

#2

Septiembre  
2022

# Salud y sociedad

## Crítica latinoamericana

América Latina  
y el Caribe entre  
pandemias:  
la desigualdad  
y el COVID

### PARTICIPAN EN ESTE NÚMERO

Carmen Gloria Muñoz Muñoz  
Soledad Rojas-Rajs  
Pasqualina Curcio Curcio  
Juan Carlos Eslava  
Silvia Tamez  
Graciela Biagini  
José León Uzcátegui  
Soledad Rojas-Rajs  
Clara Schor-Landman  
Oscar Feo Istúriz  
Guadalupe Staines Orozco  
Eduardo Espinoza Fiallos  
José Ignacio Arroyo Tapia  
Ana María Costa  
Lenaura de Vasconcelos C. Lobato  
María Lucía Frizon Rizzotto  
Mario Parada Lezcano  
Daisy Iturrieta Henríquez  
Mónica Muñoz Parada  
Mario Hernández Álvarez  
Liliana Henao Kaffure  
Elis Borde  
José Carvalho de Noronha  
Gustavo Souto de Noronha  
Leonardo Castro  
Marco Antônio Martins da Rocha  
Leonardo Mattos  
Saulen Oliveira

Boletín del  
Grupo de Trabajo  
**Estudios Sociales  
para la Salud**

 **CLACSO**

Salud y sociedad : crítica latinoamericana : América Latina y el caribe entre pandemias : la desigualdad y el COVID. nro 2 / Carmen Gloria Muñoz ... [et al.] ; coordinación general de Carolina Andrea Julieta Tetelboin Henrion ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2022.

Libro digital, PDF - (Boletines de grupos de trabajo)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-813-325-6

1. Vacunación. 2. América Latina. 3. Caribe. I. Muñoz, Carmen Gloria. II. Tetelboin Henrion, Carolina Andrea Julieta, coord.

CDD 303.48



**CLACSO**

Consejo Latinoamericano  
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano  
de Ciências Sociais

### Colección Boletines de Grupos de Trabajo

Director de la colección - Pablo Vommaro

### CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Directora Ejecutiva

María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

### Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory y Marcela Alemandi - Gestión Editorial

### Equipo

Natalia Gianatelli - Coordinadora

Cecilia Gofman, Marta Paredes, Rodolfo Gómez, Sofía Torres,

Teresa Arteaga y Ulises Rubinschik

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

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>



Este material/producción ha sido financiado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Asdi.

La responsabilidad del contenido recae enteramente sobre el creador. Asdi no comparte necesariamente las opiniones e interpretaciones expresadas.

### Coordinador/as:

**Carolina Andrea Julieta Tetelboin Henrion**

Maestría en Medicina Social/Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

México

[ctetelbo@correo.xoc.uam.mx](mailto:ctetelbo@correo.xoc.uam.mx)

**Daisy Del Rosario Iturrieta Henríquez**

Instituto de Ciencias Alejandro Lipschutz

Organismo no Gubernamental de Desarrollo

Chile

[daisy.iturrieta@uv.cl](mailto:daisy.iturrieta@uv.cl)

**José Carvalho De Noronha**

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

[jose.noronha@icict.fiocruz.br](mailto:jose.noronha@icict.fiocruz.br)

### Coordinadoras del Boletín #2

Carmen Gloria Muñoz (Chile)

Soledad Rojas-Rajs (México)

# Contenido

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>5 Editorial</b><br/>Carmen Gloria Muñoz Muñoz<br/>Soledad Rojas-Rajs</p> <p><b>8 El monopolio de la vacuna contra el COVID-19</b><br/>Pasqualina Curcio Curcio</p> <p><b>14 Desigualdad de la vacunación en América Latina y el Caribe</b><br/>Juan Carlos Eslava<br/>Pasqualina Curcio<br/>Silvia Tamez<br/>Graciela Biagini</p> <p><b>23 Salud mental colectiva, pandemia, crisis civilizatoria y buen vivir</b><br/>José León Uzcátegui<br/>Soledad Rojas-Rajs<br/>Clara Schor-Landman</p> <p><b>28 Venezuela. El Sistema Público Nacional de Salud y el manejo de la pandemia</b><br/>Una mirada desde la salud colectiva<br/>Oscar Feo Istúriz</p> <p><b>34 El enfrentamiento de la Pandemia por COVID 19 en México y El Salvador</b><br/>Una mirada política sanitaria<br/>Guadalupe Staines Orozco<br/>Eduardo Espinoza Fiallos</p> <p><b>38 Salud de los trabajadores</b><br/>Silvia Tamez González<br/>José Ignacio Arroyo Tapia</p> | <p><b>47 Participação social em saúde no Brasil</b><br/>Controle social e movimentos populares em defesa do direito à saúde<br/>Ana Maria Costa<br/>Lenaura de Vasconcelos C. Lobato<br/>Maria Lucia Frizon Rizzotto</p> <p><b>52 Análisis crítico de la Participación Social en Salud en Chile</b><br/>Mario Parada Lezcano<br/>Daisy Iturrieta Henríquez<br/>Mónica Muñoz Parada</p> <p><b>55 El enfoque histórico-territorial para repensar la salud y el cuidado de la vida</b><br/>Mario Hernández Álvarez<br/>Liliana Henao Kaffure<br/>Elis Borde</p> <p><b>58 Saúde para todo o povo brasileiro</b><br/>Apontamentos para a Revolução Caraíba<br/>José Carvalho de Noronha<br/>Gustavo Souto de Noronha<br/>Leonardo Castro<br/>Marco Antônio Martins da Rocha</p> <p><b>64 Repensando as relações entre Estado, desenvolvimento e saúde</b><br/>Perspectivas para a América Latina<br/>Leonardo Castro<br/>Leonardo Mattos<br/>Suelen Oliveira</p> |
|---|---|



# Editorial

Carmen Gloria Muñoz Muñoz\*  
Soledad Rojas-Rajs\*\*

La 9a. Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales “Tramas de las desigualdades en América Latina y el Caribe. Saberes, luchas y transformaciones”, realizada entre el 7 y el 10 de junio de 2022 en Ciudad de México, no solo nos puso el marco para la discusión, reflexión y debate transdisciplinar sobre los temas que nos convocan, sino que además nos permitió a muchas y muchos el reencuentro para trabajo presencial, tras dos años de restricciones de movilidad por los riesgos de contagios de SARS-CoV2.

En una programación diversa, los Grupos de Trabajo CLACSO vigentes fuimos convocados para encontrarnos y diseñar distintos espacios que aportaran temáticamente a la gama amplia de actividades que la Conferencia organizó para cerca de 10 mil inscritos. En esa lógica, el GT de Estudios Sociales contó con el trabajo presencial de 24 de sus integrantes (provenientes de Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, El Salvador, México, Uruguay y Venezuela) y organizó 2 paneles, y 2 mesas de

\* Doctora en Ciencias en Salud Colectiva y Magíster en Comunicación. Académica en la Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Ciudad de Valdivia, Chile. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud. Correo: cgmunoz@uach.cl

\*\* Comunicadora social. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Catedrática CONACYT, profesora-investigadora en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), Ciudad de México. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud, miembro ALAMES México. Correo: srojasrajs@gmail.com

discusión. El primero de ellos, coordinado por Silvia Tamez, se denominó “La transformación del sistema de salud en México: hacia sistemas universales de salud y la experiencia COVID-19” y contó con la participación de la Dra. Oliva López Arellano, Secretaria de Salud de la Ciudad de México, el Dr. Juan Manuel Castro Albarrán, Director ejecutivo de la Carrera de Medicina en la Universidad de la Salud; además de Asa Cristina Laurell y Carolina Tetelboin, ambas referentes del GT de Estudios Sociales para la Salud y de los programas de maestría y doctorado en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. El segundo panel se denominó “Salud y pandemias: desigualdades sociales en América Latina”, moderado por Daisy Iturrieta y contó con Mauricio Torres, Mario Parada, José de Noronha, Giglio Prado y Carolina Tetelboin como participantes.

Sobre las mesas de discusión, “Los retos de la pandemia y post-pandemia por la soberanía, la democracia y la salud”, moderado por Patricia Domench, reunió cinco trabajos construidos colaborativamente entre integrantes del GT de Estudios Sociales para la salud, algunos de ellos fueron sistematizaciones del trabajo previo en webinarios desarrollados entre 2020 y 2021. La segunda de las mesas fue desarrollada en coordinación con el GT de Salud internacional y soberanía alimentaria, con el título de “Geopolítica de la pandemia y las vacunas de SARS-CoV-2: América Latina y el Caribe entre la dependencia, la descoordinación regional y la soberanía sanitaria” contó con Mila Heredia, Ana Costa y Pasqualina Curcio.

Finalmente, y en la misma línea de coordinación entre los Grupos de Trabajo de CLACSO, el Foro **“Salud colectiva y soberanía sanitaria”** también fue organizado colaborativamente con el Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria y en su despliegue se realizaron tres paneles, distribuidos en dos días: “Geopolítica de la pandemia y las vacunas de SARS-CoV-2: América Latina y el Caribe entre la dependencia, la descoordinación regional y la soberanía sanitaria”, “Teorías y Políticas sobre sistemas de salud en el Siglo XXI” y “Encrucijadas y horizontes del pensamiento crítico latinoamericano en salud”. Dentro de los hitos que rescatamos, la mesa de apertura de la segunda jornada de trabajo del Foro contó con la participación del Dr. Hugo López-Gatell,

Subsecretario de Salud del Gobierno de México. Su presentación nos dio el marco para pensar sobre el derecho a la salud, las tensiones, desafíos entre lo público, lo colectivo y el mercado, nombre que justamente llevó el eje al que CLACSO nos convocó.

En paralelo con la intensa agenda de trabajos colectivos que resumimos, 17 trabajos individuales de los integrantes del GT de Estudios Sociales para la Salud se distribuyeron en el **Eje 9 propuesto por CLACSO, sobre de Derecho a la salud: tensiones y desafíos entre lo político, lo colectivo y el mercado** y en otros ejes, afines a líneas de desarrollo que hacen que la mirada sobre la salud se nutran y diversifiquen la discusión acercándose a la historia, a la comunicación y/o a la economía ente otros.

Como una forma de sistematizar estos cuatro días de intenso trabajo, el boletín que presentamos muestra una parte de los insumos que nutrieron nuestro trabajo como GT en la conferencia. Se trata de once trabajos, la mayoría de los cuales mira el fenómeno de COVID-19, las desigualdades que nos ha mostrado tras casi dos años de vivir en una de las crisis sanitarias más grandes de todos los tiempos, las formas en que buscamos sobrevivir, reponernos, volver a las formas tradiciones de vida social y a la vacunación que nos está mostrando nuevamente las diferencias y tensiones a las que nos enfrentamos como región.

En una segunda parte, tres propuestas evidencian ejes transversales del GT, tanto desde una perspectiva territorial, metodológica como desde el análisis de casos y otros temas específicos como lo son la participación social, las relaciones entre los Estados para el cuidado de la salud y el enfoque histórico territorial para pensar nuestras prioridades.

Así, quienes hacemos el Grupo de Trabajo CLACSO “Estudios sociales para la salud” les invitamos a la lectura de este trabajo colectivo.

# El monopolio de la vacuna contra el COVID-19

Pasqualina Curcio Curcio\*

La pandemia de 2020 ha dejado en evidencia el rotundo fracaso del sistema capitalista. Ha visibilizado las desigualdades características de este sistema: en 2019 más de 820 millones de personas padecían de hambre en el mundo (FAO, 2020) y de los niños menores de 5 años que murieron ese año la mitad fue a causa de insuficiencia alimentaria (ANCUR, 2020) mientras tanto, el 1 % más rico de la población (77.000 personas) se apropiaba del 84% de la producción mundial (OXFAM, 2021) que, de paso es generada por la clase obrera.

Esta desigualdad se ha acrecentado en tiempos de pandemia. En 2020, solo como consecuencia de la enfermedad de Coronavirus, 12.000 personas murieron diariamente de hambre (OXFAM, 2020), mientras tanto la fortuna de los multimillonarios aumentó 4 billones de dólares, pasando de US\$ 8 billones a US\$ 12 billones. La riqueza de las 10 personas más millonarias del mundo creció US\$ 540.000 millones en 2020 (OXFAM, 2021) gracias al apoyo de los gobiernos que, en el marco del capitalismo, inyectaron dinero al sistema bursátil (OXFAM, 2021) en lugar de proteger

\* Profesora Titular de la Universidad Simón Bolívar. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.



a la clase trabajadora. Se estima que, en pandemia se han sumado 500 millones de pobres a los 3500 que se contabilizaban en 2019 (OXFAM, 2021b).

No suficiente con el desasosiego y el duelo que embarga a la humanidad en tiempos de pandemia, en 2020 se ha puesto de relieve los más inhumanos anti valores del capitalismo: hacer de la vida y de la salud un negocio.

EEUU, la Unión Europea y el Reino Unido se oponen a la propuesta de exención de los derechos de propiedad intelectual y patentes (ADPIC) de la vacuna contra el COVID-19. Dicha propuesta fue presentada ante la Organización Mundial del Comercio (OMC) en octubre de 2020 (OMC, 2020) por Sudáfrica y la India, a la cual se han sumado más de 100 países. Consiste en evitar las barreras de la propiedad intelectual de manera que las empresas transfieran su tecnología y conocimiento a otras plantas productoras para que, en menor tiempo puedan fabricar masivamente las dosis que se requieren a menor precio e inmunizar lo más rápidamente posible a la población mundial (capacidad de producción con la cual se cuenta, tal como la afirmó el director de la Organización Mundial de la Salud -OMS- Tedros Adhanom) (Voz de América, 2021).

El Acuerdo de los Derechos de Propiedad Intelectual y del Comercio (ADPIC) fue suscrito por los países miembros de la OMC en 1995 y no es otra cosa sino la creación legal de monopolios en la medida en que conceden a los capitales la exclusividad, por años, de la producción y comercialización de un bien, lo que les otorga el poder de decidir los precios y cantidades. Esta situación se agrava cuando se trata de bienes asociados a la salud y a la vida como por ejemplo medicamentos, material médico quirúrgico o vacunas. El argumento que subyace en los ADPIC es que son la única garantía para incentivar la inversión en investigación y desarrollo (OMC, 1995), no obstante el financiamiento para la investigación y el desarrollo ni siquiera proviene de la propia industria farmacéutica. Son los gobiernos los que históricamente han facilitado los recursos financieros y es en las universidades e instituciones

principalmente públicas que se han desarrollado las investigaciones que luego han sido apropiadas por las farmacéuticas.

De los US\$ 13.900 millones que se han destinado a la investigación de la vacuna contra la COVID-19, los gobiernos han proporcionado US\$ 8.600 millones, las organizaciones sin fines de lucro US\$ 1.900 millones, mientras que solo US\$3.400 millones los han puesto las empresas farmacéuticas privadas, apenas el 25% (BBC, 2021). A esto debemos sumar el mercado seguro que tiene la vacuna: para diciembre de 2020 ya estaban pre encargadas 10.380 millones de dosis por parte de los gobiernos (BBC, 2021), todos de los países llamados desarrollados.

La empresa farmacéutica estadounidense Moderna desarrolló la vacuna contra la COVID-19 con financiamiento 100% público, recibió US\$ 562 millones (BBC, 2021). Le fueron pre encargadas 780 millones de dosis, a un precio que ronda entre los 25 y 37 US\$/dosis (BBC, 2021), lo que le genera ingresos por el orden de US\$ 24.000 millones (suponiendo un precio promedio de 31 US\$/dosis).

Pfizer, también estadounidense recibió US\$ 268 millones del gobierno, alrededor del 66% de lo que destinó a la investigación. Le fueron pre encargadas 1.280 millones de dosis que a un precio promedio de 18,5 US\$/dosis (BBC, 2021) equivalen a ingresos por el orden de US\$ 23.680 millones. A Astrazeneca/Oxford de capital inglés, le pre encargaron 3.290 millones de dosis, las cuales vende a un precio promedio de 6 US\$/dosis lo que equivale a ingresos por US\$ 19.740 millones, destinó US\$ 2.200 millones en la investigación recursos de los cuales 67% fueron públicos. A Jhonson&Jhonson le encargaron 1.270 millones de vacunas que vende a US\$ 10/dosis lo que le generará un ingreso de US\$ 12.700 millones habiendo realizado una inversión de US\$ 819 millones con financiamiento 100% público (BBC, 2021).

La vacuna contra la COVID-19 es el mejor negocio en tiempos de pandemia: el financiamiento para la inversión y el desarrollo lo asumieron los gobiernos; el mercado está garantizado porque los mismos gobiernos pre encargaron las vacunas a las mismas empresas a las que le financiaron;

la ganancia va a parar a las empresas farmacéuticas en su mayoría privadas que son monopolios legalmente constituidos por los gobiernos bajo el amparo de los ADPIC.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, de las 128 millones de dosis de vacunas administradas hasta la fecha, más de tres cuartas partes se han aplicado en tan solo 10 países, que representan el 60% del PIB mundial. Casi 130 países, con 2500 millones de habitantes, todavía no han administrado ni una sola dosis (OMS, 2021). Se estima que, a mediados de año, tan solo se habrá vacunado a un 3 % de la población de los países con menores recursos, y en el mejor de los casos, a una quinta parte, para finales 2021 (OXFAM, 2020). Solo Estados Unidos ha recibido el 25% de todas las disponibles a nivel mundial y la Unión Europea en su conjunto el 12,6% (Cinco Días, 2021).

Los gobiernos de EEUU y Europa obstaculizan las exenciones de las patentes a pesar de que, en el propio seno de la OMC, en 2001 se decidió flexibilizar los derechos de propiedad intelectual en caso de emergencias de salud pública. Decidieron en Doha: “Convenimos en que 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.” OMC (2001).

¿Qué mayor emergencia que una pandemia ocasionada por un virus altamente contagioso y letal? Suponiendo un precio promedio de 15 US\$/dosis cada vacuna y suponiendo que deben ser aplicadas 2 dosis, con US\$ 231 mil millones se vacunaría a toda la población mundial, lo que representa la mitad de lo que este año de pandemia ganaron las 10 personas más ricas del mundo. Equivale también al 5% de todo lo que en 2020 ganaron los millonarios del Planeta.

El director de la OMS ha hecho un llamado para suspender las patentes de la vacuna contra el Covid-19. Varias organizaciones han emprendido campañas mundiales con el mismo fin. Por una humanidad más humana, sumémonos a esas campañas.

## REFERENCIAS

- Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación - FAO (2020). *El Estado de la Seguridad Alimentaria y nutrición en el mundo*. [Archivo PDF]. <http://www.fao.org/3/ca9692es/ca9692es.pdf>
- ACNUR (26 de marzo de 2020). ¿Qué hay detrás de las muertes por hambre en el mundo? <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/muertes-por-hambre-en-el-mundo#:~:text=El%20%C3%BAltimo%20informe%20de%20la,1%20de%20cada%209%20personas>.
- OXFAM (25 de enero de 2021). El virus de la desigualdad. <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/los-mega-ricos-han-recuperado-las-perdidas-ocasionadas-por-la-pandemia-en-un-tiempo>
- OXFAM (2020). *El virus del hambre: cómo el coronavirus está agravando el hambre en un mundo hambriento* [Archivo PDF]. <https://oxfam.app.box.com/s/8v-60df041k267y0hxka44w7txjeawmsd/file/688440617448>
- Organización Mundial de Comercio - OMC (octubre 2020). *Waiver from certain provisions of the TRIPS agreement for the prevention, containment and treatment of Covid-19*. <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/IP/C/W669.pdf&Open=True>
- Voz de América (05 de febrero 2021). OMS: “Necesitamos un incremento inmenso de la producción” de la vacuna. <https://www.vozdeamerica.com/coronavirus/oms-ampliacion-masiva-produccion-vacuna-covid-19>
- Organización Mundial de Comercio - OMC (1995) ADPIC. [https://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/27-trips.pdf](https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf)
- Organización Mundial de Comercio - OMC (2001). Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública [https://www.wto.org/spanish/thewto\\_s/minist\\_s/min01\\_s/mindecl\\_trips\\_s.pdf](https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.pdf)
- Hooker, Lucy y Palumbo, Daniele (15 diciembre 2020). Vacunas contra el coronavirus: ¿cuánto dinero pueden ganar realmente las farmacéuticas con la inmunización?

*BBC News* <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55293057>

Organización Mundial de la Salud - OMS (10 de febrero 2021). En la carrera para la vacuna contra la COVID-19, la victoria o la derrota es de todos. <https://www.who.int/es/news/item/10-02-2021-in-the-covid-19-vaccine-race-we-either-win-together-or-lose-together>

OXFAM (marzo 2020). Los países ricos vacunan a una persona por segundo, mientras

la mayoría de las naciones pobres aún no han puesto ni una sola dosis. <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/los-paises-ricos-vacunan-una-persona-por-segundo-mientras-la-mayoria-de-las-naciones>

Cinco días (febrero 2021). Las farmacéuticas prevén fabricar 10.000 millones de dosis de vacunas del Covid en 2021. [https://cinco-dias.elpais.com/cinco-dias/2021/02/23/companias/1614100922\\_543056.html](https://cinco-dias.elpais.com/cinco-dias/2021/02/23/companias/1614100922_543056.html)

# Desigualdad de la vacunación en América Latina y el Caribe

Juan Carlos Eslava\*  
Pasqualina Curcio\*\*  
Silvia Tamez\*\*\*  
Graciela Biagini\*\*\*\*

Hacia finales de noviembre, del año 2021, como parte de las actividades del Grupo de Trabajo CLACSO de Estudios Sociales para la Salud, realizamos un conversatorio titulado “Desigualdad de la vacunación en América Latina y el Caribe”. Allí nos reunimos Pasqualina Curcio, Graciela Biagini, Silvia Tamez y yo (Juan Carlos Eslava), bajo la moderación de Oscar Feo. Por la composición de los ponentes, pudimos conversar un rato acerca de la situación de Venezuela, Argentina, México y Colombia y contrastar un poco el escenario en dichos países, aunque el sentido de

\* Profesor asociado. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

\*\* Profesora titular del Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Simón Bolívar. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\*\* Profesora-Investigadora Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\*\*\* Profesora titular Consulta de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

la reflexión fue un poco más amplio, dado que intentamos hacer referencia a lo ocurrido en otros lugares de la Región.

Al final de la charla, acordamos que valía la pena reunir nuestras reflexiones en un documento único y de allí surgió la propuesta de elaborar una ponencia conjunta para ser presentada en esta 9° Conferencia Latinoamericana y caribeña de Ciencias Sociales. Ya para comienzos del presente año hicimos los trámites de inscripción de la ponencia y acordamos que la ponencia llevaría por título el nombre del conversatorio del año pasado. Si bien no ha sido mucho el tiempo que le hemos dedicado al trabajo conjunto, yo quedé encargado de presentar la ponencia y ordenar las ideas que fuimos compartiendo por el camino.

De tal manera que me referiré a un tema de gran actualidad, de enorme importancia y que genera gran indignación. El asunto de la vacunación contra COVID-19 es un tema que hemos vivido de manera cotidiana, que nos inquieta permanentemente y que sigue estando bajo la mirada expectante de todas y todos nosotros. En mi país, Colombia, el asunto se discute ampliamente y el grupo de investigación al cual pertenezco ha estado estudiando lo que ocurre con la pandemia en algunos países en América Latina.

Otro tanto ha pasado en los países de mis compañeras de ponencia y puede señalarse que el tema ha sido una preocupación constante para los diversos gobiernos, y para toda la población, de nuestra Región. Según lo informaba la Organización Panamericana de la Salud a finales de abril del presente año, dos terceras partes de América Latina y el Caribe ya habían recibido el esquema de dos dosis (o una según el caso) de vacunas contra COVID-19. Aunque claro, en varios lugares se empezó a aplicar la dosis de refuerzo, lo cual deja, en este momento, a una tercera parte de la población sin protección, en un momento en el cual la mortalidad por la enfermedad ha disminuido pero ya se presentan nuevos aumentos de casos en algunos países. La OPS habla de 248 millones de personas que no han sido vacunadas en la Región (EFE, 2022). Cabe señalar que la pandemia no ha concluido y los procesos de vacunación iniciaron hace cerca de año y medio, dado que los primeros países de la

región empezaron a vacunar hacia finales de diciembre del 2020 aunque la mayoría lo hizo entre enero y febrero del año pasado. Según el reporte de Statista, Chile y Cuba se ubican a la cabeza de la vacunación contra COVID-19 en la Región, alcanzando un porcentaje de cerca del 90% de vacunación completa, mientras que Paraguay y Trinidad y Tobago registran cerca del 50% de la población con la vacunación completa (dos dosis), Guatemala el 33%, Jamaica el 23% y Haití el 1.1% (Statista Research Department, 2022). Datos que concuerdan con la información contenida en la base de datos del Our World in data, donde se registra que el 75% de la población de Suramérica tiene la vacunación completa, mientras que Haití está terriblemente atrasada (Ritchie, Hannah, et.al, 2020).

Los datos no dejan dudas de la gran brecha existente entre los países de América Latina.

¿Por qué ocurre esto? y ¿por qué las vacunas contra Covid-19 no son un bien público? Estas preguntas surgieron en nuestro conversatorio del año pasado y espero transmitir nuestra reflexión al respecto. Procuraré darle agilidad al relato y espero demorarme sólo unos pocos minutos.

Cabe decir que en elaboraciones previas, Pasqualina ha señalado que la desigualdad en las vacunas, presente en el mundo y no sólo en América Latina, evidencia el fracaso moral del capitalismo (Curcio, Pascualina, 2021) mientras que yo he señalado que, pese a la impresionante rapidez con que se desarrollaron las vacunas contra COVID-19, la distribución de estas ha sido muy lenta e inequitativa, a la luz de las necesidades de la población del planeta (Eslava, Juan, 2021).

Es cierto que el tema de la vacunación ha generado grandes debates y aun en la actualidad existe algo de incertidumbre y de oposición frente al uso de las vacunas contra COVID-19. Sin embargo, la mayoría de quienes trabajamos en el ámbito de la salud asumimos la importancia que las vacunas tienen para el control de la pandemia. Y la experiencia con el uso de las vacunas existentes parece darnos la razón. Pero, por supuesto, muchos pensamos que el enfrentamiento de la pandemia exige



plantear una estrategia que vaya más allá de la aplicación de las vacunas así este recurso biomédico sea fundamental.

Con todo, el recurso de las vacunas es de gran importancia y así se ha reconocido con cierta amplitud y, por ello, la posibilidad de su aplicación se aceptó con gran optimismo, y los procesos de vacunación iniciaron en tiempo récord y se han llevado a cabo de manera masiva. Aunque a esta altura las noticias sobre la situación no son tan intensas como lo fueron el año pasado, el tema sigue estando muy presente. Para noviembre del año pasado los datos existentes informaban una nada despreciable cifra de 7 mil millones de dosis aplicadas en el mundo, y hoy en día esta cifra asciende a 11,8 mil millones de dosis. Y desde un comienzo fue enorme la expectativa frente a la cobertura universal dado que, en una pandemia como la actual, se asume que nadie está a salvo hasta que todos estén a salvo.

Ante semejante acuerdo, el anhelo era que se llevara a cabo una acción concertada para que toda la población mundial recibiera la vacuna, en un tiempo muy reducido. Lo cual ya sabemos que es técnicamente posible y era el deseo de muchos y muchas de nosotras. Pensando en esto, se supone, se promovió la iniciativa de colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra COVID-19, conocida por su sigla COVAX.

También era de esperar una poderosa articulación de esfuerzos entre países y entre empresas de productos biotecnológicos para ampliar la producción de vacunas, de tal manera que se pudieran satisfacer las necesidades de la población mundial. Sin embargo, no sólo la respuesta global fue claramente insuficiente, en momentos muy claves, lo que explica la vergonzosa inequidad existente, sino que quienes detentan el monopolio del saber biotecnológico entorpecieron cualquier intento de establecer acuerdos eficaces.

La vacunación se inició y sigue en marcha, claro está, pero mientras que muchas personas de algunos países aún esperan que se apliquen las primeras dosis de vacunas, otros ya han administrado terceras dosis y

han ampliado la población vacunada al incorporar a la población infantil. Y ya se habla de cuartas dosis. Pero si bien varios países propusieron la cancelación o suspensión temporal de los derechos de propiedad de las vacunas, la decisión de la Organización Mundial del Comercio (OMC) fue (y ha sido) mantener las prerrogativas que tienen las empresas farmacéuticas.

La mayoría de los países ricos, alentados y seguramente presionados por las empresas farmacéuticas, se encargaron de torpedear la iniciativa COVAX, estableciendo acuerdos bilaterales directamente con dichas empresas para asegurar sus propias vacunas, sin pensar en los demás países. A lo sumo, se reconoció la necesidad de algún apoyo a los países pobres lo cual configura una especie de caridad internacional. Caridad que ha llevado, por ejemplo, a que América Latina haya recibido 62 millones de dosis de donación de los Estados Unidos, lo cual representa poco menos de la mitad de la cantidad de dosis adquirida en la región mediante el mecanismo COVAX (cantidad que asciende a 141 millones de dosis, según lo informa una publicación virtual de la Americas Society/ Council of the Americas (Harrison, Chase y Horwitz, Luisa, 2022).

Pero las farmacéuticas mantienen sus monopolios así mucha de la investigación para la producción de las vacunas se haya efectuado con dineros públicos. Y así eso encarezca los precios de las vacunas y ponga en jaque a las iniciativas de colaboración entre países. De hecho, desde comienzos del presente año se comentaba que COVAX se había quedado sin fondos para distribuir vacunas contra el coronavirus (InfoRegión, 2022) y a principios de marzo un millón de vacunas caducaron en Guatemala, pese a ser uno de los países con tasas de vacunación más bajas.

Sólo se puede garantizar un mejor acceso global a las vacunas si los conocimientos técnicos y la tecnología para su producción se comparten, si se eliminan las barreras que imponen las actuales reglas de propiedad intelectual y se promueve la responsabilidad pública en la producción de las vacunas. En últimas, una distribución global efectiva de las vacunas requiere aumentar un poco su producción (aunque hoy en día se dice que ya se producen cantidades suficientes de vacunas), realizarla

a escala, disminuir sustancialmente los precios y, sobre todo, generar ágiles procesos de distribución.

Y esto se consigue asumiendo que las vacunas contra COVID-19 son un bien público. Pero, entonces ¿por qué no ha ocurrido esto? ¿Por qué es tan difícil lograrlo? Como se reconoce de manera amplia, la producción de vacunas está controlada por un pequeño grupo de poderosas empresas farmacéuticas y se lleva a cabo, esencialmente, en países que consideramos desarrollados. Se estima que, en términos generales, cinco empresas privadas (Pfizer/BioNtech, Moderna, Astrazeneca, Johnson&Johnson y Novavax) tienen hoy el monopolio y controlan cerca del 90% de la producción de las vacunas contra COVID-19.

Estas empresas son el estandarte de un nuevo tipo de capitalismo que, según varios expertos, toma el nombre de capitalismo cognitivo. Esto es así porque si bien las bases de la dinámica capitalista se mantienen, las formas de extraer riqueza y de explotar el trabajo cambian favoreciendo una fuerte privatización de los conocimientos que se producen socialmente. Y aquí los derechos de propiedad intelectual desempeñan un papel fundamental.

Las patentes son una forma de apropiación de conocimiento y de generación de monopolios que termina protegiendo a las grandes empresas. Lo que ha ocurrido con las vacunas es muy elocuente puesto que pone en evidencia los problemas que subyacen a este tipo de capitalismo. Por un lado, se estimula el monopolio y éste contribuye a que los precios sean elevados y el acceso reducido. Por otro, se mantiene en la dependencia científica y tecnológica a regiones enteras y a grandes sectores de la población. Aquí la situación de América Latina ha sido particularmente vulnerable. Por eso, la aplicación a ultranza de los derechos de propiedad intelectual exagera las desigualdades y permite entender parte del drama que vivimos.

Para finales de mayo del presente años, si bien cerca del 60% de la población mundial había recibido al menos una dosis de vacuna contra COVID-19, se estimaba que sólo el 16% de las personas de los países de

más bajos ingresos habían recibido esa dosis. Lo que quiere decir que la vacunación se ha concentrado en los países ricos aunque después de año y medio de vacunación muchos países pobres han logrado subir un poco (aunque no completar) sus tasas de vacunación.

Como ya se mencionó, en América Latina la brecha de cobertura de vacunación con el esquema completo es muy amplia entre los diversos países, aunque la mayoría se concentra en el rango entre el 40 y 80%. Siendo más alto el porcentaje en los países del Cono Sur y más bajo en América Central. Y como ya se mencionó, según los datos tomados de la página del Our World in data, de la Universidad de Oxford, para el pasado 31 de mayo países como Cuba y Chile contaban con una cobertura del 90% con el esquema completo de vacunación, pero Haití apenas supera el 1%.

En todo caso, según los estimativos que han hecho varios expertos, se dice que si el ritmo de vacunación se mantiene, sólo hasta finales del año 2023 se lograría el nivel adecuado para lograr la añorada inmunidad de grupo, o de «rebaño», en el mundo. Y eso sin contar que dada la presencia de la variante delta, del virus Sars-Cov-2, se estima que el nivel de vacunación general debería ser un poco más alto del 70% para lograr esa protección colectiva. Para adelantar esa fecha se hace imperiosa la distribución equitativa de la vacuna lo cual exige, a su vez, un mejor aprovechamiento de las capacidades de producción y distribución existentes. Pero eso sólo se consigue con una mayor diversificación en la producción y una mayor eficacia en la distribución, garantizadas por la flexibilización de los derechos de propiedad que permita que otras empresas, y aun gobiernos, produzcan y distribuyan las vacunas. Y esto es justamente lo que las empresas farmacéuticas titulares de los derechos de propiedad intelectual no aceptan.

En octubre del 2020, India y Sudáfrica presentaron una propuesta en la OMC para la exención de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y para el intercambio global de derechos de propiedad intelectual, tecnología y conocimientos relacionados con la fabricación de productos COVID-19. Sin embargo, la

exención fue bloqueada, pese a contar con el respaldo del actual presidente de los Estados Unidos, aunque éste sólo avaló la exención para el caso de las vacunas.

Por supuesto, las empresas esgrimen el reiterado y poco convincente argumento del incentivo a la investigación, así como algunas legítimas preocupaciones frente a la seguridad y calidad de la producción, para poner en duda que la solución al problema de la distribución de las vacunas sea la liberalización de las patentes pero, en el fondo, lo que entra en juego es la reacia negativa a afectar los derechos de propiedad tan importantes para la dinámica del capitalismo cognitivo. Y otra vez queda en la mesa de discusión la tensión que surge entre las exigencias comerciales y las necesidades de la salud pública.

Lo incontrovertible en este momento es que un pequeño grupo de empresas farmacéuticas, en asocio con los países ricos, dominan tanto la producción como la distribución de las vacunas COVID-19. La disparidad de poder que así se crea causa un inequitativo acceso a las vacunas. Y lo más aterrador del asunto, es que este desequilibrio resulta beneficioso para el mundo de los negocios. Los intereses económicos y políticos son tan grandes, y las ganancias tan exorbitantes, que a nadie de las élites mundiales le interesa realmente cambiar la situación, por más indignación y furia que esto le cause a los salubristas y a los profesionales de la salud colectiva.

Vivimos tiempos alucinantes y estrepitosos. Poseemos la capacidad técnica y el instrumental tecnológico para hacer maravillas pero el abismo social entre países, regiones, grupos y clases sociales es aterrador. Tanto como para que el director de la OMS señalara, hace algunos meses, que estamos al borde de un fracaso moral. Pero tal vez esas palabras se quedaron cortas porque desde hace rato estamos fracasando escandalosamente. Como lo señaló en su momento Pasqualina, el fracaso moral ya es un hecho consumado. Y lo que ocurre en América Latina ha sido muestra de ello. Aunque cabe decir que, como Región, nos hemos esforzado para que la vacunación completa se logre lo antes posible

## REFERENCIAS

- Agencia EFE (9 mar. 2022). OPS: Unas 248 millones de personas aún no se vacunan contra la covid-19 en América Latina. <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/ops-unas-248-millones-de-personas-aun-no-se-vacunan-contra-la-covid-19-en-america-latina/20000013-4757231>
- Curcio, Pasqualina. (28 sept. 2021). La desigualdad en las vacunas: fracaso moral del capitalismo. [https://www.cadtm.org/spip.php?page=imprimer&id\\_article=20235](https://www.cadtm.org/spip.php?page=imprimer&id_article=20235)
- Eslava, Juan Carlos (21 de jul. 2021). La permanente preocupación frente a la vacunación contra el COVID-19. Columna periódico UNAL. <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/blog/detail/la-permanente-preocupacion-frente-a-la-vacunacion-contra-el-covid-19/>
- Harrison, Chase y Horwitz, Luisa (6 de jun. 2022). Cronología: Rastreado el camino hacia la vacunación en América Latina. AS/COA. <https://www.as-coa.org/articles/cronologia-rastreando-el-camino-hacia-la-vacunacion-en-america-latina>
- Info Región (25 enero 2022). COVAX se quedó sin fondos para distribuir vacunas contra el coronavirus. <https://www.inforegion.com.ar/2022/01/25/covax-se-queda-sin-fondos-para-distribuir-vacunas-contra-el-coronavirus/>
- Ritchie, Hannah, Mathieu, Edouard, Rodés-Guirao, Lucas, Appel, Cameron, Giattino, Charlie, Ortiz-Ospina, Esteban, Hasell, Joe, Macdonald, Bobbie, Beltekian, Diana y Roser, Max (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Published online at OurWorldInData.org*. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/coronavirus' [Online Resource]
- Statista Research Department (28 jun 2022). América Latina y Caribe: dosis y pauta de vacunación contra la COVID-19 por país 2022. <https://es.statista.com/estadisticas/1258801/porcentaje-y-numero-vacunados-contra-covid-19-en-latinoamerica-por-pais/>

# Salud mental colectiva, pandemia, crisis civilizatoria y buen vivir

José León Uzcátegui\*  
Soledad Rojas-Rajs\*\*  
Clara Schor-Landman\*\*\*

La salud mental, individual y colectiva, ha estado y está en grave peligro a partir de la pandemia. Desde inicios del 2020 la humanidad experimenta una experiencia traumática, acrecentada por la comunicación del miedo, las matemáticas de la muerte, el distanciamiento social y el confinamiento. Se sumó a la catástrofe sanitaria, medidas erráticas, insuficientes o contradictorias de los sistemas de salud en los países latinoamericanos y una epidemia de desinformación y ruido comunicacional

\* Médico, Psiquiatra, Doctor en Ciencias Sociales. Profesor en Doctorado de Salud Pública, Doctorado en Ciencias Sociales, Post- grado de Psiquiatría y Salud Mental Comunitaria. Integrante de la Red de Salud Colectiva-ALAMES Venezuela, de la Red LOMSODES y del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\* Comunicadora social. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Catedrática CONACYT, profesora-investigadora en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), Ciudad de México. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud y miembro ALAMES México

\*\*\* Psicóloga. Psicoanalista. Doctora en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Profesora Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de Avellaneda. Práctica clínica. Coordinadora e investigadora del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

sin precedentes en la historia. En este contexto, salud mental no ha sido una prioridad, a pesar de que es posible identificar distintos efectos y problemas que el escenario pandémico y post pandémico ha generado.

Buscamos plantear reflexiones y preguntas sobre cómo hemos llegado al momento actual, así como cuáles han sido algunas lecciones aprendidas tras más de dos años de este particular momento histórico-político que estamos viviendo, al cual consideramos como una crisis civilizatoria. El texto se divide aborda los siguientes grandes temas: crisis civilizatoria, pandemia y salud mental, y buen vivir como alternativa.

## La crisis civilizatoria

La pandemia de COVID-19 se puede comprender como el síntoma macabro de la crisis provocada por el modelo extractivista, el cual forma parte de la crisis civilizatoria. Aún cuando sus orígenes siguen siendo motivo de debate, no puede más que atribuirse a la crisis de un patrón civilizatorio (León, José, 2021) (la modernidad) cuyos rasgos más evidentes demuestran que sus fundamentos están en la desigualdad y la opresión: un mundo antropocéntrico, patriarcal, colonial, clasista y racista, que en vez de reaccionar ante la pandemia reformulando el rumbo y corrigiendo el camino, refuerza los valores vigentes del capitalismo en su fase neoliberal.

Ante la crisis civilizatoria y el inminente riesgo para la humanidad como conjunto, el capitalismo no ha apostado por el bien común, ni los lazos sociales, ni la justicia social, ni los derechos de todos. 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 buscan un camino alternativo sino un *nuevo orden mundial*. 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. De facto, ha



sido así: han buscado recuperarse de las pérdidas económicas y han fortalecido sus posiciones en el mercado informático-digital, así como en el negocio de las vacunas. La 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.

En parte, esta crisis se puede explicar porque el mundo neoliberal produce subjetividades configuradas en un paradigma individualista, mercantilista, empresarial, competitivo y gerencial de la propia existencia (Schor-Landman, Clara, et al, 2021). Pero no hay posibilidad de superar esta crisis desde el individualismo. Lo deseable es que esta crisis nos lleve, individual y colectivamente, a repensar la vida, desde nuestra perspectiva a plantearnos una nueva manera de vivir.

## La pandemia y la salud mental: la insanía mental colectiva y el sufrimiento psíquico

En el marco de la crisis civilizatoria la pandemia produce trastornos y condiciones de salud mental, y además produce de manera colectiva, sufrimiento psíquico relacionado con el miedo, la incertidumbre, la incapacidad de controlar la vida en su totalidad. En ello ha jugado un papel fundamental el encierro y las experiencias del confinamiento, así como el distanciamiento físico, el sentimiento de pérdidas, de vulnerabilidad y finitud, la amenaza de enfermar y morir. 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, Deborah y Huarcaya, Victoria, 2019).

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. 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.

Las tareas de prevención, atención y cuidado, y sobre todo las de promoción de Salud Mental son fundamentales durante y después de la pandemia, sin embargo también es importante reflexionar en la particular configuración del mundo a partir de la pandemia, con mayor vigilancia biopolítica (Byung-Chul, Han, 2020), desigualdades acentuadas por las brechas tecnológicas (Rojas-Rajs, Soledad, 2021) y un permanente estado de incertidumbre. El mundo post-pandemia ya no será igual. Desde el poder dominante ya se escuchan voces anunciando y aceptando grandes transformaciones. En este contexto ¿cuáles son las posibilidades para la construcción de proyectos comunes, que busquen un rumbo distinto?

## Hacia una nueva manera de vivir

Desde nuestra perspectiva, los pasos para resignificar el sentido de la vida, de la política, de los lazos y vivencias comunitarias, del pensar y del hacer está en el camino de la Salud Mental Colectiva y el Buen Vivir, del Vivir en Plenitud, del saber Amar la Vida (Huanacuni, Fernando, 2018). Por ello un concepto clave es pasar de la enfermología individual (clínica) a la Salud Colectiva y el Buen Vivir (avanzar hacia una resignificación de la salud para entenderla como una sanología). Desbiologizar, descolonizar, desmedicalizar, despsiquiatrizar y desmercantilizar la salud son fundamentos para una práctica distinta en Salud Mental.

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, hacer y convivir con los otros seres humanos y la naturaleza (Lander, Edgardo, 2019).

## REFERENCIAS

- Han, Byung-Chul (2020). La emergencia viral y el mundo de mañana en *Sopa de Wuhan* (pp. 97-112). Editorial Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO).
- Huanacuni, Fernando (2010). *Vivir Bien / Buen Vivir. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. Editorial III-CAB.
- Lander, Edgardo (2019). *Crisis civilizatoria. Experiencias de los gobiernos progresistas y debates en la izquierda latinoamericana*. Editorial Universidad de Guadalajara.
- León Uzcátegui, José (2021). Coronavirus: salud mental colectiva, crisis civilizatoria y buen vivir, en: Tetelboin, C., Iturrieta, D. y Schor-Landman, C. (Eds), *América Latina: Sociedad, políticas y salud en tiempos de pandemia* (pp. 25-44). CLACSO-Universidad Autónoma Metropolitana-Universidad Veracruzana- Universidad Mayor de San Simón- Universidad de Valparaíso.
- León, Deborah y Huarcaya, Victoria (2019). Salud mental en situaciones de desastres. *Horizonte Médico*, vol. 19(1), 73-80. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.12>
- Rojas-Rajs, Soledad (2021). Pandemia y desigualdad en América Latina. Viejos y nuevos problemas para el pensamiento crítico en salud, en *Salud y sociedad: crítica latinoamericana. Boletín del grupo de trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud* (Vol. 1, pp. 8-18). CLACSO.
- Schor-Landman, Clara, Domench, Patricia y Canella, Juan (2021). Políticas públicas, temporalidad y vida en la pandemia en argentina. Desde el presente, pensar el pasado para ir al futuro, en: Tetelboin, C., Iturrieta, D. y Schor-Landman, C. (Eds). *América Latina: Sociedad, políticas y salud en tiempos de pandemia* (pp. 25-44). CLACSO-Universidad Autónoma Metropolitana-Universidad Veracruzana - Universidad Mayor de San Simón- Universidad de Valparaíso.

# Venezuela. El Sistema Público Nacional de Salud y el manejo de la pandemia

## Una mirada desde la salud colectiva<sup>1</sup>

Oscar Feo Istúriz\*

En el mundo coexisten y se confrontan diversas concepciones en relación a la salud, una, dominante, centrada en la enfermedad y sus aspectos biológicos e individuales, otra, centrada en la salud de la población, que asume a la salud/enfermedad como un proceso socialmente determinado, indisolublemente vinculado a la vida. Así mismo, coexisten diversas formas de hacer y entender las políticas y sistemas de salud, una centrada en la atención individual a la enfermedad, concebida como “bien de mercado”; otra, que la entiende como derecho humano y social

\* Médico venezolano, especialista en Salud Pública y Salud Ocupacional. Académico en la Universidad de Carabobo e Instituto Altos Estudios de Salud IAE. Integrante de ALAMES, Grupo de Trabajo CLACSO Salud Internacional y soberanía sanitaria y Grupo de Trabajo CLACSO de Estudios sociales para la salud.

<sup>1</sup> Resumen de artículo publicado en “Territorios Comunes” revista del Observatorio de Ecología Política de Venezuela N° 4 2021.

fundamental que debe ser garantizado por el Estado en forma universal e integral.

Los avances tecnológicos de la 3ª revolución industrial colocaron a las industrias vinculadas a la salud en los grandes circuitos de acumulación de capital. El complejo médico industrial farmacéutico (CMI) impulsó una medicalización de la vida, que mercantilizó la salud y trajo un severo impacto sobre los sistemas de salud. El CMI y sus intereses se convierten en determinante fundamental de las políticas públicas y sistemas de salud.

## El sistema de salud de Venezuela

En Venezuela, es clara la influencia de la industria petrolera a través de la Fundación Rockefeller (FR) en la génesis del sistema de salud. No podía la industria petrolera expandir su explotación debido a las endemias que afectaban a la población, particularmente la malaria, principal causa de muerte en los primeros años del siglo XX. En esos años, no existía Ministerio de Salud y se asumieron las políticas impulsadas por la FR, a tal punto que en 1926 el Jefe de la FR fue designado Jefe del Servicio Nacional de Ingeniería Sanitaria (Castellanos, Luis, 1982, Martin-Frechilla, Juan, 2008).

En los años 80-90 las decisiones sobre políticas de salud pasaron a estar determinadas por las políticas neoliberales del Consenso de Washington, consolidándose el predominio del sector privado y la subordinación de lo público a los intereses del mercado.

En síntesis, para 1999 teníamos un sistema de salud debilitado, fragmentado en múltiples instituciones sin ningún tipo de coordinación. Aún existen un centenar de organismos del sector público que tienen su propio mecanismo de servicios y asistencia, siendo la más corriente, la contratación de aseguramiento privado con financiamiento público.

## El intento frustrado de construcción de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en el proceso bolivariano

Las primeras medidas tomadas por el gobierno de Chávez estuvieron dirigidas a confrontar las políticas neoliberales y suspender las propuestas privatizadoras. Se desarrolló un Modelo de Atención Integral y elaboró el Plan Estratégico de Salud (Alvarado, Carlos, et al, 2008). En el 2003 se crea la Misión “Barrio Adentro” con el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención. Se crearon más de 6.000 consultorios populares que permitieron la inclusión en el sistema de salud de cerca de 10 millones de personas que carecían de acceso a los servicios (OPS, 2006). Fueron años de avances importantes. Sin embargo, Barrio Adentro nació como estructura paralela al Ministerio de Salud y bajo el comando de la Misión Médica Cubana, contribuyendo a la fragmentación existente. En el 2006 se crean las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) que se consideran la unidad básica del SPNS en el marco de un modelo de Redes Integradas. Sin embargo, a partir del 2007, con la entrada de los militares a la conducción del Ministerio de Salud, se inicia un periodo de parálisis y retroceso. Se desarrollaron una gran cantidad de proyectos de construcción y remodelación de hospitales nunca culminados y con fuerte presencia de corrupción e improvisación. Otro elemento importante en el fracaso de la construcción del SPNS ha sido la discontinuidad de las políticas y la inestabilidad de los cuadros de dirección; a partir de 1999 ha habido 17 ministros de salud, algunos de ellos con niveles de ignorancia e improvisación, que sin duda contribuyeron al desmantelamiento de las iniciales políticas de salud.

La fragmentación y deterioro de la situación sanitaria ha generado una importante crisis, con notable incremento de la mortalidad infantil y materna, que ha tratado de ocultarse prohibiendo a partir de 2016 la publicación de los Boletines Epidemiológicos.

En síntesis, Venezuela no cuenta con un sistema público de salud eficiente y de calidad. Coexisten cientos de organismos públicos prestadores de

atención médica en gobernaciones, alcaldías, universidades y empresas del Estado que terminan subsidiando al sector privado.

## El sistema de salud y el manejo de la pandemia de COVID-19, una mirada crítica

Comprender el manejo de la epidemia en Venezuela implica entender la existencia de un doble problema: por un lado, las sanciones internacionales y el bloqueo que sufre el país como parte de la guerra desatada por el imperio (Curcio, Pasqualina, 2019); y por otro lado, un gobierno intolerante y autoritario, aferrado al poder e incapaz de resolver los problemas fundamentales del pueblo. Es necesario reconocer, que la situación crítica de la salud no sólo se debe a los efectos del bloqueo, sino también a las inadecuadas políticas para el sector salud.

En el manejo de la pandemia, tanto en Venezuela como a nivel mundial, ha prevalecido un enfoque clínico individual, centrado en el virus y la enfermedad, en los elementos diagnósticos y terapéuticos, y en medidas de salud pública tales como vacunas, cuarentena, aislamiento, distanciamiento físico y uso de equipos de protección personal. *Esas medidas son necesarias pero insuficientes.* La salud colectiva entiende a esta pandemia como una manifestación de la crisis que sacude al planeta y que se expresa entre otras cosas en un grave deterioro ambiental. Si no recuperamos la armonía con la naturaleza vendrán nuevas pandemias u otras manifestaciones de la crisis civilizatoria.

En relación a la dinámica de la pandemia, en comparación con el resto de América Latina, el país pareciera tener un panorama menos dramático en relación a número de casos y muertes. Sin embargo, esas cifras no representan la realidad, reflejan solo la poca capacidad institucional para hacer pruebas diagnósticas. Hacer pruebas diagnósticas a los contactos ha sido imposible por la escasez de insumos y la dificultad para procesar pruebas. Si tuviésemos mayor capacidad para hacer pruebas, tendríamos más casos. Se estima que hay miles de casos y muertes no reportados, afirmación sustentada por la “observación compartida

colectivamente” de haber conocido casos y muertes que nunca aparecieron en las cifras oficiales.

Otra limitación es la politización de la información, ya que el liderazgo político y mediático lo ejerce el alto gobierno en función de sus intereses. La información publicada en la página web del Ministerio es escasa y limitada.

Por otro lado, la pandemia ha ocultado e invisibilizado el resto de los problemas de salud; y ha habido poca capacidad para comprender la relación entre las medidas recomendadas y las condiciones en que la gente vive y trabaja. Existen condiciones objetivas que impiden la adopción de muchas de las medidas que se recomiendan; la cuarentena, imposible para el sector de la población que depende de su trabajo diario para subsistir; las condiciones de hacinamiento impiden el aislamiento y distanciamiento social; las precarias condiciones del transporte, la falta de agua, etc., dificultan la puesta en práctica de muchas de las medidas recomendadas. En relación a la vacunación, no se conoce un Plan Nacional de Vacunación, y existe un gran retraso y desorden en su aplicación.

No puede dejar de mencionarse el severo impacto de la pandemia generado por el éxodo masivo de trabajadores de la salud, particularmente médicos y enfermeras. Así mismo, informaciones no oficiales reportan que más de un 20% de las muertes por COVID-19 han sido en trabajadores de la salud, lo cual podría ser expresión del subregistro existente.

## Conclusiones

Según el discurso político oficial, el saldo pareciera positivo, pero la realidad es completamente diferente. Las cifras que se presentan oficialmente son irreales y están determinadas por las limitadas capacidades institucionales para hacer pruebas diagnósticas. Es necesario realizar investigaciones que permitan subsanar el subregistro que pareciera existir. Además, debe exigirse la publicación de los boletines epidemiológicos, que son un instrumento fundamental para la comprensión de la



salud del país. La información epidemiológica debe ser manejada como bien público y no seguir ocultándose.

Para finalizar, es urgente una nueva forma de ver y entender la salud y su determinación social, que no obvie una sociedad que deteriora el ambiente y convierte la naturaleza en mercancía. Allí está la clave de la comprensión de esta pandemia. SARS-Cov2 es expresión de la crisis civilizatoria que amenaza la vida del planeta. Es necesaria una nueva forma de vivir, producir, consumir y relacionarnos, que recupere la armonía con la naturaleza y la solidaridad entre los seres humanos.

## REFERENCIAS

- Alvarado, Carlos; Martínez, María; Vivas-Martínez, Sarai; Gutiérrez, Nuramy; Metzger, Wolfram (2008). Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social*, 3(2), 113-129. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/202/421>
- Castellanos, Pedro Luis (1982). Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela. *Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación*, Vol. 5, 69-158.
- Curcio, Pasqualina (2019). Impacto de la guerra económica contra el pueblo de Venezuela. *Un resuelve de ideas*, 1-18. [https://fisyp.org.ar/wp-content/uploads/media/uploads/regular\\_files/impacto-de-la-guerra-economica.pdf](https://fisyp.org.ar/wp-content/uploads/media/uploads/regular_files/impacto-de-la-guerra-economica.pdf)
- Martin-Frechilla, Juan José (2008) El dispositivo venezolano de sanidad y la incorporación de los médicos exilados de la Guerra Civil española. *Historia, Ciencias, Saúde – Manguinhos*, 15(2), 519-541. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000200019>
- OPS (2006). Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud

# El enfrentamiento de la Pandemia por COVID 19 en México y El Salvador

## Una mirada política sanitaria

Guadalupe Staines Orozco\*  
Eduardo Espinoza Fiallos\*\*

El trabajo presentado analiza la respuesta comparada a la pandemia por COVID-19 en dos países que la enfrentan en circunstancias completamente opuestas: por una parte México, cuyo gobierno recibió a finales de 2018 un Sistema de Salud deteriorado, fragmentado y con pobre Rectoría estatal. El gobierno recién instalado del Presidente López Obrador desarrolló durante poco más de un año una gestión sanitaria orientada a priorizar la recuperación de la rectoría en salud, incrementar significativamente la cobertura, reducir las inequidades y desarrollar un amplio trabajo. En cambio El Salvador, con un gobierno aún más reciente instalado en Junio de 2019 conducido por el Presidente Nayib Bukele, inició su gestión sanitaria desmontando una Reforma de Salud progresista que había controlado epidemias que asuelan a sus países vecinos, fortaleciendo la rectoría del sistema reorientándolo hacia la Atención Primaria de

\* Cirujana Dentista, Doctora en Educación. Profesora Investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

\*\* Doctor en Medicina y Maestro en Salud Pública. Profesor e Investigador en el Observatorio de Políticas Públicas y Salud de la Universidad de El Salvador.

Salud y obtenido logros y reconocimientos importantes a nivel nacional e internacional.

Este trabajo explora y compara la respuesta gubernamental y sistémica de ambos países a la pandemia, a través de once indicadores de análisis: Comunicación e información a la población, cuarentena y otras medidas de aislamiento, protección al personal sanitario, reconversión hospitalaria y acceso a camas UCI; contratación de personal sanitario, acuerdos con el sector privado, papel del primer nivel de atención, política de compras de medicamentos e insumos, apoyo económico a grupos vulnerables, vacunación, y casuística y mortalidad.

Si bien la respuesta global a la pandemia por COVID-19, está determinada por el modelo hegemónico de desarrollo y su ambición de ganancias, generando inequidades y profundizando la vulnerabilidad de extensos grupos poblacionales, también los diferentes gobiernos, dependiendo de su orientación política e ideológica, están en capacidad de ejercer localmente la rectoría (con las limitaciones propias de la globalización neoliberal) así como sumar fuerzas con otros pueblos y países por intereses y necesidades comunes que conflictúan con dicho neoliberalismo global, como el acceso y distribución de las vacunas, la privatización y monopolio del saber científico a través de las patentes y demás disposiciones contenidas en los derechos de propiedad intelectual, por citar solo algunos.

Al margen de estas inequidades globales y del insultante enriquecimiento de las empresas trasnacionales farmacéuticas, a costa del dolor y la muerte en los grupos vulnerables en todo el planeta, este breve análisis aporta datos de la dimensión local, obtenidos de la exploración de los resultados diferenciados de dos abordajes contrapuestos de la pandemia.

El estudio muestra como México avanzó significativamente durante la pandemia en sus esfuerzos por la recuperación de la rectoría del Estado a fin de garantizar el derecho a la salud a todos los mexicanos; promovió desde la primera magistratura de la nación una conferencia diaria en la que exponía al escrutinio público y periodístico tanto nacional como

internacional, las políticas sanitarias y las medidas generales para enfrentar las consecuencias de la misma. Se explicó a la población por menorizadamente la política de abordaje de la pandemia así como todas las acciones derivadas de la misma, diseñando y ejecutando con el concurso de la comunidad científica, medidas de salud pública fundamentales: epidemiológicas y de diagnóstico (incluyendo pruebas PCR gratuitas) seguimiento de casos y contactos, evaluación e información irrestricta en todos los rubros relacionados, intervenciones eficaces preventivas y de protección específicas como la vacunación gratuita y universal. El sistema de compras de vacunas, medicamentos e insumos fue totalmente transparente, diseñándose y supervisándose para impedir las especulaciones con la disponibilidad y precios por consorcios locales e internacionales. Asimismo un esfuerzo de coordinación y trabajo intrasectorial e intersectorial, para sumar a la infraestructura, equipo y personal del sector salud, recursos humanos y de otra índole provenientes de otros sectores a fin de reducir los efectos, de por sí devastadores, de la Pandemia.

Por el contrario, El Salvador ocultó a la población, prensa y personal de salud, toda la información relacionada con la pandemia, incluyendo la política para enfrentarla, resultados de las pruebas diagnósticas, casuística, mortalidad y procesamiento de los datos epidemiológicos. Duplicó el período de cuarentena contraviniendo recomendaciones científicas e incorporó (y mantiene) para el abordaje inicial de la pandemia, medicamentos inefectivos de peligrosos efectos secundarios. Paralelamente, ante los numerosos indicios de corrupción, decretó “reserva estratégica de información” sobre operaciones de licitación, adjudicación y compra de vacunas, medicamentos, equipos, fondos de apoyo a grupos vulnerables y compra/distribución de alimentos durante los períodos de aislamiento. La imagen de un abordaje “ejemplar” de la pandemia por El Salvador, fue develada a medida que se conoció la verdad, sustentada en los estudios de exceso de mortalidad y la reducción artificial de las muertes por la vía de negar a la red hospitalaria la disponibilidad de pruebas diagnósticas. El Salvador tuvo la segunda tasa mas alta de muertes del personal sanitario en el continente y un nivel de subregistro en la casuística y mortalidad reconocida oficialmente, que según los estudios

de exceso de mortalidad, evidenció ocultamiento y manipulación de datos de hasta un 400%, contradiciendo sustancialmente la versión oficial difundida a través de un costoso sistema de “Troles” a nivel nacional e internacional.

# Salud de los trabajadores

Silvia Tamez González\*  
José Ignacio Arroyo Tapia\*\*

## Introducción

Debido a la elevada proporción de trabajadores informales en México y a la desregularización extrema de la legislación laboral ocurrida en nuestro país en las últimas décadas, la salud de los trabajadores es un tema muy difícil de precisar desde el punto de vista de los riesgos de trabajo y sus repercusiones nocivas en la salud de amplios grupos de trabajadores, están destinados a la invisibilidad social y económica. Esto ha llevado a que los estudiosos de este problema planteen que “...durante decenas de años este elemento, la Salud y Seguridad en el Trabajo, permaneció ausente de las políticas de salud del gobierno y hasta antes de esa emergencia, los organismos estatales encargados de su vigilancia parecían destinados a casi desaparecer, con una reducción muy alarmante de los

\* Profesora Investigadora del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\* Ayudante del Área de Investigación del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

recursos humanos y materiales encargados de la asesoría y vigilancia del cumplimiento de la normatividad laboral” (UNAM, 2020, p.7).

Esta situación característica de los trabajadores informales explica el hecho de que, en los últimos años, los accidentes y enfermedades de trabajo registrados por el IMSS, hayan mostrado una disminución constante, que de ninguna manera corresponde a la realidad ni mucho menos a una disminución de los riesgos de trabajo, lo que contribuye a que las condiciones de trabajo potencialmente riesgosas para la salud permanezcan, hoy más que nunca, ocultas.

Sin embargo, la pandemia colocó este problema como uno de los temas centrales de la emergencia sanitaria para los trabajadores del sector público de las instituciones hospitalarias encargadas de la atención de enfermos por COVID19 y se decidió reconocer la profesionalidad de esta enfermedad en caso de padecerla, sin dejar notar que, la mayoría de los trabajadores de otras actividades laborales, quedaron excluidos de su reconocimiento como riesgo profesional.

Este análisis está orientado a dar mayor precisión al tema de la COVID-19 en los trabajadores y las trabajadoras sanitarios a los que, como ya se mencionó, debido a su carácter estratégico durante esta coyuntura sanitaria, prontamente se decidió otorgar el carácter de ‘riesgos profesionales’ a los casos de infección por SARS-CoV2 y cubrir así, bajo este rubro sus consecuencias. Por supuesto, previa investigación del origen del contagio: profesional o comunitario.

## Trabajadores de la salud en América

Sería conveniente en el análisis considerar dos antecedentes: 1) durante 2020 se presentaron periódicamente estadísticas de las infecciones por SARS-CoV2 y sus consecuencias y fue posible constatar que el problema era serio y se tornaba cada vez más severo y 2) según declaraciones de diversos funcionarios, se detectó un déficit considerable de los recursos humanos necesarios para la atención de la emergencia sanitaria, y

debido también a la alta proporción que fueron retirados temporalmente de sus puestos debido a sus comorbilidades, cuya proporción ascendía aproximadamente al 30% (Rodríguez, Ruth, 2020).

En el último informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 28 de octubre de 2021, se señalaba que de entre los países que conforman la región de las Américas, México reportaba 282 mil 036 casos confirmados entre el personal de salud, es decir, el tercer lugar, luego de Estados Unidos y Brasil. En torno al número de defunciones ocupaba la primera posición con un total de 4 mil 497 casos (OPS/OMS, 2021). Sin embargo, datos de la OPS citados en el Boletín Epidemiológico 34 del 9 de febrero de 2021 informa que México ocupaba el quinto lugar en la región con 1.36 por ciento, por debajo de Venezuela (7.21%), República Dominicana (2.95%), Perú (1.92%) y El Salvador (1.7%) (Rodríguez, Ronny, 2021).

La OPS señaló que, en el transcurso de la pandemia, los trabajadores de la salud de primera línea tenían mayor contacto con los pacientes, durante jornadas que se extendían más de lo habitual, por lo cual sufrían mayores tasas de infección. Lo anterior, principalmente por la falta de acceso a suficientes Equipos de Protección Personal (EPP) y las condiciones precarias de los espacios en que laboran. De ahí que, en países como Ecuador y Bolivia, más del 10 por ciento del personal sanitario se contagiara de COVID-19 (OPS, 2022a).

## Trabajadores de la salud en México

En México, de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER), desde el inicio de la pandemia en México y hasta el 18 de diciembre del 2021, se registraron 290 mil 769 casos confirmados de COVID-19, 38 mil 599 casos sospechosos y 572 mil 267 casos negativos de COVID-19 en personal de salud. De entre los casos confirmados el 62.7 por ciento fueron mujeres (SALUD, 2022).



Así mismo, se registraron 4 mil 628 defunciones confirmadas y 113 sospechosas por COVID-19, de los cuales, el 67.7 por ciento de los fallecidos son hombres. Es demás, importante señalar que, respecto al tipo de ocupación, la frecuencia de casos y defunciones confirmadas se presentó de la siguiente manera: la ocupación con más casos fueron las enfermeras con un 38.8 por ciento (112 mil 917) del total, mientras que el mayor número de defunciones se presentó en los médicos con el 44.7 por ciento (2 mil 67) respecto del total (SALUD, 2022).

## Condiciones del sistema de salud

Si bien, en México se “contaba” con un protocolo de reacción inmediata para hacer frente y contener a la COVID-19, la realidad era que se carecía de hospitales, había una infraestructura abandonada y equipo descompuesto (Valadez, Blanca, 2022).

Sobre las condiciones del Sistema de Salud, al inicio de la pandemia, la Secretaría de Salud reportaba un severo déficit de médicos, había entonces 237 mil 963, de los cuales 123 mil eran generales mientras que el resto tenía alguna especialidad (Valadez, Blanca, 2022).

Luego de que en agosto de 2020 se contrataran a unos 50 mil profesionales de la salud, en México el promedio nacional era de 1.5 médicos por cada mil habitantes, muy por debajo de los 3.2 con que contaban los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Valadez, Blanca, 2022). En ese sentido, la OCDE recomienda que, para prestar una atención adecuada del servicio, se requieren al menos 9 enfermeros/as por cada mil habitantes y 4 médicos/as por cada mil habitantes, en tanto que México contaba con 2.9 y 2.1 respectivamente. Además, México tenía 0.9 médicos especialistas por cada mil habitantes (Badillo, Diego, 2021).

Por otro lado, México contaba con la menor cantidad de camas de hospital, una por cada mil habitantes. El promedio en la OCDE es de 4.4; y el país con mayor cobertura es Japón con 12.8. Dicha tendencia coincide

con la esperanza de vida: México con 75.1 años y Japón con 84.4; el promedio de la organización es de 81 (Villanueva, Dora, 2021).

En febrero de 2020, solo se contaba con 463 camas en 110 hospitales para atender el COVID; para el 13 de febrero de 2021 se alcanzó la capacidad máxima de 19 mil 999 camas distribuidas en 232 nosocomios en todo el país. Se adquirieron más ventiladores, monitores, bombas de infusión, equipos de rayos x, se contrató a personal médico y se les “capacitó”. Aún con todo lo anterior, la capacidad de atención al COVID-19, era limitada (Valadez, Blanca, 2022).

Para los trabajadores de la salud, al inicio de la pandemia contaban con 145 mil batas desechables y biodegradables, 111 mil cubrebocas quirúrgicos, 32 mil 599 cubrebocas de propileno, 42 mil 729 cubrebocas de alta tecnología para proteger al personal de salud. El 11 de junio de 2021, la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), informó que se compraron 40 millones de insumos (como máscaras KN95 y guantes) para las entidades federativas y más de 30 millones para las instituciones (Valadez, Blanca, 2022).

Sin embargo, pese a los esfuerzos del gobierno federal por brindar seguridad a los trabajadores de la salud, para diciembre de 2020, eran alarmantes los decesos de los profesionistas, principalmente por la falta de protección personal adecuada.

En la inmunización iniciada el 24 de diciembre de 2020 en México, luego de la llegada de las primeras vacunas de Pfizer, se priorizó a los trabajadores de la salud (Valadez, Blanca, 2022).

## Las jornadas laborales

Los profesionales de la salud enfrentaron jornadas de trabajo de hasta 12 horas, portando el equipo de protección en espacios cerrados sin aire acondicionado para evitar la propagación del Covid-19, lo cual eleva la temperatura hasta los 37 grados centígrados llegando a provocar dolores

de cabeza y mareos ocasionados por la deshidratación y las emisiones de dióxido de carbono (INCMNSZ, 2022). Cabe señalar que el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, puso de manifiesto que incluso antes de la pandemia, 5 de cada 10 médicos y enfermeras sufrían estrés y agotamiento emocional (INCMNSZ, 2022).

La OPS publicó en enero de 2022 un estudio llamado “The COVID-19 HHealth caRe wOrkErs Study (HEROES)”, en el que evalúa el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de los servicios de salud en cuatro continentes, entre ellos América (OPS, 2022b).

Específicamente en México se realizó la primera encuesta entre el 19 de mayo y el 24 de julio del 2021; en ella participaron un total de 2 mil 585 profesionales de la salud; de ellos, 70% fueron mujeres. La mayoría (93.3%) trabajaba en el sector público, 53.1% en un centro de salud hospitalario, 35.8% en un centro de salud no hospitalario, y el resto, en unidades administrativas (OPS, 2022b).

Respecto a los miedos y preocupaciones acerca de la pandemia, a 79.6% les preocupaba mucho o muchísimo contagiarse de COVID-19, pero esta cifra aumentó a 94.8% en cuanto a la preocupación por contagiar a los seres queridos. Con relación al equipo de protección personal, 75.1% refirió que fue insuficiente para desempeñar su trabajo de manera segura. Además, 54.2% de la muestra refirió haber sufrido discriminación por ser parte del personal de salud y 24.4% mencionó haber padecido algún tipo de violencia por esta misma causa (OPS, 2022b).

Acercas de la salud mental, de acuerdo con la escala GHQ-12, los síntomas más frecuentes fueron una menor capacidad para disfrutar de las actividades normales en 60.7%, seguida de agotamiento constante en 59.9%, pérdida del sueño en 51.6%, disminución en la concentración en 39.9% y sentirse poco feliz o deprimida o deprimido en 39.3% (OPS, 2022b).

Para la evaluación de síntomas depresivos a través de la escala PHQ-9, 46.6% reportó sintomatología depresiva. La severidad de los síntomas se distribuyó de la siguiente manera: 59.6% tuvo síntomas en el rango

de depresión leve, 24.0% tuvo síntomas moderados, 10.6% síntomas en el rango de depresión moderada-grave y 5.7% síntomas graves. La presencia de ideas o pensamientos suicidas fue de 6.2% (OPS, 2022b).

En cuanto al consumo de sustancias, 8.1% mencionó haber tomado antidepressivos o ansiolíticos en las últimas dos semanas. Sin embargo, se registró una tendencia a la baja en el uso de diversas sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína), a excepción del de sedantes o pastillas para dormir, que aumentó ligeramente (3.9%) (OPS, 2022b).

Entre el personal de salud encuestado, 24,2% refirió haber necesitado algún tipo de apoyo psicológico, pero solo 8,5% lo recibió (OPS, 2022b).

Como conclusión, se constata la presencia de malestar psicológico y síntomas depresivos en un importante porcentaje del personal de salud encuestado. Dicho fenómeno está íntimamente ligado a la afectación de las esferas sociales, laborales, interpersonales e intrapersonales de la población aquí estudiada (OPS, 2022b).

## Urgen programas de seguridad

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), expresaron en febrero que el Covid-19, “sigue ejerciendo una gran presión sobre los trabajadores sanitarios”, uno de los sectores más peligrosos para trabajar incluso antes de la pandemia, como señaló la doctora María Neira, integrante de la OMS. Entre otras cosas por los pocos o nulos programas de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, que tienen como consecuencia que los trabajadores de la salud sufran infecciones trastornos y lesiones musculoesqueléticas, violencia y acoso en el lugar de trabajo, agotamiento y alergias en el ambiente laboral (La Jornada, 2022, p.10).

James Campbell, director del Departamento de Personal Sanitario de la OMS, señaló que “El Covid-19 puso de manifiesto el costo de esta falta sistemática de salvaguardias para la salud, la seguridad y el bienestar

del personal sanitario”, que durante los primeros 18 meses de pandemia les costó la vida a unos 115 mil 500 trabajadores en todo el mundo (La Jornada, 2022). “Las ausencias por enfermedad y el agotamiento exacerbaron la escasez preexistente de este tipo de trabajadores y socavaron la capacidad de los sistemas de salud para responder al aumento de la demanda de atención y prevención durante la crisis” (La Jornada, 2022, p.10). De allí la necesidad de elaborar programas que garanticen la salud y seguridad del personal sanitario.

## REFERENCIAS

- Badillo, Diego. (31 de enero 2021). Déficit de personal, “Talón de Aquiles” del sistema de salud mexicano. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Deficit-de-personal-talon-de-Aquiles-del-sistema-de-salud-mexicano-20210131-0003.html>
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). 2022. *Burnout y su influencia en la toma de decisiones en cuidados paliativos*. <http://www.dolorypaliativos.org/art532.asp>
- La Jornada (22 de febrero 2022). Urgen a aplicar programas que garanticen la salud y seguridad del personal sanitario. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/02/22/politica/urgen-a-aplicar-programas-que-garanticen-la-salud-y-seguridad-del-personal-sanitario/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2022. *A pesar del descenso en nuevas infecciones esta semana, la pandemia sigue siendo un reto para los trabajadores de la salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/9-2-2022-pesar-descenso-nuevas-infecciones-esta-semana-pandemia-sigue-siendo-reto-para>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2022b. *The COVID-19 Health care Workers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas* [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- OPS/OMS. 2021. *Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19)*. <https://www.paho.org/es/file/99552/download?token=DNpzQ7Sp>
- Rodríguez, Ronny. (15 marzo 2021). Venezuela con más personal sanitario muerto que Chile y Ecuador. *Efecto Cocuyo* <https://efectococuyo.com/coronavirus/>

venezuela-con-mas-personal-sanitario-muerto-que-chile-y-ecuador/

Rodríguez, Ruth. (2020). Regresan miles de trabajadores de la salud. *Excélsior*. <https://www.excelsior.com.mx/opinion/ruth-rodriguez/regresan-miles-de-trabajadores-de-la-salud/1396632>

SALUD. 2022. *Informe Integral de COVID-19 En México*. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/01/Informe-Integral\\_COVID-19\\_12ene22.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/01/Informe-Integral_COVID-19_12ene22.pdf)

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) 2020. Pandemia y salud en el trabajo. Por un plan nacional de salud y seguridad en el trabajo. *Revista de Investigación en Salud en el Trabajo*. [https://rist.](https://rist.zaragoza.unam.mx/index.php/rist/issue/view/9/RIST%20Vol.%203%20No.%204%20%28Marzo-Agosto%29)

zaragoza.unam.mx/index.php/rist/issue/view/9/RIST%20Vol.%203%20No.%204%20%28Marzo-Agosto%29

Valadez, Blanca. (24 de febrero 2022). Previo a caso cero de covid en México, IMSS reportó 40 contagios de la enfermedad. *Milenio*. <https://www.milenio.com/politica/previo-caso-cero-covid-imss-reposito-40-contagios-coronavirus>

Villanueva, Dora. (09 de noviembre 2021). El país, con el exceso de mortalidad más alto en la OCDE. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/11/09/politica/el-pais-con-el-exceso-de-mortalidad-mas-alto-en-la-ocde/>

# Participação social em saúde no Brasil

## Controle social e movimentos populares em defesa do direito à saúde

Ana Maria Costa\*

Lenaura de Vasconcelos C. Lobato\*\*

Maria Lucia Frizon Rizzotto\*\*\*

A apresentação descreve e analisa o processo de participação social em saúde no Brasil durante a pandemia de COVID-19, tratando de experiências de mobilização e participação popular que surgem e se consolidam no enfrentamento às restrições advindas da pandemia. O objetivo é identificar a emergência, desenvolvimento, características de atuação social e política desses movimentos, assim como os resultados na organização e ação em torno a temas atinentes à saúde, para além da pandemia.

\* Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Brasil. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\* Doutora em Ciências (Saúde Pública). Professora da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

\*\*\* Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Paraná, Brasil. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

Os casos são analisados através da análise documental, com depoimentos com informantes-chave. Para o tratamento dos casos são usados os elementos de: contexto de surgimento do movimento social; composição do movimento social; lógica da participação; objetivos do movimento; estrutura e formas de decisão interna; características e modos de ação do movimento (pontual, permanente, periódico); trajetória (linha do tempo, desenvolvimento, mudanças objetivas, processo); grau de reconhecimento e legitimidade política e social e; Impacto e conquistas.

O Brasil apresenta importante trajetória de participação social em saúde, principalmente a partir da década de 1980, quando se consolidam as propostas de construção do sistema universal de saúde, que prevê a institucionalização da participação social. Essa institucionalização, em Conselhos e Conferências de Saúde, buscou introduzir, no interior do Estado, uma dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável à presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade passa a estabelecer uma responsabilidade na decisão para que prevaleça nos governos o interesse público. Apesar do sucesso da inovação, dada a sua amplitude, capilaridade e papel desempenhado na construção do SUS, esse modelo participativo apresenta limites, entre os quais: baixo impacto sobre as ações dos gestores de saúde e sobre a condução das políticas nos três níveis de governo; baixo impacto na mobilização e ação política da sociedade sobre a defesa dos direitos sociais e da saúde; manipulação dos conselhos por parte dos gestores da saúde; sobrecarga de funções de fiscalização e controle sobre os conselhos, gerando burocratização e conselhos auto referenciados; despreparo dos conselheiros para o desempenho das tarefas e pouca transparência das ações dos conselhos.

O caso brasileiro demonstra que a participação institucionalizada não é suficiente para garantir a defesa do direito à saúde nem a diversidade de demandas dos distintos grupos sociais que se organizam regularmente, para reivindicações específicas, por vezes episódicas, ou mesmo por reconhecimento.



O **Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública**, que ficou conhecido como Movimento Saúde +10, surge em decorrência da crise de financiamento do SUS. Seu objetivo geral foi mobilizar a sociedade em torno da defesa do direito à saúde e do SUS através da publicização de como as demandas por acesso e qualidade do sistema estavam relacionados ao problema crônico do subfinanciamento. O objetivo específico do movimento foi apresentar ao Congresso Nacional uma proposta de Lei de Iniciativa Popular para destinação de ao menos 10% da receita bruta da União para a saúde. Reunindo mais de 100 entidades da sociedade civil, o movimento alcançou grande apoio popular, reuniu 2.200.000 assinaturas e pautou o tema do financiamento na sociedade desde então. A proposta foi transformada em Projeto de Lei sob número 321 (PL 321). Apesar do apoio de parlamentares de vários partidos e do amplo apoio conquistado na sociedade, o projeto não chegou a ser apreciado. Isso pode ser atribuído à lógica que preside os trâmites no Congresso Nacional, que restringem as proposições de origem popular, e ao papel crucial do executivo no veto a projetos que não são de seu interesse. Essas restrições demonstram o quanto a democracia representativa tem limites e precisa ser adensada por mecanismos que efetivem o poder popular.

A **Marcha das Margaridas** é uma rede de mulheres trabalhadoras rurais do campo, da floresta e das águas, parte de um amplo movimento coordenado pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag). A Marcha é organizada pela Comissão Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais (CNMTR) da Contag, em parceria com movimentos sindicais e feministas nacionais e internacionais. O ponto alto do movimento é a marcha à Brasília, capital do país, que ocorre a cada quatro anos, e visa a dar visibilidade às demandas das mulheres do campo e reafirmar seu lugar como sujeito político. A marcha tem sido reconhecida como uma das maiores e mais efetivas ações das mulheres no Brasil, dado seu caráter formativo e sua capacidade de denúncia, proposição, diálogo e negociação política que foram adquirindo ao longo do tempo. Mesmo não sendo um movimento específico pela saúde estrito senso, essa sempre esteve na pauta das reivindicações e na agenda de formação e luta das mulheres trabalhadoras rurais. A noção da saúde como direito, a defesa de um desenvolvimento rural que garanta a sustentabilidade da

vida humana e do ambiente, e a compreensão da relação entre modos de vida e o processo de adoecimento, expressam uma concepção ampliada de saúde e a compreendem como importante meio para a realização dos projetos de vida dos trabalhadores e trabalhadoras do campo. Nas duas décadas de história da Marcha das Margaridas (2000-2021), foram realizadas seis edições (2000, 2003, 2007, 2011, 2015, 2019). As Margaridas tiveram muitas conquistas, em diversas áreas, como acesso à terra e trabalho, previdência social, saúde, educação e enfrentamento à violência.

A **Frente pela Vida** é uma articulação de entidades e atores que surge no contexto da Pandemia de COVID-19, a partir da necessidade de fazer o enfrentamento político à atuação negacionista e incompetente do governo federal. A Frente alcançou ampla mobilização com a presença ativa de organizações religiosas, associações profissionais, cientistas, juristas, imprensa, pesquisadores e profissionais de saúde, entidades da saúde e centenas de movimentos sociais. A principal ação do movimento foi o lançamento de um robusto documento - O Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19 - com o diagnóstico da situação da pandemia no país e orientações técnicas para ações de controle para gestores e sociedade civil. O Plano contou com a contribuição de mais de 60 pesquisadores, membros do CNS e profissionais de distintas áreas, foi amplamente divulgado nas mídias e entregue aos representantes dos poderes executivo, judiciário e legislativo para amplo e livre uso. Posteriormente a Frente operou como um observatório da conjuntura e da situação de saúde no Brasil, realizando várias iniciativas e lançando diversos documentos para incidir na ação do governo no combate à pandemia.

Um conjunto de aprendizagens pode ser extraído das experiências de participação social em saúde no Brasil. Precedendo todas elas, é fato que a participação da sociedade contribui para o aprofundamento e a consolidação da democracia tanto no sentido de acumular poder popular, formar consciência por direitos e justiça social como para fortalecer a cidadania e a democracia participativa.

Embora sustentada pela legislação, a participação social praticada nos conselhos e conferências de saúde apresenta avanços, mas também

muitos desafios. Existem conselhos em 100% dos municípios e estados, mas a ação dos conselhos precisa ser aperfeiçoada continuamente e respeitada pelos gestores. Os representantes dos grupos sociais precisam manter o compromisso com os seus representados, com os quais devem manter diálogo permanente para que a representatividade não se esvazie. Além disso, há que haver rotatividade dos representantes. Os Conselhos e Conferências não podem ser cooptados, devem ser instrumentalizados para o exercício de suas funções e devem ter apoio por parte dos gestores e dos órgãos específicos, para o cumprimento de suas deliberações.

Por outro lado, a participação social institucionalizada não é suficiente para levar aos gestores demandas de grupos sociais que não são representados nessas instâncias. Por isso são necessárias outras modalidades participativas, com atores e estratégias adequadas a cada tipo de demanda. Muitas vezes a força de um movimento é maior se mantida autônoma e fora das instancias constituídas.

A fragmentação de demandas, particularmente aquelas provenientes dos grupos de portadores de patologias podem fragilizar a demanda por saúde para todos, idealmente esses e todos os grupos com demandas específicas poderiam exercitar uma articulação que aumente o poder e a pressão popular sobre governos com vistas à coletividade.

Incidir sobre contextos e realidades específicas como foi o caso da pandemia, exige a busca de diálogo propositivo, agregar muitas forças da sociedade e, ao mesmo tempo direcionar a ação política para todos os poderes e à própria sociedade.

Finalmente, a participação social em qualquer que seja sua dimensão, conformam prática política. Portanto, enquanto ação política, deve haver o compromisso permanente de qualificar a política e os poderes da democracia para fazer valer a vontade popular. Atores da participação social devem ser comprometidos com o aperfeiçoamento da democracia do país e com a qualidade, a lisura e a ética nas instituições da democracia.

# Análisis crítico de la Participación Social en Salud en Chile<sup>1</sup>

Mario Parada Lezcano\*  
Daisy Iturrieta Henríquez\*\*  
Mónica Muñoz Parada\*\*\*

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 impactando de manera dramática en la vida de las personas más pobres del país, tensionando la definición de las políticas públicas y sociales.

\* Profesor Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso – Chile, integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\* Profesora Adjunta de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso – Campus San Felipe - Chile, integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\*\* Socióloga, Consultora independiente.

<sup>1</sup> Los resultados son una parte del Estudio de Caso de Participación Social en Salud, contratado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS Washington, realizado en 2021. Cabe recalcar que la OPS no necesariamente comparte los contenidos aquí entregados.

Comentamos los principales hallazgos de un estudio cuyo objetivo general fue realizar un análisis crítico de la política pública de participación social en salud (PSS) en Chile durante el período 1990 – 2021. En términos de metodología, este correspondió a un estudio de caso, con análisis cualitativo de documentos (25) relacionados con el marco normativo/regulatorio de la participación social y entrevistas semi estructuradas (6) a expertos/as y principales actores sociales de acciones participativas en salud. El análisis realizado fue crítico / dialéctico del devenir de la política pública de PSS. Una vez levantada y analizada la información se configuraron las siguientes categorías para el análisis: Discrepancia entre discurso y praxis sobre PSS; Dialéctica instituyente / instituido; Movilización social como PSS.

Existe gran discrepancia entre lo que está escrito, discurso democratizador y aceptante de la incorporación de la comunidad en la toma de decisiones, y lo que se ejecuta, que es con participación minimalista (derecho a reclamar, a estar informado/a, a ser consultado/a) y eficientista (la PSS formal como una meta asociada a incentivos para los/as trabajadores/as por ejemplo) y un lugar para “evidenciar” la presencia de la comunidad como espectadores con voz, más que actores con derecho a voto en el cotidiano del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados. Los marcos normativos tienen un enfoque reduccionista de la PSS: instancias consultivas no vinculantes, con una idea más bien de entrega de información a las comunidades sobre lo realizado que responde al cumplimiento de una meta de los equipos de salud de APS con muy poco espacio a la deliberación y toma de decisiones, lo cual se inscribe en un espacio sociopolítico de democracia representativa restringida.

Hay relatos y experiencias limitadas respecto de experiencias que hayan tenido un resultado instituyente. Son ejemplos de esto los casos “Zona en sacrificio” y “Ancosalud”, y además en el Programa de Comunas Vulnerables que señaló que “al contrastar el informe de resultados de los Diálogos Ciudadanos y la versión final de la Política se puede identificar que una gran proporción de los contenidos expuestos en los enfoques, principios y objetivos estratégicos de la política fueron emanados de los diálogos ciudadanos y de todo el proceso participativo”. El juego

dialéctico instituyente / instituido produce en la organización social desgaste, frustración, junto con la exposición en algunos casos a violaciones a los DDHH. Lo anterior es coherente con que el poder instituido le teme a la PSS, por lo que la limita, restringe, reduce, etc., denotándose una falta de voluntad. En los últimos tiempos hemos ido viendo como la acción colectiva se ejerce más por los canales no institucionales, vale decir a través de medios no convencionales y no parlamentarios, a través de la movilización social. En la sociedad de consumo en la que vivimos, esta estrategia es cada vez más utilizada por los grupos de consumidores.

Se puede afirmar que el modelo de sociedad capitalista-neoliberal, vigente en Chile, ha propiciado la presencia de relaciones mercantiles, lo que trae consigo repercusiones políticas, económicas e ideológicas en la matriz socio cultural y por ende en la direccionalidad de las Políticas Públicas que propendan a la participación social en salud.

Se requiere la generación de “democracia participativa”, una “radicalización de la democracia” basado en la toma social de decisiones. Que la democracia se profundice desde el sistema de gobierno hasta la vida cotidiana de las comunidades en sus diferentes territorios y que aquello esté reflejado en la Constitución Política. Además, dejar de hablar de Participación Social y hablar de Democratización, como aporte a la construcción social hacia esa transformación lingüística / cultural necesaria. La repolitización de los/as actores y del fenómeno salud-enfermedad-atención-cuidados es un elemento central para avanzar en PSS, junto con la construcción de más y mejor organización social, la formación y capacitación de ella. El enfoque territorial, de derecho y con pertinencia cultural de las políticas públicas resulta un desafío aún pendiente.

# El enfoque histórico-territorial para repensar la salud y el cuidado de la vida

Mario Hernández Álvarez\*  
Liliana Henao Kaffure\*\*  
Elis Borde\*\*\*

En el campo de la salud existen corrientes de pensamiento y acción que se han venido conformando desde el surgimiento de la Salud Pública, con mayúsculas y entendida como un campo de saberes y prácticas, en el marco de la conformación de los estados nacionales, el surgimiento

\* Médico, Bioeticista, Magíster y Doctor en Historia. Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Centro de Historia de la Medicina, 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. Integrante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) en Colombia y del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\* Odontóloga, Magíster y Doctora en Salud Pública, con estudios posdoctorales. Profesora de cátedra por horas de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, integrante del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) en Colombia

\*\*\* Salubrista, Especialista en Salud Internacional, Magíster y Doctora en Salud Pública. Profesora adjunta, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Integrante del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) en Colombia

de la modernidad y la expansión del capitalismo desde el siglo XVI. Estas corrientes se encuentran en permanente disputa, porque implican visiones de mundo diferentes y contrapuestas. Se trata de diferentes maneras de entender los problemas de salud-enfermedad en los órdenes ontológico y epistemológico, que marcan formas de hacer y actuar frente a ellos, en el orden praxiológico o ético-político. Y, claro está, estas corrientes configuran hegemonías que dominan los ámbitos de la acción en salud, la formación, la investigación, la innovación y la decisión política estatal durante largos períodos.

Frente al predominio de la Salud Pública hegemónica, que se sustenta en el pensamiento biomédico, las ciencias sociales funcionalistas y la epidemiología multicausal, surgió en América Latina, en la década del setenta del siglo XX, una perspectiva crítica conocida como Medicina Social, en los países hispanoparlantes, y Salud Colectiva en Brasil. Esta corriente se sustenta en el materialismo dialéctico e histórico y en muchos desarrollos del pensamiento crítico en ciencias sociales y humanas, y busca apoyar las luchas emancipatorias desde los mismos pueblos, comunidades y sujetos sometidos a relaciones de explotación y dominación imperantes, que producen y reproducen desigualdades en salud.

Con el fin de aportar elementos a la construcción de este pensamiento contra hegemónico en salud y a partir de investigaciones realizadas por varios miembros del grupo de investigación denominado «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la Universidad Nacional de Colombia, adscrito al Centro de Historia de la Medicina «Andrés Soriano Lleras» de la Facultad de Medicina y al Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la misma universidad, se propone profundizar en el carácter social y relacional de los fenómenos humanos que, como la salud-enfermedad-cuidado-atención, se configuran en medio de las tensiones e interdependencias permanentes entre sociedad-naturaleza. Este enfoque, al que hemos denominado «histórico-territorial», implica la exploración de las dimensiones tiempo-espacio más allá del dominio físico, para comprenderlas en términos de duraciones o temporalidades y territorialidades múltiples que se encuentran en permanente relación,



tensión y conflicto, en los ámbitos macro, meso y micro que, además, son simultáneos y se expresan en la cotidianidad de la vida, humana y no humana.

Desde este enfoque, lo sano y lo enfermo dejan de ser un asunto normativo y universal, para convertirse en valoraciones intersubjetivas del curso de la vida colectiva y las trayectorias de vida de los sujetos socio-históricos, en medio de las relaciones de poder en que ocurre la vida misma, los malestares vitales y las maneras de evitarlos o afrontarlos. Esta visión se articula con la búsqueda de alternativas al desarrollo que ha impulsado el proyecto civilizatorio colonial, patriarcal, racista y capitalista, y se separa de las alternativas de desarrollo, al estilo del desarrollo sostenible promovido por los organismos de Naciones Unidas. Esta opción social y política se orienta hacia la construcción de un «pluriverso», no un «universo» sustentado en la ciencia y la tecnología modernas, atada al capitalismo cognitivo que se apropió del conocimiento, bien común y colectivo por excelencia, para convertirlo en bien privado por medio de los llamados derechos de propiedad intelectual (DPI).

Este tipo de comprensiones y soluciones a los problemas de salud-enfermedad y cuidado de la vida implican el reconocimiento de la diversidad, humana y socioambiental, al tiempo que se construye una nueva visión de lo común y otra institucionalidad que surge de lo instituyente y transforma lo instituido, orientada hacia el cuidado de la salud y la vida planetaria.

# Saúde para todo o povo brasileiro

## Apontamentos para a Revolução Caraíba

José Carvalho de Noronha\*

Gustavo Souto de Noronha\*\*

Leonardo Castro\*\*\*

Marco Antônio Martins da Rocha\*\*\*\*

Neste ensaio buscamos problematizar o processo de constituição do sistema de saúde no Brasil a partir do horizonte utópico de Pindorama, denominação dada por habitantes originários do que hoje é o Brasil a parcelas de seu território. Iniciamos com breves considerações sobre o Brasil e a América Latina em perspectiva histórica para, em seguida, caracterizar os grandes dilemas atuais da saúde no país, até chegar à hipótese “Pindorama” como assimilação antropofágica da “hipótese comunista”.

\* Fundação Oswaldo Cruz. Co-coordenador del Grupo de Trabalho CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\* Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária; Universidade Estácio de Sá

\*\*\* Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\*\*\* Universidade Estadual de Campinas.

Houve um tempo de hipóteses. A mera possibilidade do sonho rompeu impossibilidades e a guerra de movimento foi substituída pela guerra de posições. A Revolução de 1917 moldou o século XX. A experiência soviética bloqueou o capitalismo livre e desregulado. Não existiria macroeconomia keynesiana sem o contraponto do socialismo real. O Estado de Bem-estar Social não passaria de conjectura sem o fantasma do comunismo.

Os países latino-americanos, fruto do colonialismo europeu, integrados ao sistema-mundo capitalista sob hegemonia dos Estados Unidos, são parte desse contexto. A chave do espaço de manobra da América Latina é a geopolítica. Os EUA adotam na região uma postura intervencionista buscando o papel de árbitro para exercer controle sobre o subcontinente, mas seu domínio não seria possível sem apoio das elites locais. Estruturas sociais constituídas por senhores brancos, donos do poder político e econômico, e servos – índios e negros escravizados. Os próceres latino-americanos resistiram à instituição do trabalho assalariado, que aviltaria seu status senhorial. Usavam seus superávits para o consumo de bens produzidos principalmente na Europa e fundiram seus interesses como os das elites europeias e norte-americanas (Mariátegui, José, 2007; Quijano, Aníbal 2014).

A saúde brasileira vive sob regência de mercadores que lucram com a doença e a morte. A estruturação do sistema de saúde torna o mercado privado especialmente atrativo. Sendo um mercado de grande extensão, o Brasil possui também um amplo sistema público de saúde, ainda que precarizado. Nas atividades mais lucrativas há uma certa especialização do setor privado, ao passo que alguns procedimentos de alto custo (e baixa lucratividade) permanecem sob responsabilidade pública.

Com espaço considerável para o crescimento do setor privado, a saúde no Brasil passou de forma ativa por processos que pautaram a reorganização do padrão de concorrência global. Os fundos financeiros mostraram interesse crescente no setor, a partir do final dos anos 1990 e sua entrada favoreceu estratégias de fusão e aquisição. A internacionalização de conglomerados de serviços definiu a tendência, que se espalhou ao

longo da década de 2000, com a consolidação de grandes redes de hospitais, clínicas e laboratórios e sua integração com empresas de planos e seguros. Um padrão de concorrência financeirizado ganha força e define o sentido da reestruturação dos grupos locais (Bahia., Ligia et al., 2016). O número de fusões e aquisições cresceu consideravelmente no segmento de planos de saúde (Andrietta, Lucas, 2019) e o poder dessas empresas se revela em sua capacidade de obter reajustes acima das taxas de inflação. A introdução das tecnologias digitais induziu a ampliação da escala de operação dessas empresas, incentivando as fusões.

Neste cenário, o risco de internacionalização é significativo, com perda da capacidade de se utilizar o complexo de saúde como instrumento para a promoção do desenvolvimento produtivo, científico e tecnológico. Por um lado, o sistema público de saúde encontra-se estrangulado por uma política fiscal irracional e ineficiente; por outro, o sistema privado encontra-se em risco de desestruturação por conta do baixo crescimento e da destruição dos empregos formais.

A tese central da 8ª Conferência Nacional de Saúde brasileira, incorporada à Constituição de 1988, é “Saúde como direito de todos e dever do Estado”. A ideia subjacente de equidade e justiça tornou-se diretriz basilar do Sistema Único de Saúde. Naquela altura, o mercado de planos de saúde não havia atingido escala para frequentar o debate sobre relações público-privadas na saúde. Os planos privados eclodiriam com vigor nos anos 1990, quando o financiamento do SUS começa a sofrer estrangulamentos crescentes, com sua desvinculação do orçamento previdenciário. Embora limitada ao quartil de maior renda da população, a expansão dos planos vem agravando de forma substantiva a espoliação das classes subalternas: através de incentivos e deduções fiscais que beneficiam o setor, mas também por gastos com ações de saúde pública e procedimentos de alto custo, que correm quase exclusivamente a cargo do SUS. Este passa a funcionar, assim, como um resseguro para o setor privado.

A oferta de serviços privados é fortemente segmentada pelo valor dos procedimentos e, assim, pela capacidade de pagamento dos usuários.

O mesmo ocorre na retribuição aos profissionais de saúde, médicos em particular. Consequência dessa diferenciação é a captura de recursos humanos e físicos pelo setor privado. O modelo dominante é fortemente influenciado pela medicina praticada nos EUA, a mais cara do mundo. Essa medicina colonizada apresenta efeitos perversos na distribuição de recursos tecnológicos predominantemente para as elites.

As eleições de 2018 colocaram o Brasil no restrito grupo de nações governadas por frações da extrema direita. Há duas abordagens conceituais sobre o tipo de autoritarismo representado pelo governo Bolsonaro: o estado burocrático-autoritário descrito por Guillermo O'Donnell (2015) e o fascismo (Paxton, Robert, 2007). Ambos são regimes autoritários, mas possuem características próprias. Paxton, grande estudioso do fascismo, destaca que nos regimes burocráticos “os autoritários preferem deixar suas populações desmobilizadas e passivas, enquanto os fascistas querem envolver e excitar o público” (2007: 356). Embora apresente características do tipo capitalista-autoritário descrito por O'Donnell, o permanente estado de mobilização em que busca manter seus apoiadores sugere que o governo Bolsonaro aproxima-se de uma forma fascista. A peculiaridade desse fascismo, porém, é seu caráter periférico e subordinado, que remete à colonialidade das elites brancas latino-americanas descritas por Quijano.

A tentativa malsucedida do primeiro governo Dilma Rousseff (2011-14) de estabelecer uma rota alternativa de desenvolvimento acirrou os anseios golpistas da elite, e fez o governo se ajoelhar ao ajuste fiscal em busca de uma reconciliação que não veio. A eleição de Bolsonaro parecia ter resolvido a crise de hegemonia por uma recomposição das classes dominantes. No entanto, o negacionismo frente à pandemia da COVID-19 enfraqueceu as bases do fascismo e empurra o país para uma nova crise de hegemonia. A aliança do governo com algumas rações da burguesia foi erodida pelas perdas econômicas decorrentes da conduta irresponsável do presidente.

A carestia, desemprego e inflação devem fomentar o caldo de cultura para revolta popular e tende a se acentuar sem medidas econômicas

efetivas que respondam à crise. Em realidade nos parece inevitável que a resolução da crise passe pela construção de outro projeto de país. Se o capitalismo é um sistema que não resolve os problemas da humanidade, o capitalismo à brasileira é incapaz de apontar soluções para os desafios do próprio capitalismo. É preciso matar o Brasil e fazer nascer outro projeto; há que se sonhar Pindorama, como os povos originários chamavam parte das terras que hoje formam o país.

Em 2022, completam-se dois séculos desde que o herdeiro da corte portuguesa declarou o Brasil independente. Até hoje, poucos momentos houveram de verdadeira independência. É preciso transpor o velho que não sucumbiu, mas é necessário apontar o novo. O novo é decolonial e descolonizado. O capitalismo e o colonialismo têm de ser superados por um novo pensar. Saúde é direito de todos, a vida precisa se desmercantilizar. Sob a influência do pensamento crítico latino-americano e anti-capitalista pretendemos apontar o sonho da hipótese comunista e neste sendeiro fundar Pindorama.

Pindorama será edificada pela macumba, e da macumba para a antropofagia. A deglutição do Bispo Sardinha pelos Caetés será o marco fundacional da utopia. O país que matou seus povos originários será edificado pela vitória simbólica de seus mortos, pois é uma gente que dobra a morte e faz dela uma dobra política e epistemológica. Um movimento “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, p. 11).

## REFERÊNCIAS

- Andrietta, Lucas Salvador (2019). *Acumulação de capital na saúde brasileira: estudo exploratório de empresas e setores selecionados (2008-2015)* [Tese de doutorado, Instituto de Economia, Universidade

Estadual de Campinas] <https://www.unicamp.br/anuario/2019/IE/IE-tesesdoutorado.html>

Bahia, Ligia, Scheffer, Mario, Reis Tavares, Leandro, Falleiros, Iale (2016). Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(32). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00154015>

Mariátegui, José Carlos (2007). *7 Ensayos de Interpretación de la realidad peruana*. Fundación Biblioteca Ayacucho.

O'Donnell, Guillermo. (2015). Antecedentes teóricos e históricos para el estudio del Estado Burocrático Autoritario. En: Grimson, Alejandro y Caggiano, Sergio, *Antologías del*

*pensamiento crítico argentino contemporáneo* (197-222). CLACSO.

Paxton, Robert (2007). *A anatomia do fascismo*. Paz e Terra.

Quijano, Aníbal (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y America Latina. En *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder* (777-832). CLACSO.

Rocha, M. A. M. (2021). Reestruturação do setor privado de serviços de saúde: atualidade e perspectiva. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Simas, Luiz Antonio, Rufino, Luiz (2018). *A Ciência Encantada das Macumbas*. Mórula.

# Repensando as relações entre Estado, desenvolvimento e saúde

## Perspectivas para a América Latina

Leonardo Castro\*  
Leonardo Mattos\*\*  
Suelen Oliveira\*\*\*

A atenção à saúde ocupa posição peculiar em meio às políticas e sistemas de proteção social. Em contraste com políticas de caráter eminentemente redistributivo, como aposentadorias e pensões, assistência social e programas de transferência de renda, a assistência à saúde envolve um complexo produtivo formado por um amplo e heterogêneo setor de serviços que requer mão de obra qualificada e especializada, e um setor industrial de produção de insumos e equipamentos intensivo em tecnologia (Gadelha, Carlos AG 2003). Tais características fazem da saúde

\* Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

\*\* Iniciativa Brasil Saúde Amanhã - Fundação Oswaldo Cruz.

\*\*\* Iniciativa Brasil Saúde Amanhã - Fundação Oswaldo Cruz.



importante arena de disputa do conflito distributivo e também fronteira para o desenvolvimento tecnológico e acumulação de capital, o que se aplica tanto aos países centrais quanto aos periféricos, ainda que em condições e posições distintas. Neste trabalho, tomamos essa discussão como ponto de partida para uma ampliação do debate conceitual sobre Estado e saúde em geral e nos países periféricos e latino-americanos em particular.

O nexo saúde-tecnologia ganha proeminência nas últimas décadas com a complexificação das tecnologias médicas e a escalada correspondente dos custos assistenciais a partir de transformações tecnológicas iniciadas na década de 1970. A revolução das “TIC” – tecnologias da informação e comunicação – transformou as técnicas produtivas, a organização da produção e do trabalho. Na saúde, seu impacto abrange tanto o setor assistencial, com a crescente importância dos seguros e serviços, quanto o industrial, também influenciado pelo paradigma biotecnológico. Do ponto de vista da dinâmica de acumulação setorial, a expansão dos mercados se deu paralelamente à modernização neoliberal dos sistemas de saúde através de reformas incrementais ou radicais que reconfiguram princípios, escopo e abrangência das políticas de saúde, bem como redefiniram o papel do Estado e do setor privado.

Compreender os reflexos destas transformações no campo da saúde requer abordagens que reconheçam o papel das transições tecnológicas na dinâmica das crises do capitalismo e nos ciclos de acumulação de capital. Embora esteja demonstrada a impossibilidade de identificar padrões que expliquem adequadamente os ciclos de crescimento e retração econômica no desenvolvimento do capitalismo, é possível reconhecer “ondas longas” e descontínuas associadas com transformações tecnológicas (Freeman Chris y Louçã Francisco, 2004). Carlota Perez (2010), identifica cinco grandes “revoluções tecnológicas” no curso do capitalismo ocidental que, em distintos e sucessivos momentos históricos, criam novas indústrias e infraestruturas às quais correspondem novos “paradigmas tecno-econômicos”. O quinto e mais recente paradigma seria o das TIC, cuja característica principal é a pervasividade: não se limita a um único setor econômico, como a produção em massa “fordista”, cuja

vanguarda foi a indústria de transformação, mas se estende ao conjunto da economia, tornando fluidas as fronteiras tradicionais entre setor primário, secundário e terciário.

Há outros aspectos a considerar. Os sistemas de saúde modernos se caracterizam por grandes assimetrias de poder e informação entre provedores de serviços, financiadores, fabricantes de equipamentos e insumos e, de outro lado, usuários. Tanto a dinâmica tecnológica quanto os processos de acumulação de capital no setor não se viabilizam sem participação do Estado e do fundo público, seja de forma direta, através da prestação ou contratação de serviços, ou indireta, através de gasto tributário e subsídios ao setor privado, fomento ao desenvolvimento tecnológico, formação de recursos humanos etc.

Outra questão diz respeito à própria compreensão do papel do Estado na política social e de saúde. As teorias explicativas do Estado de Bem-Estar Social surgiram em meados do século XX, na vigência do paradigma fordista de produção, em um contexto histórico singular. Os países do Atlântico Norte saíram de uma guerra generalizada, cujo elevado custo em vidas humanas foi cobrado principalmente às classes trabalhadoras, que precisariam por tanto ser compensadas. Os sucessos da União Soviética no front oriental, por sua vez, transformaram o equilíbrio geopolítico, favorecendo a concessão de benefícios para os trabalhadores no Ocidente. As análises deste período, até hoje influentes, buscavam criar tipologias que auxiliassem a compreender o desenvolvimento das políticas sociais em distintos contextos nacionais, destacando sua dimensão redistributiva. O relativo otimismo quanto às possibilidades evolutivas de um capitalismo “humanizado”, com sistemas de proteção social e pleno emprego pertence a uma conjuntura que não mais existe. A crise econômica dos fins dos anos 1960 e o paradigma tecno-econômico emergente na década seguinte prepararam o terreno para transformações que colocariam em xeque as políticas de bem-estar do pós-guerra.

Neste contexto surgem críticas à visão “welfarista” e “redistributivista” da saúde. Michael Moran (1995) introduz o termo “Health Care State” para evidenciar aspectos da saúde que a distinguem das políticas de

proteção social em geral, destacando elementos estruturais presentes em diferentes dimensões da ação do Estado na saúde ligados à dinâmica capitalista setorial. O “Estado de Assistência à Saúde” apresenta três faces indissociáveis: “Estado de Bem-Estar” voltado para a reprodução social e a mediação dos conflitos de classe; “Estado industrial capitalista” que fomenta o complexo produtivo da saúde em seu território como precondição da prestação de serviços assistenciais e assegura condições para a acumulação de capital no setor; e “Estado democrático pluralista” que administra conflitos entre interesses distintos na sociedade. Essa caracterização destaca elementos estruturais presentes em diferentes “tipos” de Estado de bem-estar, ligados à dinâmica do desenvolvimento capitalista no setor aplicáveis igualmente a países ricos e periféricos, ainda que com diferenças de grau, especialmente com relação à face “industrial-capitalista”, em razão de fatores como capacidade de produção local, níveis de nacionalização das empresas que compõem o complexo produtivo e grau de dependência de tecnologia importada. São questões que dialogam com a tradição “clássica” da economia política latino-americana, em especial o pensamento de Celso Furtado (cf. 2008).

O modelo de Moran é congruente com a caracterização das transformações do Estado capitalista proposta por Bob Jessop (2002) – passagem do “Estado nacional de bem-estar keynesiano” ao “Estado competitivo schumpeteriano”. Jessop situa em momentos históricos distintos as duas primeiras “faces” do Health Care State, assinalando os determinantes estruturais que moldam a nova inserção “competitiva” dos Estados nacionais na arquitetura do capitalismo globalizado.

No entanto, para uma melhor aproximação do modelo das “três faces” à realidade dos países periféricos é preciso introduzir alguns adendos:

- 1) Desigualdades históricas persistentes, herança colonial, racismo estrutural, violência de gênero e outras, criminalidade, desigualdades regionais, acesso limitado a serviços, oferta estratificada em bases iníquas, regimes políticos e institucionais distintos.

- 2) Dependência tecnológica para acesso a equipamentos, insumos, técnicas de produção, modelos organizacionais; além de padrões de consumo e práticas assistenciais exogenamente determinadas.
- 3) Apropriação privada do Estado, através de incentivos, subsídios, e deduções fiscais para o setor privado; captura de recursos humanos e físicos; sucateamento do setor público, corporativismo, lobbies.

Tal quadro não se limita aos países periféricos e resulta em grande parte das reformas neoliberais impostas aos estados nacionais nas últimas décadas. Se seus efeitos perversos atingem mais duramente os países pobres ou “em desenvolvimento”, seu impacto é global.

O atual modelo de desenvolvimento capitalista na saúde se sustenta no equilíbrio precário entre, de um lado, interesses ligados à acumulação capitalista, presentes tanto na indústria quanto nos setores de seguros e serviços, e, de outro lado, a necessidade de prover um “mínimo social” capaz de garantir a reprodução da força de trabalho sob crescente precarização laboral. É uma realidade que se impõe aos países latino-americanos, apesar de suas trajetórias e processos de construção institucional distintos dos países centrais. A própria América Latina é produto da expansão do capitalismo histórico e os Estados que a integram foram moldados pelo arcabouço jurídico-institucional do ocidente europeu. Isso também se aplica aos seus sistemas de proteção social e de saúde, que se desenvolveram dentro de claros limites estruturais, com a formação de sistemas estratificados e fragmentados, permeados por interesses privados e corporativos, que contribuíram para a manutenção de sociedades desiguais e de cidadania restrita.

A compreensão das dinâmicas atuais do desenvolvimento capitalista na saúde é decisiva para a identificação de desafios comuns e para a construção de sistemas de saúde capazes de proporcionar atenção integral à saúde como bem público e direito de cidadania.

## REFERÊNCIAS

- Freeman, Chris y Louçã, Francisco (2004). *Ciclos e crises do capitalismo global: das revoluções industriais à revolução da informação*. Porto: Afrontamento.
- Furtado, Celso (2008) *Criatividade e dependência na civilização industrial*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gadelha, Carlos Augusto Grabois (2003) Complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, V. 8, N. 2, pp. 521-535.
- Jessop, Bob (2002). *The future of the capitalist state*. Cambridge-UK: Polity Press.
- Moran, Michael (1995) Three faces of the Health Care State. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (30), 767-781.
- Pérez, Carlota (2010) Technological revolutions and techno-economic paradigms. *Cambridge Journal of Economics*, 34, 185-202.



Boletín del Grupo de Trabajo  
**Estudios sociales para la salud**

Número 2 · Septiembre 2022