	2	16	11,1
9	Colima	14	7	7	50,0	7	50,0	5	2	71,4
10	Durango	39	13	26	33,3	4	10,3	2	2	50,0
11	Guanajuato	65	41	24	63,1	50	76,9	37	13	74,0
12	Guerrero	59	9	50	15,3	12	20,3	3	9	25,0
13	Hidalgo	39	10	29	25,6	25	64,1	5	20	20,0
14	Jalisco	79	17	62	21,5	41	51,9	7	34	17,1
15	México	118	71	47	60,2	38	32,2	27	11	71,1
16	Michoacán	56	20	36	35,7	35	62,5	16	19	45,7
17	Morelos	19	10	9	52,6	7	36,8	3	4	42,9
18	Nayarit	25	6	19	24,0	3	12,0	3	0	100,0
19	Nuevo León	32	6	26	18,8	8	25,0	2	6	25,0
20	Oaxaca	64	11	53	17,2	36	56,3	10	26	27,8
21	Puebla	82	33	49	40,2	16	19,5	8	8	50,0
22	Querétaro	10	5	5	50,0	4	40,0	1	3	25,0
23	Quintana Roo	23	6	17	26,1	10	43,5	3	7	30,0
24	San Luis Potosí	35	14	21	40,0	16	45,7	6	10	37,5
25	Sinaloa	42	9	33	21,4	19	45,2	2	17	10,5
26	Sonora	50	9	41	18,0	19	38,0	4	15	21,1
27	Tabasco	34	16	18	47,1	8	23,5	4	4	50,0
28	Tamaulipas	45	20	25	44,4	30	66,7	14	16	46,7
29	Tlaxcala	16	10	6	62,5	3	18,8	0	3	0,0
30	Veracruz	105	48	57	45,7	23	21,9	9	14	39,1
31	Yucatán	27	7	20	25,9	8	29,6	2	6	25,0
32	Zacatecas	30	18	12	60,0	7	23,3	1	6	14,3
Total		1.470	549	921	37,0%	547	37,2%	205	342	34,3%

Fuentes: Elaboración propia con base en: 1/Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2020), con información del Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES), de la Dirección General de Información en Salud, con corte a abril 2020. Disponible en línea: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html.

2/Secretaría de Salud (2020c). COVID-19MX, versión 2.0.1 [aplicación móvil]. Gobierno de México. App Store. Con información al 30 de junio de 2020. <https://apps.apple.com/mx/app/covid-19mx/id1505632889> El cálculo se obtuvo tomando en cuenta sólo establecimientos públicos de

hospitalización en operación de las siguientes instituciones: Centros de Integración Juvenil, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto Mexicano del Seguro Social régimen Bienestar (IMSS Bienestar), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de Salud (SS), Servicios Médicos Estatales, Servicios Médicos Municipales, Servicios Médicos Universitarios y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF); excluyendo establecimientos de primer nivel (salvo establecimientos reconvertidos en unidad COVID-19), establecimientos con funciones administrativas, así como Servicios Médicos Privados y de la Cruz Roja Mexicana.

Tabla 3
Personal contratado por el sector salud ante la contingencia por COVID-19, por institución de salud y tipo de personal, México, 2020.

	Médicos especialistas	Médicos generales	Enfermeras especialistas	Enfermeras generales	Otro personal de salud contratado*	Total
IMSS	1.315	2.114	91	6.570	9.063	19.153
ISSSTE	391	549	241	1.066	788	3.035
SSA	1.807	3.436	861	9.353	2.382	17.839
SEDENA	155	1.325	157	2.164	1.151	4.952
MARINA	62	96	15	146	45	364
PEMEX	206	299	70	51	60	686
Total	3.936	7.819	1.435	19.350	13.489	46.029

* Incluye camilleros, cocineros, radiólogos, entre otros.

Fuente: Tablero sectorial de control de recursos humanos para COVID-19. Informe Presidencial sobre COVID-19 desde Palacio Nacional. 14 de junio de 2020. [Video]. Disponible en línea: <https://www.youtube.com/watch?v=hoj3suhqQaQ>

CONCLUSIONES

La calidad de la atención es uno de los componentes del derecho a la salud. En México ha sido una de las debilidades del sistema de salud, a pesar del amplio sustento declarativo y normativo respecto de ese derecho, lo que se muestra en la disminución de las unidades acreditadas entre el año 2017 y principios del 2019. Las causas son variadas destacando de entre ellas, la insuficiente inversión histórica en salud, el modelo de compra venta de servicios que permitió destinar recursos a la prestación de servicios privados con dinero público en lugar de fortalecer la infraestructura del sistema público, las deficiencias de gestión y la aplicación de recursos federales con desapego a la normatividad, particularmente en lo relativo a las que aludían a la calidad de las unidades médicas.

Las estrategias implementadas por el nuevo gobierno para mejorar la acreditación de la calidad, lograron avances leves hacia el primer trimestre de 2020, pero acordes al poco tiempo transcurrido para su puesta en marcha, logrando pasar de 417 unidades de hospitalización acreditadas en 2019 a 501 en 2020 y de 6.580 unidades de consulta externa a 8.341 en el mismo período.

Como en la mayoría de los países, la estrategia adoptada por México para afrontar la pandemia se centró en la reconversión hospitalaria, para garantizar que todas las personas contagiadas con afectación de gravedad tuvieran acceso a camas con ventilador y personal especializado, lo que significó una inversión emergente extraordinaria destinada a los 547 hospitales COVID (incluyendo todas las Instituciones del sector público) a efecto de adecuar su infraestructura, adquirir equipo médico, medicamentos y contratar personal, reorientando el gasto que originalmente se tenía contemplado para crear el nuevo sistema de salud para la población sin seguridad social aprobado en noviembre de 2019 y para fortalecer la calidad de las unidades médicas no acreditadas incorporadas a dicho sistema. En la selección de los hospitales COVID no se consideró como criterio que contaran con certificado de acreditación de la calidad, por lo que la inversión en dichas unidades si bien se presume debió ser mayor, también representa una oportunidad para su acercamiento a las condiciones de calidad mínimas establecidas por la norma vigente, por lo que la inversión en equipamiento y personal puede ser aprovechada durante el período posterior a la pandemia para reforzar la red hospitalaria con criterios de mejora de la calidad, siempre que se retome la implementación del modelo de atención definido como APS-I Mx, centrado en el fortalecimiento del primer nivel de atención, la atención a la salud comunitaria y la construcción de redes integradas de servicios de salud, que garanticen el acceso de las personas a los diferentes niveles de complejidad de acuerdo a sus necesidades de salud, a través de una adecuada coordinación asistencial y el reforzamiento de la capacidad resolutoria de los diferentes servicios de atención médica, incluida la atención hospitalaria. Será conveniente continuar con el estudio para conocer si el estado de acreditación de las unidades reconvertidas que no contaban con acreditación de calidad, lograron esa condición con la inversión realizada con motivo de la pandemia y si el cálculo de recursos adicionales estuvo apegado a necesidades razonables de conformidad con la proyección de contagios y requerimientos de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 1984 “Ley General de Salud. Últimas reformas publicadas DOF 24-01-2020” en *Diario Oficial de la Federación* (México). En <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf> acceso 07 de julio de 2020

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2003 “DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud” en *Diario Oficial de la Federación* (México). En <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003> acceso 07 de julio de 2020.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2004 “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Última reforma publicada 17-12-2014” en *Diario Oficial de la Federación* (México). En <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS_171214.pdf> acceso 07 de julio de 2020.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2019a “Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2018-2019” en <<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-07-19.pdf>> acceso 07 de julio de 2020.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2019b “DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud” en *Diario Oficial de la Federación* (México). En <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf> acceso 07 de julio de 2020.
- Cisneros Luján, Angélica Ivonne. 2012 “El acceso de la población mexicana sin seguridad social a los Medicamentos: Entre el discurso y la realidad” en *UniverSalud* (Veracruz) Vol. 8, N° 16, septiembre. En <<https://www.uv.mx/msp/files/2014/04/Universalud-16-optimizado.pdf>> acceso 07 de julio de 2020.
- Comisión Nacional de Protección en Salud. 2019 “Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud enero – junio 2019” en *Secretaría de Salud* (México). En <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/InformedeResultadosdelSPSSenero_junio2019.pdf> acceso 07 de julio de 2020.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). 2000 “Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” en *Organización de las Naciones Unidas* (Ginebra). En <[https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html](https://www.refworld.org/es/publisher/CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html)> acceso 07 de julio de 2020.
- Consejo de Salubridad General 2020 “ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad

- por el virus SARS-COV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia” en *Diario Oficial de la Federación* (México). En <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020> acceso 08 de julio de 2020.
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2016 “Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” en *Diario Oficial de la Federación* (México). En <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5464192&fecha=06/12/2016> acceso 06 de diciembre de 2016.
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2019a “Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES)” en *Dirección General de Información en Salud* (México) corte a mayo 2019. En <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html> acceso 23 de junio del 2020.
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2019b “MODIFICACIÓN al Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” en *Diario Oficial de la Federación* (México). En <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5570123&fecha=22/08/2019> acceso 23 de junio de 2020.
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2020 “Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES)” en *Dirección General de Información en Salud* (México) corte a abril 2020. En <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html> acceso 23 de junio de 2020.
- Donabedian, Avedis. 2001 “La Calidad de la Atención Médica” en *Rev Calidad Asistencial* (España) Vol. 16. En <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf> acceso 09 de julio de 2020.
- Laurell, Asa Ebba Cristina. 2016 “Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos” en *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Brasil) Vol. 24.
- Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio. 1996 “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina” en *Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe Documento de Trabajo* 353 (Washington). En <<https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>> acceso 07 de julio de 2020.

- Mendoza Popoca, Cecilia Úrsula y Suárez Morales, Mario. 2020 “Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19” en *Rev Mex Anest* (Ciudad de México) Vol. 43, N° 2, abril-junio. En <<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2021.pdf>> acceso 08 de julio de 2020.
- OCDE. 2019 “¿Cómo se compara el sistema de salud de México con otros miembros de la OCDE? Descripción general basada en indicadores de Health at a Glance 2019” en <<https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-C%C3%B3mo-se-compara-M%C3%A9xico.pdf>> acceso 23 de junio de 2020.
- Secretaría de Salud. 2020a “Conferencia de prensa #Coronavirus #COVID-19 #QuédateEnCasaYa | 30 de marzo de 2020” en <<https://www.youtube.com/watch?v=phT6x-a52XU>> acceso 09 de julio de 2020.
- Secretaría de Salud. 2020b “Lineamiento de Reconversión Hospitalaria” en *Gobierno de México* (México). En <<https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>> acceso 23 de junio de 2020.
- Secretaría de Salud. 2020c “COVID-19MX, versión 2.0.1” [aplicación móvil] en *Gobierno de México* (México) con información al 30 de junio. En <<https://apps.apple.com/mx/app/covid-19mx/id1505632889>> acceso 30 de junio de 2020.
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. 2019a “Criterios de Operación del programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin Seguridad Social Laboral para el ejercicio fiscal 2019” en *Secretaría de Salud* (México). En <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/536689/210519_CRITERIOS_OPERATIVOS_PROGRAMA_U013_24.pdf> acceso 07 de julio de 2020.
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. 2019b “Modificación a los Criterios de Operación del programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin Seguridad Social Laboral para el ejercicio fiscal 2019” en *Secretaría de Salud* (México). En <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/536690/ModificacionCriteriosU013.pdf>> acceso 07 de julio de 2020.
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. 2020a “Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: la Propuesta Metodológica y Operativa” en *Secretaría de Salud* (México). En <http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf> acceso 30 de junio de 2020.

- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2020b
“COVID-19 México, Comunicado Técnico Diario Fase 3 del 30 de junio de 2020” en *Secretaría de Salud* (México). En <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/560907/CP_Salud_CTD_coronavirus_COVID-19__30jun20.pdf> acceso 30 de junio de 2020.
- Tamez González, Silvia y Eibenschutz, Catalina. 2008 “El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud” en *Revista de Salud Pública* (Colombia) Vol. 10 N° 1, diciembre. En <<https://www.redalyc.org/pdf/422/42217847012.pdf>> acceso 08 de julio de 2020.

COVID-19: PANDEMIA Y PRECARIEDAD LABORAL EN EL SECTOR SALUD Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LAS Y LOS TRABAJADORES

Mauricio Torres-Tovar

Dedico este escrito a la memoria de los miles de trabajadores/as de la salud en el mundo que han perdido su vida, tanto ahora en los tiempos de pandemia como antes, producto de condiciones laborales oprobiosas y bioinseguras, generadas por políticas que convirtieron a la salud en una mercancía y que desprecian la salud y la vida de quienes contribuyen a cuidar la salud de la gente.

INTRODUCCIÓN

La epidemia por COVID-19 ha sacado a flote con total rudeza, muchos de los aspectos que el actual modelo de sociedad ha venido configurando décadas atrás, y que ha querido o bien ocultarlos, o bien hacerlos ver como situaciones naturales.

Uno de ellos tiene que ver con evidenciar la precarización laboral, entendida como aquella situación laboral deteriorada producto de las formas de contratación inestables e intermediadas, intensificación de la carga laboral, salarios disminuidos y desprotección de la salud y la seguridad en el trabajo (Standing, 2011); vinculada con la transformación del mundo del trabajo impulsado en las últimas décadas, relacionada con la implementación de políticas laborales de flexibilización e intermediación, que han conducido a una enorme inestabilidad laboral, mayores formas de despojo del trabajo, crecimiento de la informalidad y pérdida de mecanismos de protección social que había conquistado el movimiento obrero, los cuales urgen en situaciones dramáticas como la que ha impuesto la pandemia, de aislamiento obligatorio (Torres-Tovar, 2020a; 2020b).

Otro, relacionado con las formas peligrosas para la salud y la vida en que se está trabajando, en tanto la precarización laboral ha conducido a trabajar en condiciones riesgosas e insalubres, como bien lo muestra la situación de las y los trabajadores del sector salud en

su labor de primera línea de atención a la pandemia de COVID-19, los cuales ven afectada su salud física porque se infectan con el virus, muchos de los cuales han muerto, pero a la vez su salud mental por el miedo al contagio, por la sobrecarga laboral, por la estigmatización social que sufren por considerarlos vehículo de contagio, entre otras razones.

Estas dos situaciones, son producto de los efectos que han tenido la implementación de las políticas laborales y de seguridad social de corte neoliberal, desde finales de los años 70 del siglo XX, que han intensificado los procesos de flexibilización laboral, de privatización de los sistemas de salud y de financiarización de los sistemas de seguridad social (Ardila, 2016; Abadía y Ardila, 2019), subordinando la salud y la vida de las y los trabajadores a la acumulación de capital.

En esta vía, este ensayo busca analizar las causas de la precarización laboral de las y los trabajadores del sector salud, relacionadas con las reformas estructurales del campo laboral y de la seguridad social, que condujeron a una privatización de los sistemas de salud y a una proletarización de la mano de obra del sector salud (Ardila, 2016; Torres-Tovar, 2006) y referir los impactos que vienen generando en la salud y la vida de estos trabajadores, claramente evidenciados en el contexto de la atención a la pandemia por COVID-19.

Esta reflexión se apoya en la situación en Colombia por ser un caso emblemático de estas reformas estructurales impulsadas globalmente, en los componentes laboral y de seguridad social (Niño y De Lafont, 2013; Palma, 2016; Torres-Tovar, 2008).

CAMBIOS EN EL MUNDO DEL TRABAJO Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LAS Y LOS TRABAJADORES

En el ámbito global, el mundo del trabajo ha venido sufriendo profundos cambios producto de las llamadas reformas estructurales que iniciaron globalmente en los años 70 del siglo XX, que han conllevado la implementación de políticas neoliberales en diversos sectores, que han impactado múltiples aspectos, entre ellos la calidad de las condiciones del empleo y del trabajo y a su vez, la situación de salud y de vida de los trabajadores (Antunes, 2018).

Las reformas en los componentes laboral y de seguridad social, han venido generando un conjunto amplio de efectos en el trabajo y en la protección a la salud en el trabajo, como lo han evidenciado diversos trabajos que destacan: la erosión del contrato del trabajo regulado y estable; el aumento del trabajo flexible e incremento de la tasa de desempleo; el aumento de la feminización del trabajo y de la presencia de migrantes, lo que facilita formas de trabajo más flexibles y precarias;

la intensificación en los ritmos de trabajo, con prolongación de la duración de la jornada laboral; limitaciones en los procesos organizativos y de participación de los trabajadores, expresado en dificultades para configurar organizaciones sindicales; así mismo, ha llevado a una precarización de la vida de las y los trabajadores y sus familias (Muntaner *et al.*, 2010; Moutsatsos, 2011; Pina y Navarro, 2015).

Igualmente, han generado ausencia o debilidad de políticas públicas y empresariales de protección de la salud en el trabajo, muy relacionada con el protagonismo que ganó el aseguramiento privado en salud y riesgos laborales, articulado a los procesos de financiarización de la economía, en donde lo prevalente es el negocio de la intermediación financiera y no la protección; una ausencia o debilidad de servicios de salud en el trabajo y deterioro de los programas de promoción y prevención de la salud en el trabajo (Luna-García, 2009).

Estos cambios producen de manera franca, una gran precarización laboral, que llevan a un aumento de la nocividad de las condiciones de trabajo, con un incremento de la accidentalidad, enfermedad y muerte laboral; conjugando la presencia de patologías laborales “viejas” o tradicionales como las neumoconiosis o la hipoacusia industrial, junto a patologías laborales “nuevas” o emergentes, como el síndrome de Burnout o las lesiones por esfuerzos repetitivos (LER), muy asociadas a las condiciones que imponen las nuevas formas organizativas, gerenciales y tecnológicas en los procesos laborales, asociadas al conjunto de reformas (Betancourt, 2003; Briceño, 2000; Feo Istúriz, 2003; Tomasina, 2012).

IMPACTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL MUNDO DEL TRABAJO

Ya sumergidos en un contexto del mundo del trabajo muy precarizado, flexibilizado y desregularizado, con porcentajes importantes de desempleo y altas tasas de informalidad laboral, se presenta el fenómeno sanitario de la pandemia por COVID-19, que obligó a cuarentenas obligatoria de amplios sectores de la población mundial, trayendo de la mano una paralización y/o transformación de las dinámicas laborales, tanto de las formales como las informales, con un gran impacto en la pérdida de puestos de trabajo, como lo asevera la Organización Internacional del Trabajo, que anota que en el mundo en el primer semestre del 2020 se han perdido cerca de 400 millones de empleos, 14 millones de ellos en América Latina (OIT, 2020a, 2020b) y en Colombia, más de 4 millones (DANE, 2020).

Un primer efecto laboral, que involucró a diversos sectores de la economía, fue el tener que emprender el trabajo desde la casa, a partir de los recursos que hoy brinda la tecnología virtual. En este sentido,

rápidamente se dio un incremento del teletrabajo, una forma que ya se viene implementando y regulando de tiempo atrás, y de trabajo remoto, diferente en tanto no cuentan con ciertas garantías y condiciones de las del teletrabajo.

Lo cierto, es que estas formas remotas y de teletrabajo, están mostrando un proceso de mayor intensificación del trabajo, con mayor volumen de tareas, con jornadas laborales extendidas y con una intromisión en el ámbito doméstico que no respeta ni su espacio, ni sus horarios. Con un agravante para la fuerza laboral femenina principalmente, dado que sobrepone las tareas laborales, con las domésticas y de cuidado, generando una tremenda sobrecarga en las labores de las mujeres.

Por otro lado, evidencia las enormes capas de la población que se encuentran en la informalidad, que sobreviven con la consecución de recursos en el día a día y que, dado que no tienen condiciones económicas para sobrellevar un aislamiento, se vuelcan a las calles, aún a riesgo de contaminarse con el virus.

Este contexto ha obligado a la gente a buscar formas alternas de trabajo muy vinculadas con las tecnologías virtuales, que ideológicamente es alentado con la idea de que la persona sea su propio patrón, vía a través de la cual se han incrementado los trabajos a través de plataformas como Uber, Rappi y otras que están llevado a lo que desde la sociología del trabajo se viene denominando la uberización del trabajo, en donde desaparece la figura de patrón, donde las responsabilidades de la protección del trabajo recaen en manos del propio trabajador, a pesar de este trabajar para los dueños de la plataforma y donde se da una franca pauperización laboral con formas amplias de desprotección social (Antunes, 2018).

En este sentido, la pandemia es un hecho con enormes efectos sociales y humanos, que el capital coloca a su favor y le va a brindar la oportunidad para readaptar el modelo de producción, que hacia la fase de pos pandemia, virará aún más hacia formas satelizadas y virtualizadas de trabajo, en donde se descargará de responsabilidades como los medios de producción, los elementos de protección personal, de gastos como los de los servicios públicos, aislando aún más a los trabajadores y conteniendo la posibilidad de sus acciones organizativas colectivas, intensificando las cargas laborales y ampliando las jornadas laborales, con lo cual aumentara la posibilidad del despojo del trabajo y aumentará la acumulación de capital y a su vez, estaremos en una escenario de mayor desempleo, informalidad y empobrecimiento de la clase trabajadora.

SITUACIÓN DEL MUNDO DEL TRABAJO EN EL SECTOR SALUD: EL CASO COLOMBIANO

Los procesos de transformación del mundo del trabajo han sido globales, producto del impulso de políticas neoliberales que han gestado cambios en el orden laboral centrados principalmente en desregularizar la relación capital-trabajo, en el orden de la seguridad social al colocar los componentes de ella como bienes transables de mercado y con ello a su vez, desmontar logros en el campo de las protecciones sociales que el movimiento obrero había conquistado producto de sus luchas (Torres-Tovar, 2020b).

Desde luego, el mundo del trabajo del campo de la salud no ha sido ajeno a estos cambios y se ha visto fuertemente impactado por estas políticas neoliberales que llevaron a una desestructuración de los sistemas de salud públicos y al avance acelerado de sistemas privados a través de modelos intermediarios de aseguramiento, que adicionalmente llevaron a un proceso de financiarización de los sistemas de seguridad social, que colocaron los aspectos de salud, riesgos laborales y pensión, en función del tipo de régimen de acumulación iniciado en los años 70 del siglo XX, cuya principal fuente de acumulación pasó a ser la especulación financiera.

Para el caso colombiano, el proceso de reformas estructurales inició a mediados de la década de los 70, pero se aceleró a comienzo de los años 90 del siglo XX, con la denominada apertura económica, que se fue dando a la par de un conjunto de transformaciones en las políticas económica, social, laboral y de seguridad social, entre otras.

Con la Ley 50 de 1990 se estableció la reforma laboral, bajo el supuesto que con esta se harían las adaptaciones laborales pertinentes para el contexto de globalización y apertura de la economía, la cual impulsó procesos de flexibilización y desregulación laboral, habilitando a su vez, el cese laboral de una gran cantidad de trabajadores del sector público y privado (Isaza Castro, 2003; Niño y De Lafont, 2013). De otro lado, con la Ley 100 de 1993 se estableció una reforma a la seguridad social, que llevó a un proceso paulatino de privatización de los componentes de salud, riesgos laborales y pensiones y con ello, generó una mayor desprotección de los derechos a la salud y a la salud en el trabajo en el país (Luna-García, 2019; Torres-Tovar y García-Luna, 2008; Yepes *et al.*, 2010).

La Ley 100 reorganizó la forma de prestar los servicios de salud en Colombia, incluyendo lo relacionado con el trabajo en este sector. Esta Ley incorporó la salud en un mercado de servicios con una figura intermediaria de administración de recursos del aseguramiento (EPS) y otra prestadora de servicios (IPS), lo que llevó entre otras cosas a que el trabajo se rigiera por las lógicas impuestas por las instituciones

administradoras y prestadoras, las cuales han interpretado lo laboral como un componente del negocio y por lo tanto han desarrollado estrategias gerenciales para sacarle la mayor renta.

Esta situación ha implicado que estos actores del mercado de la salud (léase Aseguradoras y Prestadoras) definen la forma como se contrata a las y los trabajadores, la manera cómo deben trabajar en términos de tiempos y ritmos, los recursos diagnósticos y terapéuticos que pueden ordenar y el monto de honorarios que reciben. Asunto, posible a la vez, porque se perdió la autoridad estatal de la regulación laboral.

De esta forma, un alto porcentaje de la fuerza de trabajo del sector salud pasó a ser contratada por las instituciones aseguradoras y prestadoras en modalidades de prestación de órdenes de servicio, formas temporales y muchas veces subcontrataciones (por ejemplo, a través de una mal llamada cooperativa u otro tipo de figura intermediaria), y con este tipo de relación laboral subordinada se le impusieron condiciones en aspectos básicos de la relación trabajador de la salud – paciente.

Entonces, bajo el esquema de la Ley 100, que luego de más de 25 años subsiste, a la salud se le ha dado tratamiento de mercancía, en donde los actores que dominan el negocio del aseguramiento y la prestación de servicios de salud desarrollan prácticas gerenciales para dar réditos económicos; razón que explica la imposición sobre la mano de obra de ver un volumen alto de paciente por hora (por lo cual los tiempos de consulta se redujeron, sin tener en cuenta los estándares internacionales) y de imponer ahorro de gastos por diversas vías: solicitud del mínimo de exámenes clínicos y prescripción del menor número de medicamentos y establecimiento de barreras de acceso oportuno a procesos terapéuticos y quirúrgicos.

Esta situación de un lado, ha subordinado el saber científico-técnico de las y los trabajadores del sector de la salud a las lógicas de la gerencia mercantil y ha deteriorado las condiciones de trabajo en tanto impone un mayor ritmo de trabajo, subordina la labor diagnóstica y terapéutica a tareas de carácter administrativo, los coloca muchas veces en contra de su ética profesional y para completar, obtienen menores ingresos, lo cual presiona para que laboren en varios lugares, conllevando a su vez, a un deterioro de la calidad de la prestación de los servicios, lo que a su vez, va en contra de la salud de los pacientes (ahora denominados clientes).

LAS EVIDENCIAS DE LA PRECARIZACIÓN LABORAL EN EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Los efectos de la precarización laboral en el sector salud, que han llevado a una situación laboral deteriorada, se revelan en las formas de contratación inestables e intermediadas, la intensificación de la carga

laboral, los salarios disminuidos y una desprotección de la salud y la seguridad en el trabajo que genera impactos en la salud física y mental de las y los trabajadores del sector, previo a la pandemia y en la atención a ella, con mayor dramatismo.

FORMAS DE CONTRATACIÓN

Las formas de contratación son muy heterogéneas, en donde hay formas dependientes, mediadas por un contrato laboral con prestaciones (pago seguridad social, primas, vacaciones, entre otras), que puede ser a término fijo o indefinido; y formas independientes, que son contratos a término fijo, con salarios integrales, sin prestaciones, que pueden ser por orden de prestaciones de servicio, contrato sindical, contrato por honorarios, contrato por cooperativa de trabajo, entre otras. Con el paso de los años después de las reformas, han tenido a configurarse independientes, tal como lo evidencia el cuadro 1.

Cuadro 1
Formas de contratación de profesionales de la salud en Colombia

Profesión	Tipo de vinculación laboral		
	Dependiente	Independientes	Otros tipos
Enfermería ¹	68%	28%	4%
Medicina General ²	42%	53%	5%
Medicina Especializada ²	17%	79%	4%
Fisioterapia ³	50,2%	48,8%	1%
Otras profesiones ²	45%	32%	10%

Fuente: ¹CTNE, 2019; ANEC, 2016; ²Colegio Médico Colombiano, 2019; ³ASOCOFI, 2015.

Para el caso del personal profesional de enfermería se encuentra que el 28% tienen formas de contratación independientes (CTNE, 2019; ANEC, 2016); para el personal médico se encuentra que para los médicos generales es del 53% y para los especialistas sube a 79% (Colegio Médico Colombiano, 2019); y para los fisioterapeutas es del 48,8% (ASOCOFI, 2015).

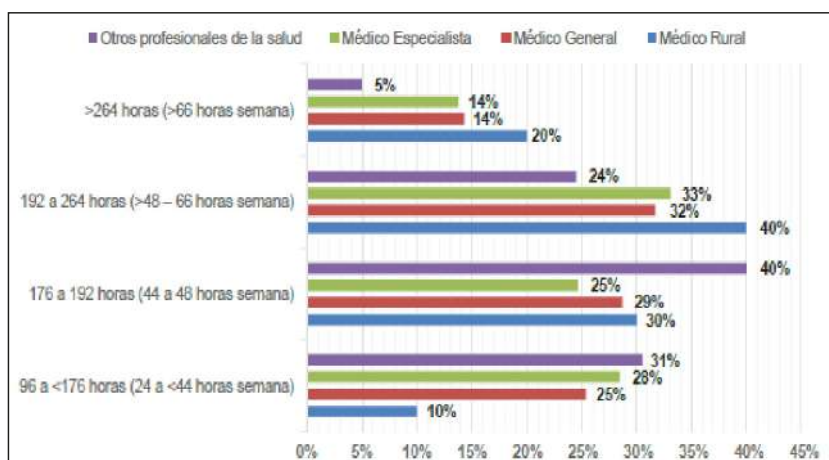
En un ejercicio de seguimiento crítico a la situación de las y los trabajadores del sector salud, ya en el periodo de la pandemia, impulsado por 24 gremios de profesionales de la salud en Colombia, a través de una encuesta implementada a 1.360 trabajadores/as tanto del sector público como privado, revela que el 42% está vinculado en forma indirecta, es decir intermediada, tercerizada, en donde la institución para la que trabajan no los reconoce como trabajadores directos y que el 65% tienen contratación temporal (Mesa de trabajo monitoreo clínico y crítico, 2020).

CARGA LABORAL

Con las reformas, la carga laboral de las y los trabajadores de la salud se ha incrementado, lo cual se puede ver a través del número de horas que deben laborar (bajo el referente que en Colombia lo normado son 48 horas por semana), tal como lo evidencia la gráfica 1 y en la cantidad de lugares donde tienen contratos para realizar su labor profesional, como lo evidencia la gráfica 2.

Por ejemplo, en relación al gremio médico, un 47% de los médicos generales y especialistas, laboran más de 48 semanales, y de estos un 14% llegan a laborar más de 66 horas a la semana. En relación a otros profesionales de la salud, se encuentra que el 29% laboran más de 48 semanales, encontrándose que un 5% llegan a laborar más de 66 horas a la semana (Colegio Médico Colombiano, 2019).

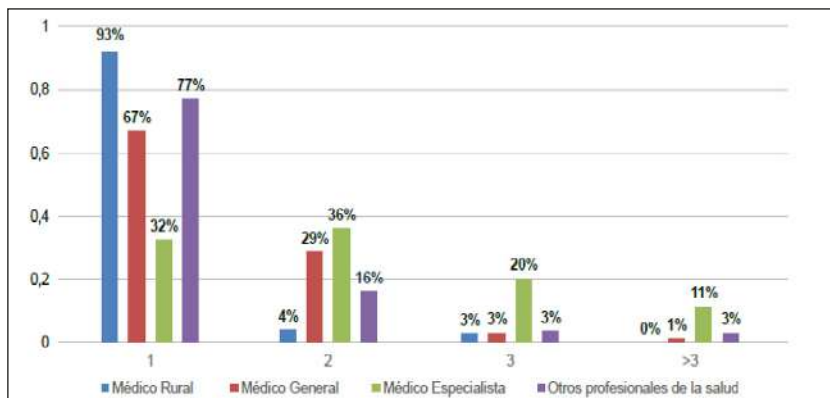
Grafica 1
Número de horas de trabajo aproximado al mes según profesión
Colombia, 2019.



Fuente: Colegio Médico Colombiano, 2019.

En cuanto a los sitios de trabajo, se identifica que el 33% de los médicos generales en Colombia trabaja en más de un lugar, mientras que esta situación la viven el 68% de los médicos especialista y el 23% de los otros profesionales de la salud (Colegio Médico Colombiano, 2019).

Gráfica 2
Número de lugares de trabajo según profesión, Colombia, 2019.



Fuente: Colegio Médico Colombiano, 2019.

Para el caso de las y los fisioterapeutas el 28,2% laboran más de 48 horas a la semana; el 24,2% tienen turnos fuera de su jornada habitual de trabajo, y el 30,9% de los profesionales siempre llevan trabajo para su casa (ASCOFI, 2015).

SALARIOS

En cuanto al reconocimiento económico por la prestación de servicios profesionales de las y los trabajadores de la salud, se observa que producto de las reformas ha venido disminuyendo paulatinamente los salarios, con el agravante de la ausencia y/o tardanza en el pago de ellos.

En relación a la remuneración del personal de enfermería profesional, en el año 2013 el salario era cerca de \$ 3.000.000 (más o menos 1.000 dólares) y en 2018 había reducido a \$ 2.600 seiscientos mil (más o menos 850 dólares), con lo que el salario se redujo¹.

1 Este ejercicio lo realizó la economista Doris Martínez, para un trabajo de clase de la Especialización de Administración de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia – sede Bogotá, con base en el promedio del IBC (índice de base de cotización para la seguridad social) de profesionales de la enfermería con modalidad de trabajo dependiente.

En cuanto al cuerpo médico, el 71% de los médicos generales devenga entre tres a cinco salarios mínimos y el 15% de los especialistas tiene ingresos inferiores a cinco salarios mínimos. El 71% de especialistas y el 65% de los médicos generales han tenido problemas con el pago de su salario, relacionados con el retraso de su pago, el no incremento y el no pago de las prestaciones sociales (Colegio Médico Colombiano, 2019).

Por su parte, el 41,5% de los fisioterapeutas recibe menos de 2 salarios mínimos mensuales producto de su ejercicio profesional, el 40,7% entre 2 y 4 salarios mínimos; y solo el 17,8% recibe más de 4 (ASCOFI, 2015).

De manera general, el 50% de trabajadores/as del sector salud ha tenido problemas con el pago de su salario, que se suma a la depreciación del mismo, lo que ha conducido a que el 77% se sienta inconforme con su sueldo, consideren que están siendo explotados y que no vean sus esfuerzos laborales compensados (Colegio Médico Colombiano, 2019).

IMPACTOS EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Sin duda, los cambios en el mundo del trabajo en el sector salud producto de las reformas han tenido impactos también en la salud física y mental de las y los trabajadores del sector de la salud.

Dadas las características precarizadas de trabajo, el perfil de patologías laborales de los trabajadores del sector de salud hoy se mezcla entre patologías “tradicionales” como las infecciosas por exposición a factores de riesgo biológico, las dérmicas por exposición a sustancias químicas, el cáncer por exposición a agentes cancerígeno, con las “emergentes” relacionadas con enfermedades laborales de tipo osteomuscular, incremento de enfermedades infecciosas principalmente por accidentes de trabajo con pinchazos de agujas y enfermedades mentales entre las que destacan estrés, depresiones menores y mayores, síndrome de burnout, llevando incluso en muchos casos al suicidio y a constituir a los médicos como de uno de los grupos laborales con mayor tasa de suicidio (Galíndez y Rodríguez, 2007; Rodríguez, 2010; Torres-Tovar y Corcho Mejía, 2019).

LOS IMPACTOS DE LA ATENCIÓN A LA PANDEMIA SOBRE LOS Y LAS TRABAJADORAS DE LA SALUD

Pasado un semestre de la declaratoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de emergencia internacional de salud pública por el brote de SARS-COV-2, se calcula, que, entre el conjunto de personas contaminadas por el virus en el mundo, el 10% corresponden a trabajadoras/es del sector de la salud, en tanto al ser la primera línea

de atención a las personas que lo contraen, quedan expuestos a su contagio, asunto muy relacionado con las condiciones en que laboran.

Este espectro de trabajadoras y trabajadores del sector salud expuestos al contagio por SARS-COV-2 es muy extenso, dado que quienes actúan en la primera línea de atención en salud, tanto en el sector público como privado, incluye todos los niveles de atención, que van desde los primarios (atención comunitaria en salud, vigilancia epidemiológica), hasta los más complejos (unidades de cuidado intermedio e intensivo), que involucra a un conjunto amplio de técnicos, tecnólogos y profesionales de la salud, también a transportistas, personal del aseo y celadores, entre otros.

IMPACTOS GLOBALES

Según el informe de Amnistía Internacional de comienzos de julio de 2020, más de 3.000 profesionales de la salud han muerto por la COVID-19 en 63 países del mundo², cifra que se asumen son muy inferiores a la real, debido a que no existe un seguimiento estricto por parte de la OMS y sus oficinas regionales, al igual que de los gobiernos respecto a las tasas de morbilidad y mortalidad de las y los trabajadores de la salud por el SARS-COV-2 (Amnistía Internacional, 2020).

A cuatro meses de iniciado el brote por SARS-COV-2 en China, el Consejo Internacional de Enfermeras planteó que al menos 90.000 trabajadores de la salud estaban infectados y que más de 260 enfermeras habían muerto para esa fecha por su labor de atención a la COVID-19, asunto que han relacionado con la mala información y escasas pruebas para detectar el contagio, base para desarrollar adecuadas estrategias de prevención y contención, y a la falta de equipo de protección personal (EPP) (Kenny, 2020), asunto también reafirmado por el estudio de Amnistía Internacional en donde el personal sanitario denunció una grave escasez de estos EPP, al igual de lo hallado en una encuesta realizada por la Internacional de Servicios Públicos a sus organizaciones sindicales de salud en 62 países, 5 meses después de iniciado la epidemia, que indica que al menos una cuarta parte de sus trabajadores afiliados no contaban con EPP adecuados (Amnistía Internacional, 2020).

IMPACTOS EN COLOMBIA

En relación a la situación en Colombia, a 6 meses de haberse confirmado el primer caso de contagio por SARS-COV-2, por datos oficiales

2 Según Amnistía Internacional, los países con mayor número de muertes de personal sanitario a esta fecha son Estados Unidos, Rusia, Reino Unido, Brasil, México, Italia, Egipto, Irán, Ecuador y España (Amnistía Internacional, 2020).

del Ministerio de Salud se reconoce el contagio de 7.552 trabajadores/as del sector salud y la muerte de 51 de ellos. Entre el personal más contagiado están el de auxiliar de enfermería y enfermería (47%), medicina (16%), administrativo (10,6%) y aseo y alimentación (4,3%) (INS, 2020). Acá es necesario tener en cuenta, que se da un subregistro, que está condicionado a una débil vigilancia de la salud y a la falta de suficientes pruebas de detección del virus, tal como lo refiere De La Hoz-Restrepo y colaboradores (2020), que sostiene que el subregistro de casos generales de COVID-19 en Colombia puede llegar a ser de 82%.

De acuerdo al ejercicio de monitoreo clínico y crítico hecho por gremios de la salud en Colombia, con una muestra de 1.571 trabajadores/as, se halló que hay un problema muy serio con la entrega en cantidad y oportunidad de los EPP, reflejado en que 49% no había recibido mascarilla N95; 94,6% guantes; 36,4% batas; 63,6% uniforme quirúrgico; 55,9% polainas; 31,4% gorros; 54,3% visor protector; 43,7% gafas. De otro lado, un 42,3% reportó no contar con barreras físicas adecuadas para aislar los pacientes, 63,6% no cuentan con duchas y un 68,8% no cuenta con programas de mantenimiento de los sistemas de ventilación (Mesa de trabajo monitoreo clínico y crítico, 2020).

Igualmente, el ejercicio de monitoreo clínico y crítico en Colombia revela que se ha producido un aumento en el 15,9% de la carga laboral, del 21,2% de los horarios laborales y del 19,7% de disminución del salario (Mesa de trabajo monitoreo clínico y crítico, 2020).

A esta cantidad e intensidad de trabajo desbordado que han tenido que realizar, se suma la gran inestabilidad laboral, el acoso laboral, las amenazas de despidos por exigir pago de salarios y EPP³, la gran ansiedad por el riesgo de no estar bien protegidos, enfermar a la vez terminar llevando a sus hogares el contagio, el estar cercano a la muerte de muchas personas⁴, someterse al dilema ético cuando los servicios de salud han estado saturados de a quién dan el soporte ventilatorio y a quién no, y además, por si fuera poco lo que ya tienen que soportar, se

3 En al menos 31 de los países del estudio de Amnistía Internacional, se registró informes de huelgas, amenazas de huelgas o protestas del personal sanitario y de trabajadores/as esenciales a causa de condiciones laborales peligrosas; ocurriendo que muchos de estos países las autoridades respondieron con represalias (Amnistía Internacional, 2020).

4 Un impacto emocional muy fuerte ha tenido que vivir el personal asistencial, al estar cercano a la muerte de muchas personas, en donde sus familiares no han podido despedirse, tal como lo relata una médica en Nueva York “demasiada gente está muriendo sola, sin absolutamente nadie de su familia alrededor...ha sido increíblemente doloroso ver el sufrimiento de los familiares” (Semana, 2020).

suman las amenazas y violencias de parte de personas de la sociedad que los estigmatizan y acusan de ser transmisores del virus y de ser los responsables de dejar morir a sus familiares.

Por lo tanto, el impacto de la pandemia sobre los trabajadores del sector de la salud, no es solamente por la posibilidad de enfermarse por la COVID-19, sino que hay un impacto muy fuerte sobre la salud mental de las y los trabajadores sanitarios, que debe ser también reconocido y atendido.

LA COVID-19: ENFERMEDAD LABORAL

Un aspecto que en general que han ganado los y las trabajadoras del sector salud en este contexto de la pandemia, en diversos países del mundo, producto de la presión y la movilización, fue que la enfermedad de COVID-19 para este grupo laboral se reconozca como enfermedad laboral, lo que implica una protección mayor en prestaciones asistenciales y económicas.

Pero esto resulta insuficiente, en el sentido que lo clave es impedir que las y los trabajadores se infecten para no colocar en riesgo la vida de ellas y ellos, de sus familias y para impedir que se debilite la primera línea de atención, para que esto no repercuta en muertes de las otras personas contaminadas por el virus que requieren de atención.

Y lo cierto es que las medidas gubernamentales suelen ser muy limitadas, contenidas en dotar con EPP a las y los trabajadores, que ni siquiera se cumplen bien porque no llegan a tiempo y no son lo suficientemente pertinentes, ni las calidades y cantidades corresponden. Igualmente, el definir unas primas de riesgo o establecer una indemnización a la muerte del trabajador por la COVID-19, lleva a establecer un cambio de la salud y la vida por dinero, asunto que debe ser francamente rechazado.

Tampoco, las medidas han tocado las estructuras de aseguramiento privado del componente de riesgos laborales de los sistemas de seguridad social⁵, que como en el caso colombiano, también fueron privatizados en el marco de las reformas neoliberales y que llevaron a una administración privada del seguro obligatorio de accidente de trabajo y enfermedad laboral, colocando el acento en el lucro de la salud en el trabajo (Torres-Tovar, 2020b) y que en esta crisis de salud pública han demostrado su falta de compromiso con la salud de los trabajadores tanto del sector salud, como del conjunto de sectores de la economía que tienen afiliados.

5 En el caso de Colombia son las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), en donde solo una es de carácter público, el resto son privadas.

CONCLUSIONES

Los datos generales y particulares del impacto de la pandemia sobre las y los trabajadores del sector de la salud, sin un vigilancia y sistema de información adecuado, si se hace un ejercicio de cálculo sobre la base de los promedios epidemiológicos que se han venido estableciendo, que sustenta que en promedio del total de infectados el 10% corresponden a trabajadores del sector salud, y que la mortalidad corresponde al 1% de los infectados, luego de 8 meses de desarrollarse la pandemia, la aproximación del número de trabajadores de la salud infectados en el mundo sería de más de dos millones doscientos mil y el número de trabajadores muertos de más de 22.000⁶, y para el caso de Colombia sería de más de 50.000 trabajadores infectados y más de 500 muertos⁷, cifras francamente aterradoras.

En este sentido, este panorama general de la situación del mundo del trabajo en el sector salud en el contexto de la pandemia por COVID-19, apoyado en algunos estudios desde la propia visión de las y los trabajadores, revela cómo ha empeorado la precariedad laboral en este contexto de crisis sanitaria producto de la pandemia, con un saldo muy doloroso, dado el alto número de trabajadoras y trabajadores fallecidos por haberse contagiado con el virus SARS-COV-2, en su labor de primera línea de atención.

La pandemia por COVID-19, situación inédita como especie humana al ser la primera vez en nuestra historia que tiene un carácter totalmente global, requiere ser entendida más allá de la infección por un virus, dado que está fuertemente vinculada con una crisis civilizatoria, que evidencia el grave problema de las formas como la especie humana se ha estado relacionando con la naturaleza, que interpela a la modernidad antropocéntrica y se articula con una crisis de los sistemas de salud, producto de la privatización, de la destrucción de lo público y de la respuestas públicas a los problemas colectivos de salud, al colocar su acento en la atención individual de la enfermedad.

Igualmente revela, que como especie humana, estamos viviendo un mundo del trabajo tóxico y altamente peligroso para la salud física y mental de las y los trabajadores, agenciado por las reformas neoliberales que concedieron a los empresarios condiciones normativas para flexibilizar los contratos de trabajo, desregular las relaciones

6 Para el momento, según la OMS, el número total de infectados en el mundo es de 22.256.220 casos confirmado por la COVID-19 y 782.456 muertes reportadas (<https://covid19.who.int/>).

7 Para el momento, según el Ministerio de Salud y Protección Social, el número total de infectados en Colombia es de 502.178 casos confirmado por la COVID-19 y 15.979 muertes reportadas (<https://covid19.minsalud.gov.co/>).

laborales, disminuir costos con ajustes salariales, desarticular a las organizaciones sindicales, entre otros aspectos que han transformado la relación capital – trabajo, llevando a una precarización de las condiciones de trabajo, con gran inestabilidad laboral, desempleo y aumento de las formas de trabajo informal y profundizando la alienación del trabajo, y que el caso de las y los trabajadores del sector de la salud, en el contexto de atención a la pandemia, revela con total contundencia estas formas laborales tóxicas y peligrosas.

Esta situación inédita, debe llevarnos a cambios profundos, para replantearnos el mundo del trabajo como especie humana, que lleve a configurar trabajos al servicio de la vida, la creatividad, el crecimiento, la emancipación, la solidaridad y no de la acumulación del capital.

A su vez, establece retos para la defensa de los derechos tanto en el momento de la pandemia, como en la post pandemia, que implica oponerse a la profundización de las reformas laboral y pensional que en este contexto busca el capital aprovechar para ahondar; impedir una mayor precarización y despojo del trabajo por las vías del teletrabajo y el trabajo virtual y ampliar las formas de resistencia tanto desde lo presencial, como desde lo virtual.

Con urgencia demanda el establecimiento de un sistema de protección de la salud en el trabajo que tenga realmente un carácter público, universal y que coloque el acento en la promoción de la salud en el trabajo, la prevención de la accidentalidad y enfermedad laboral y que subordine la productividad y las ganancias a la salud y la vida de las y los trabajadores. Esto demanda de manera particular a los gremios de los trabajadores y profesiones de la salud, fortalecer su acción colectiva para dignificar su ejercicio profesional, tanto para configurar condiciones de trabajo decentes, dignas, seguras, creativas y emancipadas, como para aportar a garantizar el derecho a la salud en los países y garantizar el derecho a la salud en el trabajo, tanto de ellas y ellos, como del conjunto de la población laboral.

Necesitamos como sociedad exaltar los valores de la solidaridad y cooperación colectiva, el reconocimiento del valor de las profesiones, entre ellas las relacionadas con los cuidados para la salud y la vida, que permitan a su vez enfrentar las dinámicas de individualización en que nos ha querido sumergir la lógica neoliberal, que ponen en riesgo el mismo sentido de la sociedad. No podemos volver a lo que había antes de la pandemia, debemos reconfigurar la sociedad para establecer nuevos modos de vida y trabajo, como única forma para tener una oportunidad de sobrevivencia como especie humana.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadía, Cesar y Ardila, Adriana. 2019. "The right to health under capitalism. Threats confrontations, and possibilities" en Parker, Richard y García, Jonathan (comps.) *Routledge Handbook on the Politics of Global Health* (United Kingdom: Ed. Routledge).
- Amnistía Internacional 2020 *Expuesto, acallado y atacado. Deficiencias en la protección del personal sanitario y que realiza labores esenciales durante la pandemia de COVID-19* (London: Amnistía Internacional).
- ANEC– Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia 2016. *Indicadores sociolaborales de las profesionales de enfermería registradas por la ANEC 1997-2015. Las enfermeras una fuerza para el cambio* (Bogotá: ANEC).
- Antunes, Ricardo. 2018 *A sociedade dos adoecimentos no trabalho. En O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital* (São Paulo: Boitempo).
- AP – Associated Press. 2020 "El dramático relato de una doctora en Nueva York, en medio de un coronavirus desbordado" en *Revista Semana* (Bogotá).
- ASCOFI – Asociación Colombiana de Fisioterapia. 2015 *Estudio nacional de condiciones de salud y trabajo de los fisioterapeutas* (Bogotá: ASCOFI).
- Ardila, Adriana. 2016 "Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado", Tesis de Doctorado, Bogotá.
- Benach, Joan; Muntaner, Carles; Quinlan, Michael; Solar, Oriol y Santana, Vilma. 2010 *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global* (Barcelona: Icaria editorial).
- Betancourt, Oscar. 2003 "Globalización y salud de los trabajadores" en *Salud de los Trabajadores* (Maracaibo) Vol. 11, N° 1, septiembre-diciembre.
- Briceño Ayala, Ricardo. 2000 "Impacto de la globalización sobre la salud de los trabajadores colombianos" en *Nómadas* (Bogotá) N° 12, julio.
- Colegio Médico Colombiano. 2019 *Encuesta Nacional de Situación Laboral en Salud* (Bogotá: Colegio Médico Colombiano).
- CTNE– Consejo Técnico Nacional de Enfermería. 2019 *Plan Nacional de Enfermería 2020-2030* (Bogotá: CNTE).
- DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2020 *Boletín Técnico. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)* (Bogotá: DANE).

- De La Hoz-Restrepo, Fernando; Alvis-Zakzuk, Nelson; De la Hoz-Gómez, Juan Fernando; De la Hoz, Alejandro; Gómez Del Corral, Luz, y Alvis-Guzmán, Nelson. 2020 “Is Colombia an example of successful containment of the COVID-19 2020 pandemic? A critical analysis of the epidemiological data” en *International Journal of Infectious Diseases* (Netherlands) pre-proof.
- Feo Istúriz, Oscar. 2003 “Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente” en *Ciência e Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro) Vol. 8, N° 4.
- Galíndez, Luis, y Rodríguez, Yuraima. 2007 “Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud” en *Salud de los Trabajadores* (Maracaibo) Vol. 15, N° 2, julio-diciembre.
- INS – Instituto Nacional de Salud. 2020 “COVID-19 en personal de salud en Colombia” en *Boletín* (Bogotá) N° 35.
- Isaza, Jairo. 2003 “Flexibilización laboral: un análisis de sus efectos sociales para el caso colombiano” en *Equidad y Desarrollo* (Bogotá) N° 1, septiembre.
- Kenny, Peter. 2020 *90,000 healthcare workers infected with COVID-19: ICN* (Geneva: International Council of Nurses).
- Luna-García, Jairo. 2009 “Globalización y salud de los trabajadores” en *Boletín del Observatorio de Salud* (Bogotá) Vol. 2, N° 5,septiembre.
- Luna-García, Jairo. 2019. “El modelo de seguridad social en riesgos laborales: entre el seguro público y la administración privada” en Arévalo, Decsy (comp.) *Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social* (Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia).
- Mesa de trabajo monitoreo clínico y crítico. 2020 *Boletín 003 de monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad* (Bogotá: Mesa de trabajo monitoreo clínico y crítico).
- Moutsatsos, Chrisy. 2011 “La globalización económica y sus efectos en el trabajo” en Schnall, Peter; Dobson, Marnie y Roskam, Ellen (comps.) *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas* (Bogotá: Universidad de los Andes).
- Niño, Leidy y De Lafont, Francisco. 2013 “El mundo del trabajo en Colombia: incidencia de la globalización y el neoliberalismo en las relaciones de trabajo y en la jurisprudencia” en *Revista Republicana* (Bogotá) N° 14, enero-junio.
- OIT – Organización Internacional del Trabajo. 2020a *El COVID-19 destruye el equivalente a 14 millones de empleos y desafía a buscar medidas para enfrentar la crisis en América Latina y el Caribe* (Ginebra: OIT).

- OIT – Organización Internacional del Trabajo. 2020b. *Observatorio de la OIT: La COVID-19 y el mundo del trabajo. Quinta edición. Estimaciones actualizadas y análisis* (Ginebra: OIT).
- Palma, Edwin. 2016 “Álvaro Uribe Vélez: 26 años destruyendo trabajo decente” en *Las 2 Orillas* (Bogotá).
- Pina, José Augusto y Stotz, Eduardo (2015). “Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores: um estudo na Mercedes Benz do Brasil, São Bernardo do Campo” en *Saúde e Sociedade* (São Paulo) Vol. 24, Nº 3, septiembre.
- Rodríguez, Carlos Aníbal. 2010 “Condiciones de trabajo en el sector salud” en Luna, Jairo; Cuspoca, Decsy y Vásquez, Laura (comps.) *Trabajo, crisis global y salud. Memorias 70. Seminario internacional* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia).
- Standing, Guy. 2011 *The precariat. The new dangerous class* (London: Bloomsbury).
- Tomasina, Fernando. 2012 “Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual” en *Revista de Salud Pública* (Bogotá) Vol. 14, Nº 1, junio.
- Torres-Tovar, Mauricio. 2006 “Ejercicio médico en Colombia: de la práctica profesional liberal a la neoliberal” en *Le Monde Diplomatique* (Bogotá) Nº 48.
- Torres-Tovar, Mauricio. 2008 “Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado” en *Saúde em Debate* (Rio de Janeiro) Vol. 32, Nº 78/79/80, janeiro-dezembro.
- Torres-Tovar, Mauricio. 2020a “Lo que devela los tiempos de pandemia al trabajo y a la salud en el trabajo” en *Semanario Virtual Caja de Herramientas* (Bogotá), Nº 680.
- Torres-Tovar, Mauricio. 2020b “Luchas obreras por la salud en Colombia. El caso de las asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo”, Tesis de Doctorado, Bogotá.
- Torres-Tovar, Mauricio y Luna-García, Jairo. 2008 “El Caso colombiano: la salud de los y las trabajadoras negocio de mercado” en Torres-Tovar, Mauricio (comp.) *Informe Continental sobre el Derecho a la Salud en el Trabajo* (México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Red de Salud y Trabajo).
- Torres-Tovar, Mauricio y Corcho Mejía, Carolina. 2019 “Burnout y suicidios, consecuencias del acoso a profesionales de la salud” en *UN Periódico Digital* (Bogotá).
- Yepes, Francisco; Ramírez, Manuel; Sánchez, Luz Helena; Ramírez, Marta Lucia y Jaramillo, Iván. 2010 *Luces y sombras de reforma a la salud en Colombia. Ley 100 de 1993* (Bogotá: IDRC, Assalud, Facultad de Economía, Universidad del Rosario).

MÉXICO: LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD, LA PANDEMIA DE COVID-19 Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

**Carolina Tetelboin Henrion,
María del Carmen Piña Ariza y Karen Melo Hernández**

INTRODUCCIÓN

La pandemia de coronavirus llega a México en febrero de 2020, recién iniciadas a partir del 1° diciembre de 2018 las transformaciones anti-neoliberales propuestas por el gobierno del Presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO) en la llamada 4.^a Transformación a las instituciones del Estado mexicano. En términos de la política general se plantea recuperar el papel rector del Estado, un ejercicio con austeridad republicana bajo la premisa de que no puede haber gobierno rico con un pueblo pobre y el lema “primero los pobres”; reorganizar la función pública separando la política de los intereses económicos, combatiendo la corrupción, los privilegios instalados y poniendo fin a la impunidad, especialmente a los delitos de la delincuencia organizada y la de cuello blanco de servidores públicos, y recuperar para el pueblo lo robado; resolver el drama de derechos humanos y pacificar la sociedad. Una política económica que rompe el estereotipo de crecimiento y “chorreo” por el de desarrollo sostenible por programas de empleo en pueblos y comunidades con recursos directos a la población, sin intermediarios. Una política social que plantea construir un modelo de Bienestar para la población, con base en medidas de redistribución de pensiones para adultos mayores iniciada en el gobierno del entonces Distrito Federal entre 2000-2006 de López Obrador, y hoy incorporadas junto con otras becas como derecho constitucional,

además de hacer efectivos otros derechos establecidos en la carta magna.

En relación a las condiciones de salud de la población, el diagnóstico abundantemente documentado se caracteriza por una epidemia de enfermedades crónicas producto del libre albedrío de políticas de mercado en relación al desarrollo de una oferta, promoción y consumo alimentario (Gobierno de México y SSA, 2020) basado en una dieta con alto contenido graso, azúcares, además del abandono de otros determinantes que la definen, a la vez que se formula un nuevo etiquetado con sellos negros en forma hexagonal con leyendas que adviertan sobre el exceso de nutrientes (calorías, sodios, grasas trans, azúcares, grasas saturadas) mismo que entraría en vigor en octubre próximo pero que, en fechas recientes, se ha aprobado una prórroga para el 1º de diciembre de 2020 (Aristegui Noticias, 2020) y una política sectorial entre la secretarías de Salud, Desarrollo Social y Agricultura en lo que se denominará Grupo Intersecretarial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad, GISMAC.

En relación al sistema de salud, el diagnóstico que se establece en el Plan Nacional de Desarrollo (Gobierno de México, 2019) se refiere a los años de neoliberalismo a los que aportaron distintos gobiernos de México entre 1982 y 2018. Se señala que contrariamente a las intenciones declaradas en torno a la idea de terminar con la segmentación de las instituciones de salud públicas y de seguridad social, ésta se profundiza, se da una pérdida de objetivos y atención prioritarias, y se privilegia el fomento de actores privados; se disminuye el presupuesto entre 1983 y 2002 que recién se incrementan al poner en operación la propuesta neoliberal más importante de todo este gran periodo, el Seguro Popular, que permite el traspaso de recursos públicos a prestadores privados (Gobierno de México y SSA, 2019). Durante la llamada alternancia que promovía un cambio de signo desde el priismo de 70 años al panismo, en 2004 se crea el Seguro Popular durante el gobierno de derecha de Fox y su secretario de salud, Dr. Julio Frenk, un sistema de financiamiento público desde el cual se abre la posibilidad de financiar a proveedores públicos y privados en supuesta igualdad de condiciones para la competencia (Tetelboin *et al.*, 2005).

Después de más de 30 años de neoliberalismo en salud y casi 20 de existencia del SP, existe la voluntad política de poner fin a este proceso iniciando una nueva política basada en la universalización y gratuidad de la atención médica y los medicamentos, una coordinación y articulación del sistema público de salud, su fortalecimiento, y el desarrollo de un sistema de Atención Primaria de la Salud de abajo hacia arriba (SIDSS, 2020), en un marco territorial comunitario que recientemente en medio de la pandemia, se ha planteado como una

política de bienestar con otras agencias del estado mexicano, especialmente las de producción de alimentos, a fin de impactar los determinantes sociales de la salud.

A poco más de un año de iniciado este proceso de transformación, el 28 de febrero de 2020 se detecta el primer caso de la pandemia del virus SARS-COV-2, y del COVID-19 que se confirma al día siguiente, redefiniendo la vida nacional con las medidas de confinamiento impulsadas a través del cierre de las actividades educativas, productivas, recreativas y el pedido “Quédate en casa”, y el desarrollo de una política específica para la pandemia, centrada en las medidas epidemiológicas de control de casos y medidas de aislamiento social a fin de aplanar la ocurrencia de la infección, y desarrollar la capacidad hospitalaria (Gobierno de México y SSA, 2020r) para responder a un evento que se pretendía menos catastrófico¹ pero que ha permitido mantener la atención organizada a la sociedad.

La información que aquí se presenta es parte de una investigación mayor de seguimiento del sistema de salud mexicano, y gran parte de ella está basada principalmente en la información oficial que se vierte en el “Pulso de la Salud” todos los días martes en la conferencia del Presidente de la República, en las conferencias que ofrece la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal Dr. López Gatell cada tarde, y de otras fuentes periodísticas o documentos.

LOS CAMBIOS AL SISTEMA DE SALUD DE LA 4TA TRANSFORMACIÓN

El gobierno de la 4.^a Transformación (4T) inicia su gobierno el 1 de diciembre del 2018 con la decisión de fortalecer la rectoría y rearticulación de las capacidades públicas con austeridad, ataque a la corrupción y a los privilegios.

Para el nuevo gobierno la política social de bienestar es el centro que organiza el servicio público y directamente vinculada a la forma en que se distribuye la riqueza social que pone al centro no sólo los recursos, las instituciones y los servidores públicos, sino también la voluntad para que el bienestar sea el centro de la vida, y la articulación territorial del trabajo de las distintas secretarías de Estado.

En el marco de la austeridad republicana, se reordena y reduce la plantilla de funcionarios públicos, disminuyendo los salarios de alto

¹ En la antesala de la confirmación del primer caso importado de coronavirus en México, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, estimó que la tercera parte de la población (76-78 millones de personas) podría estar infectada, aunque no enferma. Respecto a los decesos, López Gatell consideró que esta tendría un promedio de 2,4%, es decir, 12 mil 500 defunciones (Gobierno de México y SSA, 2020q).

nivel y por debajo del presidente de la República, y de manera trascendental el 31 de diciembre de 2018 se anuncia la supresión de partidas para seguros de gastos médicos mayores a altos funcionarios de la administración pública y dependencias públicas, incluidos algunos centros públicos de educación superior, no así para las universidades autónomas, que se mantienen.

En salud, las ideas centrales son la universalización de los derechos en salud, una aspiración que se plantea por amplios sectores académicos y sociales históricamente, y que se habían desarrollado durante el Gobierno del entonces Distrito Federal por López Obrador y su Secretaria de Salud, Cristina Laurell, en contraste al Seguro Popular impulsado por el Gobierno Federal del PAN. Este proyecto es retomado en la campaña electoral por el candidato López Obrador y su partido Morena y, ocho meses después del inicio del gobierno, se plasma en el Plan Nacional de Salud 2019-2024 (Gobierno de México, 2019)². El objetivo es hacer efectivo el artículo 4º constitucional a toda la población que hasta ahora es letra muerta, garantizando servicios de salud y medicamentos gratuitos a toda la población, independientemente de su condición laboral o socioeconómica, y facilitar y hacer posible el acceso a servicios integrales de salud.

El diagnóstico que aparece en el Plan Nacional de Desarrollo 2018 es que el sistema de salud pública es insuficiente, ineficiente y corroído por la corrupción; con una agenda en salud rezagada por el deterioro de los propósitos de apertura del sector a la iniciativa privada de los gobiernos anteriores, y políticas mercantiles que afectaron los determinantes sociales de las condiciones de vida y salud de la población, contribuyendo a la generación de altos niveles de enfermedades crónico degenerativas también en segmentos jóvenes de la población, como diabetes, hipertensión, obesidad y sobrepeso. La política de salud se orienta a construir una estrategia hacia la universalización de la atención sanitaria que cubra al conjunto de la población, a contra mano de la política previa que empadronaba a la población sin seguridad social, para ofrecer un servicio limitado a un cuadro básico

2 Otras vertientes de la política de salud son la crítica al modelo neoliberal en salud derivada de las propuestas de los organismos internacionales globalizados; la experiencia de los gobiernos progresistas de la región y particularmente del gobierno del Distrito Federal 2000-2006 dirigido por López Obrador y Laurell que implementaron la política de atención y medicamentos gratuitos, ahora extendida para el conjunto del país, en oposición al del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular; que impulsaba el entonces Gobierno Federal con Fox y el secretario Frenk. También recupera las experiencias de otros gobiernos locales, regionales o nacionales progresistas de América Latina, así como la contribución de diversos actores sociales, académicos y de las demandas y alternativas de los movimientos sociales críticos.

de atenciones segmentado y parcial, y un catálogo de enfermedades catastróficas de altas prevalencias de cánceres y otros padecimientos, a ser cubiertos por instituciones públicas o privadas financiadas con presupuesto público.

La propuesta sin embargo sólo se puede iniciar tardíamente recién con la modificación de los decretos de la Ley General de Salud en octubre de 2019 con la eliminación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y del Seguro Popular (SP) y su esquema de financiamiento público, entrando en vigor el 1 de enero de 2020. Igualmente, aunque el 9 de abril de 2019 el Ejecutivo Federal había realizado el anuncio oficial de la creación del Instituto para la Salud y el Bienestar (INSABI), recién el 29 de noviembre de ese año se publica en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el decreto por el que se reforman, adiciona y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud. Su creación y las demás políticas y medidas de salud son sujetos a crítica por parte de los actores vinculados al régimen anterior³.

En enero del 2020 inicia actividades el INSABI, institución de dirección operativa del sistema público. Entre sus funciones, se establece: 1) garantizar el personal de salud; 2) Rehabilitar infraestructura física; 3) Abastecer insumos y medicamentos también: vigilar y llevar a cabo la compra de medicamentos a través de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), ejecutando compras consolidadas a partir de septiembre de 2019, en medio de la constatación de la operación concentrada, no transparente y de privilegios para la industria y distribuidores previo, y 4) Regularizar al personal de salud. A la vez, la política social de la que es parte, pone en el centro el bienestar de los más pobres como objetivo primordial del gobierno, a llevarse a cabo a través de políticas públicas y sociales que permitan recomponer

3 Las interpelaciones más importantes se dan en abril (9 de abril de 2019) donde destacan los artículos del ex Secretario de Salud Julio Frenk en las Revistas *Nexo* y *Lancet* además de una *carta firmada por seis ex secretarios de salud y la organización del Foro “El Sistema de Salud en México: ¿Transformación o crisis?”*, organizado por el Consejo Consultivo Ciudadano de Pensando México. Los argumentos a favor de los logros del SP son: el aumento en el número de camas por habitante, médicos y enfermeras, la disminución de mortalidad infantil, los esquemas de vacunación completos logrados, el aumento de la afiliación que se multiplicó en 15% en 10 años, y el hecho que en los últimos 6 años se atendieron a 308 mil casos de enfermedades severas y se evitó el empobrecimiento de las familias ante enfermedades muy graves como VIH y cáncer. Los argumentos en contra de la creación del INSABI son: que se trata de cambios súbitos, sin transición y análisis; que el fin de la descentralización del sistema de salud debilitaría al federalismo mexicano y alejaría la solución de los problemas del sitio en que se registran, y que las 80 mil contrataciones de los trabajadores del SP con recurso del presupuesto de Gastos Catastróficos, provocaría el desfinanciamiento de la atención a estas enfermedades (Laurell, 2019a; 2019d).

el tejido social garantizando servicios sociales universales y apoyos específicos a grupos a través de diversos y novedosos programas sociales tales como: Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, Programa Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad, Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez, Jóvenes Construyendo el Futuro, Jóvenes Escribiendo el Futuro, Sembrando Vida, Programa Nacional de Reconstrucción, Desarrollo Urbano y Vivienda y Tandas para el Bienestar (DOF, 2019).

Los recursos humanos, financieros y materiales con que contaba la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) son transferidos al Insabi en los términos de las disposiciones aplicables. El Insabi funcionará como un organismo descentralizado de la administración pública federal con personalidad jurídica y patrimonio propio. Entre sus objetivos se encuentra garantizar la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos a la población sin seguridad social, así como impulsar, bajo la coordinación general de la Secretaría de Salud, una mejor integración de las instituciones de salud. A partir de ahí la Secretaría de Salud, a través del Insabi, toma un papel preponderante en su rol de rectoría y regulación de los distintos sectores de salud, con el propósito de organizar las acciones necesarias para lograr una adecuada articulación y coordinación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, así como la prestación gratuita de los servicios, medicamentos y demás insumos asociados. Para ello se celebran acuerdos de coordinación con los servicios estatales de salud con los gobiernos de las entidades federativas. El Gobierno Federal está obligado a transferir la parte proporcional del presupuesto a los estados y compensarlos por la pérdida de cuotas de recuperación, eliminándose una práctica sistemática durante el periodo previo, y a mantener el fondo de aportaciones para los servicios de salud⁴, sin embargo ahora con un proceso de vigilancia y fiscalización

4 El Ramo 33 se refiere al Fondo de Aportaciones para las Entidades Federativas y Municipios. Porcentaje de estructuras programáticas ejercidas correspondiente a la Subfunción de Prestación de Servicios de Salud a la comunidad: La estructura programática define las acciones que efectúan los Servicios Estatales de Salud, está constituida por diversas acciones ordenadas en forma coherente y alineadas al PND y al PROSESA. Las acciones incluyen las campañas para la promoción y prevención de salud y el fomento de la salud pública, tales como la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, el control de vectores y la regulación sanitaria, así como la prestación de servicios de salud por personal no especializado. El indicador medirá el porcentaje del presupuesto ejercido a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad. Las estructuras programáticas de cada SESA es nombrada y conocida como Actividad Institucional Estatal (AIE), y cada SESA le otorga una clave.

para el uso transparente y eficiente de los recursos transferidos a fin de evitar la corrupción.

En cuanto a los cambios en el modelo de atención, se ha señalado que la organización de los servicios de salud estará basada en la Atención Primaria de Salud, altamente influenciada por la agenda de la representación de OPS-México, garantizando el acceso gratuito a servicios y medicamentos, igualdad e integralidad de la atención sin restricción para ningún tipo de padecimiento. Todos los esfuerzos convergerán en la prevención y atención a través de redes integradas de servicios de salud de abajo hacia arriba y que incluyen hospitales y servicios especializados. Con relación a la organización y administración de los servicios de salud, la nueva normatividad señala que se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud integrales. Además, se establece que, conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud. La propuesta, además de la implementación del modelo de Atención Primaria de Salud, contempla la federalización como respuesta a las inconsistencias en el manejo del presupuesto federal por los sistemas de salud estatales descentralizados previamente, la reorganización de la regulación sanitaria y el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional y la investigación innovadora, además de resolver de manera estructural el desfinanciamiento del sistema público de salud.

El proceso de federalización de los Sistemas Estatales de Salud (SESA) establecido se planea para un lapso de dos años (2019-2020), siendo la etapa inicial los Servicios de Salud de los ocho estados más rezagados del país del sur-sureste: Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Veracruz, Campeche, Yucatán y Quintana Roo con una inversión inicial de 115 mil mdp (Cruz Ángeles, 2018). A finales del mes de enero de 2020, tras cumplirse el plazo para firmar los convenios de adhesión al INSABI, 23 estados ya se habían sumado: Baja California, Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas; otros nueve se negaron a federalizar sus sistemas de salud, aunque en cuatro de ellos (Chihuahua, Coahuila, Michoacán y Tamaulipas) opera el IMSS-Bienestar, por lo que el gobierno federal seguirá aportando el presupuesto que les corresponde por ley a estas unidades.

En el financiamiento, además del modelo mismo del Seguro Popular y su criterio economicista neoliberal de separación de funciones que debilitó aun más las decisiones y prácticas sanitarias de la

función pública y el recurso para privatizarlos, se han encontrado ejercicios poco transparentes propiciados por esta institución, donde varios estados tienen deudas que superan los 54 mil millones de pesos de recursos sin comprobar⁵ (Cruz, 2020a). También, en marzo de 2020 se documentaron problemas de corrupción, como el desvío de cuatro mil 179 millones 46 mil 254 pesos mediante 23 mil facturas falsas a través de 837 empresas fantasmas que afectaron a 90 instituciones del sector salud, federales y estatales (Tron *et al.*, 2019). Este esquema había prevalecido durante años, debido a la facilidad con que las instituciones públicas federales y estatales evadían los controles fiscales del Servicio de Administración Tributaria, SAT. La impunidad ha prevalecido en este sector a causa de un sistema de encubrimiento y colusión de intereses entre autoridades y privados. En el gobierno federal se concentra el mayor número de facturación fraudulenta por este concepto con seis mil 121 de un total de 22 mil 933. Entre las instituciones federales que se señalan como participes son el IMSS, ISSSTE, ISSFAM y la SS. El IMSS fue la institución que más pagó a empresas fantasma, con un total de 320 millones de pesos. Las Secretarías de Salud de los estados desviaron 75 por ciento de los recursos detectados (Tron *et al.*, 2019).

En cuanto a la infraestructura y específicamente a la capacidad hospitalaria, el diagnóstico realizado establece que la mayor parte de la población del país (55%) se atiende por los servicios de salud estatales y el IMSS-Bienestar, que sin embargo sólo cuentan con el 21% de hospitales del país (Gobierno de México y SSA, 2019). En el Censo Estratégico de Infraestructura, iniciado en abril de 2019 por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud a cargo de la Dra. Laurell, se revisaron casi 6 mil unidades de primer nivel y 372 hospitales, desglosados de la siguiente manera: cuatro clínicas de especialidades, 24 hospitales especializados, 134 hospitales generales y 157 hospitales integrales comunitarios⁶. Es en estos últimos donde se han encontrado los mayores rezagos, ya que no cuentan

5 Son los casos de Michoacán, 3 mil 474 mil 527 mil pesos; Veracruz, 2 mil 222 millones 832 mil 332; Guerrero, mil 238 millones 228 mil 266; Tabasco, 190 millones 428 mil 332; Morelos, 81 millones 94 mil 740, y Nayarit, 59 millones 995 mil pesos.

6 Según el censo, México está por debajo del promedio de camas por habitantes recomendado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (4,8 camas/1000 habitantes), con un promedio para la población sin seguridad social de 0.6 camas por cada mil habitantes, mientras que para los que están afiliados a la seguridad social es de 0.8. De los aproximadamente 10 mil consultorios, 1877 no cuentan con un escritorio, 1.973 con una mesa de exploración, 3 mil no tienen lavabo; unidades médicas con falta de mantenimiento y daños graves: 35 en Veracruz, 67 en Guerrero, 58 en Chiapas, 54 en Tabasco y 38 en Hidalgo (Laurell, 2019b; 2019c)

con servicios de las cuatro especialidades básicas: pediatría, obstetricia, ginecología y cirugía, ni plantillas de médicos completa. En cuanto a equipo, se identificó falta de material básico como baumanómetros en 8% de las unidades médicas, así como estetoscopios en casi 3 mil consultorios de los que se revisaron como parte del censo. También el gobierno actual recibió cientos de obras inconclusas, paralizadas y simuladas, resultado de la falta de planeación de la infraestructura de los servicios estatales de salud, aunado a manejos corruptos con los fondos del Seguro Popular enviados a los estados. Específicamente, se ha planteado que 300 hospitales se encontraron en estado de abandono, mal diseño de las obras o concluidos sin operar.

Sobre el personal de salud, el diagnóstico plantea que existe un déficit de 200 mil médicos (123 mil generales y 76 especialistas) en el sector público (Gobierno de México, 2020a) y personal de salud que no se desarrollaron al nivel del crecimiento de la población, que existe además una mala distribución geográfica y social tanto de la infraestructura como de médicos y especialistas, déficit principalmente en los niveles de atención básica y en las zonas más pobres y alejadas de las grandes ciudades del país, que deberá ser resuelto. Esta insuficiente política de recursos humanos para satisfacer las necesidades de salud de la población, es resultado de la irrupción de la visión neoliberal que se tradujo en las definiciones de formación sobre el número y tipo de especialistas que priorizó las subespecialidades, sumado a la falta de transparencia e irregularidades en los procesos de contratación de personal, además de la existencia de los trabajadores de la salud del ex SP con contratos parciales y flexibilizados que se propone regularizar. Se busca la creación de mecanismos que permitan el desarrollo de políticas de formación y contratación coherentes con las políticas de la 4T. En octubre de 2019, se lanzó el programa Médicos del Bienestar, convocatoria de contratación de profesionales de la salud para zonas rurales según se establecía en el Plan Nacional de Salud (Gobierno de México y SSA, 2019), con el propósito de garantizar el suficiente número de recursos humanos: médicos, enfermeras y especialistas en los establecimientos de salud; su reclutamiento y preparación, así como la basificación de más de los 87 mil 300 trabajadores que formaban parte de los recursos humanos del Seguro Popular con contratación eventual. En su primera etapa, para el año 2020, contemplaban la basificación de 2 mil 539 médicos, mil 365 enfermeros, 841 paramédicos, 107 trabajadores de confianza médica, 359 afines y 799 administrativos; así como la regularización de 17 mil 274 trabajadores con 8, 9 y hasta 10 años de antigüedad, otorgando respaldo y estabilidad a quienes trabajan en el Sistema de Salud Nacional (Gobierno de México, 2020b; 2020c).

Se ratifica que el presupuesto del año 2020 se incrementará en 40 mil millones para garantizar la cobertura de vacantes médicas, mejorar la infraestructura, asegurar el suministro de medicamentos y basicación del personal que labora por honorarios del SP. El Presupuesto para el IMSS en 2020 será de 825 mil millones de pesos (7,3% más que en 2019).

Entre los principales desafíos en la operacionalización del Plan Nacional de Salud de la 4ta. T y del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 se encuentran algunos temas principales, en primer lugar el tema los medicamentos, para un gobierno con una agenda social comprometida a garantizarlos: “que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos”. El diagnóstico reiterado del presidente de la República es que “existe un abanico de corrupción, [...] hay huachicoleo (en referencia al robo de gasolina de los ductos de PEMEX) también en la compra de medicinas. Se llegó al extremo de robarse dinero de las medicinas. Todo eso lo vamos a corregir. [...] No aceptamos la corrupción. Es el cambio más importante. No vamos a hacer negocios al amparo del poder público” (Presidencia de la República, 2019). Sin embargo, las dificultades para concretar esta estrategia han sido variadas y durante este año el desabasto real o intencional de productos por la corrupción heredada de las administraciones anteriores, con prácticas poco transparentes, privilegios a las empresas monopólicas y un sistema normativo laxo, y también por los cambios en la operación pública. Según un informe de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), durante la administración de Peña Nieto, 10 empresas concentraron el 79,6% del gasto, equivalente a 335 mil 340 millones de pesos, de las cuales el Grupo Fármacos Especializados (FANASA) de la familia Pérez Fayad, representaron casi 1/3 de las compras recibiendo 106 mil 813,3 millones de pesos; las demás, de Farmacéuticos Maypo, de la familia Arenas Wiedfeldt, y Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipos Médicos (DIMESA), Carlos Álvarez Bermejillo (Jiménez y Urrutia, 2019).

El desabasto de medicamentos ha movilizó a la población para solicitar a las autoridades su surtimiento. Algunos de los casos se dieron en 2019 por los antrirretrovirales para el tratamiento con VIH; entre agosto y septiembre de 2019, por el Metotrexato, para atender el cáncer en niñas y niños; el Imatinib que se utiliza para la leucemia o el cáncer gástrico (GIST). En los dos primeros casos, se explicaron por la autoridad en el cambio de los modelos de compra y en los procesos de negociación de las autoridades para evitar el abuso de poder de negociación, la corrupción y el conflicto de interés de farmacéuticas

y, por otro, para disminuir precios y mejorar la calidad y eficacia terapéutica de los tratamientos para personas derechohabientes y usuarias de los sistemas de salud. Igualmente, a principios de mes de octubre de 2019 la Comisión General contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) encontró diversas irregularidades en siete centrales de mezcla de la empresa Safe (Pisa) por lo que suspendió su actividad, que coincidió con que los productores no contaban con certificaciones vigentes de buenas prácticas de fabricación. Todo esto no fue bien recibido por parte de la industria farmacéutica, quienes manifestaron su inconformidad reteniendo unidades del medicamento Metotrexato causando un desequilibrio en el abasto. En respuesta a tal situación, el gobierno federal adquirió, como medida urgente, en el extranjero 38 mil unidades del quimioterapéutico. Durante el mes de septiembre de 2019 fueron sancionadas, por conflictos de interés, dos empresas: Lomedic y laboratorios Solfrán, vinculadas con un diputado federal, quien era socio de ambas (Forbes México, 2019).

Esta situación compleja precipitó cambios en los mecanismos de compras de medicamentos con una nueva política de adquisición por el Gobierno Federal, separando la compra de la distribución en noviembre de 2019 (Cruz, 2019) y en febrero de 2020, concretando la adquisición de medicamentos sin la inclusión de empresas distribuidoras nacionales e internacionales subcontratadas por las compañías farmacéuticas, desarrolló compras directamente a fabricantes, laboratorios y dueños de registros sanitarios. Se tiene una licitación abierta a proveedores nacionales e internacionales con el objetivo de diversificar el mercado; además en febrero de 2020 se creó el Compendio Nacional de Medicamentos para garantizar el abasto y la gratuidad, el cual cuenta con mil 978 claves. Se trata de una herramienta base para el programa de atención y medicamentos gratuitos y se fortalecerá apegado a las necesidades de la población, definiéndose enfermedades de alto costo que de manera progresiva se incorporarán a la gratuidad (Cruz, 2020b).

El gobierno proyecta un gasto de 11 mil 284 millones de pesos más en 2020 en medicamentos respecto al año 2019. Los incrementos se dan en seis dependencias que agrupan la mayor cantidad de recursos: IMSS: 7,73% (6 mil 77 millones de pesos); ISSSTE: 15,47% (18 mil 498 millones); Secretaría de Salud: 8,56% (7 mil millones de pesos); SEMAR: 311%; PEMEX: 112% y SEDENA:75,54% (Villanueva, 2019).

EL SISTEMA DE SALUD, LA PANDEMIA Y EL PERSONAL DE SALUD

México, a poco más de un año de haber iniciado el proyecto de la 4ª Transformación, enfrenta la llegada de la pandemia de COVID-19 con el primer caso el 28 de febrero de 2020, con una población con mala

salud y profundas carencias, un sistema de salud deteriorado e insuficiente, una industria de insumos y medicamentos controlada por los intereses privados, corrupción y privilegios de grupos de interés enquistados en el Estado y una falta de recursos humanos en salud que se estima en 200.000 mil trabajadores de distintos rangos. En salud, el inicio de un giro de una política focalizada y privatizadora, hacia otra de derecho a la salud y universalidad. La apuesta central es el fortalecimiento de una Atención Primaria de la Salud que desde la Subsecretaría de Integración y Desarrollo se define como Integrada e Integral, a la vez de una definición que las instituciones siguen operando separadamente, pero con una integración funcional entre las públicas y de seguridad social, en camino hacia la universalidad en cada territorio. Es claro que la pandemia ha dejado en evidencia, más allá de lo que se había alcanzado a ver el primer año, la precaria situación del sector salud; una de las evidencias más dolorosas seguramente es la falta de personal de salud e infraestructura para enfrentar el reto cotidiano de atención a la salud, pero ahora en pandemia.

La conducción pública de la pandemia con respaldo directo de la presidencia, está a cargo del Dr. López-Gatell, Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud y su equipo, y de otras personalidades de la dirección del sistema de salud público, que a través de sus conferencias diarias de las 19:00 horas, la población tiene acceso a una modalidad de estrategia comunicacional desde Palacio Nacional, con un mensaje claro, didáctico, sistemático, informando sobre la situación epidemiológica de la pandemia y la respuesta institucional a ella. Entre ellos, la comprensión epidemiológica de los procesos, el significado de la promoción y prevención, la clínica, los medicamentos, la salud mental, salud sexual y reproductiva, derechos y condicionamiento a ellos, la política de salud y el sistema de salud y las corresponsabilidades de los distintos poderes y de la población.

Sin embargo esta supersubsecretaría concentra gran parte del quehacer de la Secretaría de Salud, donde no se aprecia el trabajo colaborativo y la contribución de la otra Subsecretaría, de Integración y Desarrollo, que no ha aparecido en ninguna de las conferencias no obstante que ha hecho importantes aportes al diagnóstico y perspectiva del sistema de salud a partir de sus investigaciones que aparecen en la página oficial de la Secretaría de Salud, y que debiera encabezar la reorganización del sistema de salud en general, y especialmente en tiempos de pandemia, y los procesos de restructuración hospitalaria del sistema de salud público. Sin embargo, las contradicciones al interior de la SS se pueden evidenciar con la renuncia en junio de 2020, en medio de la pandemia, de su titular, la Dra. Laurell, mientras denunciaba la intención de desaparecer esta dependencia.

La estrategia utilizada por el Estado mexicano es el cierre de las actividades sociales e institucionales como las escuelas, las actividades económicas y públicas, y de cultura y diversión no esenciales, y el confinamiento voluntario, considerando extensos sectores que no pueden hacerlo y que obtienen recursos en las calles diariamente.

El manejo de la pandemia se ha dividido según las definiciones de OMS-OPS en varias etapas: la preparación, las fases 1, 2 y 3, por la que atraviesa actualmente, con sub fases ante la mantención de la pandemia, en lo que se ha llamado la nueva normalidad. Han existido críticas diversas en torno a los tiempos de las decisiones, el manejo de las cifras y las estrategias, y la reapertura económica desde las empresas y la sociedad, con el reciente uso de un semáforo sanitario de cuatro colores y medidas específicas en relación a la situación de la pandemia en cada estado.

La estrategia comunicacional crea al personaje Susana Distancia como elemento de fomento y promoción de la salud para la difusión de las conductas de seguridad personal y comunitarias frente a la pandemia, y disminuyendo la movilidad y el número de la población en la calle con la estrategia “Quédate en casa”.

También se definió tempranamente la población sujeta a riesgo: adultos mayores y los enfermos crónicos principalmente, en un país con una alta carga de comorbilidad por diabetes, hipertensión y sobrepeso, entendidas como enfermedades de la nutrición o la mal nutrición que requieren el control de los alimentos procesados y un nuevo etiquetado que entrará en funciones en octubre y recién aplazado para diciembre del 2020. Se estimó que el 80% de los infectados serían leves que requerirían cuidados en su casa, un 20% podría requerir una hospitalización y un 5% de ella cuidados intensivos.

Uno de los temas complejos ha sido la estrategia de desarrollar en poco tiempo el crecimiento de la capacidad instalada hospitalaria de camas generales y de cuidados intensivos con ventilador, y el personal requerido en cada caso. Antes de la llegada de la pandemia, el 12 de febrero, el Dr. López Gatell declaraba que en México no será necesario la construcción de hospitales especiales para posibles casos confirmados, ya que la enfermedad no tiene un comportamiento catastrófico, y en caso necesario, se cuenta con más de dos mil camas especializadas en unidades de cuidados intensivos de las instituciones del sector salud, lo cuál da cuenta de una falta de apreciación del comportamiento que tendría la pandemia en el país. Sin embargo, y en medio de una carencia muy importante de recursos, se inició un proceso creciente de reconversión hospitalaria que actualmente asciende a nivel nacional a alrededor de más de 30.000 camas generales y más de 12.000 con ventilador (Gobierno de México y SSA, 2020aa)

que ha permitido atender toda la demanda hasta el momento. El hecho que haya empezado en la Ciudad de México, también permitió un aprendizaje en el marco de las mejores condiciones de instalaciones sanitarias del país, no obstante con una gran población expuesta. Este mecanismo de reconversión, fortaleció el trabajo que ya se venía realizando de integración de las instituciones públicas, de seguridad social y agregó el aporte en salud de las instituciones de seguridad y fuerzas armadas, que además se han encargado de la seguridad de los insumos y su traslado por el país. Cuando las camas llegan al 70% de la demanda, se reconvierten nuevas, o se traslada con la protección de las fuerzas armadas a lugares donde la necesidad es mayor. Además se ha declarado en las Conferencias que la ampliación de la capacidad instalada podría permanecer para enfrentar rebrotes y la combinación con la temporada de Influenza y otras epidemias.

Respecto al equipamiento, aunque no se tenía un cálculo claro de las necesidades que se presentarían por la subestimación del efecto de la pandemia, también habían grandes carencias nacionales de disponibilidad de insumos por la desaparición de la industrias nacionales en el marco del Tratado de Libre Comercio de los 90s, una gran dependencia de la industria farmacéutica concentrada en 3 empresas (Grupo Fármacos Especializados, Farmacéuticos Maypo y DIMESA) (Jiménez y Urrutia, 2019), y una alta demanda internacional de productos, que ha dificultado obtener en un menor plazo el total de insumos y ventiladores requeridos. Lo que sí se tenía, era el presupuesto disponible del Insabi de alrededor de 40 mil millones de pesos correspondiente al de Gastos Catastróficos del extinto SP, que ha permitido adquirir las necesidades requeridas.

El mecanismo más importante, además de algunos esfuerzos del Conacyt (Gobierno de México y SSA, 2020o) y la compra al gobierno norteamericano en relación a los ventiladores (Gobierno de México y SSA, 2020x), ha sido la negociación del Secretario de Relaciones Exteriores, Ebrard, con el Gobierno y empresas China, donde se ha comprado y traído más de 20 vuelos (Presidencia de la República, 2020) el equipamiento de diversos tipos. No es claro si la falta de oferta internacional de las necesidades emanadas de la pandemia han dificultado su adquisición y se ha hecho tardía o insuficiente. Según los testimonio frecuentes de los trabajadores de las salud en distintos puntos del país, existe intermitente la denuncia de la falta de recursos de protección personal (Beltrán del Río, 2020), a la vez que las autoridades solicitan un manejo riguroso de las medidas e insumos de seguridad para los distintos tipos de atención, a fin de que no se agoten los insumos.

En relación al personal de Salud, México presenta un déficit y mala distribución a nivel geográfico y social de personal médico general y

especializado (Gobierno de México y SSA, 2019), resultado de la falta de políticas en salud enfocadas a las necesidades de la población, la falta de transparencia en los procesos de contratación de personal y una visión neoliberal en la formación de recursos humanos dirigido a la especialización de determinados problemas y la carencia en otros; el gobierno federal ha buscado la creación de mecanismos que permitan el desarrollo de políticas de formación y contratación coherentes con el enfoque de la 4ª Transformación (4T), principalmente del déficit de personal de salud en zonas pobres y alejadas de las grandes ciudades del país en todos los niveles de atención, a la vez que ha planteado formar especialistas en el exterior en los próximos años.

Resultado de estas iniciativas, para principios del segundo año de la 4T (2020), la convocatoria “Médicos del Bienestar” había recibido 38 mil solicitudes de empleo con el compromiso de mantenerse de manera estable en las comunidades, sobre todo en las zonas más apartadas, para brindar un servicio de calidad, responsabilidad y sentido social y con un enfoque de medicina comunitaria. Además, dentro del modelo de Salud para el Bienestar, las funciones de 7 mil 500 trabajadores se plantearon reorientar de tareas administrativas realizadas en el SP como el registro, a actividades preventivas integrándose a los equipos de promoción de la salud (Gobierno de México, 2020d) que se requiere confirmar su realización. Estas decisiones se han visto trastocadas por la pandemia y se han asumido otras medidas por las autoridades sanitarias mexicanas para su contención, en materia de capacitación, contratación, derechos, protección, reconocimiento, recursos presupuestarios y financieros que se exponen a continuación.

En relación a contratación y derechos, con la confirmación de los primeros casos de coronavirus y la entrada en vigor de la Fase 2 epidemiológica, el gobierno de México activó el Plan Marina y DN-III-E de la Secretaría de Marina y Defensa Nacional (Gobierno de México, 2020e) poniéndolos en función de las necesidades de la pandemia. En este sentido y, para la administración y operación de las 116 instalaciones hospitalarias que participan en el Plan DN-III-E, se dispuso de 5 mil 677 elementos de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y se contrataron 4 mil 995 profesionales de la salud. Por su parte, la Secretaría de Marina-Armada de México aportó 499 recursos humanos (Gobierno de México, 2020k). También se estableció un convenio con el Ministerio de Salud de Cuba para la recepción de 585 trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, ingenieros biomédicos y epidemiólogos) para la Ciudad de México en apoyo a la pandemia de COVID-19 a través de atención directa, asesoría, trabajo de campo, trabajo epidemiológico y análisis de protocolos (Gobierno de México, 2020aa) (Forbes, 2020), criticada por los opositores al gobierno.

Ante la necesidad de fortalecer las capacidades de atención médica durante la contingencia, la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), iniciaron la Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos en Salud “México contra el COVID-19” (Gobierno de México, 2020g). Un plan emergente para convocar a medicas(os) y enfermeras (os) generales y especialistas, personal paramédico y de apoyo a los servicios de salud, otorgándoles un contrato de 6 meses con seguridad social para el adscrito y su familia, un salario competitivo (disponible desde la firma de contrato y con viáticos incluidos), aguinaldo, vacaciones, prima vacacional, prestaciones de contrato colectivo de trabajo, capacitación sectorial y dos puntos en el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) en caso de aspirar a una especialidad (Gobierno de México y SSA, 2020g). Aunado a ello, el Insabi reiteró la convocatoria “Médicos del Bienestar” haciéndola extensiva a los 337 médicos especialistas del país que realizan estudios de alta especialidad o subespecialidad para su integración a los equipos de atención de pacientes COVID (Gobierno de México, 2020i).

De acuerdo al último reporte emitido por el gobierno de México, se han contratado 44 mil 247 trabajadores de salud, de los cuales: 3 mil 675 son médicos (as) especialistas, 7 mil 194 médicos (as) generales, 1 mil 502 enfermeras (os) especialistas, 18 mil 664 enfermeras (os) generales y 13 mil 212 personas de otras áreas (Gobierno de México y SSA, 2020w). Mismos que, si bien en un inicio tendrían un contrato temporal, recientemente se ha informado su permanencia definitiva para eliminar los faltantes de personal en las instituciones de salud (Gobierno de México, 2020y).

Respecto a su distribución el 12 de mayo se informó que por sector se han contratado: 19 mil 153 para el IMSS, 2 mil 506 al ISSSTE, 17 mil 839 a la SSA aunque según algunas fuentes corresponderían al INSABI y a los Institutos Nacionales de Salud, 4 mil 450 a la SEDENA y 299 a la Secretaría de Marina. Sin embargo, su distribución se realizará según necesidades a las zonas de alta transmisión de las distintas entidad federativa (Gobierno de México, 2020w), en la medida que por el tamaño del país se espera que la epidemia tenga un comportamiento asincrónico.

En términos de derechos, con base a las indicaciones sanitarias emitidas por la Secretaría de Salud⁷, el IMSS retiró a 20 mil trabajadores

7 La principal medida de contención de la pandemia por COVID-19 por parte de la Secretaría de Salud es la “Jornada Nacional de Sana Distancia”. Un programa nacional basado en el distanciamiento social y cuyas intervenciones se basan en: medidas

de alto riesgo (9 mil médicos y enfermeras) y trasladó sus funciones a la atención de derechohabientes desde trabajo a distancia (Gobierno de México, 2020t) o a sus hogares. Por otra parte, dado el riesgo de exposición en la atención directa de pacientes COVID, se otorgó de manera extraordinaria Notas de Mérito y un Bono COVID del 20% para los trabajadores de la salud del Instituto⁸ con un periodo de compensación del 16 de marzo hasta la conclusión de la pandemia (Gobierno de México, 2020t). También, invitó a médicos y enfermeros de 60 a 65 años que no presenten enfermedades crónicas, a regresar a trabajar a hospitales no COVID-19 para la atención de otros padecimientos, con una compensación de 30% arriba de su salario (Gobierno de México, 2020h). El IMSS también reconoció la incapacidad temporal por enfermedad de trabajo en casos sospechosos o confirmados de sus trabajadores que laboran en unidades médicas (Moreno, 2020).

La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), dispuso de un “Seguro Personal del Sector Salud ante la contingencia de COVID-19”. Un seguro de vida gratuito para la protección de 1,6 millones de trabajadores del sector salud (médicos, residentes, enfermeras, pasantes de enfermería, auxiliares de enfermería, personal profesional y técnico, intendentes y afanadores) con una indemnización por 50 mil pesos en caso de fallecimiento por COVID-19, al demostrar que la causa del fallecimiento del trabajador es haber trabajado en atención de casos de COVID, con resultado positivo de la prueba y acta de defunción correspondiente (Gobierno de México, 2020m). Para finales de junio, esta cobertura había asegurado 109 casos en 20 entidades, principalmente en el Estado de México y Ciudad de México. Del total de casos indemnizados, un 28% correspondió a médicos (as), 13% enfermeras(os) y 59% otro tipo de personal (afanador, auxiliar de almacén, auxiliar de enfermería, auxiliar de farmacia, camilleros, coordinador de salud, paramédico, personal profesional y técnico, psicólogo, radiólogo y trabajador social) (AMIS, 2020).

En relación a capacitación, previo a los primeros casos en el país, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (INDRE) realizó, anticipándose a la llegada

básicas de prevención (lavado frecuente de manos, etiqueta de estornudo, saludo a distancia y recuperación efectiva); suspensión temporal de actividades no esenciales de los sectores público, social y privado a nivel nacional; reprogramación de eventos de concentración masiva que congreguen a más de 5 mil personas y protección y cuidado de adultos mayores (personas de 60 años o más).

8 Desde categorías y funciones relacionadas con la atención a pacientes COVID hasta personal de limpieza. El personal médico que ya percibe el concepto de infectocontagiosidad, recibirá la diferencia que permita el tope máximo al 20% del sueldo.

de la pandemia, un taller de capacitación a personal técnico de 28 laboratorios estatales de salud pública y 6 hospitales regionales para procedimientos de diagnóstico confirmatorio para SARS-COV-2 en sus respectivas entidades federativas (Gobierno de México, 2020p). Para la capacitación del personal de salud, la Secretaría de Salud habilitó una plataforma virtual⁹ para los cursos: “Programa de capacitación en infección por SARS-COV-2 en atención primaria de salud” y “Virus respiratorios emergentes, incluido el COVID-19: métodos de detección, prevención, respuesta y control”. Ambos de 4 horas de duración y con el objetivo de comprender principios fundamentales de los virus respiratorios, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Aunado a ello, se publicaron diversos materiales de consulta, mismos que para el mes de junio ya acumulaban 29 documentos de asesoramiento, entre los que destacan: los “Lineamientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de Enfermedad por COVID-2019”; “Lineamientos de Atención Médica” para su aplicación en casos sospechosos o confirmados de coronavirus en cada unidad de salud (pública, privada, urbano y rural) en el país; “Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19” y los “Lineamientos para la prevención, detección y atención de COVID-19 en niñas, niños y adolescentes” para orientar al personal de salud de los diferentes niveles de atención en prevención, detección y atención de NNA sospechosos, confirmados y sus contactos.

Ante la carencia de recursos, la optimización del personal médico y de enfermería se desarrolló bajo el modelo de cascada, en donde un médico o enfermera intensivista capacita a un grupo de cinco médicos, especialistas o enfermeras que han sido previamente instruidos en materia de COVID-19. De esta forma un intensivista está a cargo de la atención de 25 pacientes críticos. Dicha capacitación es impartida a través de un foro virtual¹⁰ que permite la interacción simultánea de hasta 500 personas en tiempo real para que, expertos en la materia, puedan resolver dudas y fortalecer conocimientos de personal médico y de enfermería de cualquier parte del país (Gobierno de México, 2020g). Finalmente, los médicos de Salud en el Trabajo fueron designados para recibir, registrar, administrar y distribuir los equipos de protección personal a los trabajadores de la salud de la primera línea de atención (Gobierno de México, 2020s).

9 <https://coronavirus.gob.mx>

10 coviduti.salud.gob.mx

En cuanto a los equipos e insumos de protección personal y contagios del personal de salud en las instituciones públicas ante la pandemia de COVID-19 en el país, la Secretaría de Relaciones a Exteriores estableció un convenio de compra de material sanitario con China, estableciendo un puente aéreo de 20 vuelos al momento. Al mes de junio el total de insumos de protección importados a partir de este convenio de compra era: 1 millón 228 mil guantes de exploración, 1 millón 500 mil mascarillas KN95, 16 millones 493 mil 200 cubrebocas quirúrgicos, 550 mil caretas protectoras, 426 mil goggles y 20 mil trajes protectores (Presidencia de la República, 2020), que habrá que evaluar más adelante su pertinencia. También se recibieron y entregaron al Insabi e instituciones de salud, 7 donativos internacionales por parte de China, Dinamarca, EE.UU. y Suiza con 100 mil cubrebocas tricapa, 8 mil lentes y caretas protectoras y 100 mil mascarillas N95 (Gobierno de México, 2020i).

La Secretaría de Marina y la Secretaría de la Defensa Nacional a partir de las industrias del Ejército también contribuyeron en la protección del personal de salud a partir de la elaboración de uniformes, ropa y equipos médicos (Gobierno de México, 2020f).

Llama la atención que no obstante la política de Estado de romper los vínculos entre política y economía, durante la pandemia la sociedad civil, instituciones bancarias, académicas y empresas privadas se hayan reunido en la iniciativa “Juntos por la salud” organizada por la Fundación Mexicana de la Salud, Funsalud, con el objetivo de recaudar fondos para donar recursos, equipo de protección, servicios, hospedaje, transporte, agua y kits integrados de gorros, pares de guantes, cubrebocas, batas, goggles y mascarillas para personal de instituciones públicas de salud y hayan realizado su presentación durante las conferencias de López Obrador (Gobierno de México, 2020j). Derivado de esta iniciativa, con la participación de 600 empresas y la recaudación de más de 1 mil 400 millones de pesos, se distribuyeron al mes de junio medio millón de kits y se apoyaron a 27 mil 390 profesionales de la salud de hospitales no COVID (Gobierno de México, 2020bb). Cabe recordar el papel histórico del think tank del proyecto neoliberal en salud que ha tenido Funsalud, y que probablemente responde a juegos políticos de intereses dentro del gobierno por establecer puentes mediadores en medio de la pandemia, también a evaluar en su significado para la política de salud más adelante.

Al mes de junio cifras oficiales han expuesto la confirmación de 39 mil casos acumulados y 584 defunciones por COVID-19 de trabajadores de la salud. Del total de pruebas realizadas a ellos, el 41% se concentró en enfermeras, 30% en médicos, 26% en otros profesionales de la salud, el 2% en laboratoristas y 1% en dentistas (Gobierno de

México, 2020bb). También debido a la presencia de estrés y fenómeno de Burnout en el 70% del personal médico, se dispuso de la medida “Cuidemos a quien nos cuida”, cuestionario virtual para la detección de riesgos a la salud mental que, en caso de ser necesario, recibir atención por parte de terapeutas de clínicas virtuales de tratamiento breve. También se estableció desde el comienzo de la pandemia de la Línea de la Vida y de las Recomendaciones y Estrategias Generales para la Protección y la Atención a la Salud Mental del Personal Sanitario que opera en los Centros COVID y otras instalaciones que prestan atención a los casos sospechosos o confirmados (Gobierno de México, 2020v).

Ante diversos hechos de violencia presentados en contra de personal médico y enfermería por parte de la ciudadanía por considerarlos fuente de contagio de COVID-19 por su trabajo, se desplegaron cerca de 2 mil elementos de la Guardia Nacional para la protección de los trabajadores en las instituciones de salud (Gobierno de México, 2020v) y se habilitaron los espacios del “Complejo Cultural Los Pinos” para otorgar a personal sanitario que atiende pacientes COVID y que así lo requieran, hospedaje, alimentación, servicio de lavandería, limpieza y desinfección, zonas recreativas, internet y transporte (Gobierno de México, 2020k). También aquí se sumaron a este esfuerzo hoteles y restaurantes proactivos en la tarea de su cuidado pero además integrando a la empresa privada en un esfuerzo de contribuir a la reactivación económica que ya empieza a ser crítico por estos días.

Como reconocimiento a la entrega y compromiso del personal médico y de enfermería que está al frente de la lucha contra el COVID-19, el Gobierno de México otorgará la “Condecoración Miguel Hidalgo”, máxima distinción del Estado Mexicano que premia méritos eminentes o distinguidos, conducta o trayectoria vital ejemplar, y relevantes servicios prestados a la Patria (Gobierno de México, 2020z)¹¹.

En relación al financiamiento para el ejercicio fiscal 2020, la Secretaría de Salud contaba con un presupuesto de 128 mil millones de pesos, de los cuales para el periodo de marzo ya había ejercido un 20% (25,6 mil millones de pesos) y proyectaba un incremento del 29% para finales de dicho mes (Gobierno de México, 2020e). Por su parte, a partir de la formación del Insabi contó con un financiamiento de

11 Esta condecoración está dividida en cuatro grados y tendrá un premio remunerativo individual o colectivo: Grado collar con 100 mil pesos para 58 médicos y enfermeras postulados por pacientes COVID-19 recuperados; Grado Cruz con 50 mil pesos a 500 médicos y enfermeras postulados por la comunidad de los Hospitales COVID más productivos (casos y jornadas más pesadas); Grado Banda con 30 mil pesos a mil médicos y enfermeras integrantes de equipos COVID-19 postulados por las instituciones por su conducta ejemplar; y Grado Placa con 25 mil pesos a 7 mil 500 equipos COVID-19 de Hospitales Reconvertidos.

112 mil 538 millones de pesos asignados a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y que fueron transferidos a este organismo. En el Presupuesto de Egresos de la Federación 2020 se le asignaron 72 mil 538 millones de pesos a este rubro, a los que se suman 40 mil millones del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, que con el transitorio a la Ley General de Salud, se dispusieron del Fondo de Salud para el Bienestar destinados a emergencias sanitarias, mismos que también fueron transferidos al Insabi (Poy, 2020).

A través del Insabi se destinaron a los programas de salud 15 mil 300 millones destinados desde el SP para los estados para el periodo enero-marzo y, derivado a la emergencia sanitaria, se adelantaron los recursos de abril-junio (equivalente a 10 mil millones), además de 4 mil 500 millones de pesos que tiene destinado para la compra de insumos y medicamentos (Gobierno de México, 2020e). Esta dependencia también destinó más de 3 mil 242 millones de pesos en la contratación de 17 mil 830 médicos y enfermeros para hacer frente a la pandemia de COVID-19. Y para el convenio con el Ministerio de Salud de Cuba, una inversión de 135 millones de pesos destinados a sueldos e investigación (Forbes México, 2020). Por su parte, el ISSSTE dispuso de 779 millones de pesos, mientras que los Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad pertenecientes a la Secretaría de Salud Federal, se les asignaron 394 millones (QS Noticias, 2020). Para la activación del Plan DN-III y Marina se otorgaron 4 mil millones de pesos y 500 millones de pesos a la Secretaría de Marina y Defensa Nacional respectivamente (Gobierno de México, 2020e), cifras que habrá de sistematizar y analizar más adelante en relación a lo presupuestado.

En lo que respecta al Bono COVID otorgado a trabajadores del IMSS, esta institución destinará 871 millones de pesos para la emisión de las nóminas correspondientes al periodo de la pandemia (Moreno, 2020). Y para la Condecoración Miguel Hidalgo se acreditaron los recursos económicos por 250 millones de pesos para su ejecución (Gobierno de México, 2020z).

Con el aumento paulatino y constante de casos positivos de SARS-COV 2 en diferentes estados de la República Mexicana y el inicio de contagios en personal de salud de diversas instituciones, se han presentado diversas manifestaciones por parte del personal de salud denunciando la falta de insumos de protección o la baja calidad de los mismos. Los primeros casos presentados fueron los del Hospital General de Zona número 7, de Monclova, Coahuila; la Unidad de Medicina Familiar número 57, de Zacatecas, y el Hospital General Regional número 1, de Querétaro, quienes demandaron la entrega de insumos para laborar con seguridad ya que se carecía de lo más elemental (Beltrán del Río, 2020). Ante estas primeras protestas, el

Insabi anunció la compra de 217 distintos tipos de insumos médicos como batas quirúrgicas, guantes, cubrebocas y jabón (Becerril, 2020). Sin embargo, las protestas han continuado. Trabajadores del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS (Camacho, 2020), así como personal médico del ISSSTE e IMSS de San Luis Potosí, Yucatán, Morelos, Baja California, Oaxaca, Morelos, Chiapas, Tabasco, bloquearon calles en señal de protesta (Juárez *et al.*, 2020). Para ese momento, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía, exhortaron a las autoridades correspondientes a facilitar con rapidez el equipamiento para la protección del personal médico que atiende a pacientes COVID-19, a fin de minimizar riesgos de contaminación accidental durante el cuidado (Sánchez, 2020).

Ante estas manifestaciones, el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) respondieron asegurando que previamente se había realizado la entrega de medio millón de insumos como gafas de seguridad, respiradores N95, cubrebocas, guantes y batas impermeables (La Jornada, 2020). Por su parte, la Secretaría de Salud aseguró que todos los equipos de protección adquiridos en China y trasladados habían sido distribuidos por todo el país. Sin embargo, también denunciaba desapariciones, robos y otras situaciones, razón por la cual se realizó un despliegue de la Guardia Nacional y la SEDENA para el cuidado de los traslados de los equipos de protección personal del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México a los almacenes centrales y estatales, la seguridad de las instalaciones y el resguardo de insumos y medicamentos (Gobierno de México, 2020v), a la vez que solicitaron a los trabajadores de la salud la denuncia a las instancias correspondientes de carencias. A la vez, las autoridades han resaltado la importancia del uso apropiado de equipos médicos para evitar su escasez ya que los equipos médicos especiales (mascarilla N95, guantes quirúrgicos, etc.) son de uso exclusivo para el personal que tiene contacto directo con pacientes con coronavirus (diagnósticos/intubados), y llamó a los hospitales y al personal médico a asegurar que las expectativas de cada trabajador correspondan con la guía de control de infecciones (Gobierno de México, 2020u). Otra denuncia presentada por parte de los trabajadores es la ausencia del pago del “bono COVID” del IMSS (Eje Central, 2020), fue la manifestación de más de 200 trabajadores del IMSS de Acapulco, Guerrero, exigiendo el esclarecimiento de los motivos por los que no se les ha dado dicha compensación (Trujillo, 2020). Ante las manifestaciones programadas por personal de salud del IMSS, las autoridades han señalado su profundo respeto a las protestas, y manifestaron que desde el mes de marzo se trabajó con el sindicato de trabajadores de la salud

para cumplir con sus demandas de protección al cuerpo médico y sus retribuciones económicas (Gobierno de México, 2020n). Con el transcurso de la pandemia desde su inicio hasta la fecha y con una estabilidad aparente de la misma, los problemas de dotación de insumos médicos y el pago del bono han sido resueltos, esperando que a futuro los insumos médicos continúen siendo cubiertos.

CONCLUSIONES

Todavía es prematuro un análisis de fondo para entender hacia dónde y cómo va la voluntad y el proceso de universalización y gratuidad del sistema de salud público en el marco de la 4ª Transformación para la atención médica y los medicamentos, después del impulso inicial del primer año y el impacto que puede advertirse con la pandemia. Tal vez a modo conjetural, podría decirse que entre los aspectos positivos que se pueden aventurar, se encuentra la aceleración de la integración y articulación de las instituciones públicas del sistema de salud, forzadas a agilizar el paso frente a la pandemia bajo la conducción de la Secretaría de Salud fungiendo después de mucho tiempo, rectora del sector salud; tal vez no sea una virtud propia sino debida a la capacidad de liderazgo presidencial. Otro elemento es la aplicación de la austeridad republicana a su interior como en el resto de la administración pública, que no obstante, significó la eliminación de una de las dos subsecretarías de salud, aquella portadora del modelo de atención de la Salud Colectiva elaborado durante tantos años por Cristina Laurell, una pérdida que pone en tela de juicio la capacidad técnica en servicios de salud de la administración. Las importantes responsabilidades de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo a su cargo, logró impulsar un proyecto de diagnóstico y poner en operación los primeros pasos de un modelo de atención de abajo hacia arriba de Atención Primaria de la Salud en los estados más pobres del país, pero pareciera que hay distintas modalidades de comprender su desarrollo. Por otro lado, estas funciones se reasignarían a la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en un proceso de concentración sin precedente, un asunto al parecer más que técnico, es político, cuyos efectos en el desarrollo de la pos pandemia están por verse.

Después de prácticamente seis meses de llegado el primer caso a México a fines de febrero, la pandemia se mantiene en proceso de declinación según las autoridades de salud. Las características mostradas en comparación con otros países y al interior, permite caracterizarla como una pandemia que se ha ido extendiendo por todo el amplio y diverso territorio nacional, con distintos niveles de afectación a las grandes ciudades de los 32 estados de la República y avanzando hacia pequeños poblados rurales e indígenas, aunque de modo

no sincrónico. Con una curva más aplanada que otras de la región, ha tenido una larga duración, con una gran variabilidad entre regiones y a destiempo, habiéndose presentado la mayor parte de los casos, defunciones y atenciones en el Valle de México. La estrategia epidemiológica ha sido principalmente el aislamiento voluntario, después de los primeros casos importados, las pruebas en la fase comunitaria se han realizado a los enfermos sospechosos que solicitan atención médica en centros de salud u hospitales, y en el último tiempo al control comunitario; según las cifras oficiales no se ha carecido de capacidad hospitalaria para los casos graves.

En general la población ha adoptado las instrucciones, aunque tardíamente; las autoridades a su vez, parecieran haber tenido una alta capacidad de previsión, aunque se pone a prueba frente a situaciones como los reclamos de los trabajadores de la salud por carencias en los insumos de protección personal, la falta de medicamentos, carencias previas del sistema de salud durante los años de neoliberalismo que se expresa en falta de crecimiento en relación a la población, y la intencionalidad de desviar la capacidad estatal a un modelo de subvención de un emergente sector privado que tiene una causa estructural de casi 40 años.

Ha habido información oficial disponibles, que se ha diversificado a otros campos como salud mental, sexual y reproductiva, adicciones, vacunación, entre otras, adicional a la información epidemiológica y de disponibilidad y situación de los servicios de salud y las camas. Así mismo se han dispuesto diversos dispositivos para la atención en redes de situaciones como violencia contra las mujeres, indicaciones sobre COVID-19, línea de la vida para salud mental, entre otras. Esto se da en medio de una gran campaña de desinformación intencional o debido a la despolitización en general y sanitaria específicamente; sin embargo, se ha vertido información científica que ha posibilitado democratizar este tipo de información de uso elitista.

Según los datos, documentos, conferencias e informaciones, la apariencia es que hay un control de la epidemia tal como se esperaba en las descripciones, aunque fallaron las primeras predicciones estimadas por las autoridades de salud y las curvas epidémicas matemáticas de los inicios que, aunque cumplió con la meta de aplanar la curva, se han transformado en mesetas permanente y un descenso lento y relativo. Sin embargo, también se advierte el desconocimiento sobre el proceso del SARS-COV-2.

A casi 6 meses, es urgente la necesidad de reapertura de los procesos productivos, que han ido experimentándose con sistemas de semáforos por estado, nuevas reglamentaciones y criterios, siempre con las medidas de sana distancia y protección personal orginales, a

las que se ha aumentado el uso de mascarillas en un tratamiento que pareciera un dilema innecesario por parte de la autoridad, mientras se establecen negociaciones y participación en relación a alguna de las posibles vacunas.

También se han dado procesos de incorporación sorprendente de actores privados que regularon la dirección del sector salud en las décadas neoliberales que aparecen en una especie de labor benéfica y filantrópica, acrítica sobre su participación previa de las condiciones actuales de deterioro del sistema de salud. Entre los beneficios hay contratos con el gobierno para la atención, en paquetes y sin lucro, en hospitales privados a la población expulsada de las atenciones de los hospitales de exclusividad COVID, hoteles para albergar trabajadores de la salud, compraventa de insumos para salud y el escándalo con las farmacéuticas y distribuidoras de medicamentos a cuyos negocios se ha puesto fin.

Las prácticas sociales parecen adaptarse a la nueva vida con grandes pendientes especialmente a los sectores más postergados de la sociedad, los niños y adolescentes y adultos mayores, así como con un desgaste muy importante en el personal de salud. Al cierre de este documento, la pandemia reporta casi 50.000 muertes por COVID-19 en México, que lo ubica en el 5 lugar en el mundo, un record poco loable.

BIBLIOGRAFÍA

- AMIS. 2020 “Reporte de casos COVID-19 en población asegurada” en <http://www.amisprensa.org/wp-content/uploads/2020/06/Conferencia-25jun-COVID-19_compressed.pdf> acceso 22 de julio de 2020.
- Aristegui Noticias. 2020 “Prórroga a verificación de etiquetado en alimentos hasta diciembre de este año” en *Aristegui Noticias* (México CDMX). En <<https://aristeguinoticias.com/0108/mexico/prorroga-a-verificacion-de-etiquetado-en-alimentos-hasta-diciembre-de-este-ano/>> acceso 01 de agosto de 2020.
- Becerril, Andrés. 2020 “México compra ‘armas’ contra la pandemia; en la lista destacan los antibióticos” en *EXCELSIOR* (México CDMX). En <<https://www.excelsior.com.mx/nacional/mexico-compra-armas-contr-la-pandemia-en-la-lista-destacan-los-antibioticos/1372453>> acceso 27 de marzo de 2020.
- Beltrán Del Río, Pascal. 2020 “Médicos y COVID-19: a la guerra sin fusil” en *EXCELSIOR* (México CDMX). En <<https://www.excelsior.com.mx/opinion/pascal-beltran-del-rio/medicos-y-covid-19-a-la-guerra-sin-fusil/1372437>> acceso 27 de marzo de 2020.

- Camacho, Fernando *et al.* 2020 “Trabajadores del CMN La Raza señalan falta de material para protección personal” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2020/03/28/politica/007n1pol>> acceso 28 de marzo de 2020.
- Cruz, Ángeles. 2018 “Federalizar los servicios de salubridad, primer paso” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2018/12/14/politica/010n2pol>> acceso 14 de diciembre de 2018.
- Cruz, Ángeles. 2019 “En la adquisición de los medicamentos a mayor precio hubo presión: SHCP” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2019/09/25/politica/004n1pol>> acceso 23 de septiembre de 2019.
- Cruz, Ángeles. 2020a “Opacidad y desvío de recursos, lastres del Seguro Popular” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/01/15/opacidad-y-desvio-de-recursos-lastres-del-seguro-popular-5446.html>> acceso 15 de enero de 2020.
- Cruz, Ángeles. 2020b “Crean el Compendio de Medicamentos para garantizar el abasto y la gratuidad” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/02/03/crean-el-compendio-de-medicamentos-para-garantizar-el-abasto-y-la-gratuidad-1527.html>> acceso 03 de febrero de 2020.
- DOF. Diario Oficial de la Federación. 2019 “Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024” en <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019> acceso 17 de julio de 2019.
- Eje Central. 2020 “COFEPRIS agiliza permisos para insumos médicos” en *Eje Central* (México CDMX). En <<https://www.ejecentral.com.mx/cofepris-agiliza-permisos-para-insumos-medicos/>> acceso 08 de abril de 2020.
- Forbes México. 2019 “SFP inhabilita y multa a dos farmacéuticas de Carlos Lomelí” en *Forbes México* (México CDMX). En <<https://www.forbes.com.mx/inhabilitan-y-multan-a-dos-farmaceuticas-de-exdelegado-federal-en-jalisco/>> acceso 13 de septiembre de 2019.
- Forbes México. 2020 “Médicos cubanos se quedarían en México más de lo previsto si casos de Covid-19 aumenta” *Forbes México* (México CDMX). En <<https://www.forbes.com.mx/noticias-medicos-cubanos-podrian-permancer-mexico-mas-previsto/>> acceso 15 de junio de 2020.
- Gobierno de México. 2019 “Plan Nacional de desarrollo 2019-2024” en <<https://www.gob.mx/cenace/acciones-y-programas/plan->

nacional-de-desarrollo-2019-2024-195029> acceso 01 de mayo de 2019.

- Gobierno de México y SSA. 2019 “Conferencia de prensa. Presentación del Plan Nacional de Salud” en <<https://www.youtube.com/watch?v=sLsUwudXK3k&t=34s>> acceso 21 de octubre de 2019.
- Gobierno de México y SSA. 2020a “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 16 de enero.
- Gobierno de México y SSA. 2020b “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 21 de enero.
- Gobierno de México y SSA. 2020c “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 04 de febrero.
- Gobierno de México y SSA. 2020d “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 25 de febrero.
- Gobierno de México y SSA. 2020e “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 24 de marzo.
- Gobierno de México y SSA. 2020f “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 31 de marzo.
- Gobierno de México y SSA. 2020g “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 04 de abril.
- Gobierno de México y SSA. 2020h “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 17 de abril.
- Gobierno de México y SSA. 2020i “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 28 de abril.
- Gobierno de México y SSA. 2020j “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 30 de abril.
- Gobierno de México y SSA. 2020k “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 04 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020l “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 08 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020m “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 14 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020n “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 30 de junio.
- Gobierno de México y SSA. 2020o “Pulso de la Salud”, Conferencia de prensa, México, 14 de julio.
- Gobierno de México y SSA. 2020p “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 23 de enero.
- Gobierno de México y SSA. 2020q “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 27 de febrero.

- Gobierno de México y SSA. 2020r “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 02 de marzo.
- Gobierno de México y SSA. 2020s “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 30 de marzo.
- Gobierno de México y SSA. 2020t “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 13 de abril.
- Gobierno de México y SSA. 2020u “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 14 de abril.
- Gobierno de México y SSA. 2020v “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 26 de abril.
- Gobierno de México y SSA. 2020w “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 01 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020x “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 05 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020y “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 12 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020z “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 22 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020aa “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 15 de junio.
- Gobierno de México y SSA. 2020bb “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, Conferencia de prensa, México, 23 de junio.
- Jiménez, Néstor y Urrutia, Alonso 2019 “Gobierno anterior centró en 10 empresas la compra de medicinas del sector salud” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2019/03/13/sociedad/033n1soc>> acceso 13 de marzo de 2019.
- Juárez, Vicente *et al.* 2020 “Denuncian en 5 estados falta de insumos ante la pandemia” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2020/03/28/estados/028n2est>> acceso 28 de marzo de 2020.

- Laurell, Asa Cristina. 2019a “De Florida al rescate del Seguro Popular” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2019/02/20/opinion/a03a1cie>> acceso 20 de febrero de 2019.
- Laurell, Asa Cristina. 2019b “Conocer para transformar” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2019/04/11/opinion/a03a1cie>> acceso 15 de abril de 2019.
- Laurell, Asa Cristina. 2019c “Reconstruir el sistema público de salud” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2019/06/13/opinion/a03a1cie>> acceso 13 de junio de 2019.
- Laurell, Asa Cristina. 2019d “Ofuscación ideológica o simples mentiras” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2019/11/12/ciencias/a03a1cie>> acceso 12 de noviembre de 2019.
- La Jornada. 2020 “Entregan insumos de emergencia para trabajadores del IMSS” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/03/30/entrega-sntss-mas-de-medio-millon-de-insumos-para-atender-covid-19-6714.html>> acceso 30 de marzo de 2020.
- Moreno, Teresa. 2020 “IMSS depositará a partir de mañana pago de Bono Covid correspondiente a abril” en *El Universal* (México CDMX). En <<https://www.eluniversal.com.mx/nacion/imss-depositara-partir-de-manana-pago-de-bono-covid-correspondiente-abril>> acceso 28 de junio de 2020.
- Poy, Laura. 2020 “En su primer año, el presupuesto del Insabi será de 112 mil 538 mdp” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/01/04/en-su-primer-ano-el-presupuesto-del-insabi-sera-de-112-mil-538-mdp-2305.html>> acceso 04 de enero de 2020.
- Presidencia de la República. 2019 “Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador” en <<https://www.youtube.com/watch?v=zqaoepJe6XE>> acceso 15 de enero de 2019.
- Presidencia de la República. 2020 “Mediante el puente aéreo México-China, gobierno federal recibe 100 ventiladores adquiridos por Insabi para emergencia COVID-19” en <<https://www.gob.mx/presidencia/prensa/mediante-el-puente-aereo-mexico-china-gobierno-federal-recibe-100-ventiladores-adquiridos-por-insabi-para-emergencia-covid-19>> acceso 30 de junio de 2020.
- QS Noticias. 2020 “Destinarán presupuesto para contratación de personal de salud en 21 estados” en <<https://qsnoticias.mx/destinaran-presupuesto-para-contratacion-de-personal-de-salud-en-21-estados/>> acceso 13 de mayo de 2020.

- Sánchez, Arturo. 2020 “Exhortan al gobierno acelerar equipamiento para médicos que atienden Covid-19” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/04/07/exhortan-al-gobierno-acelerar-equipamiento-para-medicos-que-atienden-covid-19-1860.html>> acceso 07 de abril de 2020.
- SIDSS. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SIDSS. 2020 “Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I MX: La propuesta metodológica y operativa” en *Secretaría de Salud* (México) en <http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf> acceso 14 de noviembre de 2019.
- Tetelboin, Carolina; Granados, José Arturo; Tournier, Norma; Tavernier, Philip. 2005. “Alternancia y política de salud en México” en *Estudios Sociológicos* (Distrito Deferal, El Colegio de México, A.C.) Vol. XXIII, N° 67.
- Tron, Denise; Ruiz, Mariana y Pérez de Acha, Luis. 2019 “Facturas falsas: La epidemia en el sector salud. Impunidad Cero y Justicia Justa” en <<https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/134/contenido/1582917188I60.pdf>> acceso 2 de marzo de 2020.
- Trujillo, Javier. 2020 “Trabajador se encadena al IMSS en Guerrero para exigir bono covid-19” en *Milenio* (México CDMX). En <<https://www.milenio.com/estados/coronavirus-guerrero-trabajador-encadena-imss-bono-covid-19>> acceso 10 de junio de 2020.
- Villanueva, Dora. 2019 “Gasto en medicinas crece 11% para 2020” en *La Jornada* (México CDMX). En <<https://www.jornada.com.mx/2019/09/23/economia/017n1eco>> acceso 23 de septiembre de 2019.

BATALLAS DE COMUNICACIÓN SOBRE LA PANDEMIA EN MÉXICO: LAS NUEVAS POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN Y LA INFODEMIA PROVOCADA

Soledad Rojas-Rajs

INTRODUCCIÓN

Como en ningún otro momento de la historia reciente, la pandemia de COVID-19 ha mostrado en el mundo la importancia de las comunicaciones y su estrecha relación con la salud. Durante el año 2020, millones de personas en nuestro planeta han requerido informaciones, instrucciones, conocimientos específicos y medios de contacto para afrontar la pandemia, la contingencia y sus implicaciones.

Si desde hace décadas se había planteado que la comunicación es parte fundamental de los procesos de determinación social de la salud (Guimarães, Silva y Noronha, 2011; Pitta y Magajewski, 2000), el año 2020 nos ha demostrado que el mundo tal y como lo conocemos no puede prescindir de la comunicación masiva para hacer frente a la pandemia: el planeta entero requiere de información y conocimientos que sólo pueden llegar a sus destinatarios a través de medios masivos, entre los cuales destacan los medios digitales.

Sin embargo, la implementación de estrategias comunicativas desde los sistemas públicos de salud no garantiza que estas sean efectivas, incluso si están diseñadas y puestas en práctica con una visión adecuada de las necesidades en salud que buscan atender. Uno de los fenómenos más relevantes cuando se trata de comunicación masiva,

es entender que existe *ruido*¹, es decir, que los mensajes y emisiones de contenidos que se difunden como parte de una campaña de comunicación no son los únicos mensajes que están a disposición de las audiencias o destinatarios en los espacios públicos de la comunicación. ¿Qué sucede con otros mensajes? ¿Qué hacen? ¿Cuáles son sus propósitos?

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre el caso mexicano y sus políticas y prácticas de comunicación para la salud en el caso de la pandemia. Esta reflexión se centra particularmente en el contexto en el cual se producen las prácticas comunicativas que sustentan estas políticas y los fenómenos de *ruido* provocado, que forman parte de lo que se ha definido como *infodemia*². Ambos aspectos son de gran relevancia para entender el papel de las comunicaciones en la pandemia en las condiciones específicas de un país latinoamericano.

El caso mexicano permite observar cómo la infodemia puede debilitar las principales estrategias del sistema público de salud para el control y mitigación de la pandemia. En México, desde diciembre de 2018 el nuevo gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador –el primer gobierno progresista en más de noventa años, autodenominado el gobierno de la Cuarta Transformación (4T) adoptó una política de comunicación que, en el caso del sector salud, rompió con la inercia de casi cuatro décadas, particularmente porque se ampliaron los canales de comunicación con la sociedad. En 2020 y frente a la pandemia, esta política de canales abiertos permitió implementar una estrategia general de comunicación en salud para la pandemia con muchos rasgos positivos, si bien no está exenta de limitaciones.

El trabajo no se centra en evaluar a profundidad la estrategia de comunicación –aún es pronto para hacerlo– sino en reflexionar de manera conjunta sobre algunas de sus características; sobre todo, acerca del escenario en el que se pone en práctica. En el terreno de las comunicaciones existe una férrea batalla: frente a la información y estrategias oficiales de difusión, las fuerzas políticas opositoras al gobierno han tomado la pandemia como uno de sus temas centrales. Con esta

1 La idea del *ruido* en las comunicaciones como perturbaciones o interferencias fue planteada desde 1948 en el modelo matemático de la comunicación de Shannon y Weaver (1962), como un problema a considerar en los procesos de comunicación. Sobre sus aportes a los estudios de la comunicación se pueden consultar los trabajos de Mattelart (2002) y Maigret (2005).

2 El término *infodemia*, que utilizó la OMS en 2020 para hacer referencia a la epidemia de información falsa sobre COVID-19 tiene su origen en el trabajo de Gunther Eysenbach (2002; 2020), quien desde los años 90 estudió la información sobre salud que prolifera en Internet, proponiendo para ello el término infodemiología (Eysenbach, 2002; Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005).

orientación, desde el periodismo y la prensa mexicana tradicional y digital, se han realizado actos de desinformación que obstaculizan el control de la pandemia, el buen uso de los servicios sanitarios e incluso han puesto en riesgo la vida y la salud de la población. Entre febrero y julio de 2020, los medios masivos y digitales en México han estado plagados de noticias falsas y confrontaciones, cuyo objetivo principal parece ser minar la credibilidad de las comunicaciones oficiales más que colaborar en el manejo social de la crisis sanitaria por COVID-19. Esto conduce a pensar que al menos una parte del fenómeno de la infodemia es intencional y política: busca debilitar al nuevo gobierno agudizando la crisis de salud.

Este texto analiza algunos eventos de comunicación masiva en México del año 2020, con fecha de corte al 8 de julio. En el primer apartado se reflexiona sobre el derecho a la comunicación e información como parte del derecho a la salud, considerando que es parte de las determinaciones sociales de la salud. En el segundo apartado, se describen las características más relevantes de la política de comunicación para la pandemia, previa revisión de algunos antecedentes de comunicación y salud en México. El tercer apartado analiza una selección de prácticas de periodistas y prensa mexicana durante la pandemia, que se consideran particularmente graves, situándolas en el contexto de la disputa política. Por último, se concluye sobre la gravedad de la batalla política como prioridad frente a las necesidades de salud; y sobre la importancia de considerar el ruido y el contexto social para evaluar los efectos de las estrategias de comunicación para la salud que seguiremos necesitando en los países latinoamericanos y del mundo.

Las reflexiones que aquí se presentan las planteo como observadora inmersa en la pandemia. Dado que escribo mientras la pandemia acontece, estas ideas tienen un carácter necesariamente provisional y están anotadas como testimonio del momento histórico. En ese sentido, este texto es también un relato sobre el devenir de la pandemia en un país de América Latina.

COMUNICACIÓN Y DERECHO A LA SALUD: LA COMUNICACIÓN COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

El derecho a la salud ha sido y es una de las más importantes luchas en América Latina y el Caribe. Por ello se han elaborado propuestas y reflexiones en torno a las experiencias latinoamericanas sobre derecho a la salud (Tetelboin y Laurell, 2015). Desde el año 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó una Observación General 14 sobre el derecho a la salud, que explicita que este derecho no se refiere únicamente a la atención de

salud oportuna, sino que debe abordar los principales determinantes de la salud, entre ellos el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con aquélla (CDESC, 2000).

Dada la mediatización de la sociedad y la enorme dependencia de las comunicaciones y la tecnología que experimentamos en todos los niveles de la vida cotidiana, es relevante integrar al estudio de la determinación social de la salud los procesos de comunicación. El derecho a la información y comunicación, es un determinante social poco discutido, aunque esté relacionado con la capacidad de ejercer el derecho a la salud. Ya desde el informe sobre la salud mundial de 2004 la OMS considera que “el acceso equitativo a la información científica, publicada y no publicada, es una acción prioritaria. Para alcanzar al conjunto de usuarios que debe beneficiarse de los resultados de las investigaciones (investigadores, tomadores de decisión, gestores del sistema de salud, profesionales de la salud, pacientes, público en general), deben ser puestas en práctica distintas estrategias de difusión de la información” (Guimarães, Silva y Noronha, 2011: 14). Uno de los temas más insistentemente señalados en las visiones críticas sobre salud y comunicación es la necesidad de establecer políticas públicas para regular y fomentar las comunicaciones, a fin de democratizar el acceso a la salud (Pitta y Magajewski, 2000).

El derecho a la comunicación *en salud-para la salud-sobre salud* requiere ser discutido y cuestionado, puesto que establece un marco de acción para individuos y colectivos humanos que tiene consecuencias para la salud colectiva y que no siempre es fácil observar. En un sentido amplio, Charles Briggs plantea que se puede hablar de la existencia de ideologías y prácticas dominantes de comunicación que conforman una cierta comunicabilidad en salud o biocomunicabilidad. Es decir, las comunicaciones constituyen “un tipo de gobernabilidad que crea y jerarquiza formas de subjetividad y ubicaciones sociales” (Briggs, 2005: 101). Por ejemplo, establecen posiciones jerárquicamente diferenciadas en la sociedad que sitúan a grupos e individuos con distintos valores respecto a la salud (entre los enfermos y los sanos; entre los que siguen las reglas dictadas y los que no; entre quienes pueden tomar decisiones sobre su salud y quienes no tienen esa opción, entre otros ejemplos). Briggs plantea que se puede hablar de hegemonías comunicativas en salud, y que estas pueden acentuar la desigualdad en vez de mitigar su efecto en la salud colectiva (Briggs, 2005; Charles Briggs y Mantini Briggs, 2005).

En América Latina existe un acceso desigual a las tecnologías de comunicación: hay desigualdad de capacidades comunicativas y una oferta compleja de información sobre salud. Los problemas de acceso a la información sobre salud no están relacionados únicamente

con aspectos tecnológicos o condiciones económicas, es decir, con el acceso diferenciado a las tecnologías para diversas clases sociales. Guimarães *et al.* (2011) proponen integrar al análisis de las desigualdades en el acceso a la información sobre salud la noción de capital intelectual como elemento básico para la elección y uso de la información, como una competencia necesaria para operarla: capacidades necesarias para acceder efectivamente a la información comunicada, en términos de comprensión y capacidad de uso. Además, hacen hincapié en la importancia de tener la posibilidad de seleccionar información diferenciada. Es decir, competencias comunicativas pero también una oferta de información suficiente, diversa y que aborde distintas perspectivas sobre la salud.

En la articulación entre comunicación y salud se encuentran también las condiciones de posibilidad para la participación social en salud: el ejercicio real del control social (ciudadano) y la constitución de ciudadanías en salud (Torres, 2007), lo que implica nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad y la ampliación de la esfera pública. La participación ciudadana requiere comunicación e información como recurso indispensable. Sin ellas, señala Mauricio Torres, no es posible que los sujetos sociales puedan ejercer la ciudadanía en salud. La participación se posibilita y potencia en la medida en que se construyen sentidos e intereses colectivos, que requieren de procesos y habilidades de comunicación para concretarse. Esto es particularmente relevante en el caso de la pandemia porque una gran parte de las medidas de contención y mitigación de SARS-COV-2, dependen de la participación social.

Al hablar de derecho a la comunicación para la salud se hace referencia al papel del Estado para garantizar el derecho a la salud. México, como Estado Parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tiene las siguientes obligaciones vinculantes: proteger la salud, adoptando medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute de este derecho (por ejemplo, a través de la regulación de sus actividades); respetar, en el sentido de no impedir o perjudicar el disfrute del derecho; y cumplir, es decir, adoptar las medidas necesarias (marcos jurídicos, políticas públicas, medidas presupuestarias, etc.) que aseguren la plena efectividad del derecho a la salud (ONU, 1966). Los procesos de comunicación, inherentes a los conceptos educación en salud e información en salud, son componentes necesarios de este derecho. Aún es pronto para comprender y medir los distintos efectos y consecuencias de las comunicaciones sobre la pandemia, pero desde una perspectiva de derechos podemos afirmar que con comunicación suficiente, precisa, oportuna y con utilidad social se construye un mucho mejor escenario para enfrentar la COVID-19.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD EN MÉXICO

Las políticas de comunicación para la salud pueden definirse como el conjunto de relaciones comunicativas entre el Estado y la sociedad relacionadas con la salud, sean directas o mediadas (Pitta y Magajewski, 2000). Implican tanto la conceptualización y definición de las prácticas comunicativas en salud estatales como las regulaciones sobre salud y comunicación. Las prácticas son las expresiones concretas de estas políticas; y las estrategias, su orientación conceptual en términos de los destinatarios, contenidos y tono de las comunicaciones. Las transformaciones en políticas, prácticas y estrategias reflejan siempre formas concretas de entender la salud, la comunicación y los sujetos destinatarios, conformando problemas teóricos –epistemológicos, ontológicos– y éticos, de interés para la salud colectiva.

ANTECEDENTES SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMUNICACIÓN Y SALUD EN MÉXICO

En México no ha existido, hasta el momento en que se elabora este trabajo, una política pública integral sobre comunicación y salud consignada en la Ley General de Salud. Más bien, las comunicaciones siempre han mostrado una gran fragmentación: se difunden diversos temas de salud desde diversas instituciones. “Comunicación en salud” o “comunicación para la salud” son conceptos que no aparecen mencionados en los reglamentos y normas nacionales sobre salud o sobre medios de comunicación (Rojas-Rajs, 2013). Esto es relevante en un país con una arraigada tradición jurídica que considera que aquello que no está estipulado en las leyes, no existe. Si bien el derecho a la información está en la Constitución desde 1977, se limita a especificar que todos los partidos políticos y los pueblos indígenas tienen derecho a ser representados en los medios de comunicación (Granados Chapa, 2009). No hace ninguna referencia a la salud.

Por su parte, la Ley General de Salud sólo menciona temas concretos: el desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual; educación sobre los efectos del alcohol en la salud a través de comunicación masiva; y realización de campañas de educación para prevención de adicciones (Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República, 2013). La Ley del Seguro Social menciona que se deben usar medios masivos de comunicación para promover la salud (Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República, 1995). Y una norma reciente, la Norma oficial de promoción y educación para la salud en materia alimentaria (Estados Unidos Mexicanos-Secretaría de Salud, 2005) plantea que debe implementarse comunicación educativa sustentada en técnicas de mercadotecnia social,

para reforzar los conocimientos sobre salud y promover conductas saludables en la población.

Los contenidos mediáticos sobre salud en México no son materia específica de regulación. El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (México Gobierno Federal, 2000), prohíbe que la publicidad brinde información engañosa o exagerada sobre propiedades o efectos de los productos que promueve. Sin embargo, este reglamento es permanentemente transgredido, porque está formulado para sancionar *ex post*, pero no para impedir comunicaciones públicas, pues prevalece el derecho a la libre expresión (Rojas-Rajs, 2013).

La ambigüedad y fragmentación que caracteriza el marco jurídico sobre comunicaciones y salud que se ha descrito posibilita que se cumpla con poco rigor. Esteinou (2008) considera que tanto la existencia de una normatividad débil y anacrónica en el terreno comunicativo como el debilitamiento de la posición rectora del Estado en materia de comunicación son algunos de las transformaciones cruciales que han determinado el enorme poder de los medios de comunicación en México y su papel en la jerarquía de fuerzas que dirigen a la sociedad contemporánea neoliberal. Los medios, especialmente la televisión, han sido instrumentos y actores para favorecer las industrias de la salud, por encima de su papel social (Rojas-Rajs y Hernández, 2018). Por ello, frente al cambio de gobierno y la intención de transformar estas y otras políticas, es la correlación de fuerzas la que ha complicado en gran medida el ejercicio de nuevas políticas de comunicación y salud.

LA POLÍTICA DE COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ANTE EL CORONAVIRUS EN MÉXICO

A partir de diciembre de 2018, las dos prácticas más destacadas en comunicación del nuevo gobierno son las conferencias de funcionarios públicos –empezando por el presidente– y las audiencias públicas, mecanismos que han establecido canales de comunicación con la ciudadanía inéditos, en diversos temas de la vida nacional, que estimulan la participación social y comparten la agenda política del gobierno de manera permanente en los medios públicos. Estas prácticas enmarcan la estrategia nacional frente a la pandemia que está centrada en el confinamiento voluntario, el distanciamiento físico, la recomendación de medidas de higiene básicas (lavado de manos, estornudo de etiqueta, distancia física, desinfección de superficies, entre otras), y la ampliación de la capacidad hospitalaria del país para asegurar la atención a pacientes graves o críticos.

Como parte de la estrategia nacional de comunicación frente a la pandemia, se pueden distinguir cuatro prácticas principales: 1) las conferencias vespertinas diarias sobre COVID-19; 2) el sitio de internet

de datos abiertos sobre COVID-19 en México; 3) la apertura de nuevos canales digitales y analógicos para el contacto con la ciudadanía; y 4) las campañas públicas de comunicación en medios masivos, tradicionales y digitales. Me referiré a los primeros dos componentes de la estrategia general, para destacar sus particularidades y haré breves comentarios sobre los últimos dos.

CONFERENCIAS DE PRENSA VESPERTINAS SOBRE COVID-19

Las conferencias vespertinas sobre COVID-19 conducidas por el vocero y Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el Dr. Hugo López-Gatell, han sido la principal práctica que sustenta la estrategia de comunicación del período de pandemia en México. Entre el 28 de febrero y el 8 de julio de 2020, se han realizado 132 conferencias de prensa, que presentan los datos técnicos del “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México” así como las medidas sanitarias y de salud pública que han sido adoptadas en un período de casi cinco meses. Toda la información que se presenta en estas conferencias se proporciona a la prensa nacional y está disponible en línea para cualquier persona que desee consultarla. Cada una de las conferencias están grabadas en video y cuentan con versión estenográfica.

En las conferencias se han transmitido los principales mensajes sobre las medidas sanitarias ante la pandemia: la definición de las fases 1, 2 y 3 de la pandemia; la difusión e implementación de la “Jornada de Sana Distancia”, que inició el 23 de marzo y concluyó el 30 de mayo; así como la transición al período denominado la “nueva normalidad”, que inició el 1 de junio y se rige por un sistema de semáforos de cuatro colores (rojo, naranja, amarillo y verde), que define el grado de restricción de la movilidad, las actividades productivas y sociales permitidas, así como las posibilidades de uso del espacio público por los ciudadanos.

Las conferencias vespertinas han resultado muy exitosas en términos de audiencia, tanto así que a lo largo del período al que se refiere este trabajo, los canales comerciales de televisión comenzaron a reproducirla, porque mejoraba los ratings. Las conferencias fueron denominadas coloquialmente como “la novela de las siete”, aludiendo al fuerte arraigo de las telenovelas en la tradición de consumo televisivo en México. Estas conferencias vespertinas han congregado audiencias en torno a televisión, computadoras o dispositivos móviles para dar seguimiento a la información técnica, los mensajes y recomendaciones de la Secretaría de Salud. El más importante de estos mensajes, el confinamiento voluntario, fue emitido por el vocero con la iteración: “Quédate en casa, quédate en casa, quédate en casa”, que ha sido utilizada como frase en la cultura popular e inundó las redes

digitales en los meses de abril y mayo. También las medidas de higiene como el lavado de manos, evitar tocarse la cara y la distancia física fueron comunicadas en las conferencias.

El vocero, el Subsecretario Hugo López-Gatell, es la figura más destacada de las conferencias vespertinas. Su imagen recibe las filias y las fobias sociales hacia el nuevo gobierno, que se expresan cada día en la prensa y en Twitter ensalzando su trabajo o pidiendo su cabeza. La propia figura del vocero ha sido uno de los motivos de alto consumo de las conferencias, especialmente en marzo, abril y mayo, puesto que diversos periodistas que cubrían las conferencias realizaban preguntas sensacionalistas y dirigidas a construir el imaginario social de que la pandemia era mucho peor que lo reportado y que el gobierno ocultaba cifras. La “novela de la siete” ha tenido el carácter de espectáculo. Uno de los temas más apreciados por el público ha sido ver al vocero batirse en duelo comunicativo ante una prensa sorprendentemente poco informada como para cubrir la fuente salud³ y –muchos sospechamos– a menudo mal intencionada. El desempeño del vocero en las conferencias ha dado elementos tanto a los defensores del gobierno de la 4T como a sus detractores, para mantener una permanente batalla en la prensa y las redes sociales.

PLATAFORMA INFORMATIVA Y DATOS ABIERTOS SOBRE COVID-19

La segunda práctica a destacar es la política de datos abiertos sobre COVID-19. Desde febrero de 2020, se implementó el sitio oficial <https://coronavirus.gob.mx/>, que ofrece la información disponible sobre COVID-19, en formato digital, incluidas las conferencias de prensa vespertinas, los informes técnicos, datos comparativos sobre COVID-19 en México, información específica para públicos con necesidades especiales (por ejemplo, personas con discapacidad; pueblos indígenas; grupos etarios, etc.); los lineamientos para la prevención y tratamiento de la infección; información para la prensa y, de manera destacada, la base de datos sobre casos de coronavirus en México, en formato de datos abiertos.

Esto corresponde a la regulación en materia de Datos Abiertos en México vigente desde 2015. Sin embargo, nunca antes se había contado con datos sobre un tema de salud con este nivel de actualización y accesibilidad. Están disponibles para población general las bases históricas publicadas a partir del 14 de abril del 2020 sobre la

3 La Red Mexicana de Periodistas de Ciencia en diversas ocasiones en estos meses ha elaborado pronunciamientos para cuestionar la capacitación de los periodistas que cubren la fuente salud en las conferencias vespertinas, entre otras acciones para mejorar la calidad de la información pública sobre la COVID-19. Ver @red_mpc

totalidad de casos asociados a COVID-19, incluidas las defunciones, comorbilidades, ubicación geográfica, hospitalización, intubación y otros datos relevantes, con el propósito de facilitar a todos los usuarios que la requieran, el acceso, uso, reutilización y redistribución de la misma. Cabe señalar que el sitio de internet es susceptible de mejora, pues hay datos de interés público que podrían añadirse y aún no están disponibles (cifras de reconversión hospitalaria; equipamiento e insumos adquiridos y su distribución a nivel nacional; recursos humanos contratados).

Aún con estas limitantes, la política de datos abiertos la que ha permitido a diversas instituciones académicas, investigadoras e investigadores, y por supuesto a la prensa nacional e internacional, realizar pronósticos, modelos predictivos y estimaciones sobre el devenir de la pandemia en el país.

CANALES DE CONTACTO CON LA CIUDADANÍA

Una tercera práctica o conjunto de prácticas de la estrategia de comunicación ha sido el establecimiento de canales de contacto a distancia para la población, enfocados en prevención, diagnósticos preliminares, mapeo y disponibilidad de servicios de salud en todo el país y solicitudes de ayuda y contacto. Para ello se habilitaron: una línea telefónica COVID-19 nacional; una aplicación gratuita para telefonía móvil nacional; un robot de Whatsapp con la identidad de *Susana Distancia* (ver más adelante). La pertinencia de estas herramientas deriva de la información disponible sobre penetración de telefonía móvil e internet en México (80%). Toda la información referente a COVID-19 producida por la Secretaría de Salud en el nivel federal, que se difunde vía Internet, está disponible a través de las herramientas digitales.

CAMPAÑAS PÚBLICAS DE ALCANCE NACIONAL

Además de los canales de comunicación, se implementaron diversas campañas informativas y educativas orientadas por el lema #QuédateenCasa. Especialmente entre el 23 de marzo y el 31 de mayo, durante la denominada Jornada Nacional de Sana Distancia, de confinamiento voluntario y cese de actividades no esenciales, se lanzó una campaña familiar centrada en el personaje Susana Distancia, que se difundió en televisión pública, radio, redes digitales y con materiales impresos en todo el país. También se elaboraron videos, cápsulas de radio y materiales impresos en las 69 lenguas de México (español y 68 lenguas indígenas), aunque aún no hay un análisis de su distribución y sus efectos.

A partir del 1 de junio se concluyó la Jornada Nacional de Sana Distancia e inició el período de Nueva Normalidad, en el que se

comunicó que las actividades del espacio público estarían regidas por el semáforo de cuatro colores, mencionado anteriormente en este documento.

LIMITACIONES EN LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Aunque no es algo frecuente evaluar resultados de comunicación en un período tan corto, hay que señalar que la estrategia de comunicación para la pandemia no ha estado exenta de problemas, esperables en el contexto de una crisis sanitaria sin precedentes en el mundo contemporáneo. Se pueden señalar los siguientes problemas de comunicación: el primero, la falta de coordinación nacional, en parte originada porque el país está fragmentado en distintas fuerzas políticas. Esto ha causado problemas de comunicación a partir del período denominado Nueva Normalidad, porque el sistema de semáforos es territorial y cada estado tiene la potestad de implementar medidas específicas. El segundo, que han existido mensajes poco claros o que se leen de manera contradictoria, especialmente sobre el uso de cubrebocas o mascarillas, a diferencia de otros mensajes de gran consistencia (como el lavado de manos o la distancia física). El tercero, que la estrategia de comunicación no ha logrado considerar el ruido generado por la infodemia como parte de los obstáculos a vencer. Es esta situación derivada de las pugnas políticas la que interesa destacar, porque pone en riesgo la salud.

LA BATALLA DE COMUNICACIÓN: LA INFODEMIA POLÍTICA

En el contexto de la pandemia, ha sido un denominador común observar que medios masivos de comunicación, tradicionales y digitales así como distintos actores, instituciones y periodistas desinformen, estimulen prejuicios, provoquen reacciones de alarma desproporcionadas y difundan información francamente peligrosa sobre salud⁴. Si bien las noticias falsas sobre salud se producen y difunden con frecuencia, se ha exacerbado su magnitud en este momento de crisis sanitaria global.

Como se señaló antes, junto con la pandemia, se ha producido infodemia. Este término se refiere a la sobreinformación, y al efecto que produce, pues hace complejo distinguir la información científica

4 Ejemplo de ello han sido las sobredosis por hidroxiclороquina en Nigeria en marzo del 2020 o la multiplicación de las consultas por intoxicación por cloro en Nueva York en abril, ambos sucesos causados por las irresponsables declaraciones del presidente de Estados Unidos, Donald Trump, sobre los supuestos beneficios de estas sustancias para combatir el virus SARS-CoV-2, amplificadas por los medios de comunicación.

y no científica; verdadera y falsa (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005). Uno de los efectos más evidentes de la infodemia, además de desinformar, es el exceso de ruido que dificulta la transmisión y selección de los mensajes sanitarios.

Al igual que en otros países del mundo, en México proliferan las noticias falsas sobre tratamientos milagrosos contra la COVID-19, sobre los posibles daños al cerebro por el uso de hisopos para las pruebas PCR o sobre asociaciones no demostradas entre COVID-19 y ciertas condiciones de salud. Además, una cantidad importante de la población, casi el 10% no cree que el coronavirus exista (Moreno, 2020), especialmente las personas con menor nivel de escolaridad, a quienes más afecta el fenómeno de infodemia.

Adicionalmente, en el caso mexicano, la prensa y en particular algunos periodistas, han jugado directamente el papel de desinformadores; poniendo en riesgo la efectividad de la estrategia de comunicación nacional. Los ejemplos que se describen a continuación son sólo una pequeña parte de las acciones deliberadas de ruido por parte de la prensa nacional y requieren ser entendidos en el marco de una pugna política. Son representativos del carácter político de la comunicación para la salud y la necesidad de analizar la multiplicidad de estrategias y mensajes sobre salud que circulan en los espacios públicos de la comunicación. Esta infodemia deliberada causa daño.

Desde principios de marzo, uno de los primeros canales de comunicación con la sociedad que se implementó fue un número 800, disponible para obtener información sobre COVID-19. A partir de que anunciaron su aparición, comenzó a circular un texto apócrifo en los medios digitales que aseguraba que las personas con síntomas debían llamar al número 800 para que les realizaran una prueba diagnóstica en su domicilio. Este texto aparecía firmado por la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES) y logotipos y datos reales de la UIES. Su difusión causó lo que las autoridades llamaron el “sabotaje indirecto” de la línea telefónica, pues de un promedio de cerca de 500 llamadas diarias, comenzaron a recibir cerca de 7 mil (Secretaría de Salud, 2020). El problema con la línea se dio a conocer el 16 de marzo, junto con la aclaración de que la información era falsa, pero el daño ya estaba hecho y el número 800 pasó a segundo plano. Una herramienta de comunicación, desactivada. A partir de eso, se exploraron las apps para IOS y Android, los mensajes SMS y los robots de Whatsapp, a fin de atender una cantidad mucho mayor de solicitudes de manera simultánea. Este acto de sabotaje no pudo ser atribuido a ningún actor específico, pero resultó evidente que minaba capacidades del sistema de salud.

Un segundo evento a destacar, orientado a desinformar, ocurrió en prensa escrita y digital. El martes 14 de abril de 2020, el Diario de Juárez y el Diario de Chihuahua, con ediciones digital e impresa, publicaron en sus primeras planas fotografías de varios cuerpos en bolsas negras tirados en el suelo de un hospital, con el titular: “Prueban con fotos muertes por COVID”. El periódico informó que estas muertes habían sucedido en el Hospital General Regional (HGR) N°66 de Chihuahua, México, aunque las fotografías en realidad retrataban un terrible momento en la ciudad de Guayaquil, en Ecuador (Infobae, 2020). Estas noticias buscaban sembrar el pánico, y difundieron falsamente que las personas fallecidas estaban en la calle porque la capacidad hospitalaria había sido rebasada. Ambos periódicos fueron desmentidos el mismo día por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pero el daño ya estaba hecho. La duda estaba sembrada en el imaginario colectivo. Aunque los periódicos recibieron amplias críticas; y se inició un proceso administrativo, simplemente eliminaron las noticias digitales, los ejemplares impresos ya habían sido distribuidos.

En más de una ocasión han sido periodistas quienes han generado confusión y desinformación. En particular, dos de ellos han realizado llamados públicos para no seguir las recomendaciones sanitarias. El primer caso ocurrió el viernes 17 abril, tras la Conferencia Vespertina del Coronavirus. La cadena de televisión mexicana TV Azteca llamó a ignorar las indicaciones de la autoridad sanitaria a través de su conductor, Javier Alatorre, en el noticiero de la noche. En cadena nacional y posteriormente en la red social Twitter, TV Azteca se reprodujo el mensaje del conductor, que textualmente señala: “... sus cifras y sus conferencias ya se volvieron irrelevantes. Es más, se lo decimos con todas sus palabras, ya no le haga caso a Hugo López-Gatell”⁵. Posteriormente el conductor de televisión rectificó que no había llamado a desobedecer, que solo se refería a las cifras, pero el daño ya estaba hecho. El noticiero es uno de los más vistos en el Valle de México, la zona más poblada del país.

Otro acto de desinformación ocurrió en la Ciudad de México, una vez que se adoptó el sistema de semáforos. El jueves 2 de julio de 2020 en Imagen Noticias el periodista Ciro Gómez Leyva anunció que las medidas de confinamiento serían suspendidas por completo en la capital mexicana a partir del lunes 6 de julio, declarando “el Gobierno

5 El video del noticiero se puede ver en el sitio oficial de la televisora <<https://www.tvazteca.com/aztecanoticias/videos/ya-no-le-haga-caso-a-hugo-lopez-gatell>> y también en la cuenta de Twitter oficial de Azteca Noticias <<https://twitter.com/AztecaNoticias/status/1251360133076172803>>, donde cuenta con más de 24 mil reproducciones y más de 28 mil reacciones.

Federal pone a la Ciudad de México en semáforo verde”⁶, es decir, que concluirían todas las restricciones de movilidad y actividades causada por la pandemia, lo cual era falso. Este acto deliberado de desinformación lo realizó a pesar de que la ciudad en cuestión ha sido epicentro de la pandemia, uno de los lugares con más casos y defunciones absolutas, por su densidad poblacional. El mensaje fue tan polémico, que incluso fue eliminado como noticia falsa en la red social Twitter; no así de otros canales oficiales de Imagen Noticias. El daño ya estaba hecho: produjo desinformación y confusión.

¿Qué buscan estos actos de desinformación y cancelación de canales de comunicación entre el sistema de salud y la sociedad? ¿Cuál es su objetivo? La Red en Defensa de los Derechos Digitales (R3D)⁷ en México sostiene que existe una agenda de desacreditación y también, que producir noticias falsas es un gran negocio, aún en tiempos de pandemia y por encima de las necesidades de comunicación e información en salud.

CONCLUSIONES TEMPORALES

Hasta el día 8 de julio de 2020 se registraron en México 275.003 casos confirmados y 32.796 defunciones por COVID-19. Aunque es imposible saber cuántas de las personas contagiadas o que perdieron la vida contaban con información adecuada o fueron desinformadas, existen algunos datos sobre la población mexicana y las personas que fallecieron a causa de la COVID-19, que explican por qué la desinformación y en particular, aquella que es sistemática y consistente porque es parte de una estrategia política, puede causar daño. Es una reflexión necesaria sobre las posibles consecuencias de la batalla de comunicación que ha tomado a las comunicaciones oficiales como blanco.

La desinformación puede acentuar las desigualdades en salud. Así como quienes piensan en México que el virus SARS-COV-2 no existe, son mayoritariamente personas con apenas escolaridad básica; eso mismo sucede con quienes fallecieron por la pandemia: la mayoría pertenecen a los sectores de la población más precarizados y con baja escolaridad (Hernández Bringas, 2020). Por ello el estudio de los procesos de comunicación y salud en el contexto de la pandemia aporta no sólo a una mayor comprensión de las determinaciones sociales,

6 El video del noticiero se puede ver en el sitio oficial de Imagen Noticias <<https://www.imagentv.com/noticias/imagen-noticias-con-ciro-gomez-leyva/noticias-con-ciro-gomez-leyva-programa-completo-2072020>> o en su canal oficial de Youtube <<https://youtu.be/3DLFohPiNjI>>. En este último, el tráfico fue de más de 47 mil vistas para el 1 de agosto de 2020.

7 Red en Defensa de los Derechos Digitales <https://r3d.mx/>

sino a entender de una forma más compleja la relación entre pandemia y desigualdad social.

Si bien, por una parte, en defensa del derecho a la salud, es necesario caracterizar las políticas de comunicación durante la pandemia, resulta también indispensable reflexionar sobre el ruido, las formas particulares de infodemia, las agendas infodémicas, los objetivos de la desinformación. UNESCO (2020) ha señalado a la infodemia (o la desinfodemia, como también la han llamado), como causa de un mayor número de contagios y caos, que daña la forma en que los distintos países del mundo han manejado la pandemia. El ruido es una disputa, una batalla simbólica. Es por tanto una práctica política y aunque sus efectos en la salud aún no podemos comprenderlos plenamente, no pueden estar ausente en el relato social de la pandemia.

Para el sistema de salud mexicano y su política de comunicación existen dos aprendizajes centrales en estos meses. El primero, que la comunicación requiere blindarse ante el ruido: considerar el contexto adverso en el diseño de estrategias, considerar la existencia de agendas políticas de desinformación. El segundo, la importancia de que los medios públicos de comunicación nacionales jueguen un papel más destacado, como contrapeso a las campañas de desinformación.

Aún es muy pronto para ampliar este relato. Queda decir que configurar la comunicación sanitaria como objeto de análisis de los estudios sociales para la salud y caracterizar sus especificidades en América Latina es una tarea pendiente de la salud colectiva latinoamericana. La pandemia nos dejará aún más lecciones sobre las disputas comunicacionales y sus efectos. Observar la infodemia como una agenda política, puede ayudar a desentrañar sus alcances y sus fines.

BIBLIOGRAFÍA

- Briggs, Charles. 2005 “Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales” en *Revista de Antropología Social* (Universidad Complutense de Madrid) Vol.14.
- Briggs, Charles y Mantini Briggs, Clara. 2005 “Hegemonía Comunicativa y Salud Emancipadora: Una Contradicción Inédita (El Ejemplo del Dengue)” en CEAS (ed.) *Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina* (Quito: Global Health Watch-Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS).
- Castiel, Luis David y Vasconcellos-Silva, Paulo Roberto. 2005 *Precariedades del exceso. Información y comunicación en salud colectiva* (Buenos Aires: Lugar Editorial)

- CDESC 2000. *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU) En: <<http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>> acceso 1 de agosto de 2020.
- Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República. 1995 *Ley del Seguro Social* (Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación), última reforma publicada el 28-05-2012.
- Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República. 2013 *Ley General de Salud* (Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación), última modificación 24 de abril de 2013.
- Estados Unidos Mexicanos-Secretaría de Salud. 2005 *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación* (Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación) publicado el 26 de enero de 2006.
- Esteinou, Javier. 2008 “Medios de información electrónicos, mediaciones sociales y transformación del Estado en México” en *Mediaciones Sociales* (Madrid) N°2, enero.
- Eysenbach, Gunther. 2002 “Infodemiology: the epidemiology of (mis) information” en *JAMA*, (Estados Unidos) Vol. 113, december.
- Eysenbach, Gunther. 2020 “How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic Management” en *Journal of Medicine Internet Research* (Canadá) Vol. 22, N° 6, june.
- Granados Chapa, Miguel Ángel. 2009 “Disposiciones reguladoras de la comunicación”. En Solís, Beatriz (ed.) *Derecho a la información. Fundamentos jurídicos de la comunicación en México* (Ciudad de México: Asociación Mexicana de Derecho a la Información, AC.)
- Guimarães, Maria Cristina Soares; Silva, Cícera Henrique y Noronha, Ilma Horsth. 2011 “El acceso a la información como determinante social de la salud” en *Salud Colectiva* (Buenos Aires) N° 7, Supl. 1, octubre.
- Hernández Bringas, Héctor. 2020 “Mortalidad por Covid en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico” en *CRIM-UNAM* (México). En <https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim_036_hector-hernandez_mortalidad-por-covid-19_0.pdf> acceso 21 de julio de 2020.
- Infobae. 2020 “Segob alista sanciones contra dos diarios de Chihuahua por publicar noticias falsas” en *Infobae* (México). En <<https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/16/segob->

alista-sanciones-contra-dos-diarios-de-chihuahua-por-publicar-noticias-falsas/> acceso 17 de julio de 2020.

- Mattelart, Armand. 2002 *Historia de la sociedad de la información* (Buenos Aires: Paidós).
- Maigret, Eric. 2005 *Sociología de la comunicación y de los medios* (Bogotá: Fondo de Cultura Económica).
- Moreno, Alejandro. 2020 “1 de cada 10 personas no cree que el coronavirus exista” en *El Financiero* (México). En <<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/1-de-cada-10-mexicanos-cree-que-no-existe-el-coronavirus>> acceso 15 de julio de 2020.
- OMS. 2004 *Reporte mundial: Conocimiento para una mejor salud* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud).
- OMS. 2013 *Derecho a la Salud. Nota descriptiva N°323* en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>> acceso 6 de julio de 2020.
- ONU. 1966 “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York. 16 de diciembre de 1966” en <<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>> acceso 1 de agosto de 2020.
- Pitta, Áurea Maria da Rocha y Magajewski, Flávio Ricardo Liberali. 2000 “Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde” en *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* (Botucatu) Vol. 4, N° 7, agosto.
- Poder Ejecutivo-Secretaría de Gobernación. 2002 *Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión, en Materia de Concesiones, Permisos y Contenido de las Transmisiones de Radio y Televisión* (Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación).
- Rojas-Rajs, Soledad. 2013 “Comunicación y salud: Un análisis de contenido de televisión mexicana” Tesis de Doctorado, Ciencias en Salud Colectiva, Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Rojas-Rajs, Soledad y Hernández, Gilberto. 2018 “Salud y comunicación: la salud en la publicidad de la televisión mexicana” en Jarillo Soto, Edgar C. y López Arellano, Oliva (coords.) *Salud Colectiva en México: quince años del Doctorado en la UAM* (Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana).
- Secretaría de Salud. 2020 “Conferencia de prensa, 16 de marzo de 2020” en <<https://coronavirus.gob.mx/2020/03/16/conferencia-16-de-marzo/>> acceso 2 de agosto de 2020.

- Shanon, Claude y Weaver, Warren. 1962 *The mathematical theory of communication* (Urbana: University of Illinois Press).
- Tetelboin Henrion, Carolina y Laurell, Asa Cristina. 2015 *Por el derecho universal a la salud. Una agenda latinoamericana de análisis y lucha* (Buenos Aires: CLACSO).
- Torres, Mauricio. 2007 “Participação e Controle Social para o Exercício Pleno da Cidadania em Saúde na América Latina – Importância da Comunicação e da Informação” en Ministério da Saúde (ed.) *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social* (Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde).
- UNESCO. 2020 “Periodismo, libertad de prensa y Covid-19, Nota temática de la serie de la UNESCO: Tendencias mundiales en libertad de expresión y desarrollo de los medios de comunicación” en <https://en.unesco.org/sites/default/files/unesco_covid_brief_es.pdf> acceso 18 de julio de 2020.

RESPUESTAS INSTITUCIONALES A LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS DE CHILE. UNA MIRADA DESDE LA SALUD COLECTIVA

Daisy del Rosario Iturrieta Henríquez

INTRODUCCIÓN

La Salud Colectiva, propone que todos los seres humanos tienen derecho al buen vivir, a una vida digna y a ejercer el Derecho a la Salud de manera plena. En los contextos carcelarios de Chile, las condiciones de vida y salud han violentado históricamente esta aspiración, lo que se puede ejemplificar en las altas tasas de hacinamiento, condiciones de insalubridad extremas, falta de atención médica especializada, escasos servicios geriátricos, servicios de alimentación precarios, prevalencia de enfermedades infecciosas, crónicas y de riesgo, alta prevalencia en el consumo de sustancias y la sobre representación de trastornos de salud mental, entre otros. A ello se suman las importantes carencias en cuanto a infraestructura y recursos, cuestión que transforma a la cárcel en un lugar con graves deficiencias para la satisfacción de necesidades básicas y de las condiciones de vida, entre ellas, el acceso oportuno a la atención de salud (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2018). Lo anterior se alberga en una sociedad con altos niveles de desigualdad, como la chilena, lo que ha sido evidenciado con fuerza en la esfera pública, desde Octubre del 2019 a la fecha, a la luz del acontecido estallido social y despertar por parte de miles de chilenos.

En esa fecha Chile enfrentó el clivaje más importante desde su retorno a la democracia. Miles de voluntades desplegadas en distintos ámbitos contribuyeron a develar las fallas, las fisuras, las

promesas falsas, los “no temas”, el despojo y lo que miles de chilenos no se merecían. Meses más tarde, la Pandemia por COVID-19, deja de manifiesto aquello que en esos momentos era incomprensible a los ojos de algunos y que hoy a luz de las medidas sanitarias se vuelve una obviedad.

En Chile, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos es el responsable del sistema carcelario, quien a través de la Institución de Gendarmería de Chile se hace cargo de “atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que les señala la ley” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, 2010).

Los objetivos estratégicos de la Institución se circunscriben a:

“(1) Garantizar el cumplimiento eficaz de la detención preventiva y de las condenas que los Tribunales determinen, previniendo conductas y situaciones que pongan en riesgo el cumplimiento de este objetivo. (2) Proporcionar una atención y un trato digno a la población puesta bajo la custodia del Servicio, reconociendo y respetando los derechos inalienables de las personas, entregando un conjunto de condiciones básicas de vida que faciliten el ejercicio de los derechos no restringidos por la reclusión. (3) Fomentar conductas, habilidades, destrezas y capacidades que incrementen las probabilidades de reinserción social de la población penal, involucrando en este proceso a sus familias, instituciones, empresas y comunidad en general” (Gendarmería de Chile, s. f.).

A nivel nacional, distribuye su servicio en 84 establecimientos dedicados al sistema cerrado, 21 Centros de Educación y Trabajo, 41 Centros de Reinserción Social y 19 Centros de Apoyo para la Integración Social (CAIS).

Según sus estadísticas, el país tuvo una población penal al 31 de Julio del 2020, de 122.612 personas, 89,3% corresponde a hombres y 10,7% a mujeres, los que se encuentran distribuidos en los siguientes subsistemas: Cerrado (46.937 personas), Abierto (50.986) y el postpenitenciario (24.689 personas).

La autora reconoce como problema de la realidad histórico, que las condiciones de vida y salud, a las que se ven expuestas las personas privadas de libertad dentro de las cárceles de Chile, vulnera el Derecho a la Salud y a la vida digna, y que por ende en un contexto de Pandemia ello se incrementa, teniendo consecuencias negativas en la vivencia del proceso de salud-enfermedad-atención de las personas, y de manera particular en aquellas que se encuentran en contexto de encierro. Desde este marco se problematiza el entramado que cruza la salud como construcción social, como bien público y como

Derecho Fundamental, cuestionando el rol que ha asumido el Estado en su carácter actual e histórico y, a través de la política pública, en el ejercicio del Derecho a la Salud en los contextos carcelarios, en una sociedad de mercado, como la chilena, en donde el modelo neoliberal traza la historia de la desigualdad y las brechas para la restitución de la salud como un derecho fundamental.

Indagar sobre la cárcel es escarbar en el Chile más pobre entre los pobres, “...lamentablemente en Chile se encarcela la pobreza ...me refiero a los pobres que, además de la pobreza material, han vivido en un mundo de violencia, abandono, prostitución, violaciones y abusos, mismos actos que después se realizan dentro de las cárceles” (León, 2018), esta es una de las frases más potentes que permite comprender y ubicar a los lectores en el imaginario de los contextos carcelarios, los que son una muestra de los fracasos del Estado, de la trazabilidad del modelo económico imperante, de las fallas e inoperancias que se palpan en una escena en donde la condición de haber nacido pobre se paga con el cuerpo dispuesto tras los barrotes de la desigualdad.

Barrotes que grafican simbólicamente la concepción de la cárcel, definida como “la conjugación entre el espacio físico, en el cual se encuentra la persona privada de la libertad y su entorno, donde se desarrolla un estilo de vida particular de supervivencia, adaptación, sometimiento, interacción cultural, social y educativa dentro del sistema” (INPEC – INPEC, 2019), pero que además está permeada por relaciones sociales y de poder, en donde participan distintos actores sociales y a distintos niveles de jerarquía, lo que demarca una realidad social compleja, desarrollándose, tanto modos de vida, como estilos de vida (Breilh, 2010); los que están determinados, estructuralmente, por patrones económicos, de poder y políticas gubernamentales que no dan respuesta a las necesidades y condiciones básicas de supervivencia, es así, como se puede ejemplificar como un espacio reproductor de las relaciones neoliberales, en donde, la exclusión se intensifica y la expresión de las políticas públicas se ven disminuidas.

En este sentido, como parte de la construcción y reflexión sobre el fenómeno propuesto, cabe preguntarse ¿Cuál es el rol que ha asumido el Estado Chileno para el cumplimiento de una privación de libertad que propicie el ejercicio del derecho a una vida digna, en un contexto de incertidumbres como es la pandemia por COVID-19?

La invitación de esta contribución, es a ponderar la perspectiva teórico-metodológica que ofrece la Medicina Social y Salud Colectiva para la problematización y discusión del fenómeno en cuestión. Para su desarrollo se han considerado estudios previos y documentos de carácter público, emitidos por los distintos ministerios y la institución de Gendarmería de Chile, informes desarrollados por algunas ONG y

notas de prensa, cuya fecha de corte de la información recuperada ha sido el 30 de Julio del 2020, reconociendo como limitante del escrito la temporalidad de la información, propio del contexto de pandemia.

En el trayecto del documento se revisará el contexto sociopolítico, económico y cultural-ideológico que determinan las condiciones de vida y salud de las personas privadas de libertad, las que provienen en su mayoría de rutas de vida, en donde sus cuerpos circularon en un marco de contradicciones y desigualdades, que no dieron lugar al Buen Vivir; para luego dar paso a la descripción de las respuestas institucionales iniciales a nivel de Latinoamérica y Chile en particular; en el contexto de la Pandemia por COVID-19, lo que nos conducirá a revisar a modo de conclusión, los desafíos de la Política Pública de Salud Penitenciaria, en bi direccionalidad con las necesidades históricas de abordaje en los contextos carcelarios de Chile, previo, durante y post pandemia.

PERSPECTIVA SOCIOHISTÓRICA PARA LA PROBLEMATIZACIÓN: APORTES DESDE EL ENFOQUE DE LA MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA

Chile es un país en el que prevalece un modelo económico-político neoliberal, amparado en la Constitución Política de la República de Chile de 1980, la que fue emitida bajo el régimen de la Dictadura Militar; manteniéndose en el tiempo, propiciando la naturalización de la desigualdad y la omisión de acciones públicas que propendan a fortalecer a las personas como sujetos de derecho. Dicho modelo traza una sociedad, permeada por relaciones mercantiles, fraccionada en clases sociales y, en donde, el Estado es reducido a su expresión mínima versus el protagonismo que asume el mercado para regular la provisión de bienes y servicios. De esta manera es visible la reducción y privatización de derechos y garantías sociales, impactando de manera específica en la vida de las personas más pobres del país, generando tensiones en la definición de las políticas públicas, en sus resultados y en la articulación de la participación social y el rol activo de los ciudadanos en la lucha por la igualdad social.

En así como el contexto socio-histórico, experimentado en Chile, desde la década de los ochenta, evidencia cambios estructurales, en donde el crecimiento económico ha estado acompañado por la generación de altos niveles de desigualdad de ingresos; cambios en las estrategias de movilidad social utilizadas por las clases sociales más bajas, el aumento del consumismo ha posibilitado la ampliación del acceso al crédito, generando aspiraciones, ya no centradas en el nivel de ingreso o status ocupacional, sino más bien en la capacidad de consumo y los estilos de vida (Franco, Hopenhayn y León, 2011).

En este sentido, vale preguntarse cómo están determinadas las oportunidades para lograr el éxito material en la sociedad chilena, puesto que, para gran parte de la población, dicha ruta de oportunidad ha sido bloqueada por las diferentes desventajas y restricciones sociales.

De esta manera, cuando se observa la caracterización de las personas privadas de libertad, necesariamente hay que remontarse a dar un paso atrás a la situación actual del sujeto y considerar la historicidad y trayectorias de vida de las personas que cohabitan los contextos de encierro en Chile. Precisar algunos alcances sobre ello, “nos permite conocer las distintas posiciones y prácticas de los sujetos, la disponibilidad de los capitales –social, cultural, económico–, como así también la posibilidad, la aptitud y el posicionamiento de estos sujetos frente a los cambios” (Gutiérrez, 1994). Por ejemplo, la conducta delictiva co-existe con actitudes y valores pro-sociales, y la naturaleza convenida de las aspiraciones humanas, lo que en gran parte de los casos obstaculiza el proceso de abandono de la conducta delictual. (Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015)

Ejemplo de lo ello, es que cuando se analizan las trayectorias de vida de las personas privadas de libertad, se da cuenta que uno de cada dos reos de la población penal adulta pasó por un centro de menores durante su infancia o adolescencia de dependencia del Servicio Nacional de Menores (SENAME) y que el 50% de los jóvenes egresados de algún centro por responsabilidad penal juvenil reincidirá, antes de los 24 meses (Peillard *et al.*, 2015).

En ese sentido, se hace necesario dar cuenta que el 28 de Noviembre del 2005 se promulgó el marco legal del sistema penitenciario para adolescentes en Chile, creándose un sistema de justicia juvenil especializado, a cargo del Servicio Nacional de Menores (SENAME) orientado a ejecutar las sanciones y la reinserción de adolescentes que se encuentran entre los 14 y 18 años de edad, adoptando de manera específica recomendaciones desde la Convención de los Derechos del Niño en el procedimiento penal, apelando a que la privación de libertad, sólo se debe ejecutar en los casos más severos y como último recurso sancionatorio (Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015).

La disposición anterior se coloca en tensión, puesto que un estudio sobre las trayectorias de vida de jóvenes infractores de ley, realizado por el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en conjunto con la Fundación San Carlos de Maipo, en el año 2014, con 1090 jóvenes, provenientes de la Región Metropolitana, Quinta y Sexta, da cuenta que el 10% de los participantes del estudio declaró no haber vivido nunca con sus padres y un 34% proviene de

familias monoparentales, un 38% de la muestra indicó que la mayoría de sus amigos delinquen, un 35% consumía droga desde antes de cometer su primer delito y el grupo de jóvenes que desarrollaron una dependencia a las drogas, se presentan como el grupo más reincidente y más violento, pues la dependencia es a la cocaína o a la pasta base, droga estimulante que se fuma sola o acompañada de otras sustancias.

Un 21% del total de encuestados se define a sí mismo como un delincuente, un 48% dice tener mucho en común con las personas que cometen delitos y un 39% se siente acogido por sus amigos que cometen delitos. Ahora bien, el delito que se realiza en una edad temprana es el hurto o robo menor, el que se desencadena a los 11,6 años promedio, seguido del robo mayor y robo violento que se gesta entre los 13 y 14 años y el delito violento es el que se da entre los 14 y 15 años. En este sentido, el recibir una condena coincide con lo esperable por parte de ellos y su grupo de referencia en sus trayectorias de vida (Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015).

En el mismo estudio, más del 80% declaró que era importante trabajar duro para salir adelante, terminar la escuela y tener una buena vida familiar. Sin embargo, cuando se exploró sobre la naturaleza de esas proyecciones a través de la pregunta “¿cómo quieres ser en el futuro?”, las respuestas estaban marcadas por el consumismo y la acumulación de bienes materiales, en donde la mayoría de los jóvenes respondieron utilizando el verbo tener: “querían tener una casa, dinero, un auto, un negocio, etc.”, colocándose en valor las personas, como sujetos de consumo y no como ciudadanos, en donde el “tener algo” te categoriza, necesariamente con un slogan de estatus.

Por otro lado, un estudio realizado por el Programa de Estudios Sociales del Delito del Instituto de Sociología UC (ISUC), Fundación San Carlos de Maipo y Fundación Colunga, realizan un primer acercamiento al perfil y proceso de reinserción de mujeres privadas de libertad, evidenciando que un 62% de las mujeres reportaron algún tipo de maltrato en la infancia, como negligencia parental, agresión física o verbal, o abuso sexual y un 71% declaró haber sido víctima de algún tipo de agresión física, verbal o sexual de parte de sus parejas o convivientes (Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2017). Y en el momento actual de la reclusión el 94% de las mujeres recluidas posee hijos, llegando a un promedio de casi 3 hijos por mujer (Piñol, 2014).

Estos datos se condicen con los hallazgos de la Primera Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria, impulsada por Gendarmería de Chile en el 2013 (Unidad de Protección y Promoción de los DD.HH, 2014), que en sus resultados advierten que

el 44% de las personas encuestadas sufrió en su niñez o adolescencia violencia intrafamiliar y el 25,9% sufrió abuso sexual.

Este marco de la realidad permite transitar en los sustentos teóricos metodológicos que ofrece el enfoque de la Salud Colectiva y Medicina Social para el análisis de este fenómeno en vinculación al contexto de pandemia, en donde la articulación de la mirada histórica social del presente al pasado, pondera su comprensión considerando “que los procesos donde tienen lugar son circunstancias que los individuos han construido en el devenir y cada una de esas circunstancias están definidas bajo condiciones y contextos específicos de la sociedad; es decir, que no se puede dar cuenta de ello al margen del momento histórico en el que se desarrolla” (Laurell, 1982).

Es así como el proceso salud-enfermedad, se encuentra determinado social e históricamente, lo que se explica en la medida que se comprende que la historia individual y colectiva, las condiciones materiales y simbólicas para sobrellevar los procesos de salud-enfermedad-atención y el tipo de relaciones que se establecen, determinan el modo de enfermar y el tipo de respuesta y que, por tanto, existen cambios, que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico, que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población, ni por la evolución de la práctica médica, sino más bien por el componente de historicidad (Laurell, 1982).

De esta manera se puede ubicar la Determinación Social, como categoría central de abordaje, la que visibiliza y ubica el fenómeno de la salud en los contextos carcelarios, desde una mirada compleja y multidimensional, dando espacio al análisis de los procesos estructurales que la conforman (ALAMES y CEBES, 2011).

En este sentido es pertinente preguntarse: ¿En un contexto de pandemia, qué representan las cárceles para la sociedad actual y de qué manera el Estado se involucra en el resguardo de la vida y salud de los sujetos que allí cohabitan?

Atendiendo a la pregunta se puede enunciar que las cárceles reflejan: “una manifestación del poder estático, pero, también territorio de conflicto, disputa y socialización; representan la tensión entre transgresión y castigo, que muchas veces equivale a sufrimiento. Asimismo, son lugares donde una parte de la población— por lo general pertenecientes a los estratos más bajos— pueden pasar parte de su vida. Y se tiene la convicción de que los establecimientos penitenciarios (como cualquier institución estatal) reflejan y reproducen a la sociedad en que están insertos” (Bardazano, Corti, Duffau y Trajtenberg, 2015).

De esta manera, el contexto de pandemia, las medidas sanitarias sugeridas a nivel mundial y las repercusiones sociales, económicas y de salud, colocan en tensión con mayor crudeza las condiciones

históricas de supervivencia a las que se ven enfrentadas las poblaciones más vulnerables como son las personas privadas de libertad, pues se ha constatado la necesidad urgente de descomprimir los niveles de hacinamiento, el aseguramiento de acceso al agua de manera universal, políticas que amparen el derecho a la información, el derecho a la comunicación con las familias, acceso al trabajo digno, a la educación, a la alimentación y por sobre todo la integración o aumento de la presencia de equipos de salud en los distintos recintos penales. Lo anterior revela nudos críticos en la relación Estado-Sociedad y como desde esa díada se deben recomponer marcos estructurales que aseguren la promoción, protección y ejercicio de los derechos humanos fundamentales.

RESPUESTAS INSTITUCIONALES INICIALES A NIVEL DE LATINOAMÉRICA Y CHILE EN PARTICULAR, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

En Latinoamérica uno de los primeros esfuerzos colectivos por visibilizar los efectos del coronavirus en las cárceles, fue realizado por el Centro de Estudios Latinoamericanos sobre inseguridad y violencia junto a la Sociedad de Criminología Latinoamericana, a partir de un análisis descriptivo de información entregada a través de un cuestionario por 27 sistemas penitenciarios de 18 países de la región (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela) (Sociedad de Criminología Latinoamericana, 2020).

En los hallazgos reportados al 01 de Junio del 2020, se da cuenta de como el contexto de la Pandemia por COVID-19, no sólo deja en descubierto la crisis de los sistemas de salud, sino también de los sistemas penitenciarios, ejemplificado en primer lugar en los niveles de hacinamiento puesto que, de los 27 sistemas analizados, al menos el 25,9% declaraba tener tasas de ocupación menor al 100%, el 25,9% entre 101% y 150%, 18,5% entre 151% y 200%, 18,5% entre 201% y 330% y el 11% declaro tener más del 300%.

En segundo lugar, el informe devela que más de la mitad de los sistemas (54,5%) tienen más del 5% de su población definida como de riesgo, quienes se convierten en una población particularmente vulnerable al COVID-19, entre ellos destacan las personas mayores de 65 años, personas con problemas de salud preexistentes (primordialmente respiratorios, hepatitis, diabetes, etc.) o que son inmuno-deficientes.

En tercer lugar, el informe aporta con una fotografía sobre las primeras medidas adoptadas, las que sin duda fueron restrictivas y fracturantes a nivel intramuros y con el mundo exterior. De los sistemas revisados 85,2% generó nuevos protocolos, 96,3% dispuso

restricciones de visitas, 72,7% disminuyó la entrada de otros profesionales que realizaban atención, 90,5% realizó una suspensión de las actividades educativas, 52,2% generó una suspensión de las actividades laborales, 48,0% activo un sistema de video llamadas con el exterior y el 80% propicio el levantamiento de áreas o sectores exclusivos para la atención de las personas contagiadas.

Lo anterior trajo consigo quejas y reclamos por parte de las personas privadas de libertad, circunscritas a tres polos de conflicto: (1) Se solicitaban mayores permisos para el contacto con las familias, producto que estas sostienen en algunos casos la entrega de alimentos, vestimenta, medicamentos etc., (2) temor al contagio y a la falta de insumos como las mascarillas e incluso agua para la protección personal y (3) finalmente la demanda de mejores condiciones de vida vinculada a los espacios de habitabilidad.

Por otro lado, considerando la respuesta de 23 sistemas penitenciarios, se puede dar cuenta que, en los primeros meses, sólo el 30% reporto tener una capacidad de testeo para los casos sospechosos de COVID-19, el 51,9% de los sistemas presentó situaciones de reclamos colectivos, 50% evidenció un aumento de situaciones conflictivas, desecandandose en un 52% de los sistemas motines, lo que en casos particulares trajo consigo personas fallecidas.

Finalmente, con el objetivo de descomprimir las cárceles, el informe da cuenta de las medidas de excarcelación, adoptadas en el primer periodo pandémico. Entre los criterios de selección de casos para otorgar beneficios de pre-liberación, uno de los más importantes fue la la edad de las personas privadas de libertad, en segundo lugar la condición de madre con hijos dentro de los penales, las mujeres embarazadas y la situación de las personas privadas de libertad con delitos menores y en algunos casos personas con enfermedades preexistentes.

Esta fotografía inicial de la región, da un soporte a lo que se puede describir como contexto particular de Chile, en donde las medidas adoptadas por el Gobierno de turno se han circunscrito a la puesta en marcha de un Plan de Prevención y Cuidado para las Personas en Recintos Penitenciarios, el que incluye: (a) Un Programa de Vacunación Masiva contra la influenza, (b) un programa de información para prevenir el contagio de COVID-19, tanto para las personas privadas de libertad como para los gendarmes y funcionarios, (c) un programa de fortalecimiento de las comunicaciones entre las personas privadas de libertad y sus familias, (d) un protocolo de control sanitario de las personas que ingresan a las unidades penales y de reforzamiento de la higiene y sanitización de los mismos, (e) la elaboración de Protocolos de Atención y Derivación a centros de la red asistencial de salud, ante casos de sospecha de contagio y el establecimiento de

una Red de Plazas Intrapenitenciarias de Aislamiento, en casos de brote de la epidemia.

En el marco de este plan, Gendarmería de Chile refiere en su sitio web un plan de contingencia que integra las siguientes medidas: suspensión de las visitas a los establecimientos penitenciarios para disminuir el flujo de personas que ingresan, un protocolo de aislamiento en cada recinto penitenciario para casos sospechosos de contagio o ante una eventual confirmación, traslado a hospital si es que fuera necesario, un plan de atención a los adultos mayores, disposición en todas las unidades penales de insumos sanitarios como mascarillas, guantes, dispensadores de jabón, termómetros infrarrojos y alcohol gel, sanitización de los espacios de los recintos penitenciarios y carros de traslados, el inicio anticipado de vacunación para la influenza, tanto para privados de libertad como funcionarios, suspensión de los traslados interpenales, a menos que sean de estricta necesidad de seguridad, implementación de audiencias y visitas por videoconferencias, ingreso de encomiendas con normalidad, pero con un estricto proceso de desinfección, implementación de una red de plazas intra penitenciarias de aislamiento en caso de brote de la epidemia, inducciones en pautas de prevención del contagio de COVID-19, tanto para las personas privadas de libertad como para el personal de Gendarmería de Chile, elaboración de protocolos de atención y derivación a centros asistenciales de la red asistencial de salud ante casos de sospecha de contagio.

Paralelo a ello, el 16 de abril se promulgo la Ley de Indulto General Conmutativo (Ley 21228) como acto de humanidad, dirigido a sustituir la pena de privación de libertad por arresto domiciliario, a grupos de alto riesgo de contagio por la pandemia, entre los que se consideraron las personas: (1) Que tenían setenta y cinco años de edad o más; (2) Hayan cumplido la mitad de la condena y restándoles por cumplir un saldo igual o inferior a los treinta y seis meses, que sean mujeres que tengan cincuenta y cinco años o más y menos de setenta y cinco años de edad, y hombres que tengan sesenta años o más y menos de setenta y cinco años de edad; (3) Mujeres que hayan cumplido un tercio de la condena y les reste por cumplir un saldo igual o inferior a los treinta y seis meses, y estuvieren embarazadas o tuvieran un hijo o hija menor de dos años de edad, que resida en la unidad penal; (4) Personas que se encontraban cumpliendo pena de reclusión nocturna, o pena de reclusión parcial nocturna en establecimientos especiales, en virtud de una condena por sentencia ejecutoriada, habiendo cumplido un tercio de la condena y restándoles por cumplir un saldo igual o inferior a los treinta y seis meses; y, (5) Personas que se encontraban privadas de libertad en virtud de una

condena por sentencia ejecutoriada, habiendo cumplido la mitad de la condena y restándoles por cumplir un saldo igual o inferior a los treinta y seis meses, y estuvieren beneficiados con el permiso de salida controlada al medio libre.

A la fecha según lo reportado en el sitio oficial de Gendarmería, esta ley habría beneficiado a 1580 personas que se encontraban en el sistema cerrado y 280 del sistema abierto.

Ahora bien en el proceso de indagación sobre la situación epidemiológica en los contextos carcelarios de Chile, se evidencian ciertas limitaciones, puesto que las fuentes oficiales en un inicio (abril y mayo) solo daban cuenta de las cifras de contagio y vacunados (personas privadas de libertad/funcionarios-as), siendo recién en el mes de junio, periodo en que se comienza a informar públicamente la distribución de las personas contagiadas, recuperadas y fallecidas, sin embargo hasta la fecha la institución no ha dispuesto información desagregada por sexo, región y dependencia territorial según los penales que se encuentran a largo del país.

En virtud de ello diversas instituciones como el colegio médico, ONGs, organizaciones funcionales y colectivos, estuvieron durante este tiempo cuestionando dicha gestión y haciendo un llamado a la ética pública desde el enfoque de derechos humanos. En este campo de acción la ONG LEASUR, organización que trabaja por el respeto, promoción y defensa de los derechos y dignidad de las personas privadas de libertad, a través de su equipo de investigación y formación, estuvo reportando informes mensuales y generando un esfuerzo colectivo para la emisión de un compilado semestral titulado “Cárcel y Covid en Chile”, cuya fecha de corte de los datos es el 31 de Julio del 2020. La información recopilada se nutre de sugerencias internacionales y nacionales, reportes de datos entregados por las autoridades de gobierno y dispuestos en los sitios web de las instituciones vinculantes, así como también información otorgada por la sociedad civil, familias y las propias personas privadas de libertad (LEASUR, 2020).

El análisis de este compilado cuestiona el cumplimiento de las medidas dispuestas en el Plan de Prevención y Cuidado para las Personas en Recintos Penitenciarios emitido por el gobierno de turno y hace visible ciertas controversias en el que hacer de la política pública de salud dirigida a dichos contextos.

En primer lugar, se puede observar un aumento exponencial entre el 7 de abril del 2020, fecha en que se reportaron 17 personas privadas de libertad y 31 funcionarios-as como los primeros casos de contagio y el 31 de julio de este año, en donde se evidencia un total de 2.553 casos de contagiados a nivel nacional (1.418 personas privadas de libertad y 1.135 funcionarios-as). Este acelerado avance, es cuestionado

desde la ONG LEASUR, producto de la insuficiente disponibilidad de aplicación de los test PCR, tanto para los funcionarios como para las personas privadas de libertad de manera oportuna.

En segundo lugar se evidencia una controversia entre lo planteado en el plan de contingencia de Gendarmería y las acciones realizadas en estos meses, en donde por ejemplo en el mes de abril se refería una suspensión de los traslados interpenales, pero que a la luz de las denuncias de los propios funcionarios de Gendarmería se puede constatar que en los meses de abril, mayo y junio se realizaron traslados desde Santiago a cárceles ubicadas en regiones, justificados en la necesidad de mitigar el hacinamiento que presentan los recintos penales de la región metropolitana, sin embargo la medida carecía de protocolos sanitarios adecuados, puesto que las personas privadas de libertad eran trasladadas sin la toma del examen PCR, generando situaciones de vulneración de derechos incalculables.

Producto de ello, a comienzos del mes de junio el virus se hacía presente en casi todos los penales del país, a excepción de las regiones más extremas y fue esta situación la que demarcó que recién el 3 de Julio desde el Ministerio de Justicia se reconociera una falla en los protocolos de traslado, determinando recién en esa fecha la prioridad de realizar el PCR antes de cualquier traslado.

La incertidumbre, temores y las precarias condiciones de vida para sobrellevar el contexto de pandemia, activaron rápidamente las huelgas, motines y violencia al interior de las cárceles, así como también la realización de diversas manifestaciones por parte de las familias. Lo anterior ha sido acompañado de denuncias públicas a través de las redes sociales por parte de las mismas personas privadas de libertad, en donde resuenan mensajes vinculantes a las precarias condiciones de habitabilidad, la necesidad construir una vida digna y ejercer el derecho a la vinculación con sus familias, puesto que más allá de que la visita se configure como un espacio de comunicación, está en sí misma es un espacio de contención familiar e incluso suple muchas veces la labor del Estado en la provisión de alimentos, medicamentos, ropa, útiles de aseo y otros elementos propios para la supervivencia.

CONCLUSIONES

A partir de lo expuesto anteriormente, se valida la necesidad de impulsar la salud como un derecho fundamental, su reconocimiento, protección y garantía en los contextos de encierro. Para lo cual se propone remirar cómo se ha mostrado la relación Estado– Sociedad en la construcción histórica de las significaciones sobre el ejercicio del derecho a la salud en los contextos carcelarios, dado que en ellas

se devela el posicionamiento ético político que asumen los distintos actores y las relaciones de poder que se generan en este espacio social, las que sin duda trazan las condiciones de vida y salud.

Respecto a la significación histórica de las prisiones, se puede enunciar que “son muchas cosas al mismo tiempo, instituciones que representan el poder y la autoridad del Estado, arenas de conflicto, negociación y resistencia; espacios para la creación de formas subalternas de socialización y cultura; poderosos símbolos de modernidad (o de la ausencia de ella), artefactos culturales que representan las contradicciones y tensiones que afectan a las sociedades; empresas económicas que buscan manufacturar tanto bienes de consumo como eficientes trabajadores; centros para la producción de distintos tipos de conocimiento sobre las clases populares y, finalmente, espacios donde amplios segmentos de la población vive partes de sus vidas, forman su visión del mundo y entran en negociaciones e interacciones con otros individuos y con autoridades del Estado” (Aguirre, 2009). De esta manera se puede comprender como un espacio en donde los recursos, acciones y omisiones están en directa vinculación a las concepciones impregnadas desde el modelo económico político imperante.

Desde esta mirada la significación de la salud en la cárcel, no puede seguir centrada en la acción de atender sólo la enfermedad, se requiere contar con una mirada más amplia con aportes de distintas disciplinas y diversos actores, con el fin de configurar una política pública que lea de manera distinta la configuración de las relaciones y los modos de vida que se gestan al interior de los contextos de encierro, en donde para las personas privadas de libertad, recomponer la relación con su cuerpo, reconocerse como sujetos dignos y sujetos de derecho, resitúa su ethos dentro de la cárcel.

Al momento de discutir las medidas y decisiones adoptadas desde la institucionalidad para los contextos carcelarios, es necesario retomar argumentaciones desde la ética pública, en donde nuevamente se coloca en el centro de la discusión la cárcel como una institución de alto costo, ineficiente y poco efectiva para enfrentar el fenómeno del delito, como un espacio violento, indigno e inhumano y por ende el desafío histórico ha sido avanzar en una política de reinserción que propenda a un retorno como una acción reparatoria, que garantice el buen vivir, asegurando una reinserción integral y el ejercicio del Derecho a la vida y a la salud.

Un ejemplo de lo anterior es la medida vinculada al indulto conmutativo, en la cual vale la pena detener la reflexión y cuestionar las condiciones de retorno y externas a las cuales las personas beneficiadas se vieron expuestas, considerando que la propagación del virus se aloja con mayor crudeza en los territorios más vulnerables y es desde

donde precisamente provienen las rutas de vida de las personas privadas de libertad, en segundo lugar las condiciones económicas para dicho egreso, en donde por ejemplo las mujeres con hijos menores de dos años y mujeres mayores de 55 años, no pueden buscar empleo porque vuelven a sus casas a seguir cumpliendo la condena establecida, y en tercer lugar las condiciones socioemocionales a las que se enfrentan, en donde por ejemplo a los adultos mayores a quienes se les asignó el beneficio, verbalizaban temor por su futuro, por la soledad y por el sustento necesario para sobrevivir fuera de los recintos carcelarios.

Por otro lado, el aumento exponencial de los contagios por COVID-19 en los contextos carcelarios de Chile, revela la fractura del sistema carcelario y de salud y la complejidad que ha tenido la implementación de las medidas de autocuidado y prevención al interior de los recintos carcelarios, puesto que ello no depende solo del cuidado individual, sino más bien de las acciones colectivas y disposiciones institucionales, en donde los traslados de manera masiva entre regiones, sostuvieron como resultado la propagación a lo largo de 13 de las 16 regiones del país. Bajo este contexto, se hace prioritario avanzar en una estrategia de testeo masivo, sin discriminación (personas privadas de libertad, funcionarios/as, sintomáticos/as o asintomáticos/as) y articular una mejora en los traslados considerando protocolos que favorezcan la prevención de la propagación del virus.

A la luz de lo anterior y la posibilidad que tiene Chile de avanzar en cambios estructurales en el reconocimiento y garantía de derechos humanos fundamentales, a través del proceso constituye que se avecina en octubre del 2020, es recomendable que la sociedad en su conjunto, el Estado, las personas privadas de libertad y los funcionarios penitenciarios reconozcan y respeten mutuamente su calidad de seres humanos dignos, titulares de derechos y obligaciones, lo que favorecerá la cocreación de un sistema penitenciario respetuoso y humano, pues hoy la carencia de dicho reconocimiento tensiona la misión de la institución que se ocupa del cuidado integral de las personas que cohabitan dicho contexto, colocando en riesgo su vida y salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Carlos. (ed.) 2009 *Cárcel y Sociedad en América Latina: 1800-1940. En Historia social urbana: Espacios y flujos* (Quito: FLACSO Ecuador: Ministerio de Cultura)
- Bardazano, Gianella; Corti, Aníbal; Duffau, Nicolás y Trajtenberg, Nicolás. 2015 *Discutir la cárcel, pensar la sociedad. Contra el sentido común punitivo* (Uruguay: Universidad de la República, CSIC).

- Bertolozzi, María Rita y De la Torre, Mónica Cecilia. 2012 “Salud colectiva: Fundamentos conceptuales” en *Salud Areandina* (Colombia) Vol. 1, N° 1.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2020 “LEY 21228. Concede indulto general conmutativo a causa de la enfermedad COVID-19 en Chile” en Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Chile). En <<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1144400>> acceso 17 de abril de 2020.
- Breilh, Jaime. 2010 *Las tres ‘S’ de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud* (Rio de Janeiro: CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde).
- Dammert, Lucía. 2006 “El sistema Penitenciario en Chile: Desafíos para el nuevo modelo público-privado”, trabajo preparado para ser presentado en la Reunión de la Asociación de Estudios Latinoamericanos del año 2006, en San Juan, Puerto Rico, marzo 15 – 18.
- ALAMES y CEBES. 2006 “El Debate y la acción frente a los determinantes sociales de la Salud. Documento de posición conjunto”, presentado en Cebes e Alames lançam posicionamento em Conferência da OMS, Río de Janeiro. En <<http://cebes.org.br/2011/10/cebes-e-alames-lancam-posicionamento-em-conferencia-da-oms/>> acceso 30 de junio de 2020.
- Franco, Rolando; Hopenhayn, Martín y León, Arturo. 2011 “Crece y cambia la clase media en América Latina: Una puesta al día” en *Revista CEPAL* (Chile). En <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/11446-crece-cambia-la-clase-media-america-latina-puesta-al-dia>> acceso 30 de junio de 2020.
- Gendarmería de Chile. (s. f.). “Institución” en <<https://www.gendarmeria.gob.cl/historia.html>> acceso 30 de junio de 2020.
- Gendarmería de Chile (s. f.). “Unidad de protección y promoción de los derechos humanos” en <<https://www.gendarmeria.gob.cl/ddhh.html>> acceso 28 de octubre de 2019.
- Gutiérrez, Alicia. 1994 *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu* (Argentina: Ferreyra Editor).
- INPEC. 2019 “Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario” en <<http://www.inpec.gov.co/web/guest>> acceso 18 de octubre de 2019.
- Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 2015 *Trayectorias de jóvenes infractores de Ley: Investigaciones sobre población adolescente* (Chile: Instituto de Sociología de la

- Pontificia Universidad Católica de Chile. Fundación San Carlos de Maipo).
- Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (2017) “Investigación revela perfil y proceso de reinserción de mujeres privadas de libertad” en <<https://www.uc.cl/la-universidad/noticias/28610-investigacion-revela-el-perfil-y-proceso-de-reinsercion-de-mujeres-privadas-de-libertad-en-chile>> acceso 28 de octubre de 2019.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. 2018 “Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2016 – 2017: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Integridad Personal” en <<http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1180>> acceso 28 de octubre de 2019.
- Iturrieta, Daisy y Tetelboin, Carolina. 2016 “La atención de Salud en los centros de cumplimiento penitenciario. Un desafío pendiente para la Salud Pública en las Provincias de San Felipe y los Andes” en *Revista Salud Problema* (México) Vol. 10, N° 19, enero-junio.
- Laurell, Asa Ebba Christina. 1982 “La Salud-Enfermedad como proceso social” en *Cuadernos Médico Sociales* (Santiago), N° 19, enero.
- LEASUR. 2018 “Informe Condiciones Carcelarias: Situación de las Cárceles en Chile” en <<http://leasur.cl/wp-content/uploads/2018/12/Informe-CC-Leasur-sin-logo.pdf>> acceso 28 de octubre de 2019.
- Larroulet, Pilar. 2015 “Cárcel, Marginalidad y Delito” en Siles, Catalina (ed.) *Invisibles. Porqué la pobreza y la exclusión social dejaron de ser prioridad* (Chile: Instituto de Estudios de la Sociedad).
- Morales-Borrero, Carolina; Borde, Elis; Eslava-Castañeda, Juan y Concha-Sánchez, Sonia. 2013 “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas” en *Revista de Salud Pública* (Colombia) Vol. 15, N° 6, diciembre.
- Morales, Ana María; Hurtado, María Teresa; Figueroa, Ulda; Chamorro, Paula; et al. 2015. *Estudio sobre los niveles de exclusión social en personas privadas de libertad* (Chile: Fundación Paz Ciudadana y Fundación San Carlos de Maipo).
- Piñol, Diego. 2014 “Demandas y características de capacitación laboral que fomenten una reinserción social, laboral y familiar en mujeres privadas de libertad en cárceles chilenas”, Ponencia

VIII Congreso Nacional de Investigación sobre Violencia y Delincuencia, Fundación Paz Ciudadana, Santiago.

Prensa Presidencia. 2020 “Presidente promulga ley de indulto por COVID-19” en <<https://prensa.presidencia.cl/discurso.aspx?id=150261>> acceso 6 de mayo de 2020.

Sociedad de Criminología Latinoamericana. 2020 “Los efectos del Coronavirus en las cárceles de Latino América” en <<https://criminologialatam.wordpress.com/2020/06/12/efectos-del-covid-19-carceles-de-latino-america/>> acceso 12 de junio de 2020.

Unidad de Protección y Promoción de los DD.HH. 2014 “Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria” en <https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/ddhh/Archivos_Adicionales/Resultados_Encuesta_Percep_Calidad_Vida_Penitenciaria.pdf> acceso 28 de octubre de 2019.

SOBRE LOS AUTORES Y AUTORAS

AILLÓN TERÁN, EDUARDO

Médico Pediatra, formación en Salud Pública. Coordinador Nacional de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva –Bolivia. Es autor de libros y artículos científicos sobre Sistemas de Salud y Derecho a la Salud.

ANGELI-SILVA, LIVIA

Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, Brasil; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

ARRUBLA SÁNCHEZ, DEISY

Médica, Especialista en Gerencia en Salud, Doctora en Salud Pública, Asesora de la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la no Repetición, miembro del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social», Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

BIAGINI, GRACIELA

Socióloga. Doctora en Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires. Especializada en Ciencias Sociales y Salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Profesora Titular Consulta de Sociología de la

Salud, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
Investigadora del Instituto Gino Germani.

BRAGUINSKY, GABRIEL

Militante popular. Expositor, docente, tutor y coordinador en cursos presenciales y virtuales de formación en temas relacionados a los DDHH, Secretaría de DDHH de la Nación. Maestría de Comunicación y DDHH de la Facultad de Periodismo y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Plata.

CANELLA, JUAN

Magister en Salud Pública, Universidad Nacional de Rosario/ Instituto Lazarte. Docente Universidad José C. Paz. Coordinador Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva, Argentina. Director provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria, Provincia de Bs. As.

CARVALHO DE NORONHA, JOSÉ

Médico, doutor em Saúde Coletiva; Coordenador executivo da iniciativa de prospecção estratégica do sistema do saúde do Brasil Saúde Amanhã da FIOCRUZ; conselheiro do conselho de CEBES, Brasil, ex secretário Nacional de Atenciao a Saúde y ex presidente da ABRASCO.

CASTRO, LEONARDO

Bacharel em Psicologia, doutor em Antropologia, analista da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ; colaborador da Iniciativa de prospecção estratégica do sistema do saúde do Brasil Saúde Amanhã, Brasil, da Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ.

CISNEROS LUJÁN ANGÉLICA IVONNE

Investigadora de tiempo completo en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y Ex Comisionada Nacional de Protección Social en Salud.

COSTA, ANA MARIA

Médica, doutora em ciências da saúde, professora universitária de pós-graduação Escola Superior de Ciências da Saúde, diretora de comunicacao de CEBES, co coordenadora do GT gênero e saúde da ABRASCO, ex coordenadora general de ALAMES, ex presidenta do CEBES, ex diretora de gestão participativa nos governos de Lula.

CURCIO CURCIO, PASQUALINA

Profesora Titular del Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Simón Bolívar (USB). Economista

egresada de la Universidad Central de Venezuela (1992), magister en políticas públicas egresada del Instituto de Altos Estudios Superiores en Administración (1995), Doctora en Ciencia Política, Universidad Simón Bolívar, con estudios post doctorales en Seguridad y Defensa de la Nación de la Universidad Militar Bolivariana de Venezuela.

DOMENCH, PATRICIA

Doctora en Ciencias Sociales. Docente. Investigadora. Magister Scientiarum en Administración Pública y Especialista en Gestión y Planificación de Políticas Sociales, Universidad de Buenos Aires. Secretaria de investigación y vinculación tecnológica e institucional, Universidad de Avellaneda.

ESLAVA CASTAÑEDA, JUAN CARLOS

Médico, Magister en Sociología, Profesor Asociado, Centro de Historia de la Medicina, Departamento de Salud Pública y Coordinador de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, miembro del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la misma Facultad, y miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en Colombia (ALAMES-Colombia).

FEO ISTÚRIZ, OSCAR

Médico venezolano. Profesor Titular de la Universidad de Carabobo, y del Instituto de Altos Estudios “Arnoldo Gabaldon” del Ministerio de Salud, Venezuela. Miembro activo de los Grupos de Trabajo Estudios de Salud, y Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Militante de ALAMES.

GONZÁLEZ ROJAS, VIANEY

Maestra en Salud Pública. Subdirectora de Área en la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud Federal.

HENAO KAFFURE, LILIANA

Odontóloga, Magíster y Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en estancia posdoctoral en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, miembro del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la misma Facultad, y miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en Colombia (ALAMES-Colombia).

HEREDIA MIRANDA, NILA

Médica Cirujana, Salubrista y especialista en Planificación Estratégica y Gestión de la Educación Superior. Docente Emérita Universidad Mayor de San Andrés. Ex Ministra de Salud y Deportes en los Gobiernos de Evo Morales; ex Coordinadora General de ALAMES; Secretaria Ejecutiva de ORAS-CONHU.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARIO

Médico, Bioeticista, Magíster y Doctor en Historia, Profesor Asociado, Centro de Historia de la Medicina, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina y Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, líder del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la misma Facultad.

ITURRIETA HENRÍQUEZ, DAISY DEL ROSARIO

Socióloga, Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Académica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso y Miembro del Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial del Valle de Aconcagua (CIISTe Aconcagua), Chile. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO.

JEMIO ORTUÑO, JORGE

Médico boliviano con formación en Salud Pública, Descentralización y Gestión Pública. Fue Director Nacional de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud en dos gestiones y Secretario Adjunto del Organismo Andino de Salud del 2016-2020.

LAURELL, ASA CRISTINA

Médica, Universidad de Lund, Suecia, Maestra en Salud Pública por la Universidad de California EUA, Doctora en Sociología por la UNAM y Doctora Honoris Causa por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Profesora-investigadora titular de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (1977-2000), miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACyT (1988-2000). Secretaria de Salud del gobierno del Distrito Federal (2000-2006). Asesora de las Comisiones de Salud y Seguridad Social del Congreso de la Unión de México en varias Legislaturas. Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sistema de Salud, Gobierno de México 1/12/18 a 16/6/20.

LEAL, MARIANA BERTOL

Sanitarista, Doutora em Saúde Pública, Ministério da Saúde, Brasil.

LEÓN UZCÁTEGUI, JOSÉ

Médico, Psiquiatra, Doctor en Ciencias Sociales. Profesor en Doctorado de Salud Pública, Doctorado en Ciencias Sociales, Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental Comunitaria. Miembro de: de la Red de Salud Colectiva-ALAMES Venezuela, de la Red LOMSODES, del Grupo de Trabajo de Salud de CLACSO.

MELO HERNÁNDEZ, KAREN

Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva y Maestra en Medicina Social. Ayudante de Investigación de Posgrado del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

MUÑOZ MUÑOZ, CARMEN GLORIA

Licenciada en Terapia Ocupacional, Magister en Comunicación, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; Académica Facultad de Medicina, Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación, Universidad Austral de Chile.

PARADA LEZCANO, MARIO

Licenciado en Medicina, Médico Cirujano, Universidad de Valparaíso; Especialización en Salud Pública, Universidad de Chile, Doctor en Sociología, Universidad Autónoma de Madrid. Profesor Titular Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

PIÑA ARIZA, MARÍA DEL CARMEN

Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Medicina Social. Editora de la Revista Salud Problema y Ayudante de Investigación de Posgrado del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

PRADA, CLARA ALEIDA

Médica, Doutora em Saúde Pública, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

PRADO, GIGLIO SALVADOR

Universidad Nacional de José C. Paz. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva. Actualmente Miembro del Directorio del Instituto de Obra Médico Asistencial.

QUEIRÓS, AGLEILDES ARICHELE LEAL

Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

RICARDI, LUCIANI MARTINS

Nutricionista, Doutora em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

RODRÍGUEZ RUIZ, JAVIER

Médico, Magíster en Salud Colectiva, Ca. Doctor en Salud Pública, Profesor, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Colombia, miembro del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

ROJAS RAJS, SOLEDAD

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Catedrática CONACYT en la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. Miembro del núcleo básico de profesores investigadores de la Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la misma universidad.

SCHOR-LANDMAN, CLARA

Psicóloga. Psicoanalista. Doctora en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Profesora Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de Avellaneda. Práctica clínica. Coordinadora e investigadora GT Estudios Sociales para la Salud, CLACSO.

SOUTO DE NORONHA GUSTAVO

Economista do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, professor da Universidade Estácio de Sá; conselheiro do conselho regional de economia do Rio de Janeiro, Brasil.

TAMEZ GONZÁLEZ, SILVIA

Médica cirujana, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesora-Investigadora Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

TEJERINA SILVA, HERLAND

Médico Cirujano en UMSA, Maestría en Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica, Doctorado en Salud Pública, Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Ministerio de Salud de

Bolivia. Profesor de postgrado en Salud Pública, Universidad UAB, UMSA, NUR, UFT y la EPGP, Bolivia.

TETELBOIN HENRION, CAROLINA

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Iberoamericana de México. Profesora Investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la Maestría de Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Directora de la Revista Salud Problema, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimico, México. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud, CLACSO.

TORRES TOVAR MAURICIO

Médico, PhD en Salud Pública. Profesor Universidad Nacional de Colombia, miembro de la Red de Salud y Trabajo de ALAMES y del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la salud, CLACSO.

VEGA VARGAS, MANUEL

Médico, Magister en Historia y Ca. Doctor en Historia, Profesor, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Externado de Colombia, miembro del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

VEGA VARGAS, MARCELA

Politóloga, miembro de la Unidad de Trabajo Legislativo de la Senadora Victoria Sandino, Senado de la República de Colombia, miembro del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Actualmente es indiscutible que la pandemia de COVID-19 es el acontecimiento contemporáneo de salud más importante. Ha irrumpido con fuerza en la cotidianidad de los países, ciudades, comunidades y familias. Sin embargo, parece necesario tener presente que es un advenimiento en progreso y no tenemos certeza sobre el curso que tomará y cuales serán sus ulteriores efectos. Esto significa que cualquier reflexión sobre COVID-19 es preliminar. Con el transcurrir de los últimos seis meses la pandemia se ha convertido en tema obligado en las primeras planas de los periódicos. Ha desatado un debate en el cual muchos se sienten con la competencia para opinar, apoyar o rechazar la actuación de los gobiernos. Ante los cuestionamientos los gobiernos han creado su propia narrativa sobre lo que están haciendo. La pandemia es en este sentido un tema altamente politizada.

La epidemia de SARS-CoV-2 confluye con otro proceso de largo alcance que es la transformación de inspiración neoliberal de los sistemas de salud desde por lo menos tres o cuatro décadas. Otro proceso en los orígenes de la epidemia es el acelerado deterioro del medio ambiente y el calentamiento global que está trastocando los ecosistemas en todo el planeta. En su determinación está entonces la confluencia de tres grandes procesos que caracterizan a la globalización. Éstos a su vez se irradian en toda la sociedad y tienen efectos sobre otros procesos.

Del prólogo de Asa Cristina Laurell



Patrocinado por
 **Asdi**
Agencia Sueca
de Desarrollo Internacional


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