

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO



Serie Estado, políticas públicas y ciudadanía

PANDEMIAS, DESIGUALDADES Y PRÁCTICAS SOCIALES EN SALUD: MIRADAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE AMÉRICA LATINA

Carolina Tetelboin Henrion
Daisy Iturrieta Henríquez
José Noronha
[Coords.]

**PANDEMIAS, DESIGUALDADES
Y PRÁCTICAS SOCIALES EN SALUD
MIRADAS PARA LA TRANSFORMACIÓN
DE AMÉRICA LATINA**

Pandemias, desigualdades y prácticas sociales en salud : miradas para la transformación de América Latina / Camilo Bass del Campo ... [et al.]; coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion ; Daisy del Rosario Iturrieta Henríquez; José Carvalho de Noronha. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2022.

Libro digital, PDF - (Grupos de Trabajo)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-813-212-9

1. Pandemias. 2. Vacunación. 3. Enfermedades. I. Bass del Campo, Camilo. II. Tetelboin Henrion, Carolina, coord. III. Iturrieta Henríquez, Daisy del Rosario, coord. IV. Noronha, José Carvalho de, coord.

CDD 303.48

Otros descriptores asignados por CLACSO:

Pandemia / Salud / Políticas Públicas / Desigualdad / Enfermedades / Vacunación / Solidaridad / Estado / Ciudadanía / América Latina

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

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO

**PANDEMIAS, DESIGUALDADES
Y PRÁCTICAS SOCIALES EN SALUD
MIRADAS PARA LA TRANSFORMACIÓN
DE AMÉRICA LATINA**

Carolina Tetelboin Henrion,
Daisy Iturrieta Henríquez y José Noronha,
(Coords.)

Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud





CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

Colección Grupos de Trabajo

Pablo Vommaro - Director de la colección

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Secretaria Ejecutiva

María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory y Marcela Alemandi - Gestión Editorial

Nicolás Sticotti - Fondo Editorial

Director de Investigación - Pablo A. Vommaro

Coordinadora de Investigación - Natalia Gianatelli

Equipo de gestión académica

Cecilia Gofman, Marta Paredes, Rodolfo Gómez, Sofía Torres, Teresa Arteaga y Ulises Rubinschik



LIBRERÍA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES

CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE

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

Pandemias, desigualdades y prácticas sociales en salud: miradas para la transformación de América Latina

(Buenos Aires: CLACSO, junio de 2022).

ISBN 978-987-813-212-9



CC BY-NC-ND 4.0

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

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.

ÍNDICE

Prólogo	9
Carolina Tetelboin Henrion	
Saúde para todo o povo brasileiro. Apontamentos para a Revolução Caraíba	17
José Carvalho de Noronha, Gustavo Souto de Noronha, Leonardo Castro y Marco Antônio Martins da Rocha	
Los procesos de vacunación contra la enfermedad por coronavirus (Covid-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial	51
Juan Carlos Eslava-Castañeda, Elis Borde, Liliana Henao-Kaffure, Sandra Bernal-Olaya, Mario Hernández-Álvarez	
Repensar en comunicación y salud para América Latina a partir de la pandemia	91
Soledad Rojas-Rajs	
El mundo del trabajo y la salud de los trabajadores en la era post Covid-19	115
Mauricio Torres-Tovar	
Política social y experiencias de cuidado en tiempos de pandemia, estallido social y proceso constituyente. Desafíos para la protección social en Chile	135
Macarena Hernández Riquelme y Claudio Rodríguez Díaz	

Evolución de la articulación público-privada para la atención de la pandemia de Covid-19 en México	157
Silvia Tamez	
Claves para entender la respuesta a la pandemia en el Chile neoliberal	181
Mario Parada-Lezcano, Camilo Bass del Campo y Fabián Moraga Cortés	
Tensiones y desafíos de una atención con pertinencia cultural hacia pueblos indígenas en contexto de pandemias en Chile. Afzungun ka ngüneltuleal tiañ küme lawentuwleal kom pu che tñfachi antü mew	207
Daisy Iturrieta Henríquez, Pamela Canabes Herrera y Cristian Torres Robles	
Género y mundo del trabajo desde la determinación social. Realidades y desafíos en las prácticas odontológicas. El caso de Bogotá	223
María Carolina Morales Borrero	
Sobre los autores	237

PRÓLOGO

El libro que presentamos en el marco de la 9ª Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales, está dedicado a pensar, desde distintas miradas, en los desafíos que ha planteado la pandemia de coronavirus por Sar-CoV-2 en nuestros países en este segundo año de su presencia. Cargados de desigualdades estructurales, luchas y contradicciones de todo tipo, especialmente de clase, género, étnicas entre otras, la pandemia y pospandemia, que se insinúa después de casi dos años, muestran que se ha profundizado la pobreza sistémica como modo de vida para amplios sectores de nuestras poblaciones, generado rebeliones políticas y revueltas como expresiones del agotamiento del capitalismo y especialmente del modelo económico y político que lleva 40 años de aplicación de políticas neoliberales, y ha puesto en evidencia el estado de debilidad de los sistemas de salud y la dependencia científico-tecnológica para enfrentar la pandemia que los ha abrumado, con efectos graves para la población especialmente pobre, y para los trabajadores de la salud. Además, cabe resaltar la profundización de la desigualdad que se expresa en una mayor concentración del ingreso, producto del desarrollo profuso de la industria privada de insumos, medicamentos y vacunas que ha generado un nuevo polo de acumulación.

Una segunda consideración que aparece muy bien reseñada en el libro se refiere al estado del orden mundial que también es hegemónico

en salud, según el cual, la principal arma contra la vacuna después de las medidas de salud pública, la epidemia ha producido una riqueza de más de 760 millones de dólares en los dos años de pandemia, y se ha condicionado a los países con convenios generalmente secretos, pero además con investigaciones financiadas fundamentalmente con recursos públicos. De aquí cabe preguntarse cómo transitar hacia la producción pública.

Estos son algunos de los rasgos principales que se presentan en esta obra y que reseñan una primera impresión de lo que se puede encontrar en las siguientes páginas en este tercer trabajo conjunto del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO.

Se trata, por lo tanto, de una pandemia en su segundo año en cada uno de los países tratados, con características particulares aunque con elementos comunes de presentarse en su respuesta social, en las consecuencias para la salud de la población, en el marco de los dilemas sociales estructurales y coyunturales específicos.

El primer capítulo “Saúde para todo o povo brasileiro: apontamentos para a revolução caraíba”, por los autores José Carvalho de Noronha, Gustavo Souto de Noronha, Leonardo Castro y Marco Antônio Martins da Rocha, constituye una reflexión profunda sobre el choque de las dos grandes ideologías que representan –una antes que la otra– la permanente lucha simbólica y material durante la historia de los últimos tres siglos al menos, por la defensa de intereses opuestos. Por un lado, el liberalismo y la instalación y desarrollo del capitalismo como orden social, y por otro, la resistencia contra la explotación que esta forma de organización social produce, lucha en torno a la cual se construye la visión del mundo de los oprimidos con el marxismo, y la construcción de las experiencias, logros y fracasos del socialismo real, reiterados una y otra vez. En este motor de la lucha de clases es que los autores analizan los grandes sucesos del siglo XX desde la gran depresión, las torres gemelas hasta la pandemia, como símbolos de esta contradicción que se expresa en la amenaza a la vida y la resistencia de los pueblos del mundo. La reaparición del Estado fuerte posneoliberal es el punto de vuelta para volver a empezar. En esa perspectiva histórica, los autores analizan la historia político-económica brasileña hasta la actualidad. En esa trayectoria, plantean que la resolución de la crisis en Brasil pasa por una reinención y la recuperación de la utopía, y la superación del capitalismo que no solo no resuelve sino produce y reproduce los problemas de la humanidad.

En un segundo capítulo, bajo el nombre de “Los procesos de vacunación contra la enfermedad por coronavirus (Covid-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial”, Juan Carlos Eslava-Castañeda, Elis Borde, Liliana Henao-Kaffure, Sandra Bernal-Olaya y Mario

Hernández-Álvarez, realizan una reflexión extensa desde una perspectiva sociohistórica en tres grandes apartados. El primero da cuenta del proceso que tras la fusión de las actividades científico-técnicas y el desarrollo del capital en los setentas, extiende la propiedad intelectual hacia la naturaleza viva, la biología y los seres vivos incluido el cuerpo humano y su genoma, en un sistema de control que amarra las condiciones a un modelo de vida que impide la soberanía personal, comunitaria y social. Este proceso, al que se denomina capitalismo cognitivo, es una de las características estructurales del período neoliberal por garantizar la reproducción de la ganancia a futuro. El segundo momento se refiere a una comparación de la situación económico-política y sanitaria en que se enfrenta la pandemia en Brasil, Colombia y México. Si bien se marcan características específicas de cada uno de ellos en su tránsito y conformación histórica, a la vez se establecen semejanzas en las condiciones en que reciben y manejan las políticas, tecnologías, insumos y vacunas en lo que ha sido el conjunto de la pandemia. En un tercer momento, el trabajo se dedica a estudiar el proceso de obtención político-financiera de las vacunas a nivel internacional en cada uno de los países, a la vez que esboza un marco sobre el control de las mismas por las grandes potencias.

El tercer capítulo de Soledad Rojas-Rajs, “Repensar en comunicación y salud para América Latina a partir de la pandemia”, es un texto propositivo para introducir la dimensión inmaterial de las relaciones de poder expresadas entre la comunicación y los fenómenos de la salud, su importancia y las brechas que genera. Observa el predominio de la vida digital acelerada por la pandemia que construye nuevas o remodeladas configuraciones sociales y cambios en las prácticas en la salud con consecuencias para la salud colectiva de las poblaciones. Analiza la digitalización, propuesta como la principal respuesta para resolver los problemas económicos, políticos y sociales generados por el confinamiento, a la vez que muestra la paradoja que mientras más información existe, no está garantizado el acceso y su calidad. Para ello describe y analiza las brechas digitales, desigualdades de la infraestructura y acceso a la conectividad digital y hacia la información sobre salud en América Latina. En síntesis, se pregunta sobre el lugar que ocupan las comunicaciones en los sistemas de salud en general, y en especial en las condiciones de la pandemia a la vez que hipotetiza que los fenómenos coyunturales de la comunicación aparecidos en la pandemia, como la epidemia de desinformación y la politización de la salud, tienden a convertirse en permanentes complejizando el panorama sanitario.

En el capítulo cuarto, “El mundo del trabajo y la salud de los trabajadores en la era post Covid-19”, Mauricio Torres-Tovar hace una

reflexión a nivel regional, y también global, sobre las transformaciones sufridas por la fuerza de trabajo formal e informal durante la pandemia que han significado la profundización de las tendencias de deterioro de las condiciones de trabajo y de la salud de los trabajadores producidas durante el neoliberalismo, por las políticas de mercado y flexibilización laboral previa. En perspectiva de la pospandemia, asume que estas tendencias transformadoras y profundizadas por la pandemia, serán sostenidas y mantenidas por el capital en pos de la mantención de la ganancia. Entre ellas, prácticas como la disminución de las cargas administrativas y operativas y el traslado de costos de la operación al trabajador; venta o entrega de inmuebles para mantener la operación de manera remota; más desempleo, informalidad, tercerización, uberización del trabajo y trabajo remoto; pérdida de la protección de la seguridad social, y con ello de la protección de la salud en general y en el trabajo. A la vez, un proceso de mantención de la ruptura de las relaciones sociales y organizativas entre los trabajadores y trabajadoras.

Desde la dimensión de la política social y los cuidados, el quinto capítulo, “Política social y experiencias de cuidado en tiempos de pandemia, estallido social y proceso constituyente. Desafíos para la protección social y en Chile”, de Macarena Hernández Riquelme y Claudio Rodríguez Díaz, aporta desde otro ángulo, una dimensión fundamental en relación a la necesidad de ubicar los cuidados como cuestión pública que debe ser reconocida e instalada en la política social, con perspectiva de género, integralidad y financiamiento. Establecen de manera clara el ignorado y evadido aporte social que las mujeres y las cuidadoras realizan subsidiando y sosteniendo la reproducción social y la economía, y también donde durante la pandemia, la carga fundamental de los cuidados recayó a su cargo ante la falta de política pública. También, quedó en manos de la vida comunitaria a través de las ollas comunes y la solidaridad entre los pobres. En el marco de los rasgos de una sociedad profundamente mercantilizada, desigual y concentrada como la chilena donde el 50% de los hogares de menores ingresos acceden al 2,1% de la riqueza neta del país y el 1% más rico el 26,5% que está a la base de la revuelta social. El artículo describe los avances, aunque limitados en el marco de un Estado subsidiario y ampliados conceptual y operativamente en la política social en la segunda presidencia de Michelle Bachelet, retrotraídos en los gobiernos de derecha como el de Sebastián Piñera.

El artículo de Silvia Tamez González, “Evolución de la articulación público-privada para la atención de la pandemia de Covid-19 en México”, analiza las relaciones y el proceso desarrollado entre el gobierno Federal actual por lograr el establecimiento de un sistema de salud

“solidario, igualitario, equitativo, de calidad y gratuito, orientado a resolver las ingentes necesidades de salud de la población mexicana”, con el objetivo explícito de separar los negocios de la actividad pública, la austeridad y el combate a la corrupción, y la empresa privada. Esta industria, constituida por 11 empresas monopólicas en su mayoría internacionales, controlaba el mercado de ventas de medicamentos al sector público y de seguridad social, con denuncias graves de colusión, condicionamiento, sobrepuestos, falta de permisos y control de calidad. La tarea está cargada de problemas. Desde los propios como la inexperiencia de la administración, la trascendencia del reto de cambiar radicalmente –hasta donde ha sido posible y alterada por la llegada de la pandemia– la lógica del esquema de compra y distribución de insumos, medicamentos y vacunas y, por la resistencia y boicot de las empresas y sus filiales internacionales ante la pérdida del negocio y las condiciones que la propiciaban, que produjo históricamente grandes ganancias. Durante la pandemia, estas ganancias aumentaron exponencialmente en el caso de una de las grandes fortunas que, de aproximadamente 2,590 millones de dólares (mdd), 2,122 millones fueron ingresos de 2020 por una empresa especializada en la compra de regalías, propiedad intelectual, productos médicos y de biotecnología especialmente en Estados Unidos (Forbes, 2021). También, la compra de vacunas ha supuesto la compra internacional y el restablecimiento público-privado, así como nuevas articulaciones con el sector privado de atención médica.

Mario Parada-Lezcano, Camilo Bass del Campo y Fabián Moraga Cortés, presentan el artículo “Claves para entender la respuesta a la pandemia en el Chile neoliberal”, donde explican las condiciones del manejo insuficiente de la epidemia de Covid-19, especialmente durante la segunda ola, en el marco de las condiciones históricas y recientes, sanitarias y políticas del país. A través de una crítica sistemática del manejo oficial del gobierno de derecha de Piñera que ha contribuido a fortalecer aún más el modelo instaurado en la dictadura, desarrollan las profundas consecuencias sociales que explican el emblemático estallido social de octubre de 2019 al que llaman la rebelión de la determinación social, fruto de la acumulación de demandas históricas y nuevas insatisfechas por un aumento progresivo de la desigualdad –económica, social, de acceso a los servicios– a favor de una concentración del ingreso sin precedentes, proceso de lucha que logra finalmente, plantear un proceso constituyente. En esas circunstancias, la fragilidad histórica de la población, aumentada durante la pandemia de manera exponencial por la crisis sanitaria y económica de las familias ante la debilidad de las condiciones de protección social de un Estado débil y mercantilizado, se caracteriza por una

matriz individualizada, segmentada y de privilegios, donde cada vez más se profundiza el traspaso de recursos públicos al sector privado, por lo que debe enfrentarse fundamentalmente con las capacidades personales, y hasta ahora por el retiro de montos del 10% cada vez de fondos previsionales de los trabajadores. La segunda ola se produce las últimas semanas de abril de 2021 con las peores cifras de contagio. Si bien la estrategia desde el primer momento llamó al confinamiento social de manera autoritaria, nunca operó como se esperaba y sin tener claridad en los parámetros de los criterios utilizados para la toma de decisiones. Los autores además enjuician al sistema de salud instalado durante la dictadura en los ochenta, y continuado con los mismos insatisfactorios resultados por las reformas del siglo XXI de las llamadas Garantías Explícitas en Salud (GES), que durante la pandemia mantuvo el énfasis en el sistema medicalizado, privatizado y sin valorar el papel –especialmente durante la pandemia a excepción de los últimos tiempos– de un sistema de atención primaria como soporte de la atención de la salud de los chilenos.

El capítulo 8 de Daisy Iturrieta Henríquez, Pamela Canabes Herrera y Cristian Torres Robles, “Tensiones y desafíos de una atención con pertinencia cultural hacia pueblos indígenas en contexto de pandemias en Chile”, sin pretenderlo ni acordarlo, ofrece una visión panorámica que puede ser complementaria a los otros capítulos sobre el país y de la complejidad latinoamericana y caribeña, en la medida que da cuenta de las dificultades y rezagos de nuestras sociedades para reconocer la naturaleza profunda, originaria y vigente de sus pobladores en su reconocimiento por la modernidad. La idea de la nación constituida después del fenómeno de la independencia es solo un eslabón en la difícil constitución de las identidades en general y de nuestras poblaciones indígenas que se han mantenido olvidadas, marginadas e intervenidas en la historia sin provecho ni para mantener sus recursos e identidades, ni para ser integradas, sino por el contrario, excluidas. Ampliando lo expuesto, no obstante la lucha de los 300 años contra los conquistadores y los 200 posteriores contra el Estado chileno, recién, según el texto, particularmente desde 1988 se realiza un “Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas” realizado en Puerto Saavedra el año 1996 dedicado a la salud. Es emblemático, en la medida que inicia un proceso de articulación del sistema tradicional indígena, con los servicios de atención primaria que habrá de seguir una trayectoria de acercamientos/discensos en un proceso de desarrollo. Entre ellas, “las 16 estrategias de acción llamada “Carta de los pueblos Indígenas de Chile”, el cual generó, entre otros, el programa Orígenes” con intervención en comunidades aymara, atacameña y mapuche, entre los años 2002-2003 y para 2004 presente en 57 centros de salud en

el país con facilitadores interculturales que promovieron el enfoque intercultural (Gobierno de Chile, 2004). Es así como en el 2006, los 29 servicios de salud del país contaban con la implementación, en distintos grados de desarrollo, del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Entre 2014 y 2017, el desarrollo del proceso de Participación y Consulta sobre la propuesta reglamentaria del artículo 7 de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes, hasta la presencia de la cuestión indígena en la Constituyente en desarrollo de 17 representantes. La pandemia abre un nuevo episodio de demostración de esta falta de desarrollo conceptual y real de la cuestión indígena en la salud, con evidencias de mayores afectaciones de estas poblaciones indígenas y pobres y escasos servicios que se detienen durante su desarrollo, porque se trata de poblaciones muchas veces ubicadas en la ruralidad y aisladas.

Finalmente, al cierre de esta publicación, el artículo “Género y mundo del trabajo desde la determinación social, realidades y desafíos en las prácticas odontológicas: el caso de Bogotá”, de María Carolina Morales Borrero, nos aproxima al mundo del trabajo odontológico desde una perspectiva de género y de la determinación social. Si bien la utopía del trabajo digno sigue siendo eso, hay lugares donde esto se precipita con las mayores características de la inequidad.

Carolina Tetelboin Henrion

SAÚDE PARA TODO O POVO BRASILEIRO

Apontamentos para a Revolução Caraíba

José Carvalho de Noronha, Gustavo Souto de Noronha,
Leonardo Castro y Marco A. Martins da Rocha

Queremos a Revolução Caraíba. Maior que a revolução Francesa. A unificação de todas as revoltas eficazes na direção do homem. Sem nós a Europa não teria sequer a sua pobre declaração dos direitos do homem. (...)

A luta entre o que se chamaria Incriado e a Criatura - ilustrada pela contradição permanente do homem e o seu Tabu. O amor cotidiano e o modus vivendi capitalista. Antropofagia. Absorção do inimigo sacro. Para transformá-lo em totem. A humana aventura. A terrena finalidade. Porém, só as puras elites conseguiram realizar a antropofagia carnal, que traz em si o mais alto sentido da vida e evita todos os males identificados por Freud, males catequistas. O que se dá não é uma sublimação do instinto sexual. É a escala termométrica do instinto antropofágico. De carnal, ele se torna eletivo e cria a amizade. Afetivo, o amor. Especulativo, a ciência. Desvia-se e transfere-se. Chegamos ao aviltamento. A baixa antropofagia aglomerada nos pecados de catecismo - a inveja, a usura, a calúnia, o assassinato. Peste dos chamados povos cultos e cristianizados, é contra ela que estamos agindo.

Oswald de Andrade, Manifesto Antropófago,
Ano 374 da Deglutição do Bispo Sardinha

COLÔNIA

Houve um tempo de hipóteses. O comunismo foi uma hipótese. Uma hipótese que assustou o capital. A mera possibilidade do sonho rompeu as impossibilidades do sistema e a guerra de movimento foi

substituída pela guerra de posições. Entre o confronto aberto entre as classes, a disputa de hegemonia fez-se regra.

A revolução russa de 1917 moldou o século XX. A experiência soviética impediu o capitalismo livre e desregulado. Não existiria macroeconomia keynesiana se não houvesse o contraponto do socialismo real diante da Grande Depressão dos anos 1930. A própria ideia de um Estado de Bem-estar Social, o Relatório Beveridge e suas consequências, nada disso passaria de conjecturas se o fantasma do comunismo não fosse uma ameaça existencial ao sistema. A ideia de um estado de pleno emprego e com estruturas eficazes de amparo ao trabalhador só é aceitável aos senhores das indústrias e da banca por períodos curtos.

O colapso do socialismo real soviético parecia, para muitos, o início de uma nova era. E, de fato, o que antes era o contraponto ao capitalismo foi esquecido e o bem-estar social em um capitalismo remediado tornou-se a opção dos radicais, a nova solução intermediária ao capital desregulado neoliberal era um tipo de social liberalismo aplicado aqui e acolá. Era para alguns, o “fim da história”, tão efêmero que não durou mais do que alguns instantes. O atentado às torres gêmeas em Nova Iorque, em 2001, a crise financeira de 2008, e a pandemia da Covid-19, em 2020 reestabeleceram as ameaças à ordem natural capitalista e a ascensão da China, que ao menos do ponto de vista retórico ainda reivindica o comunismo, reestabelece na ordem capitalista as soluções mediadas e, neste contexto, o Estado volta a ter centralidade nos países centrais.

Fala-se de uma nova guerra fria antagonizando a potência dominante, os EUA (que vem subindo o tom das ameaças) e a China, que não tem muito a ganhar com confronto direto já que a tendência atual lhe é favorável (Foster, 2021). A estratégia chinesa tem como trunfo uma economia fortemente integrada às cadeias produtivas globais e um grande superávit comercial (com grandes reservas cambiais em dólares americanos), o que dificulta, ao limite da inviabilidade, tentativas de impor barreiras à sua expansão. (Fiori, 2021)

Os EUA parecem ter acordado tarde para o desafio chinês e não saber ainda muito bem como enfrentá-lo. O contraste entre o “milagre chinês” e o desempenho medíocre das economias centrais na última década ameaça também o domínio do “pensamento único” em política econômica. O fracasso do fiscalismo neoliberal, exposto à nudez pela crise de 2007-2008 e agravado pela pandemia em 2020, evidencia a necessidade urgente de alternativas. Três décadas de guerra “preventiva” patrocinada pela potência dominante e seus aliados europeus no Oriente Médio, cujo resultado tem sido apenas

trazer ainda mais instabilidade para a região, fazem os antigos sonhos de hegemonia parecerem ainda mais distantes (Fiori, 2018a).

Os efeitos perversos da transição para a “economia digital”, acelerada pela pandemia, já se mostram nas taxas de desemprego e na crescente precarização laboral (Amorim e Grohmann, 2021). Medidas de sustentação da demanda via redistribuição não parecem mais ir além de seus objetivos imediatos, tendo efeitos limitados sobre o crescimento. Ao mesmo tempo, o fiscalismo hegemônico corrói os já fragilizados sistemas de proteção social e restringe a capacidade de investimento estatal, em benefício de uma ínfima minoria de detentores de ativos financeiros –o já proverbial “um por cento” e suas frações. A moldura deste quadro sombrio é a crise ecológica e a ameaça do aquecimento global, que poderá ter um custo humano extremamente elevado– e certamente tão mais elevado quanto mais pobres os países e suas populações.

Em meio a isto, aumenta o cortejo de insatisfeitos e excluídos da velha “nova ordem”, inclusive nos países ricos do Atlântico Norte. Amplia-se o desencanto com as democracias parlamentares como dispositivo de concertação do conflito social (Streeck, 2013; Brown, 2019). A difusão das tecnologias digitais e das plataformas de interação social –além da formação de bolhas de opinião pela ação de algoritmos cuja finalidade é aumentar o “engajamento” dos usuários a qualquer preço e garantir a sua segmentação em subgrupos homogêneos– criou meios propícios à ampliação de escala das “guerras culturais” e à disseminação epidêmica de informação distorcida, bem como sua instrumentalização para fins políticos (Da Empoli, 2019).

O enfraquecimento da liderança moral dos EUA (que embora não tenha se iniciado no governo Trump, acelerou-se em sua gestão) veio acompanhado de posições mais hostis e utilização mais ostensiva de meios de guerra “não convencional” na persecução dos objetivos estratégicos norte-americanos (Fiori, 2018b). Na disputa comercial com a China, forças alinhamentos e pressionam os “emergentes”, em particular na América Latina.

As primeiras medidas do governo Biden, embora do ponto de vista doméstico, representem uma inflexão, não há sinalização de mudanças na política externa como, por exemplo no posicionamento estadunidense diante das manifestações em Cuba e na Colômbia. Em relação ao país sul-americano, aliado estratégico dos EUA na região, reina o silêncio diante de dezenas de mortes, feridos e presos durante os protestos. Já na ilha caribenha pequenas manifestações são caracterizadas como insurreições massivas do povo cubano contra uma ditadura sangrenta e que segundo o governo

ianque devem ser apoiadas por todos os democratas do mundo. Mesmo a adoção de políticas econômicas orientadas pelo estímulo à demanda agregada nos EUA deve ser tratada com cautela nos aliados norte-americanos nos países emergente. Os defensores locais do fiscalismo desdenham da 'bidenomics' como inexequível abaixo do equador (Landau, 2021) –o que seria irrelevante não fosse seu efeito profético e autorrealizador. De uma forma ou de outra, a mensagem moral elusiva– faça o que eu digo (austeridade), não o que eu faço (expansão do gasto), traz mais desgaste e convida ao exercício mais explícito e ostensivo do poder imperial.

É com este cenário que devemos observar para os países ao sul do Rio Grande, compreendendo –como coloca Fernandes (1975)– que os países da América Latina são produtos da expansão da civilização ocidental. Deste modo, os sistemas de produção latino-americanos seguem os padrões desta civilização: primeiro sob a liderança do colonialismo e neocolonialismo europeu, depois pelo capitalismo europeu sucedido pelo estadunidense. De acordo com Fernandes, o capitalismo na América Latina não possui autonomia e se organiza de forma a absorver e preservar a dominação externa.

A compreensão do espaço de manobra da América Latina tem ainda um componente de natureza geopolítica e seu papel na geoestratégia estadunidense. Os Estados Unidos adotam na região uma postura intervencionista e imperialista buscando o papel de árbitro político para exercer o controle sobre a massa de recursos do hemisfério ocidental. Se no século XIX estas ideias se sustentavam pela doutrina Monroe (sintetizada na frase “América para os americanos”), no pós-Segunda Guerra Mundial, a estratégia geopolítica dos Estados Unidos foi atualizada com base nas formulações do geógrafo Nicholas Spykman (1942). Spykman tinha uma preocupação com o eventual controle da Eurásia por uma potência ou coalizão de potências, para evitar que isso significasse o controle de fato do mundo, Spykman entendeu que não poderia haver contestação à hegemonia americana no hemisfério ocidental.

Assim, não poderia haver potência ou coalizão de países nas Américas, nem mesmo uma aliança com qualquer potência no hemisfério oriental, que pudesse desafiar ou ameaçar seu domínio no hemisfério. Em suma, para Spykman, as ações intervencionistas e a manutenção da hegemonia estadunidense no hemisfério têm basicamente duas razões interligadas: a construção de um possível sistema econômico e político autárquico sob a hegemonia de Washington e sua segurança territorial. Eventualmente ameaçado, o uso da força seria legitimado (Padula, 2013).

O domínio dos EUA na América Latina não seria possível sem o apoio das elites locais. Um suporte que se constrói muito antes dos Estados Unidos tornar-se a potência indiscutível das Américas. Uma estrutura social construída sobre os diferentes interesses de brancos, donos do poder político, e servos e escravos, índios e negros. Enquanto na Europa e nos Estados Unidos a burguesia branca tinha o capital como eixo articulador da economia e da sociedade, os senhores latino-americanos resistiam à instituição de uma relação de trabalho assalariado porque ela retirava seu status de majestade. Isso significava que eles usavam seus superávits comerciais apenas para o consumo de bens produzidos principalmente na Europa. Dessa forma, eles passaram a entender seus interesses como os das elites brancas europeias e americanas (Quijano, 2014):

A dependência dos senhores capitalistas não veio da subordinação nacional. Ao contrário, isso foi consequência da comunidade de interesses raciais. Trata-se aqui do conceito de dependência histórico-estrutural, muito diferente das propostas nacionalistas de dependência externa ou estrutural. (...)

o processo de independência dos Estados na América Latina sem a descolonização da sociedade não poderia ser, não foi, um processo de desenvolvimento dos Estados-nação modernos, mas sim uma rearticulação da colonialidade do poder sobre novas bases institucionais (p. 820, tradução própria).

Assim, podemos afirmar que a construção do Estado-nação latino-americano se deu contra a maioria do povo (negro, indígena e mestiço). “A colonialidade do poder ainda exerce seu domínio, na maior parte da América Latina, contra a democracia, a cidadania, a nação e o Estado-nação moderno” (p. 821).

José Carlos Mariátegui (2007), a partir da realidade peruana, mostra como as questões indígenas, religiosas e agrárias se relacionam e reforçam o cenário descrito por Quijano. A questão da terra como fonte de poder para as elites atrasadas também aparece na obra de Victor Nunes Leal (2012) em sua análise do caso brasileiro no clássico “Coronelismo, Enxada e Voto”. No século 21, o Brasil ainda possui cerca de metade dos parlamentares vinculado aos setores atrasados do campo, não existe estabilidade política possível a qualquer governo central no país sem acordo com a bancada ruralista.

Na prática somente neste contexto conseguimos compreender os limites para a acumulação e como a acumulação impõe limites a um Estado de Direitos na América Latina. E se a Constituição de 1988 garantiu direitos, a colonialidade do poder age recorrentemente

como fator preponderante na retirada dos mesmos e na derrota de qualquer projeto autônomo de país.

IMPÉRIO

A saúde brasileira vive sob a regência de mercadores que lucram com a doença, a dor e a morte. A estruturação dos sistemas de saúde no país torna o setor privado especialmente atrativo. Ao mesmo tempo que existe um mercado de grande porte, que garante escalas de operação significativas, possui também um amplo sistema público de saúde ainda que em certa medida precarizado. Deste modo, nas atividades mais lucrativas há uma certa especialização do setor privado ao passo que alguns procedimentos de alto custo (e baixa lucratividade) permaneçam sob responsabilidade pública. Ademais, o setor privado brasileiro é relativamente consolidado, com uma rede de empresas de porte médio com infraestrutura já instalada.

Para dar uma dimensão do peso do mercado brasileiro, em 2018, os gatos privados em saúde atingiram um valor aproximado de R\$400 bilhões, 58% dos gastos totais em saúde que estiveram em cerca de 10% do PIB. O setor público atua tanto como ofertante direto de diversos serviços de saúde e como demandante do setor privado através da contratação de serviços. De certa forma, os governos atuam na segmentação dos mercados, seja através da indução de estratégias de especialização das empresas ou na definição das faixas de renda e grupos sociais a serem foco dos grupos privados. Por ser um mercado bem estruturado e com um espaço considerável para o crescimento do setor privado, o mercado de saúde no Brasil passou de forma ativa por processos que pautaram a reorganização do padrão de concorrência global em serviços de saúde.

A análise presente nesta seção focará nas atividades de administração hospitalar, seguros de saúde e medicina diagnóstica. Esse recorte justifica-se tanto pelo grau de concentração, isto é, pela liderança exercida pelas grandes empresas no processo de concorrência, mas também pelo fato de serem atividades mais diretamente ligadas ao complexo industrial da saúde (Gadelha, 2003), no sentido de possuírem interfaces importantes com a dinâmica desse complexo industrial. As empresas dessas áreas, por exemplo, são demandantes de bens produzidos pelo complexo industrial da saúde, são atores fundamentais na disseminação de inovações e possuem papel de grande relevância nos ganhos de eficiência das novas tecnologias.

**Tabela 01 – Maiores Empresas de Serviços de Saúde no Brasil em 2020
– Patrimônio Líquido (R\$ milhões)**

	Empresa	Patrimônio Líquido (R\$ milhões)
1	Amil	12.449,1
2	NotreDame Intermédica	6.370,4
3	Hapvida	7.261,9
4	Rede D'Or São Luiz	5.442,0
5	Esho	4.516,2
6	Hospital Albert Einstein	3.441,3
7	DASA	3.263,4
8	A. C. Camargo Cancer Center	2.467,2
9	Hospital e Maternidade São Camilo	2.332,0
10	Unimed Belo Horizonte	2.114,2
11	Fleury Medicina e Saúde	1.759,0
12	Assoc. das Pioneiras Sociais	1.480,9
13	Alliar	1.320,0
14	OdontoPrev	1.116,5
15	HCPA	1.020,8

Fonte: Rocha (2021).

Os fundos financeiros mostraram um crescente interesse nessas atividades, principalmente a partir do final dos anos 1990. Sua participação crescente na estrutura acionária das empresas de serviços de saúde permitiu o financiamento de estratégias de aquisição de companhias, em um primeiro momento, no próprio mercado local e, posteriormente, em mercados externos. Para além de fatores de ordem tecnológica, a participação crescente dos fundos financeiros foi o fator determinante das mudanças ocorridas no setor e o principal condicionante do processo concorrencial nas últimas duas décadas, pelo menos.

A participação dos fundos financeiros no processo de reestruturação das empresas de serviços de saúde moldou um padrão de concorrência no mercado dos EUA, organizado por empresas atuando nacionalmente, de forma diversificada e integrando serviços hospitalares, medicina diagnóstica, seguros de saúde e, em alguns casos, até atividades como logística hospitalar. O aporte dos fundos financeiros possibilitou a internacionalização desse padrão de concorrência, em termos de sua tendência à concentração e verticalização de atividades, por indução da pressão concorrencial das empresas dos Estados

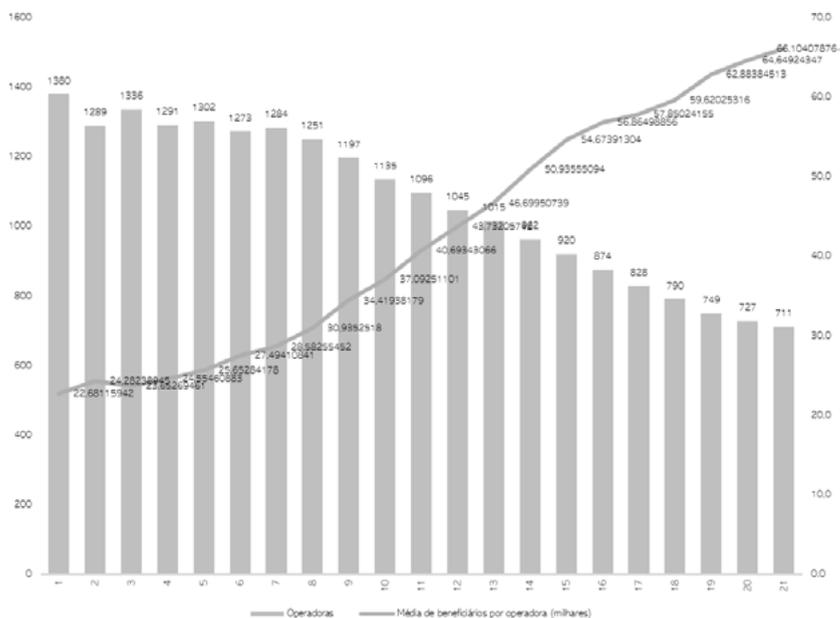
Unidos e, posteriormente, por processos de reestruturação análogo ao das empresas norte-americanas mundo afora.

A internacionalização dos conglomerados de serviços de saúde definiu a tendência que se espalhou ao longo da década de 2000, com a consolidação de grandes hospitais privados, grandes redes de hospitais, clínicas e laboratórios de um mesmo grupo econômico e sua integração com serviços de seguro de saúde. O mercado brasileiro tornou-se ao longo da década de 2000 especialmente atrativo no contexto desse processo, sendo o Brasil um mercado de dimensões continentais, integrado através de um sistema único de saúde e que o gasto total em saúde é dividido praticamente na mesma proporção entre o setor público e o setor privado.

O crescimento da renda per capita ao longo da década de 2000 e a transição de uma grande população do sistema público para a compra de serviços de saúde do setor privado forneceram escala significativa para a operação desse modelo de grandes empresas conglomeradas. Esse padrão de concorrência que podemos denominar de financeirizado começa a ganhar força no Brasil a partir da década de 2000 e define o sentido da reestruturação dos grupos locais (Bahia et al., 2016), com seus efeitos para a prestação dessas atividades no Brasil.

Nesse sentido, o processo de concentração que já vinha ocorrendo no Brasil, capitaneado pelas grandes empresas de serviços de saúde nacionais, foi reforçado pelo crescente interesse que o mercado brasileiro despertou na estratégia de aquisições das grandes empresas globais. Ao longo da primeira década dos anos 2000, o número de fusões e aquisições no setor cresceu consideravelmente, sobretudo as operações envolvendo as operadoras de planos de saúde. O número de operadoras de planos de saúde reduziu de cerca de 1.380 no começo da década para aproximadamente 1.000 em 2010, com o número médio de beneficiários por operadora crescendo de 21.372 para 52.780 no mesmo período.

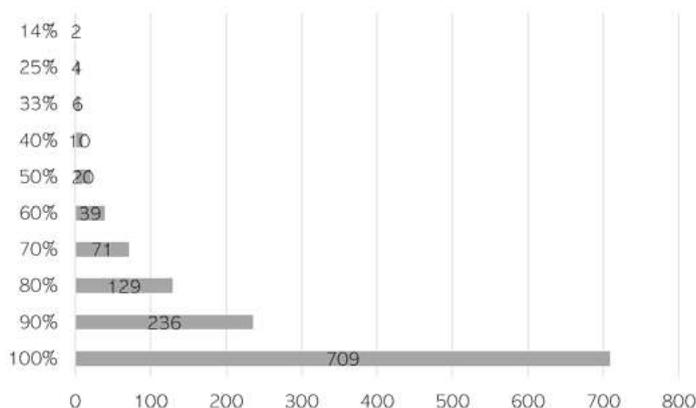
Gráfico 01 – Número de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e número médio de beneficiários por operadora (milhares de pessoas) – 2000-2020



Fonte: Rocha (2021).

Os dados para 2020 reforçam a tendência a concentração, com cerca de 700 operadoras médico-hospitalares concentrando o total de beneficiários. Embora haja um número relativamente grande de empresas, as 10 maiores concentram 40% dos beneficiários, sendo que esse grupo de grandes empresas opera em sua maioria de forma integrada, atuando também em serviços clínicos e hospitalares e, em alguns casos, em medicina diagnóstica (Andrietta, 2019). O grau de concentração se revela também no poder de mercado dessas empresas e na sua capacidade de obter reajustes de seus preços em níveis muito superiores às taxas de inflação.

Gráfico 02 – Concentração dos beneficiários por operadoras de plano de saúde médico-hospitalares – set/2020



Fonte: Rocha (2021).

Ainda que esse movimento tenha se concentrado no segmento de planos de saúde, o aumento da concentração também se estendeu aos outros segmentos, consolidando as grandes redes hospitalares e de medicina diagnóstica e ampliando o grau de integração das grandes empresas de serviços de saúde. Antes da chegada em maior volume dos fundos financeiros internacionais, no final da década de 2000, já era explícita a estratégia das grandes operadoras de planos de saúde em verticalizar suas operações através da aquisição de hospitais e clínicas, essa onda de concentração provavelmente também aumentou a atratividade do mercado nacional.

Entre as aquisições realizadas por empresas e fundos estrangeiros, são exemplares a compra da Amil pela United Health em 2012, a compra da Golden Cross pelo fundo KKR, também em 2012, a aquisição em 2014 da Intermédica pelo Bain Company e a aquisição de cerca de 13% do capital da rede de laboratórios Fleury pela Advent. Os fundos de private equity nacionais também atuaram de forma ativa durante o período, com destaque para a participação da Gávea Investimentos na aquisição dos laboratórios Diagnostika, Digimagem, Progenética e Biocod, e para a participação do BTG Pactual na expansão da Rede D'Or de hospitais (Bahia et al., 2016; Hiratuka, Rocha e Sarti, 2016).

Ao longo dos anos 2000, a rede hospitalar privada também foi alvo de atenção da estratégia dos fundos financeiros e passou por um processo de concentração considerável, com os dez maiores grupos hospitalares no Brasil sendo responsáveis por cerca de 35% do total

dos leitos da rede privada (Andrietta, 2019). O setor é altamente dependente da receita vinda dos segurados por planos de saúde, sendo a verticalização dos planos de saúde algo explicável pela lógica empresarial. A questão é que em se tratando de um mercado com grandes imperfeições e assimetria de informações, o aumento do poder de mercado tende a ser altamente prejudicial ao usuário e a capacidade de regulação pública sobre o setor.

Embora o crescimento do mercado e o aumento das escalas de operação tenha garantido a rentabilidade das empresas de serviços de saúde, certas características da estrutura de receitas de cada segmento trazem uma série de questões sobre a evolução do setor frente à mudança da conjuntura econômica após 2015. A primeira dessas características diz respeito à concentração das receitas das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares em relação aos planos coletivos, cerca de 75% das receitas totais, em sua maioria realizadas através de convênios empresariais. Essa cifra demonstra como as receitas dos planos de saúde dependem da evolução do emprego formal.

Os dados da ANS para 2020 demonstram uma redução das despesas assistenciais frente a 2019, com uma queda nominal de aproximadamente 4% no período. Provavelmente, esse dado está relacionado com o represamento de certos procedimentos médico-hospitalares em razão da pandemia, mas a tendência de crescimento que seguia nos anos anteriores deve ser mantida, quando não crescer a um ritmo superior pela retomada dos procedimentos suspensos e pelo impacto da própria pandemia na expansão das despesas assistenciais. Por outro lado, a perspectiva é que o emprego formal terá uma retomada lenta, o que deve significar uma menor expansão das receitas das operadoras.

Outra característica interessante é a interconexão entre as receitas dos hospitais e as despesas dos planos de saúde. As receitas obtidas por hospitais privados provenientes dos pagamentos realizados por algum tipo de convênio correspondem a cerca de 90% das receitas totais (Andrietta, 2019). O crescimento das receitas dos hospitais privados depende, nesse sentido, do aumento dos conveniados dos planos de saúde e do desembolso das despesas assistenciais pelas operadoras, que, como foi comentado, depende fortemente da evolução do emprego formal.

Em um cenário de baixo crescimento econômico e lenta recuperação do emprego formal, a dependência em relação às despesas por conveniados pode criar um incentivo a fusões e ao aumento do grau de verticalização entre as empresas. Ainda que os desembolsos para os hospitais representem cerca de 40% das despesas assistenciais totais das operadoras de planos médico-hospitalares (Silveira et al., 2020), em um cenário de baixo crescimento e aumento das despesas

assistenciais dos planos de saúde, as estratégias de verticalização podem ser uma resposta adotada em relação à conjuntura econômica.

No caso da medicina diagnóstica também se observa a concentração das receitas providas de usuários de planos de saúde e de serviços contratados por outros laboratórios. O aumento das receitas obtidas por serviços prestados para outros laboratórios representa uma tendência de especialização através da subcontratação que vem se tornando comum no setor (Andrietta, 2019), ainda que indiretamente, esses serviços também sejam remunerados através das despesas assistenciais dos planos de saúde.

Além do tamanho considerável do mercado privado de saúde no Brasil, essa estrutura de receitas, concentrada nos desembolsos dos planos de saúde, tende a reforçar, em um cenário mais adverso, algumas tendências de verticalização já presentes. A redução do ritmo de crescimento dos beneficiários, com o aumento das despesas assistenciais, a queda da rentabilidade dos planos e a redução da demanda por outros serviços de saúde pode induzir a busca pela ampliação das escalas operacionais em todos os segmentos de serviços de saúde, reforçando o papel dos fundos de private equity no financiamento desse processo.

Outra dimensão responsável pelas transformações dos padrões de concorrência no setor desde a década de 1990 foi a assimilação das tecnologias digitais. O paradigma da microeletrônica modificou diversos procedimentos, sobretudo na medicina diagnóstica, aumentando a complexidade tecnológica de diversos serviços de saúde. A introdução de novas tecnologias, que significavam um aumento dos custos fixos para hospitais e laboratórios, induziu a ampliação da escala de operação dessas empresas, servindo de incentivo ao processo de concentração.

A assimilação dessas novas tecnologias foi acompanhada da expansão dos grandes hospitais privados, crescimento das redes de laboratórios e clínicas e aumento do número de fusões entre as empresas do setor. O investimento requerido para a aquisição dessas tecnologias na área de saúde significou a necessidade de expandir o número de atendimentos das unidades clínicas e hospitalares e das análises laboratoriais, favorecendo a estratégia de atuação dos fundos financeiros no financiamento da concentração empresarial do setor.

No caso brasileiro, com receitas concentradas nos desembolsos das operadoras de planos de saúde, a verticalização significou uma estratégia de melhor gestão das despesas referentes a tratamentos de maior complexidade e maior coordenação entre os investimentos em novas tecnologias e a demanda por esses serviços. A assimilação dessas novas tecnologias criou uma estrutura com custos fixos mais elevados e

uma exigência maior em termos de escala de operação. Caso as empresas enfrentem um cenário de menor crescimento da demanda por serviços de saúde, a estrutura de custos do setor irá pressionar para que se mantenham as escalas de operação, o que geralmente significa um forte incentivo a fusões e aquisições.

A aproximação de uma nova mudança de paradigma tecnológico, com as tecnologias mobilizadas em torno da Quarta Revolução Industrial (OECD, 2015; Schwab, 2016), irá transformar drasticamente a forma de prestação de serviço e de diversos procedimentos na área de saúde. A nova rodada de aumento da complexidade tecnológica em serviços de saúde pode provocar efeitos semelhantes aos observados com a introdução do paradigma digital. Se por um lado, a tecnologia deverá continuar pressionando no sentido da assimilação de procedimentos mais complexos e com maiores custos de operação, por outro lado, a introdução de novas tecnologias poderá trazer novos players para o setor e induzir estratégias de verticalização com empresas desenvolvedoras de tecnologia.

As empresas de serviços de saúde, por sua vez, têm um papel fundamental no processo de disseminação de novas tecnologias. Primeiramente, porque definem o grupo inicial de usuários e o ritmo de adoção das novas tecnologias; dessa forma, as empresas de serviços de saúde possuem grande influência na evolução do aperfeiçoamento e dos ganhos de eficiência das novas tecnologias. A maior integração entre empresas de serviços de saúde e empresas desenvolvedoras de inovações pode significar ganhos importantes no estágio de Learning By Using das inovações e maior rapidez no aumento da escala de produção.

Desde a segunda metade dos anos 1990, o setor de serviços de saúde vem passando por transformações substanciais em seu padrão de concorrência e atuação das empresas líderes. A atuação dos fundos financeiros na reestruturação das áreas de negócios dos grandes conglomerados e no financiamento da disseminação desse padrão de concorrência, uma vez tendo começado nos setores industriais tradicionais, alcançou os serviços de saúde e promoveu a expansão das operações de fusões e aquisições nesse setor pelo mundo.

A participação dos fundos financeiros na capitalização das estratégias de aquisição dos grandes players teve como efeito o aumento generalizado do grau de concentração no setor com a criação de algumas grandes empresas globais de serviços de saúde. De modo geral, esse movimento foi replicado nos mercados locais de maior porte, resultando na formação de grandes empresas regionais, mesmo em países em desenvolvimento. O crescimento das empresas líderes e a concentração do mercado significou também um aumento do poder

de barganha e da capacidade de promover seus interesses junto às instâncias políticas.

O processo de concentração da concorrência foi acompanhado da crescente desregulamentação do setor, possibilitando que as grandes empresas atuassem de forma diversificada em distintos segmentos de serviços de saúde. Como existem vantagens significativas na atuação de forma integrada em alguns segmentos, as grandes empresas de serviços de saúde responderam ao aumento da concentração através da verticalização de suas operações e da ampliação das escalas produtivas ocupando vários segmentos de mercado.

Esse movimento criou uma estrutura de mercado marcada por algumas grandes empresas globais, atuando de forma diversificada e em diversos mercados. Como as empresas locais reagiram a essa tendência reproduzindo o mesmo movimento, em grandes mercados como o brasileiro, a estrutura tornou-se, de certa forma, semelhante, com a existência de alguns conglomerados locais, tendo como sócios também alguns grandes fundos financeiros. Essa estrutura já concentrada e operacionalmente integrada deverá passar por mais uma série de mudanças a partir da disseminação do paradigma tecnológica da Quarta Revolução Industrial.

A requisição de investimentos significativos para a automação da gestão e processamento das informações, assim como dos procedimentos clínicos e laboratoriais, e para a assimilação de forma geral das novas tecnologias na área de diagnósticos deve reforçar a tendência à concentração. O próximo paradigma aponta para uma tendência de empresas de serviços de saúde mais integradas e com maior escala operacional. Essa tendência pode não só reforçar o poder de mercado das grandes empresas, como imputar aos serviços de saúde uma lógica de eficiência e rotatividade cada vez mais semelhantes à atividade fabril.

Para além dos efeitos concentradores e dos estímulos à verticalização, o novo paradigma tecnológico deve ainda criar um mercado bem específico por conta do grau de automação e da escala operacional na gestão e processamento dos dados dos usuários. A capacidade de processamento computacional e o avanço dos algoritmos relativos ao desenvolvimento da inteligência artificial deve possibilitar a especialização na gestão de informações em serviços de saúde, com a possibilidade da entrada crescente de empresas de tecnologias da informação na área de saúde.

O controle sobre essas informações e a capacidade de cruzamento entre os dados gerados no sistema de saúde e os dados obtidos pelas empresas de tecnologias da informação pode se tornar uma fronteira importante para o desenvolvimento da medicina diagnóstica por

inteligência artificial e dos processos de automação no atendimento. A regulação dessa nova atividade de prestação de serviços de saúde se tornará nos próximos anos uma das questões fundamentais no debate sobre regulação desse mercado.

Nesse cenário, as empresas brasileiras encontram barreiras para seu crescimento provocados pela própria estrutura de receitas do setor no Brasil e a conjuntura de baixo crescimento e precarização do trabalho. Em um cenário como esse, o risco de internacionalização do setor é significativo, com a perda inclusive de parte da capacidade de se utilizar o complexo de saúde como um 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.

REPÚBLICA

No capítulo “Barreiras ao universalismo brasileiro”, Costa, Noronha e Noronha (2015), apresentam de maneira sintética os principais marcos da evolução do sistema de cuidados de saúde no Brasil a partir do início do Século XX, com ênfase na sua segunda metade e início do XXI. Ali faz-se um exercício de identificar as principais barreiras à edificação de um sistema universal e equitativo. O tema foi retomado em maiores detalhes para a segunda década do XXI, com destaque para os possíveis impactos da pandemia da Covid-19 já identificados em meados de 2020 (Noronha et al., 2021). Nesse texto, grande ênfase é dada à análise da segmentação, estratificação e fragmentação do sistema de cuidados, em particular aos incentivos dirigidos às classes sociais de maior renda e à compressão do setor público. Adiantam os autores:

A esse debate se soma a percepção de que não nos parece possível a coexistência de serviços privados de saúde com serviços públicos, sem que isso provoque um incremento na desigualdade. A existência de serviços privados cria cidadãos de primeira classe (aqueles que têm acesso aos serviços particulares de excelência) e cidadãos de segunda categoria (relegados ao SUS subfinanciado). Devemos, portanto, abrir o debate para refletir sobre a vedação da existência de provimento privado para tais serviços, fazendo com que sejam de provimento exclusivamente público. Isso, inclusive, reforçaria uma melhora no sistema público em decorrência do uso compartilhado do sistema: elites econômicas e financeiras e o trabalhador na base da pirâmide usariam o mesmo sistema. Isto poderia também forçar os tomadores de decisão política, ainda que movidos apenas por autointeresse, a adotar políticas efetivas para a melhoria do sistema.” (p. 61).

Essa questão nos faz remontar aos debates travados na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, importante marco no assentamento das bases sobre as quais foi edificado o chamado Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Na abertura do Relatório Final é dito “A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público.” (Brasil, Ministério da Saúde, 1987, pp. 381-382). A inspiração reformista vinha dos sistemas universais da Europa Ocidental, particularmente do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e da Suécia, e dos sistemas de saúde dos países socialistas de então, particularmente Cuba e União Soviética, onde toda a prestação era pública.

O que tece as propostas da Oitava é a tese central, incorporada à Constituição de 1988 em seu Artigo 196, que Saúde é direito de todos e dever do Estado. A ideia subjacente é a da equidade e justiça. Um sistema baseado em incentivos regressivos e pró-ricos inviabiliza esse desiderato.

Ainda revisitando a Oitava, encontraremos mais adiante em seu relatório final sobre o tema Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, a assertiva “O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor” (p. 385).

Naquela altura, o mercado de planos e seguros de saúde ainda não havia atingido uma escala para frequentar o debate das relações público-privadas no campo da Saúde. Apesar de já estarem presentes nos trabalhos de Donnangelo (1975), Cordeiro (1984) e Oliveira e Teixeira (1985), o que dominava o embate entre o público e privado era a contratação de prestadores privados, hospitais, ambulatórios, laboratórios e médicos, para atender à população beneficiária da Previdência Social. Os planos de saúde privados, cujos ovos foram postos pelas serpentes da indústria automobilística na segunda metade dos anos 1950, eclodiriam com vigor nos anos 1990, quando o financiamento do SUS começa a sofrer estrangulamentos crescentes por conta da sua desvinculação do financiamento da seguridade social. As jovens serpentes crescerão e passarão a circular com desenvoltura a partir da década de 1990 e estarão maduras e potentes, invadindo de maneira potente a política, capturando recursos públicos humanos e físicos, recheados de incentivos fiscais, aprofundando a segmentação da sociedade brasileira e fragmentação dos cuidados de saúde (Bahia, 1997; Noronha e Soares, 2001).

O setor privado de prestadores de serviços de saúde sofreu a partir dos anos 1990 um deslocamento de sua base principal de financiamento a partir do crescimento dos planos de saúde basicamente restrito ao quartil de maior renda da população brasileira. Em 2014, por exemplo, as despesas com internação hospitalar pagas para esse quartil já superavam em 12 por cento o total gasto para os restantes três quartos da população coberta pelo SUS (Silveira et al., 2020, p. 22). Igualmente houve uma redução na oferta de leitos privados ao SUS em mais 50%, que foram deslocados ao atendimento de pacientes de planos de saúde.

Essa expansão de intermediários privados para a contratação de prestadores de serviços de saúde vem agravando de forma substantiva a espoliação das classes subalternas por vários mecanismos e esferas.

Em primeiro lugar, pelos incentivos fiscais à sua contratação através de deduções no imposto de renda, seja de pessoas físicas, seja de pessoa jurídica. Em 2015, representaram quase 50% do orçamento do Ministério da Saúde.

Em segundo lugar, é importante salientar que o conjunto de ações de saúde pública, como imunizações, controle de endemias, vigilância epidemiológica, campanhas educativas de repercussão geral correm por conta financiamento público. Igualmente, algumas prestações de alta complexidade, como transplantes de órgãos e medicamentos de alta especialização como quimioterápicos e anticorpos monoclonais que não constam da lista de procedimentos obrigatórios para os planos, também correm pelo SUS, que funciona como um resseguro para eles. O perfil social dos beneficiados por esses procedimentos é nitidamente superior ao da clientela geral do SUS.

O terceiro ponto, por além dos incentivos fiscais diretos, diz respeito ao fato de que mais de 80% dos planos de saúde são contratados pelos empregadores e ofertados a seus empregados como salário indireto, não incidindo sobre eles qualquer tributação, o que não deixa de ser uma elisão fiscal. Complementarmente, como são incorporados aos preços finais de bens e serviços, são absorvidos pelos consumidores em geral, que acabam sendo cofinanciadores dos benefícios concedidos ao quartil de maior renda da sociedade.

Não menos importantes situam-se as dimensões políticas, ideológicas e sociais incrementadas e solidificadas por esses arranjos privados. Para os trabalhadores formais cobertos por esses arranjos, que compõem centralmente o proletariado moderno e parcela dos empregados em grandes cadeias de prestadores de serviços, os planos reforçam a capacidade de seleção e controle da força de trabalho, admitindo os mais hígidos, diminuindo o absenteísmo por doenças ou acidentes. Para os trabalhos que requerem investimentos das empresas de maior

sofisticação tecnológica para capacitação no “chão de fábrica”, a diminuição da rotatividade de empregados é um fator relevante para o aumento da lucratividade.

No que tange à oferta de prestadores de serviços, como hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, esta é fortemente influenciada pelo valor pago pelos procedimentos. Na média, por episódio de internação, à guisa de exemplo, os planos pagam, na média, quatro vezes mais do que o SUS. E, nos planos para as elites, chega a ser nove vezes superior. Essas diferenças não podem ser atribuídas exclusivamente a diferenças de hotelaria e preços, e certamente revelam diferenças na qualidade dos cuidados prestados.

Se examinarmos a retribuição aos profissionais de saúde, aos médicos em particular, o mesmo quadro de diferenças e estratificação se reproduz. Para os médicos, não apenas o valor o diferencia, mas também o tipo de relação trabalhista. Enquanto no setor público são assalariados, no setor dos planos, mantêm seus consultórios e prestam serviços por procedimento realizado, no modelo clássico da medicina liberal. Isso explica em grande parte o conservadorismo radical de uma parte importante da sua rejeição ao SUS.

Consequência dessa diferenciação de preços pagos pelos serviços é a captura de recursos humanos e físicos pelos planos e a sua não reposição pela contração de investimentos no SUS, como pode ser observado pela redução de leitos de internação ofertados ao SUS pelo setor privado menor que a ampliação de leitos pelo setor público observada nas duas primeiras décadas do século XXI.

O modelo médico predominante no Brasil é fortemente influenciado pela medicina praticada nos EUA, que é a medicina mais cara do mundo. Os incentivos para adotar a prescrição mais cara e multiplicar o número de atos médicos, como já ensinava Gentile de Mello nos anos 1970, estimula a adesão técnico-ideológica às práticas estadunidenses (Baptista e Borges, 2020). Nesse caso, a colonização da medicina e dos médicos se processa de maneira harmônica, e os incentivos para a estratificação para cima se multiplicam.

Essa medicina colonizada também apresenta efeitos perversos na distribuição de recursos tecnológicos predominantemente para as elites. No caso dos medicamentos, a partir de 2010 sobretudo, a ênfase da inovação e dos lucros da grande indústria farmacêutica tem se concentrado nas chamadas “drogas especializadas” basicamente destinadas a doenças órfãs e alto custo unitário por tratamento. O término da proteção patentária para as doenças mais frequentes tem elevado a produção de formulações genéricas e o afastamento do interesse da Big Pharma por esses produtos. A advento da chamada “medicina personalizada”, individualizando os tratamentos para

doenças autoimunes e o câncer, tem funcionado como um mecanismo de “seleção terapêutica”, garantindo o aumento da longevidade para as camadas de maior renda da sociedade (IQVIA, 2019).

O mesmo processo tem-se dado no uso de equipamentos diagnósticos e terapêuticos que só estão ao alcance das camadas de maior renda que podem pagar diretamente por esses serviços ou que estão cobertas por planos de maior prêmio. Como exemplo temos o PET Scan (tomografia computadorizada por emissão de pósitrons), usado para controle de pacientes com câncer, principalmente para identificação de espalhamento da doença (metástases) ou da radioterapia por emissão de prótons que chegou ao Brasil em 2018 para parcela selecionada das elites.

Há que registrar, a partir de outro ângulo, o papel da Medicina, como ferramenta “domesticadora” das classes subalternas, tema muito frequente na década de 1970 (Szasz, 1974; Illich, 1975; Foucault, 1977), denominado “medicalização”. Esse termo obteve uma ampla revisão por Conrad (2007) que o define como “o processo pelo qual problemas não médicos tornam-se definidos e tratados como problemas médicos, comumente sob a forma de doenças e distúrbios”, acentuando a expansão da “jurisdição” da medicina sobre os problemas da vida comum. A alta prescrição e consumo de antidepressivos, opiáceos, tranquilizantes, modificadores de humor constituem um bom exemplo dessa expansão, bem como a inclusão da “velhice” com categoria diagnóstica na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças a partir de 2020.

A domesticação da classe trabalhadora é um ponto que Michal Kalecki (2015) também apresentou em sua palestra, depois publicada como texto, Aspectos políticos do pleno emprego. Uma das funções do desemprego de acordo com o economista polonês seria justamente colocar para o trabalhador a ameaça da fome, a ausência de um sistema público universal de saúde capaz de atender as necessidades da população combinada com a garantia de plano de saúde ao trabalhador formal adiciona ao desemprego a ameaça de desamparo na doença.

Ademais, um sistema de saúde público eficaz também retira do capital esferas de acumulação. Neste sentido, desestruturar o SUS é extremamente funcional para os capitalistas e talvez seja uma das explicações mais razoáveis para o constante subfinanciamento. Para dar uma dimensão do subfinanciamento da saúde é conveniente comparar com outros países. Em 2017, os gastos em saúde no Brasil representaram aproximadamente 9,2% do PIB, sendo que destes o dispêndio público representava 3,9%, ou 41,7% da despesa total em saúde (Silveira et al., 2020). Reino Unido, Suécia e França –que também

possuem sistemas universais e gastos totais em saúde num nível similar, entre 8% e 11%— apresentam uma estrutura de despesa com participação pública de 81%, 82,3% e 84%, respectivamente. Mesmo os EUA, cujo sistema de saúde é de base privada, o dispêndio público responde por 49,2% do gasto total em saúde (Noronha et al., 2017). Se olharmos os dados per capita (em paridade de poder de compra), a despesa pública em saúde no Brasil é entre 5 e 7,5 vezes menor que os quatro países citados.

Para além dessa discussão do quanto se gasta, há ainda um debate do quanto se deveria gastar em saúde. A própria discussão do gasto em saúde tem que também passar pela ideia de que a melhora nas condições de saúde da população não diminui os gastos em saúde. Para ficar claro, a queda na mortalidade infantil vai propiciar que pessoas tenham uma vida completa e ao longo dessa vida utilizarão os sistemas de saúde e vão gerar mais gastos. Ou ainda, imagine um sujeito que sobreviva a um infarto aos 60 anos de idade, ele continuará se tratando de outros problemas de saúde ao longo do que lhe resta de vida. E, continuando as conjecturas, imagine que ele tenha um câncer aos 75 anos e que também se cura: esse é um sujeito que gera enormes despesas ao sistema de saúde. Medidas de prevenção na saúde são desejáveis porque elas nos possibilitam uma vida longa e de mais qualidade. Não há qualquer barateamento nos custos globais dos sistemas de saúde.

Isso nos remete ainda ao custo dos tratamentos. Existe hoje tecnologia para tornar viável um recém-nascido de 450 gramas, mas ao custo de quantos pacientes com tuberculose? Essa ideia de que os recursos para a saúde são limitados foi sintetizada numa frase do ex-ministro da Saúde Nelson Teich, num seminário, bem antes de assumir o ministério:

Como você tem dinheiro limitado, você vai ter que fazer escolhas. Vai ter que definir onde você vai investir. Eu tenho uma pessoa mais idosa que tem uma doença crônica avançada e ela teve uma complicação. Para ela melhorar eu vou gastar praticamente o mesmo dinheiro que eu vou gastar em um adolescente que está com problema. O mesmo dinheiro que eu vou investir. É igual. Só que essa pessoa é um adolescente, que vai ter a vida inteira pela frente e outra é uma pessoa idosa, que pode estar no final da vida. Qual vai ser a escolha? (Teich, citado em Aidar, 2020).

Isto ilustra de modo categórico a equivocada noção de que existem recursos suficientes para a saúde, e seriam apenas mal geridos. O ministro falava de escolhas na iniciativa privada. Este tipo de opção pode nos levar ao debate de soluções finais à moda nazista. Na verdade, essa lógica da escassez de recursos financeiros vale para a iniciativa

privada e se materializa quando profissionais de saúde têm que escolher entre um paciente e outro. Todavia, como já demonstramos que o gasto público (federal) por definição financiado pela emissão monetária, tal lógica não deveria se estender ao setor público e qualquer governo monetariamente soberano. Keynes (2010) já havia colocado, em outras palavras, que o governo pode pagar tudo aquilo que a sociedade é capaz de produzir.

Há alguns anos saiu na revista *The Economist* (2015) interessante artigo sobre o que a publicação denominou como meritocracia hereditária. O argumento central é que os filhos da elite, justamente por serem filhos da elite, são preparados de tal maneira que não só chegam ao topo, como são merecedoras dessa situação, uma vez que atingem os padrões da meritocracia melhor do que seus pares. Fazem, portanto, jus ao status que herdam. A argumentação em certa medida recorda uma crônica do cineasta Cacá Diegues (2008), publicada na revista *Piauí*, intitulada Seleção Artificial, que trata do aparecimento, no futuro, do *Homo rícus*, desenvolvido a partir de uma parcela da população que tem acesso a serviços avançadíssimos de terapia genética na fronteira tecnológica dissociada dos demais *Homo sapiens*. Os lucros com esta se tornariam de tal modo elevados que os laboratórios deixariam de fabricar os medicamentos convencionais para os homens comuns. O que Diegues apontou como ficção, Isaacson (2019) mostra que pode tornar-se uma efetiva realidade.

Tanto a meritocracia hereditária como a seleção artificial são resultados de uma falha da economia de mercado, ainda que ela funcione do modo mais perfeito que os modelos neoclássicos possam conceber: a alocação inicial dos fatores de forma desigual. O conceito de eficiência subjacente na economia neoclássica é aquele proposto por Pareto, ou seja, qualquer cenário em que não se possa melhorar a situação de alguém sem piorar a situação de outro é um ótimo de Pareto. A eficiência de Pareto, contudo, não busca um ótimo social e tampouco se preocupa com questões de equidade. Em termos mais claros, o primeiro teorema do bem-estar coloca que equilíbrios de mercado competitivo são eficientes de Pareto. Por outro lado, o segundo de teorema do bem-estar afirma que, desde que as curvas de preferência sejam convexas, alocações eficientes de Pareto podem ser alcançadas via equilíbrios de mercado (Varian, 2015).

Ou seja, se os problemas de distribuição e eficiência podem ser separados, são as dotações iniciais que determinam a riqueza individual. Uma política eficaz de distribuição de renda deveria, portanto, focar preliminarmente na redistribuição da dotação, redistribuir a riqueza.

As diversas formas de acesso a bens e serviços mais ou menos privilegiada de acordo com o status social pode catalisar um processo, similar ao descrito por Cacá Diegues (e possível como mostrado por Isaacson), de transformação da divisão social em classes para uma divisão em espécies. A própria existência de sistemas não universais de saúde e educação exclusivamente públicos contribui para esta evolução. O acesso privilegiado proporcionado por essa dualidade de sistemas reforça as desigualdades, já extremamente elevadas no caso brasileiro. Na pandemia da Covid-19, isso se torna caricatural com o rápido colapso do sistema público que não se repete na iniciativa privada, ainda que com enormes pressões, já que atende uma parcela diminuta da população.

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

Por fim, um sistema exclusivamente público pode ser a demanda garantida para a construção de um complexo econômico industrial da saúde. Somente com uma estratégia ousada poderá o Brasil assegurar sua autonomia estratégica em saúde que não deixe o país refém de interesses estrangeiros em emergências de saúde pública, como a pandemia da Covid-19, em que nos vimos em dificuldade de importação de simples máscaras N95 e respiradores. Inclusive, em 2015, a Fundação Oswaldo Cruz, por meio da iniciativa Saúde Amanhã, publicou um estudo (Complexo Econômico-Industrial de Saúde, Segurança e Autonomia Estratégica: para pensar a inserção do Brasil frente ao mundo) que mostra como poderíamos estar mais preparados para uma epidemia tão grave como a que vivemos.

PINDORAMA

Sorel (1992), em sua crítica a Marx nos lembra que uma revolução social em tempos de decadência poderia eventualmente referir-se às

ideias de um retorno ao passado e de conservação social. Como o processo de impeachment da presidenta Dilma se aliou ao bombardeio midiático de uma corrupção endêmica e de um estado supostamente gigante e ineficiente, o sentimento nas pessoas comuns pode ter sido exatamente o de uma decadência que tornava necessário um retorno ao passado. A eleição de Bolsonaro, além de outros aspectos, também deve ser entendida neste contexto.

As eleições de 2018 colocaram o Brasil no restrito grupo de nações governadas por frações da extrema direita, com a eleição de Jair Bolsonaro para a Presidência da República. Há uma dificuldade de caracterização deste governo, se fascista ou não, uma das poucas afirmações seguras sobre Bolsonaro é que ele é um político autoritário, sem tolerância às divergências e nostálgico da ditadura militar brasileira (1964-1985) e dos torturadores daquele período. Todavia, para caracterizar o governo Bolsonaro, podemos usar duas abordagens para o tipo de autoritarismo que se apresenta: o estado burocrático autoritário descrito por O'Donnel (2015); e o fascismo propriamente dito (Paxton, 1998, 2007).

Tanto o fascismo, como Paxton descreve, quanto o estado burocrático autoritário apresentado por O'Donnel são regimes autoritários. No entanto, cada autoritarismo possui características próprias.

Para O'Donnel, o estado burocrático autoritário é um tipo dentro do gênero do estado capitalista. O autor sintetiza algumas características desse tipo:

1. (...) sua principal base social é esta grande burguesia;
2. Institucionalmente, é o conjunto de organizações em que adquirem peso decisivo as especializadas em coação, bem como as que procuram realizar a “normalização” da economia (...);
3. É um sistema de exclusão política de um setor popular previamente acionado, que está sujeito a severos controles que visam eliminar sua presença anterior na cena política, bem como destruir ou captar recursos (principalmente aqueles cristalizados em organizações de classe e movimentos políticos) que apoiava a referida ativação. (...);
4. A referida exclusão acarreta a supressão da cidadania e da democracia política. É também a proibição do popular: impede (apoiando-o com sua capacidade coercitiva) de invocações como povo e, claro, como classe. (...);
5. É também um sistema de exclusão econômica do setor popular, pois promove uma normalização econômica particular e um padrão de acumulação de capital fortemente enviesado em benefício de grandes unidades de capital privado oligopolista e algumas instituições estatais, o que aumenta as desigualdades pré-existentes.

6. Corresponde e promove uma maior transnacionalização que acarreta um novo transbordamento da sociedade no que diz respeito ao âmbito territorial e às relações sociais que aquele Estado pretende limitar.
7. Este novo transbordamento da sociedade corresponde, em sentido inverso, a um encolhimento da nação. (...);
8. Suas instituições realizam tentativas sistemáticas de “despolitizar” o tratamento das questões sociais, submetendo-as ao que se proclama neutro e critérios objetivos de racionalidade técnica. (...)
9. O seu regime, não formalizado mas claramente em vigor, implica o encerramento dos canais democráticos de acesso ao governo e, com eles, dos critérios de representação popular ou de classe. Esse acesso é limitado a quem ocupa a liderança de grandes organizações, especialmente as Forças Armadas e grandes empresas, privadas e públicas (O'Donnel, 2015, pp. 217-219, tradução própria).

Essas são, de forma sintética, as características que diferenciam o Estado burocrático autoritário de outros tipos de autoritarismo. “Este não é um autoritarismo qualquer, mas um marcado por características que vêm da especificidade histórica que tentei elucidar nas páginas anteriores” (O'Donnel, 2015, p. 217).

Para efeito de comparação, também precisamos definir de uma forma razoavelmente objetiva o que é fascismo. Robert Paxton, historiador americano, talvez seja um dos maiores estudiosos do assunto e nos apresenta a seguinte definição:

O fascismo pode ser definido como uma forma de comportamento político marcado por uma preocupação obsessiva com a decadência e humilhação da comunidade, vista como vítima, e por cultos compensatórios de unidade, energia e pureza, nos quais um partido de base popular formado por militantes nacionalistas comprometidos, operando em cooperação incômoda mas efetiva com as elites tradicionais, repudiando as liberdades democráticas e perseguindo objetivos de limpeza étnica e expansão externa por meio da violência redentora e sem estarem sujeitos a questões éticas ou legais de qualquer natureza (Paxton, 2007, pp. 358-359).

Um ponto importante também na abordagem de Paxton é que “os líderes fascistas não faziam segredo de não ter um programa. Mussolini exaltava essa ausência”. Ele acrescenta que “os programas eram informais e fluidos” e que os fascistas fizeram as concessões necessárias para “ganhar aliados e subir ao poder”. O que aconteceu foi que os intelectuais que ajudaram no seu desenvolvimento programático acabaram renegados. O que os movimentos fascistas sempre fizeram foi uma “instrumentalização radical da verdade” e eles alteraram seu programa com frequência e sem se preocupar em escrever qualquer justificativa casuística (Paxton, 2007, pp. 40-41).

Segundo Polanyi (2000, p. 276): “A solução fascista para o impasse alcançado pelo capitalismo liberal pode ser descrita como uma reforma da economia de mercado, alcançada ao preço da extinção de todas as instituições democráticas, tanto no campo industrial como politicamente”.

Outro ponto que Paxton levanta em sua caracterização do fascismo que deve ser destacado é quando ele busca diferenciar o fascismo de outros regimes autoritários como a simples tirania, regimes militares ou ditaduras tradicionais. Para o autor, “os autoritários preferem deixar suas populações desmobilizadas e passivas, enquanto os fascistas querem envolver e excitar o público” (Paxton, 2007, p. 356). Essa distinção também permite perceber um ponto claro de distinção entre o fascismo e o estado burocrático autoritário de O’Donnel. Embora apresente características do tipo de estado capitalista descrito pelo autor argentino, o permanente estado de mobilização em que mantém seus anfitriões desde sua posse sugere que o governo Bolsonaro está mais próximo de uma forma fascista. Os esfaqueamentos sofridos durante a campanha reforçaram o arquétipo mitológico que os seguidores do atual presidente brasileiro lhe atribuem, o que reforça a ideia fascista de uma identificação mística “do líder com o destino histórico de seu povo” (Paxton, 2007, p. 39).

Além disso, ex-liberais, conservadores e tecnocratas oportunistas geralmente chegam ao poder e governam ao lado dos fascistas. Como nenhum dos grupos pode prescindir do outro, os regimes fascistas vivem em permanente tensão, sempre com o medo da esquerda ou dos liberais de que possam retomar o poder.

Hitler e Mussolini (...) precisavam dos recursos econômicos e militares controlados pelos conservadores. Ao mesmo tempo, os ditadores não podiam se dar ao luxo de enfraquecer demais seus barulhentos partidos, para não minar suas próprias bases de poder independentes. “Nenhum dos contendores poderia destruir os outros diretamente, por medo de perturbar o equilíbrio de forças que mantinha a coalizão no poder e a esquerda longe dela” (Paxton, 2007, p. 206).

A principal diferença do fascismo de estilo brasileiro é seu caráter periférico e subordinado que remete à colonialidade das elites brancas latino-americanas descritas por Quijano (2014). Não há visão de um país soberano atuando em um mundo multipolar, mas sim a perspectiva de que, por estar na área de influência da grande superpotência global, qualquer tentativa de desenvolvimento autônomo seja sabotada. A alternativa nem parece ser um desenvolvimento vinculado aos Estados Unidos, mas sim de um entendimento equivocado de que os interesses das elites brancas americanas seriam os mesmos das elites

brancas brasileiras. No caso do Brasil, foi derrubado em um processo de guerra híbrida, a subordinação demonstrada nas negociações até agora estabelecidas pelo governo com os Estados Unidos, sintetizada na dispensa de vistos para americanos sem reciprocidade, indica claramente que o país está ligado a algo semelhante à França Vichy.

Ao mesmo tempo, o negacionismo governamental diante da pandemia da Covid-19 enfraqueceu as bases populares do fascismo no Brasil e remete o país a uma nova crise de hegemonia como a do momento impeachment da presidenta Dilma. A aliança dos fascistas com as frações dominantes da burguesia tem sido colocada em xeque principalmente pelas perdas econômicas decorrentes da conduta irresponsável do presidente.

Apesar de alguns setores que estiveram nos governos do PT terem entendido a queda abrupta da popularidade da presidente Dilma que levou ao golpe de 2016 como decorrente exclusivamente de uma campanha diuturna da mídia contra o governo e aos escândalos de corrupção, não é possível ignorar o impacto das medidas de austeridade sobre a população, uma agenda que fora rejeitada nas urnas. Todavia, o golpismo que se pavimentou naquelas circunstâncias foi fomentado por aqueles que sistematicamente sabotaram o desenvolvimento brasileiro, as elites paulistas. Assim o fizeram na revolta de 1932, que chamam de revolução constitucionalista, mas, na prática, uma contrarrevolução mal sucedida. O suicídio de Vargas atrasou seu sucesso na segunda tentativa, nos anos 1950. Foram exitosos no golpe de 1964 com o fundamental apoio do governo de São Paulo à derrubada de João Goulart.

Quando Fernando Henrique Cardoso assumiu a Presidência e prometeu encerrar a Era Vargas, foi a ascensão destes setores ao poder pela via democrática. Isto permitiu uma desestruturação sem precedentes do Estado Brasileiro associado ao velho projeto derrotado em 1932. Um projeto que preconizava uma inserção subalterna do país na divisão internacional do trabalho sob hegemonia das elites primário-exportadoras e financeiras de São Paulo.

A ascensão de Lula e do PT construiu uma conciliação entre os interesses de entreguistas de São Paulo e uma estratégia mínima de desenvolvimento com inclusão social. Entretanto, José Luís Fiori (2015) nos lembra que a matriz teórico-ideológica originária do PT e do PSDB é mais ou menos a mesma: “paulista e democrática, mas, ao mesmo tempo, antiestatista, antinacionalista, antipopulista, e em última instância, também, antidesenvolvimentista”.

A tentativa limitada e malsucedida do governo Dilma Rousseff de introduzir uma trajetória alternativa de desenvolvimento em seu primeiro mandato (2011-14) rompeu o pacto, acirrou os anseios golpistas

desta elite e fez o governo se ajoelhar ao ajuste fiscal na ânsia de uma reconciliação que não veio. Ao contrário, acirrou-se a crise de hegemonia e os ataques das classes dominantes através da mídia corporativa à esquerda foram os mais ferozes que em qualquer tempo. A eleição de Bolsonaro parecia ter resolvido a crise de hegemonia por uma recomposição das classes dominantes. Os instrumentos de poder que o Partido dos Trabalhadores, de centro-esquerda, não apenas se furtou de usar como entregou aos golpistas, foram administrados sem pudores pelo bolsonarismo, que se não fosse a pandemia não teria sofrido qualquer abalo em seu projeto de poder.

A carestia, desemprego e inflação devem fomentar o caldo de cultura para revolta popular tende a se acentuar sem medidas econômicas efetivas que respondam à crise econômica. Embora ainda permaneça no discurso governista, a mídia e a própria CPI da Covid já desconstruíram a imagem dos caçadores de corruptos que já sofrera forte abalo quando a Lava Jato foi devidamente desqualificada pelos vazamentos publicados pelo *The Intercept Brasil* (2020).

Em realidade nos parece inevitável que a resolução da crise passe pela construção de um outro projeto de país. É preciso resgatar a utopia. Se o capitalismo já é um sistema que não resolve os problemas da humanidade, o capitalismo à brasileiro é incapaz de apontar soluções para os desafios do próprio capitalismo. Em realidade, o Brasil capitalista deu errado. 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 houve um momento de verdadeira independência, pois a nação nasceu subalterna. A república brasileira foi proclamada por um marechal monarquista. A (pseudo) ruptura com as oligarquias se deu com um oligarca. É preciso transpor o velho que ainda não sucumbiu, mas já é necessário apontar o novo. O novo é decolonial e descolonizado. O capitalismo e o colonialismo têm que ser superado por um novo pensar. A saúde é um direito de todos, é preciso desmercantilizar, a vida precisa se desmercantilizar. E sob a influência do pensamento crítico latino-americano e das ideias anticapitalistas pretendemos apontar o sonho da hipótese comunista e neste sendeiro fundar Pindorama.

E Pindorama será edificada pela macumba, a macumba nos termos que propõem Simas e Rufino:

A macumba, em um primeiro momento, seria aquilo que apresentaria as marcas da diversidade de expressões subalternas codificadas no mundo colonial, investidas de tentativas de controle por meio da produção do estereótipo. Encruzada a esta perspectiva, está a macumba como uma

potência híbrida que escorre para um não lugar, transita como um “corpo estranho” no processo civilizatório, não se ajustando à política colonial e ao mesmo tempo o reinventando. Como signo ambivalente que é, desliza e encontra frestas nos limites do poder, como potência do corpo que carrega em si parte possível de coexistência e de interpenetração (Simas e Rufino, 2018, p. 15).

E da macumba para a antropofagia, a deglutição do Bispo Sardinha pelos Caetés no rio Coruripe será o marco fundacional da utopia. O país que matou seus povos originários será edificado a partir da vitória simbólica dos 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).

BIBLIOGRAFÍA

- Aidar, Bruna. (2020, abril 16). Novo ministro da Saúde propôs escolha entre jovem e idoso. <https://www.metropoles.com/brasil/politica-brasil/novo-ministro-da-saude-ja-propos-escolha-entre-jovem-e-idoso>
- Amorim, Henrique y Grohmann, Rafael. (2021). O futuro do trabalho: entre novidades e permanências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/07/Amorim_e_Grohmann_O-futuro-do-trabalho_TD_63.pdf
- Andrietta, Lucas S. (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, Campinas, SP, Brasil.
- Bahia, Lígia. (1997). Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo. *Cadernos Saúde Colet* 5(21),105-122.
- Bahia, Lígia. (2009). O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 753-762.
- Bahia, Lígia et al. (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*, 32.

- Baptista, Tatiana W. F. y Borges, Camila F. (2020). Carlos *Gentile de Mello: em defesa de uma medicina institucional*. *Ciencia & Saude Coletiva*. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/carlos-gentile-de-mello-em-defesa-de-uma-medicina-institucional/17508?id=17508>
- Brasil, Ministério da Saúde. (1987). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: anais. Brasília: Ministério da Saúde, pp. 381-389.
- Brown, Wendy. (2019). *Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente*. São Paulo: Editora Filosófica Politéia, 2019.
- Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Chapter 1. Kindle Edition.
- Cordeiro, Hesio. (1984). *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Costa, Ana Maria, Noronha, Jose C. y Noronha, Gustavo S. (2015). Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro. En Carolina Tetelboin Henrion y Asa C. Laurell (org.) (pp. 17-39), *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Buenos Aires: CLACSO.
- Da Empoli, Giuliano. (2019). *Os engenheiros do caos: como as fake news, as teorias da conspiração e os algoritmos estão sendo utilizados para disseminar ódio, medo e influenciar eleições*. São Paulo: Vestígio.
- De Andrade, Oswald. (2011). Manifesto Antropófago. Edição crítica e comentada. *Periferia*, 3(1).
- Diegues, Carlos. (2008, novembro). Seleção Artificial. *Revista Piauí*. <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/selecao-artificial/>
- Donnangelo, Maria Cecilia F. (1975). *Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira.
- Fernandes, Florestan. (1973). *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Fiori, José L. (2015, junho 28). Longa duração e incerteza. *Carta Maior*. <http://cartamaior.com.br/?/Coluna/Longa-duracao-e-incerteza/33850>
- Fiori, José L. (2018a). Guerra do Golfo: uma guerra ética. En José L. Fiori (org.), *Sobre a guerra* (pp. 13-20). Petrópolis: Vozes.

- Fiori, José L. (2018b, novembro). Geopolítica internacional: a nova estratégia imperial dos Estados Unidos. *Saúde Debate*, 3(42). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S301>
- Fiori, José L. (2021, junho 23). Sete potencias e um destino: conviver com o sucesso da civilização chinesa. *O Sul 21*. Porto Alegre. <https://sul21.com.br/opiniaio/2021/06/sete-potencias-e-um-destino-conviver-com-o-sucesso-da-civilizacao-chinesa-por-jose-luis-fiori/>
- Foster, John B. (2021, julho 01). The new cold war on China. *Monthly Review*. <https://monthlyreview.org/2021/07/01/the-new-cold-war-on-china/>
- Foucault, Michel. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud (OPS)*, 11(1), 3-25.
- Gadelha, Carlos A. (2003) O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 521-535.
- Gramsci, Antonio. (1971). *Selections of the prison notebooks*. New York: International Publishers.
- Hiratuka, Célio, Rocha, Marco A. M. y Sarti, Fernando. (2016). Mudanças recentes no setor privado de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. En Paulo Gadelha et al. (org.), *Brasil saúde amanhã: população, economia e gestão* (pp. 189-220). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Illich, Ivan. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Isaacson, Walter. (2019). Aos super ricos, os super genes? *Outras Palavras*. <https://outraspalavras.net/tecnologiaemdisputa/aos-super-ricos-os-super-genes/>
- Kalecki, Michal. (2015, janeiro 04). Aspectos políticos do pleno emprego. <https://jornalggn.com.br/editoria/gestao/aspectos-politicos-do-pleno-emprego-por-michal-kalecki/>
- Keynes, J. M. (2010). How to Pay for the War. En *Essays in persuasion* (pp. 367-439). Londres: Palgrave Macmillan.
- Landau, Elena. (2021, abril 30). Sassa Mutema: importar plano Biden não faz sentido no Brasil. *Portal Livres*. <https://www.eusoulivres.org/artigos/sassa-mutema-importar-plano-biden-nao-faz-sentido-no-brasil/>
- Leal, Victor N. (2012). *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. Brasil: Editora Companhia das Letras.

- Mariátegui, José C. (2007). *7 Ensayos de Interpretación de la realidad peruana*. Caracas: Fundación Biblioteca Ayacucho.
- Marx, Karl. (1996) *O capital: crítica da economia política: primeiro livro – o processo de produção do capital*. Tomo 2. São Paulo: Editora Nova Cultural.
- Noronha, José C. y Soares, Laura T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 445-450.
- Noronha, José C. et al. (2018). Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2051-2059.
- Noronha, José C. y Castro, Leonardo. (2020). O sistema de saúde brasileiro: rumo à universalidade ou à segmentação? En Jorge Abrahão Castro y Marcio Pochmann, *Brasil: Estado de bem-estar social? Limites, possibilidades e desafios* (pp. 445-468). São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Noronha, José C. et al. (2021). A humanidade na encruzilhada: a luta contra a barbárie no pós-covid. Reflexões desde o Brasil. En Carolina H. Tetelboin, Daisy H. Iturrieta y Clara Schor-Landman, *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia* (pp. 45-70). Buenos Aires: CLACSO. https://www.clacso.org/pt/grupos-de-trabajo/publicaciones/?pag=detalle&id_libro=2315
- O'Donnell, Guillermo. (2015). Antecedentes teóricos e históricos para el estudio del Estado Burocrático Autoritario (fragmento) (El Estado Burocrático Autoritario, 1982). En Sergio Caggiano y Alejandro Grimson, *Antologías del pensamiento social latinoamericano y caribeño*. Buenos Aires: CLACSO.
- Oliveira, Jaime de Araujo y Fleury Teixeira, Sonia Maria. (1985). *(Im)previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2015, março 09). Enabling the next production revolution: issues paper. Background document prepared for the Danish Production Council Conference “Shaping the Strategy for Tomorrow’s Production”. Directorate for Science, Technology and Entrepreneurship: Copenhagen. [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DSTI/IND\(2015\)2&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DSTI/IND(2015)2&docLanguage=En)

- Padula, Raphael. (2013). A Geopolítica da Bacia do Pacífico e a integração regional a América do Sul. *Revista do Imea*, 1(2), 30-47.
- Paxton, Robert. (1998). The five stages of fascism. *The Journal of Modern History*, 70(1), 1-23.
- Paxton, Robert. (2007). *Anatomia do fascismo*. São Paulo: Paz e Terra.
- Polanyi, Karl. (2000). *A Grande transformação: as origens da nossa época*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Quijano, Aníbal. (2014). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y America Latina. Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Buenos Aires: CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140507042402/eje3-8.pdf>
- Ribeiro, Darcy. (2015). *O povo brasileiro: a formação e sentido do Brasil*. São Paulo: Global.
- Rocha, Marco A. M. (2021). *Reestruturação do setor privado de serviços de saúde: atualidade e perspectiva*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PJSSaudeAmanha_Texto0052_v03.pdf
- Sampaio, Teodoro. (1987). *O Tupi na geografia nacional*. São Paulo: Editora Nacional. <https://bdor.sibi.ufrj.br/bitstream/doc/429/1/380%20PDF%20-%20OCR%20-%20RED.pdf>
- Szasz, Thomas. (1974). *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper Row.
- Silveira, Fernando G. et al. (2020). Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. *Texto para Discussão 43*. https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/PJSSaudeAmanha_Texto0043_v04.pdf
- Simas, Luiz Antonio y Rufino, Luiz. (2018). *A Ciência Encantada das Macumbas*. Rio de Janeiro: Mórula.
- Sorel, Georges. (1992). *Reflexões sobre a violência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Souza, Jessé (2017). *A elite do atraso: da escravidão à lava-jato*. Rio de Janeiro: Leya.
- Spykman, Nicholas. (1942). *Estados Unidos frente al mundo*. México: Fondo de Cultura.

- Streeck, Wolfgang. (2013). *Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático*. Lisboa: Conjuntura Actual Editora.
- Schwab, Klaus. (2016). The fourth industrial revolution. Geneva: World Economic Forum. *The Economist*. (2015, janeiro 24). An hereditary meritocracy. <https://www.economist.com/briefing/2015/01/22/an-hereditary-meritocracy>
- The Intercept Brasil. (2020, janeiro 20). Leia todas as reportagens que o Intercept e parceiros produziram para a Vaza Jato. <https://theintercept.com/2020/01/20/linha-do-tempo-vaza-jato/>
- Varian, Hal R. (2015). *Microeconomia: uma abordagem moderna*. Rio de Janeiro: Elsevier.

LOS PROCESOS DE VACUNACIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) DESDE UNA PERSPECTIVA CRÍTICA HISTÓRICO-TERRITORIAL

Juan Carlos Eslava-Castañeda, Elis Borde,
Liliana Henao-Kaffure, Sandra Bernal-Olaya,
Mario Hernández-Álvarez

INTRODUCCIÓN

Después de año y medio, continuamos inmersos en una situación asombrosa e inquietante. La pandemia de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) trastocó toda la dinámica mundial e hizo evidente la vulnerabilidad de la forma de vida que habíamos creado. El miedo surgió y se extendió por el mundo, y empezó a orientar muchas de las acciones desarrolladas por los Estados nacionales, al tiempo que espoleó la labor científico-técnica. Si bien la reacción inicial fue de desconcierto y perplejidad, paulatinamente fue creciendo la confianza y la ilusión de una solución tecno-científica concretada en el recurso de las vacunas.

En medio de un profundo desgarramiento social y de intensos debates, que han enfrentado diversas miradas y saberes, se fue acrecentando, en varios sectores de la sociedad, el optimismo ante las posibilidades de enfrentar la pandemia. Los científicos y biotecnólogos redoblaron sus esfuerzos y, equipados con un impresionante saber acumulado, acometieron la tarea de poner a prueba asombrosas posibilidades tecnológicas.

Y, claro, esa labor ha estado impulsada por los intereses de una industria biotecnológica poderosa, que surgió de las entrañas de un sistema capitalista mundial en proceso de mutación. Desde hace años hemos visto cómo las dinámicas del sector empresarial han cambiado

y cómo han ido posicionándose, en los puestos de prestigio, poder y acumulación de capital, las industrias relacionadas con la alta tecnología.

La situación actual frente al uso de las vacunas debe entrar, por supuesto, en el análisis del fenómeno pandémico y, como sabemos, en dicho análisis no caben visiones simplistas ni unidimensionales. Como lo mencionamos en un texto previo, el fenómeno pandémico es complejo y requiere un abordaje acorde con dicha condición (Hernández-Álvarez et al., 2021). Aunque los análisis epidemiológicos y económicos han tenido, hasta el momento, un papel protagónico y son muy importantes, actualmente otros abordajes, como el histórico, el sociológico, el ecológico y el político, buscan establecer su propio protagonismo. Precisamente en este escenario, nuestro grupo de investigación se inserta con un enfoque propio, así como en la participación en el grupo de trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO.

Nuestro enfoque surge de un trabajo acumulado que ha buscado, fundamentalmente, entender los entrelazamientos que se dan entre el campo de la salud y las dinámicas del capitalismo mundial, y nos ha permitido analizar, tanto las pandemias previas de 1918 y 2009 (Eslava-Castañeda et al., 2017; Henao-Kaffure y Hernández-Álvarez, 2017, 2020) como la pandemia actual (Eslava-Castañeda, 2020b; Henao-Kaffure et al., 2020) y las reformas sanitarias en América Latina (Hernández A., 2012; Hernández-Álvarez et al., 2020).

En este escrito le damos continuidad al análisis iniciado en el texto titulado “La pandemia de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial” (Hernández-Álvarez et al., 2021). Dado que en dicho texto estudiamos, de manera comparativa y usando nuestro enfoque crítico e histórico-territorial, lo ocurrido en el primer momento de la pandemia en Brasil, México y Colombia, la idea es analizar el desarrollo posterior en estos mismos países, resaltando el problema de la desigualdad social en salud existente e incluyendo el inicio de los procesos de vacunación.

El capítulo busca mantener la visión comparativa y también la orientación general, lo cual exige una mirada amplia frente al contexto político de la región latinoamericana y las dinámicas propias de un capitalismo globalizado. Por ello, iniciaremos con algunas consideraciones sobre el desarrollo del capitalismo y la industria biotecnológica, para luego detenernos en los pormenores de las dinámicas locales en su articulación histórica y territorial transescalar.

Asumimos que los fenómenos y procesos que observamos en la escala local se configuran a través de dinámicas territoriales marcadas por territorialidades diversas y procesos históricos de corta, media y larga duración, que ocurren simultáneamente. De esta forma, el

ejercicio que proponemos no implica un simple estudio de contraste de diferentes lugares en determinados períodos, sino que apunta a un análisis tanto de las relaciones que se establecen entre territorios, como de las diferentes territorialidades transescalares y los procesos históricos que allí convergen. Por esta búsqueda de articulación en el análisis de las dimensiones espaciales y temporales, en que se entretienen múltiples relaciones económicas, políticas, sociales y culturales, y se cuestiona la forma hegemónica de actuar, es que hablamos de una perspectiva crítica, histórico-territorial.

INDUSTRIA BIOTECNOLÓGICA Y CAPITALISMO COGNITIVO

En términos muy generales se considera que la industria biotecnológica, en el sentido que hoy le damos al término, nació en los años setenta en Estados Unidos, pero su desarrollo se enraíza en los avances de la genética y la biología molecular de los años cincuenta y sesenta. Claro está que quienes hablan del surgimiento de la biología molecular en los años sesenta hacen referencia al momento de institucionalización oficial de la disciplina, pero algunos otros autores se remontan a los años treinta, cuando se crea el “grupo fago” y el afamado físico alemán Max Delbrück elabora sus primeras reflexiones en torno a los vínculos entre física y genética (Thuillier, 1985).

También cabe tener presente que el término “biotecnología” fue acuñado hacia 1919 por el ingeniero agrícola húngaro Karoly Ereky. Sin embargo, es ampliamente reconocido que su uso se extendió en la segunda mitad del siglo XX y que fue en ese momento cuando se desplegó el intenso proceso que articuló los intereses empresariales con los centros de investigación.

Un íntimo acercamiento entre los avances científicos, en varios ámbitos de la biología y la biomedicina de punta, y los intereses de acumulación del capital tuvo lugar en los años setenta y propició toda una revolución biotecnológica, en el contexto de instauración de las políticas neoliberales. La biotecnología y el neoliberalismo resultaron ser altamente compatibles: ambos tienen la ambición de superar los límites ecológicos y económicos del crecimiento, que están asociados al fin de los recursos no renovables y la producción industrial, mediante una reinención especulativa del futuro apoyada en las máquinas biológicas autopoyéticas y renovables en que fueron convertidas las bacterias (Cooper, 2008).

Tal como lo sostiene la profesora de sociología de la Universidad de Sidney, Melinda Cooper, la revolución biotecnológica es el resultado de una serie de medidas legislativas y regulatorias que fueron diseñadas para reubicar la producción económica a nivel genético, microbiano y celular, de modo que la vida fuera incorporada en los procesos

capitalistas de acumulación. El proceso conllevó al desarrollo específico de derechos de propiedad, estrategias regulatorias y modelos de inversión (Cooper, 2008), y es, en ese sentido, que puede establecerse un vínculo entre la revolución biotecnológica y las dinámicas del llamado “capitalismo cognitivo”, tal como lo señalaremos más adelante.

En medio de la euforia que, por la alta tecnología, se vivió durante la década de los noventa, la industria biotecnológica prometió superar los grandes problemas de la humanidad –el hambre, la contaminación y la pérdida de biodiversidad–, mientras que un capitalismo voraz arrasaba zonas completas del planeta, destruía todo tipo de ecosistemas y acrecentaba la brecha entre ricos y pobres, haciendo de la inequidad social y la destrucción ambiental problemas insuperados de gran importancia y visibilidad (Friel y Krieger, 2019; Kempf y Bucci, 2007).

En las últimas décadas hemos sido testigos del agravamiento de la situación ecológica y observado cómo las directrices capitalistas, que guían las sociedades actuales, se resisten ciegamente a llevar a cabo los cambios necesarios para frenar la destrucción; y pese a que el tema de la desigualdad o inequidad social es cada vez más reconocido y estudiado, las brechas entre poblaciones, territorios, países y regiones siguen incrementándose.

Nos encontramos atravesando toda una “crisis civilizatoria”: una confluencia de múltiples crisis –económica, energética, ambiental, climática, alimentaria y sanitaria, entre otras– que conmocionan todos los aspectos de la vida social, ponen en entredicho los esquemas de intervención tradicionales y afectan la capacidad propia de regeneración de todos los ecosistemas (Eslava-Castañeda, 2020c). Para algunos autores, esta situación favorece la presencia simultánea de epidemias y la sinergia entre ellas, y estaríamos viviendo, en ese sentido, más que una pandemia, una sindemia (Eslava-Castañeda, 2020a; Horton, 2020).

Volviendo al tema de la industria biotecnológica, cabe señalar que los años setenta fueron críticos. En Estados Unidos se experimentó una crisis económica profunda que impactó a todo el campo de la producción química, desde los plásticos y productos agrícolas, hasta los fármacos. La industria petroquímica había florecido como un productor masivo de productos básicos tangibles durante las décadas de los cincuenta y sesenta, pero en la década siguiente, con la crisis del precio del petróleo, se vio enfrentada a una fuerte caída de las ganancias; y la creciente presión del movimiento verde, combinada con una más firme regulación gubernamental, le significó internalizar los costos de su propia producción de desechos (Cooper, 2008).

Sobreveno, entonces, como respuesta a los límites comerciales impuestos por las exigencias regulatorias, un proceso de reorganización profunda en los sectores petroquímico y farmacéutico que permitió que la biotecnología molecular surgiera como una empresa comercial. En los años ochenta, las industrias petroquímica y farmacéutica de Estados Unidos se embarcaron en un dramático y autoimpuesto cambio de imagen, reinventándose como proveedores de las nuevas tecnologías limpias, relacionadas con las ciencias de la vida. Así que, durante esa década, todas las principales empresas habían invertido en las nuevas tecnologías genéticas, ya fuera mediante acuerdos de licencia con empresas emergentes de biotecnología o desarrollando sus propias unidades de investigación internas (Cooper, 2008).

Tomando el liderazgo de los recientes éxitos en el ADN recombinante y aprovechando las nuevas leyes de patentes, empresas como Monsanto comenzaron a experimentar con todo tipo de formas novedosas para reincorporar sus inversiones anteriores en el ámbito de la ciencia biomolecular. A todo esto se articuló el proceso de financiación de las economías mediante el cual el capital financiero adquirió el enorme poder que hoy ostenta y la evaluación de las ganancias futuras se convirtió en el factor decisivo para determinar el precio (Aglietta y Breton, 2001).

En medio de esta situación, los sectores farmacéutico y bioinformático reforzaron su posición mediante el recurso de las patentes y la radicalización de los derechos de propiedad. El concepto de “propiedad intelectual” se convirtió, entonces, en la estrategia central del capitalismo cognitivo. Tal como lo señala el sociólogo argentino Mariano Zukerfeld (2008), lo que actualmente llamamos “propiedad intelectual” surgió de la unificación y expansión de dos tipos de derechos: por un lado, los derechos a la “propiedad industrial” de los inventores y, por el otro, los derechos de autor, el denominado *copyright*. La fusión se inició, justamente, a partir de los años setenta en Estados Unidos, aunque el proceso solo se consolidó en los años noventa con la firma del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio –ADPIC en español, TRIPS en inglés– en el marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC).

En nuestro grupo de investigación hemos discutido ampliamente sobre los cambios ocurridos en el sistema capitalista a partir de los años setenta y, al igual que muchos otros, reconocemos en esa década el momento inicial de transformaciones profundas. Así lo constata una amplia literatura a pesar de que use términos diferentes para caracterizar tales transformaciones. Autores como Michel Aglietta y los teóricos de la regulación hablan de un cambio en el “régimen de regulación”; Giovanni Arrighi y sus seguidores identifican un cambio

en el “ciclo sistémico de acumulación”; economistas como Costas Lapavitzas mencionan el despliegue de un “capitalismo financiarizado”; y economistas como Carlo Vercellone, Andrea Fumagalli, Yann Molier Boutang y Enzo Rullani hacen referencia a un “capitalismo cognitivo”. Todos, sin embargo, insisten en el hecho de que las sociedades capitalistas sufrieron un cambio fundamental hacia finales de los años sesenta y en la década siguiente, aunque sus consecuencias se evidenciaron más claramente a partir de los años ochenta. Los cambios, por supuesto, no se han manifestado de modo homogéneo y su concreción ha dependido de contextos específicos.

Como lo refiere Zukerfeld (2008), durante mucho tiempo el capitalismo industrial construyó mercancías sobre la base de la exclusión al acceso de materia y energía que permitían las instituciones de la propiedad privada física. Pero los cambios ligados a la automatización de los procesos, la digitalización de la información y el avance de la informatización llevaron al auge de los bienes informacionales y, con ellos, al despliegue de nuevas formas de protección de los derechos de propiedad.

Estos nuevos derechos evidencian el cambio de fondo en las dinámicas productivas y en las relaciones de producción que, como se mencionó, han intentado relacionarse con el advenimiento del capitalismo cognitivo. A este respecto vale la pena señalar, por lo pronto, dos aspectos remarcados por Andrea Fumagalli (2010), un economista italiano y acérrimo defensor de la idea de capitalismo cognitivo: en primer lugar, el pivote central alrededor del cual gira esta metamorfosis del capitalismo es el conocimiento, y ello conduce al asunto de la producción inmaterial; y, en segundo lugar, el acto de acumulación presupone la existencia de dispositivos de poder sobre las actividades existenciales que las transforman en relaciones económicas productivas, y ello implica hablar de bioeconomía.

Así pues, el capitalismo cognitivo representa un nuevo momento en el desarrollo del capitalismo en el cual la producción inmaterial adquiere primacía, se transan bienes informacionales, la bioeconomía se torna en aspecto complementario y simétrico del biopoder, se difuminan las fronteras entre trabajo concreto y trabajo abstracto, y es la vida misma la que se valoriza (Fumagalli, 2010). La dinámica exige la apropiación privada del conocimiento general mediante nuevos encerramientos, cercamientos o enclosures (Burdeau, 2015), y esto conlleva desarrollo de mecanismos de protección de la propiedad intelectual, como las patentes (Zukerfeld, 2008).

Si bien la producción inmaterial es un aspecto fundamental del capitalismo cognitivo, es necesario tener presente que esta nueva fase del capitalismo tiene importantes implicaciones materiales y

territoriales que se manifiestan de forma dramática en la aceleración de los extractivismos. De forma general, como afirma el geógrafo brasileño Rogério Haesbaert (2011),

lo que “desterritorializa”, de hecho, la mayoría de las veces, es precisamente este distanciamiento o debilitamiento del Estado y la consecuente omnipotencia de una economía “flexible”, “ficticia”, especulativa y/o “relocalizada”. Ahí no son los grandes emprendedores y los grandes ejecutivos los que están “desterritorializados”, al contrario, son los que tienen la libertad de elegir la (multi) territorialidad que más les convenga, la más flexible y cambiante, es cierto, pero precisamente por esta razón aún más prodigiosa (p. 367).

Cabe tener presente que, si bien desde el siglo XIX existe la posibilidad de patentar los usos industriales de los microorganismos y, de hecho, el afamado investigador francés Louis Pasteur así lo hizo, solo desde los años ochenta del siglo XX se estableció la patente de microorganismos modificados genéticamente en Estados Unidos. Del mismo modo, desde los años setenta, con la Ley de Protección de Variedades Vegetales, las plantas reproducidas sexualmente están bajo la jurisdicción de la propiedad privada (García, 2006).

En este proceso de patentizar la vida, Estados Unidos llevó la delantera, y lentamente otros países continuaron por su senda. Como lo menciona el sociólogo portugués José Luis García (2006):

a principios de la década de 1980, se ampliaron las condiciones de elegibilidad para la concesión de patentes, adquiriendo proporciones radicalmente nuevas. Los derechos de propiedad comenzaron a otorgarse en el ámbito de las investigaciones fundamentales y en dominios hasta entonces considerados de conocimiento público. El primer ámbito cubierto por la nueva normativa fue precisamente el de las biotecnologías: con el patentamiento del famoso caso “Diamante vs. Chakrabarty”, que creó una apertura para el patentamiento de otras formas de vida complejas. El primer animal patentado fue la ostra de Allen, cuya alteración cromosómica le dio una dimensión más grande y un sabor más intenso. En el contexto de los seres vivos, en 1988, la Oficina de Patentes y Marcas de Estados Unidos (USPTO) admitió la primera solicitud de patente para un mamífero, un ratón transgénico, el llamado ratón de Harvard, con un gen humano capaz de desarrollar cáncer (p. 985).

Este desarrollo tecnológico se ha extendido a muchos ámbitos y, dentro de ellos, el agroalimentario ha adquirido un papel estratégico. En él se han hecho muy manifiestos los procesos de apropiación de la vida y su transformación en mercancía, con severas implicaciones para la agrobiodiversidad y la sustentabilidad y soberanía alimentarias. Los efectos previstos de la modificación genética de organismos y

productos alimentarios son diversos y van desde la resistencia a pesticidas hasta el retraso de la maduración. Pese a la incertidumbre acerca de los efectos a largo plazo del consumo de estos productos, su uso ha ido en aumento de un modo significativo (García, 2006).

Vale la pena resaltar que junto al descomunal desarrollo tecnológico que ha implicado el despliegue biotecnológico, se ha desplegado también una gran disputa comercial que ha conducido a una gran movilidad –fusiones y adquisiciones– en el campo de las industrias biotecnológicas y farmacéuticas.

El sector de la industria farmacéutica ha experimentado importantes reorganizaciones en las últimas décadas. Cabe señalar, por ejemplo, la adquisición que la empresa farmacéutica Merck hizo de buena parte de las acciones de Banyu Pharmaceutical, gran productor de medicamentos en el Japón (1983); así como las fusiones entre GlaxoSmithKline y Wellcome (1995); entre Sandoz y CibaGeigy, para formar Novartis (1996); entre Astra y Zeneca, para formar AstraZeneca (1998); entre Hoechst y Rhone-Poulenc, para formar Aventis (1999), y entre Aventis y Sanofi-Synthelabo (2004) (Carvajal Villanueva, 2005).

Ya en el siglo XXI ha sido reconocido el protagonismo, dentro del sector farmacéutico, de corporaciones como Pfizer, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Merck & Co., AstraZeneca, Novartis, Bristol-Myers Squibb, Lilly, Aventis, Sanofi, Roche y Abbott, entre otras, varias de las cuales han participado en la carrera por el desarrollo de vacunas contra la enfermedad del Covid-19. La llamada *big pharma*, lejos de constituir una parte de las teorías de la conspiración, se desarrolló entre los años setenta y ochenta del siglo XX, cuando se organizó en grupos empresariales a través de fusiones y adquisiciones para promover economías de escala, de la misma manera que lo hizo la industria agroquímica. Hoy su poder económico es enorme y se ha tornado en una industria de importancia estratégica en países como Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y Francia.

En este escenario empresarial y económico, en permanente movimiento, es en el cual se desarrolla la disputa comercial por las vacunas, y se hace visible que un puñado de empresas transnacionales se han apropiado de organismos biológicos, formas de vida y conocimientos colectivos referidos al uso de plantas y animales para su usufructo económico. Los fenómenos biológicos se han convertido en materias primas que la intervención tecnológica ha transformado en bienes económicos, y los derechos de propiedad intelectual han allanado el camino a la privatización y apropiación, incluso de la vida.

LA CARRERA POR LAS VACUNAS

El contexto presentado permite entender algunos de los sucesos ocurridos en el último año y medio, así como el papel adquirido por las empresas farmacéuticas en el contexto de la pandemia. Según Amal Elasri y Enric Serradell, profesores españoles de administración de empresas, la alta concentración de la industria farmacéutica se evidencia en que el 51% de la cuota de mercado está controlado por solo quince multinacionales: Pfizer encabeza el ranking, y es seguida por Hoffman-La Roche y Sanofi (Elasri y Serradell, 2020).

Para 2019, el volumen de fusiones en el sector biofarmacéutico alcanzó los 420.000 millones de euros, lo que supuso un incremento del 10% respecto al año anterior. Y si bien se señalaba una cierta tendencia a la baja en biotecnología, es de resaltar que para ese año se llevó a cabo la operación más grande de la historia del sector: por cerca de 77.000 millones de euros Bristol-Myers Squibb adquirió a Celgene y se transformó en uno de los ocho laboratorios más grandes del mundo. Todos estos movimientos, enmarcados en operaciones de fusiones y adquisiciones, consolidan la *big pharma* y fortalecen su derecho de explotación y venta durante los años que dura la patente (Elasri y Serradell, 2020).

En medio de las previsiones de los expertos frente al comportamiento de los mercados globales, la epidemia de Covid-19 se expandió hasta adquirir su estatus de pandemia. Y si bien la complejidad de las proyecciones mercantiles rebasa nuestra comprensión, cabe señalar que, muy rápidamente, las empresas farmacéuticas se movilizaron para buscar una solución tecnológica al problema, apoyadas por el financiamiento público y las promesas de compra. Diversos ensayos clínicos de vacunas, con resultados satisfactorios, incluso en las bolsas de valores, se iniciaron en todo el mundo.

Se propiciaron alianzas entre corporaciones pero, sobre todo, vínculos entre los sectores público y privado, aun cuando este último es el que suele sacar, de los beneficios, las mejores tajadas. Algunos ejemplos notorios de estas alianzas fueron las establecidas entre la corporación AstraZeneca y la Universidad de Oxford, para el desarrollo global y la distribución de una vacuna desarrollada por el Jenner Institute y el Oxford Vaccine Group; entre las corporaciones Inovio y Richter-Helm BioLogics GmbH & Co., para la fabricación de ADN para la vacuna INO-4800 (Cision PR Newswire, 2020); y entre la corporación Sarepta Therapeutics y el Instituto Estadounidense de Investigación Médica de las Fuerzas Armadas, USAMRIID por su sigla en inglés, en un acuerdo de investigación en enfermedades infecciosas (Elasri y Serradell, 2020).

Por supuesto, es importante tener en mente el protagonismo tecnológico de China, que no solo fue el epicentro de la pandemia sino que se convirtió en un directo competidor de las industrias farmacéuticas multinacionales de origen estadounidense y europeo, de Rusia e India. Después de un momento de gran zozobra generado al comienzo de la pandemia, cuando todo era incertidumbre, los investigadores lograron identificar la partícula viral involucrada como su causa inmediata y, a partir de ella, perfilaron varias opciones para enfrentar la situación. En este sentido, la perspectiva de una vacuna se convirtió en una gran ilusión, y no era para menos, dado el gran desarrollo técnico en el campo de las vacunas y las diversas experiencias en el trabajo de elaboración de vacunas frente a la acción de algunos virus. Aunque están claras las promesas de venta, no deja de causar asombro el contraste entre la velocidad de reacción y el interés de las empresas farmacéuticas ante el Covid-19, y la lentitud y el desinterés de estas frente a otras enfermedades que causan, en principio, más muertes en el mundo. En todo caso, el trabajo a favor de la vacuna fue intenso y condujo a una carrera muy veloz entre las empresas por posicionar su propia vacuna.

Según los planteamientos de la economista y politóloga venezolana Pasqualina Curcio (2021), hay tres factores que ayudan a explicar el interés por desarrollar la vacuna como recurso preventivo contra el Covid-19, en lugar de buscar formas de hacerla crónica y de desarrollar tratamientos paliativos, tal como lo han hecho las empresas farmacéuticas en otros casos ateniéndose a su interés por garantizar un mercado seguro y prolongado: una relativamente alta tasa de contagio, una suficientemente importante tasa de letalidad y una imposibilidad para hacer crónica la enfermedad. De esta manera el interés económico se alineó con el interés salubrista por evitar la enfermedad y la muerte precoz.

En este escenario, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) empezó a darse cuenta de las dificultades que podrían presentarse en la provisión de las vacunas y continuó abogando por acuerdos internacionales para su desarrollo y, sobre todo, acceso. Así, y a la postre, se generó el llamado Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19 (COVAX por su acrónimo en inglés), de una alianza público-privada entre la OMS, la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI) y la Alianza para la Vacunación (GAVI), con el objetivo de acelerar el desarrollo de la vacuna contra el Covid-19 y garantizar su acceso justo y equitativo para todos los países (Curcio, 2021).

Ya para inicios de noviembre de 2020, la posibilidad de la vacuna era inminente y en el camino se contabilizaban 45 candidatas, 33 de

las cuales eran impulsadas por empresas privadas. Para entonces, las vacunas más avanzadas eran la de las corporaciones, compañías y consorcios Oxford-AstraZeneca y Pfizer-BioNTech, las cuales habían conseguido autorización comercial en Europa, y solo 10 –aquellas de las corporaciones Janssen de Johnson y Johnson, Novavax, Sinopharm y Moderna y el Instituto Gamaleya, entre otras– estaban culminando la última fase de ensayos clínicos (Ruíz, 2020).

Los países europeos, de manera muy rápida, establecieron acuerdos de suministro de sus productos experimentales con varias corporaciones, compañías y consorcios: Oxford-AstraZeneca, Sanofi-GlaxoSmithKline, Janssen de Johnson y Johnson, CureVac, Pfizer-BioNTech y Moderna. Otro tanto, aunque en medio de la incertidumbre causada por la brega electoral y el cambio de gobierno, pasaba en Estados Unidos.

Para diciembre de 2020, el consorcio Pfizer-BioNTech publicó, por primera vez, datos completos sobre los ensayos de fase final frente a su vacuna contra el Covid-19. Más adelante, también Moderna y Oxford-AstraZeneca lo hicieron. Aunque para ese momento varios países habían hecho acuerdos con corporaciones para la compra y venta de vacunas, y Rusia y China habían vacunado a una parte de sus poblaciones en medio del desarrollo de sus propios estudios nacionales, el camino para la aprobación amplia de la vacunación en el mundo había quedado abierto.

Sin embargo, el desarrollo de acuerdos bilaterales entre gobiernos y corporaciones farmacéuticas y el hecho de que la mayoría de los fabricantes de las vacunas priorizara la aprobación regulatoria y venta a los países ricos donde obtendría las ganancias más altas, hicieron evidente que el proceso de vacunación en el mundo sería desigual. Tan notorio llegó a ser el asunto que el director de la OMS declaró, en enero de 2021, que “el mundo est[aba] al borde de un fracaso moral catastrófico, y [que] el precio de este fracaso se pagar[ía] con las vidas y el sustento de los países más pobres” (Noticias ONU, 2021b). Diplomática crítica al egoísmo de los países ricos y a la mezquindad de las empresas farmacéuticas, en tiempos de corporaciones transnacionales y debilitamiento de los Estados nacionales.

En este escenario de desigualdad, a América Latina le ha ido mal en su esfuerzo por garantizar el acceso a la vacunación. Por supuesto, las dinámicas nacionales han sido distintas y responden a su propia tradición institucional y a las directrices emanadas de sus gobiernos, pero, en general, en todos los países de la región ha habido problemas para acceder a las vacunas. Este hecho es un reflejo de la estructura geopolítica mundial, de la forma subordinada en que estos países se insertan en el capitalismo –ahora cognitivo– y de las dinámicas

nacionales propias; esto se traduce en la fragilización de las alianzas estratégicas, diplomáticas y políticas para la negociación y compra a gran escala, como en el Mercado Común del Sur (Mercosur) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) (Herrero y Tussie, 2015) que, en su época de auge fue descrita como una “revolución silenciosa en la diplomacia de la salud en Suramérica”.

Más recientemente, este hecho quedó manifiesto en el voto en contra que emitieron algunos países frente a la propuesta de liberar las patentes de las vacunas contra el Covid-19 en la Organización Mundial del Comercio (OMC) (Navas, 2021). Para marzo de 2021 se estimaba que a América Latina le había correspondido solo el 5% de las vacunas contra el Covid-19 aplicadas en el mundo, a pesar de haber aportado la quinta parte de las muertes (LatamChequea, 2021)2021. Analizaremos estos asuntos más adelante.

LA RESPUESTA A LA PANDEMIA EN AMÉRICA LATINA

Como lo señalamos en un texto previo, la pandemia ha hecho visible la matriz de desigualdad que hemos construido en nuestros países (Hernández-Álvarez et al., 2021). Una matriz que, en diferentes coyunturas críticas, ha reproducido la colonialidad histórica y profundizado, de manera simultánea, las relaciones de poder y exclusión de etnia, clase social, género y territorio. Hay mucho que comprender sobre las expresiones coyunturales de esta matriz en tiempos de pandemia, y no es nuestro propósito discutir lo que ocurre en cada uno de los países de América Latina. Nos ocuparemos, por lo pronto, del análisis a partir de lo ocurrido en Brasil, México y Colombia.

América Latina es una de las regiones más golpeadas por la pandemia. Para inicios de abril de 2021, se contabilizaban un poco más de 800 mil personas fallecidas, y un poco más de 25 millones de contagios. Nuestros países de estudio se encuentran dentro de los cinco países más afectados en la región, junto con Argentina y Perú. En conjunto, estos países sumaban cerca del 90% de las muertes asociadas al Covid-19 en América Latina (Statista, 2021).

Brasil, con 345 mil fallecidos por la enfermedad, resalta en el panorama; y las variantes del coronavirus descritas en su territorio y consideradas más contagiosas y capaces de producir reinfecciones, han tornado al país en un caso especial (Roberts, 2021). De hecho, en enero de 2021, el centro de estudios australiano Lowy Institute clasificó a Brasil como el país con el peor manejo de la pandemia del mundo. México, por su parte, no se queda atrás con 206 mil fallecidos. Y Colombia, aunque pareciese estar muy atrás con 65 mil fallecidos, no lo está tanto cuando se dejan de lado los datos en bruto, se relativizan por población, y se comparan las tasas de mortalidad.

En resumen, los tres países han experimentado un comportamiento dramático de la enfermedad, con tasas de mortalidad importantes. Para inicios de abril, Brasil registraba 1.680 muertes, México 1.638, y Colombia 1.308 por millón de habitantes (Datosmacro.com, 2021). La capacidad de respuesta, por su parte, ha estado determinada por la arquitectura institucional y la dinámica sociopolítica nacional (Hernández-Álvarez et al., 2021).

Brasil resalta hoy como una zona de alto riesgo debido a la equivocada orientación que ha tenido en el manejo de la pandemia y, como explicaremos más adelante, a la también equivocada estrategia institucional de propagación del Covid-19 promovida por una directriz negacionista incisiva que dio vía libre a las aglomeraciones y al uso de cocteles medicamentosos –sin efectividad comprobada científicamente– a manera de prevención. En una más larga duración, la situación brasileña se relaciona con su particular forma de inserción al capitalismo mundial en la región y sus tensiones políticas internas.

La larga trayectoria de industrialización, que se consolidó con el “milagro brasileño” de comienzos de los años setenta, propició la conformación de los fuertes mercados internos y dinámicas comerciales con los países vecinos que, a la postre, posibilitarían la conformación del Mercosur. Esta condición le dio a Brasil la posibilidad de contar con una masa amplia de trabajadores asalariados, tanto en el sector privado como en el público, y de allí su temprano desarrollo de la seguridad social, la cual contó con un gran crecimiento de la oferta privada de servicios de salud de mediana y alta complejidad desde los años sesenta (Paim et al., 2011).

En el período del ajuste fiscal de los años ochenta, la crisis económica y política que venía dándose en Brasil desde la década anterior, propició el auge del “movimiento sanitarista”; un movimiento social y político que proponía la democratización de la sociedad y la garantía plena de derechos. Este movimiento logró incluir en la Constitución de 1988 el reconocimiento de la salud como un derecho de los ciudadanos y un deber del Estado, en contravía de la agenda neoliberal del momento, lo que finalmente se consolidó con el surgimiento del Sistema Único de Salud (SUS) (Menicucci, 2014). El Sistema ha resistido desde entonces, pese a los constantes ataques evidenciados en un desfinanciamiento estructural y a las importantes concesiones que se expresan hoy en estructuras paralelas como aquellas del sistema suplementario de seguros y prestadores privados. El desfinanciamiento, vale decirlo, se agravó desde el inicio del gobierno de Jair Bolsonaro.

Sin embargo, la crisis de la deuda, la irrefrenable inflación y los vaivenes en la correlación de fuerzas en un régimen político multipartidista, individualista y poco articulado, condujeron a un período

de crisis y recomposición que favoreció la tendencia neoliberal y, con ella, la mayor articulación entre el sector salud y el complejo médico industrial (CMI). La estrategia económica de orientación neoliberal fortaleció el liderazgo de Brasil en el Mercosur para, gracias a la industrialización acumulada, convertir la apertura hacia el espacio regional en una ventaja comparativa. Al retirarse el aporte de los empresarios, mientras se consolidaba el sistema “suplementario” de seguros privados, sobrevino el desfinanciamiento del SUS.

Casi veinte años atrás, cuando el Partido de los Trabajadores (PT), después de varios intentos, logró poner en la presidencia a Luiz Inácio “Lula” da Silva, en 2003, se abrió la oportunidad de fortalecer el SUS. La ruta escogida fue la del programa de Salud de la Familia, que logró responder a las necesidades de salud de las poblaciones tanto rurales como urbanas. La integración de programas de transferencias monetarias condicionadas con otros servicios como alimentación, salud y educación, logró afectar la desigualdad histórica del país; pero el incremento en la capacidad de compra de los pobres no se tradujo en un afianzamiento del proyecto de derechos sociales de la Constitución. El desfinanciamiento del SUS no se resolvió y el sistema suplementario continuó su crecimiento paralelo, con alta participación del sector privado de seguros y prestadores de media y alta complejidad, profundizando así la lógica individualista. Los intereses privados quedaron fuertemente insertos en las dinámicas del SUS (Fleury, 2007).

La estrategia de recuperación del lugar de la economía del país en el escenario económico mundial resultó exitosa, al punto de hacer de Brasil uno de los cinco países emergentes BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) que lograron disputar la hegemonía mundial con Grupos como el de los siete (G7). La consolidación de la asociación económico-comercial de estas cinco economías nacionales emergentes tuvo lugar a costa de la consolidación de un modelo fuertemente extractivista con proyección regional. Este éxito internacional, gracias a los precios del petróleo y otras commodities, demandó alianzas con las élites políticas y empresariales, con las que no contaba el PT, para sostener su legitimidad política, lo cual implicó distanciamientos respecto de sus sectores más programáticos y de izquierda. El PT, como lo había hecho desde el principio del gobierno de Lula da Silva, creyó que podría beneficiar a los pobres sin afectar a los ricos (Anderson, 2016).

Las alianzas pragmáticas condujeron a políticas erráticas en el momento de “las vacas flacas”, al tiempo que consolidaron una estructura de corrupción en la que estaban implicados viejos beneficiarios del desarrollismo y extractivismo brasileños, y también nuevos sectores de ultraderecha que venían de las iglesias protestantes evangélicas,

exmilitares y miembros del aparato judicial. Sectores de clase media se manifestaron en contra de la corrupción destapada por la Operação Lava Jato, al tiempo que las clases dominantes ocultaban una lista de 316 políticos que estaban relacionados con el Caso Odebrecht. Entre tanto, otra alianza, una liderada por Fernando Henrique Cardoso, logró que se diera un golpe parlamentario a Dilma Rousseff y que Lula da Silva fuera encarcelado entre 2016 y 2017. El ajuste y la agenda neoliberal, que marcó el gobierno de Michel Temer, fueron retomados (Anderson, 2016).

El paso quedó abierto a los sectores más radicales de la derecha, liderados por el militar retirado Jair Bolsonaro, cuya campaña política afianzó la polarización clasista, racista y sexista de la matriz de desigualdad de Brasil, y reforzó, mediante la diseminación masiva de noticias falsas, el resentimiento y el odio contra el PT y contra cualquier expresión política y cultural vinculada a la izquierda. La destrucción de la institucionalidad que había sido creada en los períodos de gobierno del PT, y mantenida en el gobierno interino de Michel Temer en 2016, fue muy marcada y el desfinanciamiento del SUS ha sido notorio.

Ya frente al manejo contra la pandemia del Covid-19, la postura de Bolsonaro se caracterizó por una actitud negacionista radical que llevó a la renuncia de dos ministros de Salud (Picheta y Siad, 2020), y a una creciente militarización del Ministerio de Salud. Esta militarización se acompañó de la expulsión del cuerpo técnico del Ministerio, lo cual “ha promovido activamente la desvalorización o el desmantelamiento de los programas que podrían ser puntos fuertes de la respuesta a la pandemia, como la atención primaria y la vigilancia” (Ventura y Bueno, 2021, p. 453).

Este negacionismo se expresó en diferentes formas de negligencia frente a la detección y prevención del contagio, y la atención de los enfermos. Otros dos ministros de Salud renunciaron y un militar sin experiencia terminó asumiendo la cartera durante un período de diez meses. Entre tanto, y a partir de fuertes alianzas políticas y económicas, los grandes negocios de una economía fortalecida desde el período anterior se han ido consolidando.

Entonces, Brasil ha sufrido un repliegue de su expansión estatal y sus procesos de integración de la población excluida, debido al ascenso de una nueva derecha que encontró un terreno abonado por la crisis económica, la corrupción, la violencia y la incapacidad del gobierno para canalizar el descontento popular. Las presiones al SUS han sido constantes y, si bien la arquitectura institucional del sistema ha servido como soporte para enfrentar la crisis pandémica y evitado que la tragedia tenga aún mayores proporciones, la profundización de

las dinámicas mercantiles está horadando lo más esencial del sistema de salud.

Los datos frente a la pandemia muestran un alarmante panorama. En un año, después del 26 de febrero de 2020, cuando se reportó el primer caso de Covid-19, y del 12 de marzo, cuando se reportó la primera muerte por la enfermedad, la pandemia cobró un poco más de 250 mil muertes y los casos confirmados rebasaron los 10 millones. Y un mes más tarde los muertos sobrepasaban los 300 mil. Esta estremecedora experiencia pandémica evidenció la falta de coordinación de las diversas instancias gubernamentales pero, sobre todo, la orientación que le imprimió el Estado a la respuesta, la cual privilegió la economía por sobre la vida. Al final, como dijo el presidente Bolsonaro en un tono cínico, “todos nos vamos a morir alguna vez” (Milz, 2021). No obstante, no podemos dejar de notar disputas políticas entre gobernadores y alcaldes, especialmente de la Región Nordeste, y el gobierno federal. En este contexto se consolidó, por ejemplo, el Consorcio Nordeste, una alianza de gobernadores de la región que se posicionó contra las medidas y declaraciones de Bolsonaro desde marzo del 2020 y generó diferentes tipos de colaboración transestatal o “paradiplomática” en la compra de medicamentos, vacunas y otros insumos para contener la pandemia y responder a las demandas (Alvarenga et al., 2021; Ventura y Bueno, 2021).

México también ha sido cuestionado por su manejo de la pandemia, toda vez que casi nueve meses después del primer caso reportado en el país el 27 de febrero de 2020 y de la primera muerte ocurrida el 18 de marzo, ya sobrepasaba las 100 mil muertes. Al inicio de la pandemia se percibió una cierta subestimación de los riesgos, que ha tenido consecuencias importantes. El comportamiento de la enfermedad ha sido, con todo, desigual por territorios, grupos poblacionales y tipos de servicios de salud, y, en general, las tasas de mortalidad han sido mayores en la población indígena y en pacientes atendidos en el sector público. Por su parte, la fragmentación del sistema de salud ha reproducido las desigualdades (IGHS, 2021). Estas desigualdades y fragmentaciones se relacionan, en una más larga duración, con la trayectoria histórica del sistema de salud mexicano.

La trayectoria de larga duración del pacto corporativista que sostuvo al Partido Revolucionario Institucional (PRI) por cerca de 70 años en el gobierno, dejó huellas indelebles. La aplicación del modelo cepalino de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) en la posguerra, contribuyó al crecimiento económico y a una importante redistribución de la riqueza en México, aunque en una dimensión menor que en Brasil. Este modelo ayudó a consolidar el pacto corporativista del PRI, con una fuerte institucionalidad pública,

pero la apertura económica iniciada con la crisis de la deuda, en 1982, llevó a cambios importantes y favoreció la creciente dependencia ante la economía estadounidense, más intensa a partir de la vigencia del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), en 1994.

Si bien durante los años ochenta el sector salud avanzó en la llamada por Homedes y Ugalde (2008) “descentralización centralizada” de los servicios de provisión directa del Estado desde los referentes de la conocida posteriormente como Nueva Salud Pública (NSP), liderada por Guillermo Soberón y Julio Frenk, varios funcionarios y académicos salubristas, vinculados a cargos importantes a través del PRI, se opusieron y frenaron la propuesta de reforma que contenía un fuerte componente de transformación de la gestión. Ello favoreció que los sindicatos de las instituciones clave de la seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), conservaran su autonomía.

En los años noventa, la negociación del TLCAN abrió una nueva ventana de oportunidad para la reforma estructural del sistema de salud. En 1993, la Fundación Mexicana de la Salud creó el Centro de Economía de la Salud (CES) para propiciar la entrada de los empresarios de la salud al sistema. El CES fue el primer centro en elaborar un paquete de servicios costo-efectivo que estuviera en sintonía con las propuestas provenientes del Banco Mundial (BM). Esta orientación fue impulsada en el gobierno de Zedillo (1994-2000) bajo el Programa de Reforma para el Sector Salud.

En el año 2000, el Partido Acción Nacional (PAN), originado en la Democracia Cristiana de los años treinta, y desde la crisis de los años ochenta abiertamente empresarial y neoliberal, logró llegar a la presidencia con Vicente Fox y mantenerse en el gobierno hasta 2012. En esta coyuntura crítica se avanzó en la privatización progresiva de la prestación de servicios en las instituciones de la seguridad social y, en 2002, se puso en marcha el modelo del “Seguro Popular”, un subsidio que vendría a complementar los programas de transferencias monetarias condicionadas que se habían iniciado en 1999, con el programa Progresá. No obstante, este proceso tuvo una fuerte resistencia desde la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la cual estaba apoyada por el gobierno distrital que encabezaba Andrés Manuel López Obrador.

Cuando este mismo político socialdemócrata asumió la presidencia de la República, en 2018, como parte del Movimiento Regeneración Nacional (Morena), una de sus primeras decisiones en materia de salud fue la suspensión del Seguro Popular y su reemplazo por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que está basado en la oferta pública de servicios. Sin embargo, las tensiones de un sistema

profundamente fragmentado no se hicieron esperar; y el inicio de la pandemia coincidió con un momento de reestructuración en el que las acciones se desplegaron en medio de la limitación de recursos que había traído la aplicación de un rígido programa de austeridad del gobierno federal (IGHS, 2021).

México ha enfrentado una fuerte tensión entre las propuestas neoliberales en salud y aquellas que buscan mantener un control estatal de la asistencia médica y ampliar la garantía del derecho a la salud. Si bien las propuestas de López Obrador van en la segunda dirección, la tendencia hacia la instauración de una división de servicios promercado se mantiene, aun bajo los lineamientos de un gobierno socialdemócrata; y claro muchas de las propuestas gubernamentales aún están por concretarse.

Siguiendo las directrices que se han impulsado en otros países y regiones, la pandemia empezó a manejarse de una forma tradicional: vigilancia epidemiológica, aislamiento errático e higiene, por un lado, y preparación de servicios de alta complejidad para atender enfermos graves, por otro. Aunque la principal medida para contener la pandemia, por parte de la Secretaría de Salud, ha sido la “Jornada Nacional de Sana Distancia”, se ha impulsado una estrategia para aumentar el número de camas generales y de cuidados intensivos en los hospitales, así como del personal debidamente capacitado. La respuesta, por tanto, ha avanzado separando los servicios de atención individual de aquellos de salud pública (Tetelboin et al., 2021).

No obstante, rápidamente empezaron las dificultades de coordinación entre el gobierno federal y los gobiernos locales. Una semana antes de que el gobierno federal lo hiciera, la gran mayoría de los estados de la República auspiciaron medidas de aislamiento físico de la población, en reacción a la información sobre el avance de la epidemia en países de Asia y Europa. Esto ocurrió, en especial, en relación con el cierre de escuelas. A la postre, el gobierno Federal estableció medidas de confinamiento social más amplias que empezaron a desarrollarse, aunque con lentitud y en medio de polémicas. La vigilancia epidemiológica se vio afectada por la decisión de hacer pocas pruebas diagnósticas y el manejo de la emergencia se ha dado con escasez de equipos médicos, insumos y medicamentos (IGHS, 2021).

Al decir de la reputada representante de la medicina social, y quien estuvo en el gobierno de López Obrador en un comienzo, Asa Cristina Laurell (2020):

la emergencia de Covid-19, en efecto, evidenció la falta de infraestructura, el déficit de equipamiento y las plantillas de personal inadecuadas e insuficientes, pero las soluciones ofrecidas han sido casuísticas y sin visión de largo plazo. Asimismo, se forzó el sistema de compras consolidadas

conjuntas, pero la falta de oferta obligó a cada una de las instituciones a buscar equipo y medicamentos donde había. Se vieron, de esta manera, frente a un mercado oligopólico nacional e internacional que, en un contexto de muy alta demanda, puede fácilmente fijar precios elevados. Este mercado está en manos del llamado “complejo médico-industrial” (p. 973).

Esta situación ha generado mucha tensión y, por supuesto, ha puesto al país en una condición de vulnerabilidad. Pese a las ilusiones de cambio con que se asumió la llegada de López Obrador a la presidencia, la Subsecretaría de Promoción y Prevención, responsable institucional de los programas de promoción y prevención, ha seguido orientaciones muy tradicionales para el manejo tanto de la pandemia y de otras epidemias, como de las enfermedades crónico-degenerativas. En últimas, se sigue apostando por programas verticales, muy institucionalizados y, por tanto, con poca participación popular. Eso no ha permitido fortalecer un manejo más horizontal del sistema público de salud.

Por su parte, Colombia registró su primer caso de Covid-19 el 6 de marzo de 2020, y la primera muerte por la enfermedad el 21 del mismo mes. Un año después, los contagios confirmados superaban un poco los 2 millones y el número de muertes rondaba en 60 mil; y en el momento de escribir este texto, el número de muertes llegaban a 80 mil (Datosmacro.com, 2021). El análisis de las muertes empieza a evidenciar un problema de desigualdad social, toda vez que estas se han concentrado en los adultos mayores de 60 años, en los hombres, en la población indígena y en la población del régimen subsidiado (Cifuentes et al., 2021).

De manera relativamente rápida, el país impuso formas de aislamiento y confinamiento, y desarrolló estrategias para el fortalecimiento de la capacidad hospitalaria instalada y las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pero las relaciones entre el sector público y el sector privado han generado algunas tensiones que, en una más larga duración, hunden sus raíces en el arreglo institucional nacional en salud: un sistema organizado por un mercado de aseguramiento individual con competencia regulada.

Colombia nunca alcanzó los niveles de industrialización que tuvieron México y Brasil. En medio de una economía fundamentada en la agroexportación de un bien primario –el café– y una fuerte dependencia económica y política de Estados Unidos, el modelo de industrialización por sustitución de importaciones se concentró en algunos sectores que eran liderados por élites regionales y, desde los años setenta, se fue consolidando una ruta de reprimarización de la economía, apuntalada por el sector financiero, a través del sector minero-energético, la agroindustria, la ganadería y el narcotráfico (Bonilla González,

2011). Tal vez por los dineros del narcotráfico, la crisis de la deuda no fue tan profunda como en México y Brasil, pero la crisis económica también se articuló a la peor de las crisis de legitimidad del régimen político colombiano (Medina, 1997).

Después de más de 25 años de implementación, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se mantiene operando, con una cobertura formal de aseguramiento del 97% de la población, y es permanentemente mostrado como un ejemplo para la Cobertura Universal en Salud –o Cobertura Sanitaria Universal (CSU)– que impulsan la OMS y el Banco Mundial (BM) (Hernández-Álvarez, 2019; Hernández-Álvarez et al., 2020). En este sistema, un “régimen contributivo” obliga a cotizar a todo aquel que cuente con ingresos mayores a un salario mínimo, sean o no trabajadores formales; y un “régimen subsidiado”, financiado por impuestos y el 1% de las cotizaciones, incorpora a los pobres al mercado regulado de aseguramiento, una vez que han sido identificados mediante una encuesta de hogares (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN).

Actualmente, solo quedan algunos rezagos de los regímenes especiales que venían del sistema anterior y, en todo caso, existe la opción de que todo aquel que pueda pagar un seguro privado, o plan complementario, lo haga (Guerrero et al., 2011). En la medida en que es la capacidad de pago la que sustenta el modelo de aseguramiento, por demás individual, la calidad y oportunidad del acceso a los servicios es desigual entre sectores pobres, medios y ricos de la población. A pesar de los esfuerzos desplegados para disminuir estas desigualdades –subsidios que permiten a muchas personas acceder a los servicios–, la organización del sistema en regímenes de aseguramiento reproduce la matriz de desigualdad de clase social, etnia, género y territorio (Hernández-Álvarez, 2019).

Dado que todos los prestadores de servicios se han adaptado a la competencia empresarial y a su lógica de venta de servicios a las empresas aseguradoras, se ha producido una privatización de facto de la oferta pública, con deudas exorbitantes por parte de tales empresas y una precarización laboral pasmosa que se ha exacerbado en la pandemia (Torres, 2021). La salud pública se ha concentrado en un paquete de servicios denominado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), al que se le asigna alrededor del 5% del gasto total en salud. En estas condiciones, la capacidad institucional pública colombiana se ha debilitado mucho más que en México y Brasil, tanto en la prestación de los servicios asistenciales como en las acciones en salud pública (Roth-Deubel y Molina-Marín, 2013).

El gobierno de Iván Duque, que se posesionó en agosto de 2018 y representa al sector de la derecha opuesto al proceso de paz adelantando en el gobierno anterior, ha reducido el Acuerdo Final de Paz a un asunto de reintegración de exguerrilleros, y esto ha tenido importantes consecuencias en la estabilidad política del país. Antes de la pandemia, el gobierno se encontraba en uno de sus peores momentos políticos. La falta de implementación del Acuerdo, el asesinato sistemático de líderes y lideresas por parte de fuerzas paramilitares, la retoma de las armas por parte de un sector de la guerrilla de las FARC-EP con la que se firmó el Acuerdo, la persistencia de la guerrilla del Ejército de Liberación Nacional (ELN), y la decisión de dar una vuelta de tuerca a la implantación del modelo neoliberal habían producido, a finales de 2019, una de las movilizaciones sociales más grandes de las últimas décadas, poniéndose sobre la palestra la exigencia de garantía de derechos y de revisión a fondo a todas las políticas (Semana, 2019a, 2019b).

La llegada de la pandemia, en marzo de 2020, se convirtió en un salvavidas político del gobierno. La respuesta inicial fue una combinación entre confinamiento indiscriminado –sin diferenciación territorial– y apertura de actividades económicas, mientras se preparaban los servicios de salud –fundamentalmente con equipamientos de UCI–, y con una franca postergación de la atención de los enfermos aquejados de otras patologías. Con la Resolución N° 385, del 12 de marzo, el Ministerio de Salud y Protección Social declaró una emergencia sanitaria (MinSalud, 2020); con el Decreto N° 457, del 22 de marzo, el Ministerio del Interior impartió las instrucciones de la emergencia sanitaria y el mantenimiento del orden público (MinInterior, 2020); y con el Decreto N° 637, del 6 de mayo, la Presidencia de la República declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional (Presidencia, 2020). Bajo el amparo de esta Resolución y estos Decretos, fueron emitidos otros decretos que tenían por objeto canalizar recursos públicos para enfrentar la pandemia, pero con una forma de asignación propia de un Estado regulador que, funcional a la acumulación de capital en el régimen de capitalismo cognitivo financiarizado, favoreció la intermediación financiera (Hernández-Álvarez, 2019).

De esta forma, Colombia conserva un férreo sistema de aseguramiento individual en salud que se ha mantenido incólume pese a las críticas. Este sistema ha sido un gran obstáculo para desarrollar las labores de salud pública que se requieren en medio de la pandemia y para garantizar el adecuado ejercicio de la rectoría sanitaria, tanto a nivel nacional como territorial. Sin embargo, el apoyo gubernamental a las empresas aseguradoras privadas ha sido firme y, de hecho,

las medidas tomadas desde la jefatura del Estado han privilegiado la sostenibilidad económica y el apoyo al sector financiero, por sobre el bienestar de las personas que se han visto empobrecidas con la crisis pandémica. Aunque con tensiones internas, debidas al papel que han jugado algunas de las autoridades locales, el respeto por el marco del modelo de aseguramiento se ha mantenido y, de hecho, en julio de 2020, fue presentado un proyecto de reforma al sistema de salud que apalanca aún más el modelo.

Esta breve comparación permite entender que, si bien la arquitectura institucional de los países y las dinámicas políticas son distintas, existe una tendencia común hacia el predominio del mercado en la organización de las respuestas a las necesidades sociales. La tendencia ha dejado consecuencias graves que, en los tres países, han impedido construir respuestas adecuadas al reto de la pandemia. Los tres países se han enfrentado a la pandemia con sociedades desiguales, inequitativas y fuertemente golpeadas por la informalidad, en las cuales medidas como el aislamiento, las cuarentenas y las restricciones a la movilidad han agudizado la cuestión social, el desempleo y la precariedad.

De igual manera, cabe señalar que los tres países se enfrentan a una dependencia científico-técnica importante, aunque con diferencias. Si bien México y Brasil lograron niveles de industrialización importantes en el siglo XX, la dinámica del capitalismo cognitivo ha hecho que los tres países sean dependientes de tecnologías y desarrollos científicos foráneos, y que ninguno cuente con suficientes capacidades y recursos para competir en los mercados de vacunas, ventiladores y medicamentos. Alrededor de las patentes predomina una competencia global rapaz y descarnada, inscrita en una geopolítica injusta en la cual se imponen los valores de la acumulación capitalista sobre los de la solidaridad, y en esa geopolítica, los tres países, aunque Colombia se lleva la peor parte, ocupan un lugar desafortunado de dependencia y pobre capacidad de negociación.

Además, los tres países han sufrido un debilitamiento de lo público en salud que resulta crítico en la coyuntura actual, y que está muy relacionado con la debilidad democrática de los regímenes políticos a causa de la corrupción y el auge del mercado en los servicios públicos. Se trata de una lógica que incentiva el traslado de los recursos públicos hacia las grandes corporaciones por las vías de la contratación, la concesión o el pago per cápita, en la que los nexos entre políticos y empresarios resultan fundamentales.

Más allá de la incompetencia o negligencia de los gobiernos, deben ponerse de relieve acciones, omisiones y crímenes en los que han incurrido algunos líderes políticos como parte de sus estrategias de enfrentamiento y no enfrentamiento de la pandemia (Ventura y Bueno,

2021). Una importante discusión en este sentido ha sido impulsada por las investigadoras brasileñas Deisy Ventura y Flávia Bueno (2021), quienes afirman que “la estrategia institucional de propagación del Covid-19 implementada por el gobierno federal brasileño es una expresión radical del neoliberalismo en el campo de la salud, definida como neoliberalismo epidemiológico” (p. 427). En línea con lo que han argumentado otros investigadores que han analizado el caso de Brasil y el de algunos otros países y gobiernos (Abbasi, 2021; Almeida-Filho, 2021; Frey, 2020; McKee et al., 2020), esta estrategia se ha definido como “neoliberalismo epidemiológico” porque, “al igual que [en] la creencia incondicional en el libre mercado, la estrategia de inmunidad colectiva [promovida por parte de estos gobiernos] consiste en superar una epidemia con regulación y costos mínimos, aunque se sepa que implicará la muerte de miles de personas, sobre todo las más vulnerables” (Frey, 2020).

Según Ventura y Bueno la estrategia se ha implementado a partir de tres mecanismos: 1) una intensa actividad normativa y de imposición de vetos presidenciales, 2) una ejecución de actos de obstrucción a las respuestas a la pandemia en varios niveles administrativos, y 3) una implementación de propaganda contra la salud pública que, en forma de discursos políticos y diseminación de noticias falsas, pretende debilitar la adhesión popular a las recomendaciones sanitarias. Las autoras (2021) concluyen en este sentido que:

el neoliberalismo epidemiológico no se manifiesta como negligencia o como una sucesión de omisiones gubernamentales que hubiera[n] llevado la pandemia a seguir su curso natural. Al contrario, es una decisión del gobierno federal la de promover activamente el contagio masivo gracias a la exacerbación del ideario neoliberal y a los recursos discursivos del populismo conservador, pese a la resistencia de diversos actores nacionales y al repudio internacional. Al hacerlo, suponiendo que las autoridades federales brasileñas logren implementar esta estrategia con total impunidad, las pandemias se convertirán en un poderoso instrumento de exterminio de poblaciones vulnerables, a disposición de futuros gobiernos (p. 457).

Por supuesto, existen resistencias frente a las tendencias mercantiles que se desarrollan de diversas maneras y han tenido resultados disímiles. En Brasil, por ejemplo, la lucha por el SUS ha canalizado muchos esfuerzos y reunido a diferentes actores para sostener ese símbolo de las luchas democráticas. Hoy han aparecido propuestas alternativas para enfrentar la pandemia como el Frente por la Vida (Frente pela Vida, 2020). Por su parte, en México existe un forcejeo político constante dentro del gobierno federal y, pese a las dificultades, muchos

aún confían en las posibilidades abiertas por las directrices institucionales (Tetelboin et al., 2021).

Mientras tanto, en Colombia el descontento social se manifiesta de varias formas y algunas dinámicas organizativas, como el Pacto Nacional por la Salud y la Vida, empiezan a aflorar. Este pacto, que reúne a organizaciones de diversa naturaleza, ha abanderado la lucha por una renta básica que permita afrontar la pandemia, y todavía están por verse los resultados de la alianza en el cambio de la correlación de fuerzas en los escenarios de decisión nacional. Al momento de escribir este texto, el paro nacional convocado en Colombia para el 28 de abril de 2021 se convirtió en un estallido social, más fuerte aún que el del 21 de noviembre de 2019. Esta movilización masiva, que se ha mantenido durante varias semanas pese a la represión oficial ha logrado, hasta ahora, retirar el proyecto de ley del gobierno sobre la reforma tributaria y el archivo del mencionado proyecto de ley de reforma a la salud, que profundizaba el modelo de negocio con competencia regulada. Así que el panorama político está muy agitado.

LOS PROCESOS DE VACUNACIÓN EN AMÉRICA LATINA

La industria farmacéutica, productora de vacunas y medicamentos, ha tenido un gran protagonismo en esta pandemia. Si bien no se han logrado desarrollar medicamentos eficaces contra la enfermedad, las vacunas han llegado a tener una importante efectividad. Las empresas privadas han defendido el derecho a sus patentes argumentando, como es costumbre, la importante inversión en ciencia y tecnología que han hecho, pero también señalando los riesgos financieros en que han incurrido para el desarrollo de las vacunas. Sin embargo, quienes hoy asumen la mayoría de esos riesgos son los Estados, toda vez que las vacunas producidas por las empresas privadas cuentan con una protección especial que exime a las empresas de pagar indemnizaciones si sus vacunas producen efectos secundarios (Sánchez, 2020).

Durante el 2020 el mundo vivió una vertiginosa carrera por la elaboración de la vacuna, y mientras avanzaba esta carrera, los países se preparaban para iniciar el proceso de vacunación. En julio de 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró unas orientaciones para la planificación de la introducción de la vacuna contra el Covid-19, en las que se mencionaba que los países debían establecer metas así como criterios de priorización, pensando en que la vacunación se adelantaría por fases (OPS, 2020)2020. Se formularon tres objetivos básicos: uno, proteger la integridad del sistema de salud y la infraestructura para la continuidad de los servicios esenciales; dos, reducir la morbilidad severa y la mortalidad asociada al Covid-19 protegiendo a las poblaciones de mayor riesgo; y tres, reducir

la transmisión de la infección en la comunidad y generar “inmunidad de rebaño”.

Los objetivos llevan implícito una cierta priorización e implican, en ese sentido, vacunar a los trabajadores de la salud y otros servicios esenciales y a los grupos de mayor riesgo, identificados según la situación epidemiológica, y ampliar la vacunación a otros grupos de acuerdo con el incremento en la disponibilidad de las vacunas en cada país (OPS, 2020)2020. Estas son, en efecto, las orientaciones que, en términos generales, han seguido los países.

Hoy se vive con intensidad y algo de angustia un momento de producción y distribución masiva de vacunas. Los grandes procesos de vacunación iniciaron con el despegar del nuevo año, pero estos se han llevado a cabo de un modo muy desigual. Aunque, en general, la preocupación por las vacunas se concentra en los asuntos de la lentitud del proceso y la inequidad en su distribución, cabe tener presente que existe mucha incertidumbre frente a la duración de su efecto protector, así como frente a sus efectos en el mediano y largo plazo (Eslava-Castañeda, 2021)2021.

Para marzo de 2021 se estimaba que a América Latina le había correspondido apenas un 5% de las vacunas aplicadas en el mundo, a pesar de haber aportado cerca del 20% de las muertes (LatamChequea, 2021)2021. Brasil y México empezaron sus procesos de vacunación a mediados de enero de 2021, mientras que Colombia tardó un mes más en hacerlo.

Brasil inició su proceso de vacunación en medio de las tensiones de poder entre el gobierno federal y los gobiernos estatales, y por presión de algunos de estos, se adelantó la administración de las primeras dosis. El Estado de São Paulo tomó la iniciativa y fue seguido por los estados de Mato Grosso do Sul, Espírito Santo y Maranhão (Vivas, 2021b). La meta trazada para el proceso es vacunar al 70% de la población –cerca de 150 millones de personas– y, para empezar, se priorizó a los trabajadores de la salud, los mayores de 60 años y las poblaciones indígenas, quilombola y ribereña (ribeirinha en portugués).

El proceso ha tenido tropiezos y los problemas de disponibilidad de vacunas y otros suministros han sido un relato de ello. Tal como lo han expresado las investigadoras Ventura y Bueno, de la Universidad de São Paulo (USP) y la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ):

la respuesta brasileña a la pandemia [...] se caracteriza [...] por la renuncia al protagonismo en los planes regional y multilateral [por parte de Bolsonaro]; por la participación en alianzas nefastas para los derechos humanos, con gobiernos ultraconservadores y dictaduras; por la sumisión a los intereses de Estados Unidos, al menos durante la administración de Donald Trump (2017-2021), y por la importación selectiva y puntual de

conductas del expresidente estadounidense con fines propagandísticos [,] [...] [tales como] ataques a China y a organizaciones internacionales, en particular a la OMS, y vacilaciones en adherirse al Acelerador del Acceso a las herramientas contra la Covid-19 (COVAX) (Ventura y Bueno, 2021, p. 429).

A comienzos de abril se hablaba de haber administrado alrededor de 20 millones de dosis entre 16 millones de personas. Considerando que el Programa Nacional de Inmunización (PNI) brasileño es el más grande del mundo y tiene una gran experticia (Ventura y Bueno, 2021), el avance en el proceso de vacunación es cuestionable. Las vacunas administradas han sido las de las corporaciones Sinovac Biotech Ltd. y Oxford-AstraZeneca, puesto que el gobierno ha sido reacio a cerrar un acuerdo con Pfizer-BioNTech, por sus discrepancias frente a las condiciones de pago.

El centro de investigación “Instituto Butantan”, en el distrito de Butantã, en la ciudad de São Paulo, viene desarrollando un proyecto que llama la atención: el “proyecto S”, un estudio clínico que busca monitorizar las consecuencias de la vacunación contra el Covid-19 y valorar el momento en que se pueden retirar otras medidas de protección. El proyecto se lleva a cabo en la ciudad de Serrana, en donde toda la población adulta –cerca de 30 mil personas– fue vacunada con CoronaVac, la vacuna de la corporación china Sinovac Biotech Ltd. (BBC News Mundo, 2021).

En México, por su parte, se empezó a aplicar la vacuna entre los trabajadores de la salud de la llamada “primera línea” de atención, y se continuó con los adultos mayores, tal como ha ocurrido en muchos otros países (Vivas, 2021a). Las vacunas de cinco corporaciones, compañías y consorcios fueron aprobadas por el país para afrontar el reto de vacunar a 117 millones de personas: Oxford-AstraZeneca, Pfizer-BioNTech, Instituto Gamaleya, Sinovac Biotech Ltd. y CanSino Biologics.

Si bien el comienzo del proceso se vivió con gran expectativa, su lentitud, debida a la escasez de vacunas y a los problemas de suministro, hizo perder el optimismo del arranque. El gobierno esperaba vacunar a todo el personal de salud y a 15 millones de personas mayores de 60 años antes de terminar el mes de marzo, pero la expectativa tuvo que rebajarse al mes de mayo. Para comienzos de abril, México contabilizaba 9,8 millones de habitantes vacunados, habiendo repartido entre ellos 11,7 millones de dosis de vacunas. Este ritmo, a todas luces inquietante, llevaría a que el proceso de vacunación se extendiera durante tres años (Zerega et al., 2021).

En cuanto a lo ocurrido en Colombia, cabe señalar que el proceso de vacunación inició más tardíamente que en los otros dos países

debido a la demora en el establecimiento de acuerdos con las corporaciones farmacéuticas en los que, a la postre, varios de los términos tienen carácter secreto al amparo de cláusulas de confidencialidad. La orientación básica del proceso quedó consignada en el Plan Nacional de Vacunación, publicado en diciembre de 2020, y ampliamente divulgado entre enero y febrero del 2021 (MinSalud, 2021b).

En el Plan se establecieron dos fases y cinco etapas en las que se espera vacunar al 70% de la población, cerca de 35 millones de personas. Según la información suministrada por el gobierno, se han comprado vacunas, por la vía de la iniciativa COVAX, para completar el esquema de vacunación de 10 millones de personas; para el resto de la población, las vacunas que se utilizarán serán compradas mediante los acuerdos bilaterales establecidos con las corporaciones farmacéuticas, siempre de manera confidencial, aunque algunos organismos de control y sectores académicos hayan pedido transparencia en estos contratos.

Las vacunas autorizadas en el país son las de las corporaciones y consorcios Pfizer-BioNTech, Moderna, Oxford-AstraZeneca, Janssen de Johnson y Johnson, y Sinovac Biotech Ltd. Según la priorización establecida, primero se vacuna al personal de salud y a los adultos mayores de 80 años, luego a los mayores de 60 años, posteriormente la población adulta con morbilidades especiales, después a los cuidadores institucionales, y por último, al resto de la población (MinSalud, 2021a).

Debido a las limitaciones en el suministro de las vacunas, el proceso se lleva de forma gradual según la disponibilidad. Para la segunda semana de abril del 2021, en medio del aumento de casos y la alerta hospitalaria –se habló entonces de un segundo pico de la pandemia–, y después de experimentar una demora con la llegada de vacunas al país, se contabilizaban cerca de 3 millones de dosis administradas, para un poco más de 2 millones de personas (Datosmacro.com, 2021).

Si bien el gobierno nacional se muestra optimista, algunos reportes preliminares muestran que el proceso de vacunación está adquiriendo un inquietante comportamiento diferencial, debido a que la eficiencia en la aplicación de las dosis disponibles ha sido heterogénea. Departamentos como Bolívar, Huila y Cundinamarca han tenido un buen comportamiento, mientras que otros, como Cauca, Putumayo y La Guajira han tenido un comportamiento deficiente, aunque las valoraciones cambian con el paso de tiempo. Esta situación, asociada a las inequidades socioeconómicas documentadas en relación con la mortalidad por el Covid-19 y al comportamiento diferencial frente a la atención de los enfermos, hace que el panorama resulte amenazador

y pueda llevar a una situación aún más inequitativa (Ciencia abierta, 2021).

El problema del suministro de vacunas no ha sido un asunto exclusivamente local o regional, pero América Latina se ha visto particularmente afectada. La carencia de vacunas se ha debido, en gran medida, a los problemas que suscita mantener los derechos de propiedad en manos de la industria farmacéutica, en medio de una pandemia. Tal como lo menciona el reconocido salubrista y politólogo Vicente Navarro (2020), la defensa a ultranza de los derechos de propiedad pierde mucho de su sentido cuando se conoce que los desarrollos de las vacunas de corporaciones y consorcios como Moderna, Pfizer-BioNTech y Oxford-AstraZeneca están basados en investigaciones que han sido financiadas con fondos públicos, en Estados Unidos y la Unión Europea.

Una primera comparación de lo ocurrido en los tres países en términos de la respuesta que han tenido los Estados frente a la pandemia, revela varias similitudes y algunas diferencias. Sintetizaremos estos aspectos a continuación, en cuatro puntos.

En primer lugar, la pandemia irrumpió para los tres países en un escenario complejo, de gran desigualdad y de intensas dinámicas políticas, en que todos se vieron forzados a tomar medidas de aislamiento, cuarentena y restricción a la movilidad que agudizaron el desempleo, la precariedad y la desigualdad social.

Si bien la carga de la pandemia, como se ha visto en otros países, ha recaído en el sector público en salud, en los tres países estudiados este sector se encontraba ya debilitado, aunque de modo diferente de acuerdo con sus propias trayectorias históricas. Brasil había construido el vigoroso y dinámico SUS que, en medio de las tensiones políticas, ha defendido la centralidad de lo público y la garantía estatal del derecho a la salud, pero ha tenido que vivir múltiples contradicciones en el proceso y acoso creciente del poder de los mercados. Hoy, el SUS experimenta la arremetida de un gobierno autoritario y neoliberal que ha debilitado seriamente su accionar. México, por su parte, apenas había iniciado un proceso de fortalecimiento de la institucionalidad pública en salud, en medio de dificultades y limitaciones, cuando las afugas de la pandemia emergieron y las expectativas de cambio se ven ahora limitadas.

Mientras tanto, Colombia continúa manteniendo un sistema de mercado con competencia regulada que dismantela, cada vez de manera más fehaciente, la infraestructura pública. Irrumpen voces de protesta y alianzas que reclaman otra orientación para el sistema de salud y protestas generalizadas inspiradas, esta vez, en una regresiva y salvaje reforma tributaria, rememoran las protestas generalizadas

previas a la pandemia, en noviembre de 2019, y durante aquella en septiembre de 2020. La intensidad de la protesta social ha sido de tal envergadura que el gobierno retiró la propuesta de reforma tributaria y el Congreso de la República archivó la propuesta de reforma a la salud. Así que el ánimo de las movilizaciones se encuentra exaltado por esos logros, que se asumen de gran importancia.

En segundo lugar, los tres países desarrollan sus procesos de vacunación bajo el negativo influjo de una gran dependencia científico-técnica que, hay que reconocerlo, pesa mucho debido a la existencia previa de toda una historia en la producción de vacunas. Siguiendo directrices de la economía neoclásica del neoliberalismo, que apelaban a la poca competitividad en los mercados y a una supuesta vocación de productores de materias primas, se dismantelaron las infraestructuras para la producción de vacunas. El dismantelamiento fue total en Colombia, y menor medida en Brasil dada su mayor trayectoria industrial; en tanto que México parece encontrarse en un punto intermedio.

Por esta dinámica diferencial es que México y Brasil discuten acuerdos para producir vacunas, bien con el consorcio Oxford-AstraZeneca o la corporación Sinovac Biotech Ltd., algo que no hace Colombia. Aunque a veces se ha discutido, en este último país, la necesidad de tener un desarrollo tecnológico propio, como parte de la seguridad nacional, las exigencias que se requieren para satisfacer esta necesidad han llevado a que las propuestas se desestimen rápidamente (Rodríguez, 2021).

En tercer lugar, los procesos de vacunación se han llevado a cabo en medio de intensas dinámicas de negociación, en las que se ha manifestado la vulnerabilidad de los Estados nacionales y la posición dominante de las corporaciones farmacéuticas. Esto ha sido evidente tanto a la luz de las dificultades con la puesta en marcha de la iniciativa COVAX (Noticias ONU, 2021a) y su limitada capacidad de agilizar la distribución de las vacunas, como a la luz del poder demostrado de las corporaciones en cláusulas de confidencialidad impuestas a los gobiernos y en exoneraciones de responsabilidades frente a los efectos de las vacunas (Sánchez, 2020).

Como lo señaló Vicente Navarro, el escenario de escasez de vacunas refuerza el poder de negociación de la industria farmacéutica, que ha aprovechado el desespero de sus clientes, los Estados, para optar por las vías que le resultan en cada momento más convenientes. En los acuerdos bilaterales con las corporaciones farmacéuticas, por los que algunos países han optado en detrimento de la iniciativa COVAX, las corporaciones han incumplido sus ofrecimientos, en varias ocasiones, y en otras simplemente han cambiado de comprador. Sin

embargo, como nos lo recuerda el propio Navarro (2021), esta no es la única forma en que se puede proceder:

Tenemos experiencia que muestra que existen *modus operandi* para resolver esta gravísima situación distintos a los del modelo conservador-liberal. El caso más claro es la experiencia con la práctica erradicación de la poliomielitis a nivel mundial, una de las enfermedades que causó una mayor mortalidad en el mundo durante el siglo pasado. Analizando cómo se controló y erradicó la poliomielitis décadas atrás, podemos ver cómo se hizo y cómo se debería hacer ahora. Actualmente, esta enfermedad casi ha desaparecido y ello es resultado, primordialmente, de la manera en que se desarrolló su plan de erradicación. Con el objetivo final de erradicarla, se impulsó una campaña global, liderada en gran parte por la OMS, con la ayuda y el consenso internacional. Un elemento esencial de aquel hito es que no hubo ninguna patente que obstaculizara la producción de la vacuna a nivel mundial. Su descubridor, el Dr. Jonas Salk, insistió en que no la hubiera y que fuera de propiedad pública.

No debemos olvidar el hecho de que hoy se está actuando con un recurso tecnológico que aplica muy novedosas técnicas, a las cuales apenas nos estamos habituando. Aún existe incertidumbre frente a cuánto durará el efecto protector de las vacunas y sus efectos a mediano y largo plazo, así que, pese a la esperanza puesta en las vacunas, hay que ser cautos. De otra parte, no se puede pensar que la vacuna es una solución última, toda vez que, pese a su importancia, no se afectan con ella las condiciones socioambientales en que despierta la pandemia, ni sus peculiares condiciones de reproducción (Eslava-Castañeda, 2020b). Asimismo, es evidente que la pandemia no puede enfrentarse sin garantizar una renta básica a la población que, en su mayoría, depende de trabajos que la exponen desproporcionadamente al virus, y que explican la expresión y persistencia de las inequidades sociales en la mortalidad por el Covid-19, en contextos de polarización y fragilización socioeconómica como los de Brasil, México y Colombia.

Por último, es necesario resaltar que, pese a ciertas tendencias generales, las dinámicas de los procesos de vacunación ocurren de acuerdo con las particularidades y trayectorias de los países y, dentro de ellos, existen diversas realidades territoriales. Como se comentó antes, en los tres países empieza a documentarse un cierto desequilibrio en la eficiencia en la distribución de las vacunas, entre los departamentos, en el caso de Colombia, y entre los estados, en los casos de México y Brasil. Esto nos lleva a plantear que se hace necesario repensar la manera en que se está actuando.

En especial, parece necesario transformar las redes socioespaciales de poder que se han cristalizado en la coyuntura actual; obtener

una mirada y una labor más sensibles a las especificidades territoriales y a las diferentes temporalidades, sin perder de vista la dinámica geopolítica mundial; y juntar aspiraciones, experiencias y esfuerzos alrededor de elementos comunes, para hacer acuerdos sobre lo que habrá de considerarse común en los territorios en que se construye la vida de forma cotidiana.

Como lo mencionamos en nuestro texto previo (Hernández-Álvarez et al., 2021), tal vez sea un buen momento para afianzar los “senderos pluriversales” de los cuales nos hablan Kothari, Acosta, Demaria, Escobar y Salleh (2018), pero desencadenando, a partir de ellos, la fuerza de un movimiento regional y mundial que promueva el respeto, la reciprocidad, la solidaridad y el cuidado mutuo; en últimas, el cuidado de la vida bajo la conciencia de la interdependencia entre humanos y entre las diversas formas de vida en el planeta.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbasi, Kamran. (2021). Covid-19: Social murder, they wrote-elected, unaccountable, and unrepentant. *BMJ*, 372(314). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n314>
- Aglietta, Michel y Breton, Régis. (2001). Financial systems, corporate control and capital accumulation. *Economy and Society*, 30(4), 433-466. <https://doi.org/10.1080/03085140120089054>
- ALAMES. (2017, Junio). Determinación social de la salud [Video]. Coordinación ALAMES. <https://www.youtube.com/watch?v=f1ZdgaQlczk>
- Almeida-Filho, Naomar. (2021). Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. *Principais elementos*, 214-225.
- Alvarenga, Alexandre Andrade et al. (2021). Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de Covid-19: o caso da paradiplomacia maranhense. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00155720.
- Anderson, Perry. (2016). Crisis en Brasil. En CLACSO (ed.), *Golpe en Brasil. Genealogía de una farsa* (pp. 35-63). <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20160624045419/GolpeEnBrasil.pdf>
- BBC News Mundo. (2021, 26 de febrero). Vacunación en Brasil: qué es el “Proyecto S” para inmunizar contra el covid-19 a una ciudad entera. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56164124>
- Bonilla González, Ricardo. (2011). Apertura y reprimarización de la economía colombiana. *Nueva sociedad*, (231), 46-65. <https://>

- biblat.unam.mx/es/revista/nueva-sociedad/articulo/apertura-y-reprimarizacion-de-la-economia-colombiana-un-paraiso-de-corto-plazo
- Burdeau, Ishmael. (2015). The Last Great Enclosure: The Crisis of the General Intellect. *WorkingUSA*, 18(4), 649-663. <https://doi.org/10.1111/wusa.12217>
- Carvajal Villanueva, Oswaldo. (2005). Futuro de las fusiones en la industria farmacéutica mundial. *Negotium: revista de ciencias gerenciales*, 1(1).
- Ciencia abierta. (2021, 29 de junio). Monitoreo gráfico de vacunación Colombia. @solsilvanazb. <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/76870d50-6089-4cfc-9db3-6b1ff3054866/page/BTV4B>
- Cifuentes, Myriam Patricia et al. (2021). Socioeconomic inequalities associated with mortality for Covid-19 in Colombia: a cohort nationwide study. *J Epidemiol Community Health*. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-216275>
- Cision PR Newswire. (2020). INOVIO Expands Manufacturing of Covid-19 DNA Vaccine INO-4800 With New Funding from CEPI. *Cision PR Newswire*. <https://www.prnewswire.com/news-releases/inovio-expands-manufacturing-of-covid-19-dna-vaccine-ino-4800-with-new-funding-from-cepi-301049889.html>
- Cooper, Melinda. (2008). *Life as Surplus. Biotechnology and Capitalism in the Neoliberal Era*. University of Washington Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctvcwnt6d>
- Curcio, Pasqualina. (2021). La carrera por la vacuna Contra el covid-19. En *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*, (pp. 381). CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>
- Datosmacro.com. (2021). Covid-19. Crisis del coronavirus. <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus>
- Elasri, Amal y Serradell, Enric. (2020, 8 de junio). Fusiones y adquisiciones en la industria farmacéutica: la teoría de los caminos paralelos y los efectos de la Covid-19. *Economía y Empresa*. <https://blogs.uoc.edu/economia-empresa/es/fusiones-y-adquisiciones-en-la-industria-farmaceutica-la-teoria-de-los-caminos-paralelos-y-los-efectos-de-la-covid-19/>
- Eslava-Castañeda, Juan Carlos. (2020a). Hoy vivimos más que solo una pandemia. *UN Periódico Digital*. <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/blog/detail/hoy-vivimos-mas-que-solo-una-pandemia/>

- Eslava-Castañeda, Juan Carlos. (2020b). Las causas socioambientales de la pandemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(3), 4-5. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e342049>
- Eslava-Castañeda, Juan Carlos. (2020c, 13 de febrero de 2020). Por una salud pública que enfrente la crisis civilizatoria. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(1), 1-2. <https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v38n1e341123>
- Eslava-Castañeda, Juan Carlos. (2021). Inequidad y demora: grandes motivos de preocupación en la vacunación contra Covid-19. *UN Periódico digital*. <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/blog/detail/inequidad-y-demora-grandes-motivos-de-preocupacion-en-la-vacunacion-contra-covid-19/>
- Eslava-Castañeda, Juan Carlos, García Sierra, Marcela y Bernal Olaya, Sandra. (2017). Dudas y desasosiego ante la epidemia de Gripe en Bogotá, Colombia, en 1918. *Americanía, Revista de Estudios Latinoamericanos*, (6), 110-135. <https://www.upo.es/revistas/index.php/americania/issue/view/177/showToc>
- Fleury, Sonia. (2007). Salud y democracia en Brasil: valor público y capital institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*, 3, 147-157.
- Frente pela Vida. (2020). Plano nacional de enfrentamento a pandemia da covid-19. *Frente pela Vida*. <https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-Covid-19-COMPLETO.pdf>
- Frey, Isabel. (2020, 19 de marzo). Herd Immunity' is Epidemiological Neoliberalism. *The Quarantimes*. <https://thequarantimes.wordpress.com/2020/03/19/herd-immunity-is-epidemiological-neoliberalism/>
- Friel, Sharon y Krieger, Nancy. (2019). *Climate change and the people's health*. Oxford University Press.
- Fumagalli, Andrea. (2010). *Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Hacia Un Nuevo Paradigma de Acumulación*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- García, José Luís. (2006). Biotecnología e biocapitalismo global. *Análise Social*, 41(181), 981-1009. <https://www.jstor.org/stable/41012435>
- Guerrero, Ramiro et al. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53, 144-155.
- Haesbaert, Rogério. (2011). *Da desterritorialização à multiterritorialidade*. Brasil: Bertrand Brasil.

- Henao-Kaffure, Liliana y Hernández-Álvarez, Mario. (2017). La pandemia de gripe de 1918: un caso de subsunción de lo biológico en lo social. *Americanía, Revista de Estudios Latinoamericanos*, (6), 8-52. <https://www.upo.es/revistas/index.php/americania/article/view/2742>
- Henao-Kaffure, Liliana y Hernández-Álvarez, Mario. (2020). Flu pandemic, world power, and contemporary capitalism: building a historical-critical perspective. *International Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01441-z>
- Henao-Kaffure, Liliana, Miranda-Canal, Néstor y Hernández-Álvarez, Mario. (2020). La encrucijada de la pandemia para la salud mundial. En A. Carvajal-Rueda (ed.), *Nadie se salva solo. Significados de la pandemia que cambió la humanidad*. Madrid: Paidós.
- Hernández A., Mario. (2012, 15-20 de julio). Reformas del sector salud en perspectiva comparada: Brasil, México y Colombia, 1980-2010. Viena.
- Hernández-Álvarez, Mario. (2019). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate*, 43, 29-43. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S503>
- Hernández-Álvarez, Mario et al. (2020). Universal health coverage and capital accumulation: a relationship unveiled by the critical political economy approach. *International Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01437-9>
- Hernández-Álvarez, Mario et al. (2021). La pandemia de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez y C. Schor-Landman (eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* (pp. 71-114). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?orden&id_libro=2315&pageNum_rs_libros=0&totalRows_rs_libros=1480
- Herrero, María Belén y Tussie, Diana. (2015). UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America. *Global social policy*, 15(3), 261-277. <https://doi.org/10.1177/1468018115599818>

- Homedes Beguer, Núria y Ugalde, Antonio. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7, 26-45. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000200003&nrm=iso
- Horton, Richard. (2020, Sep 26). Offline: Covid-19 is not a pandemic. *Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- IGHS. (2021). La respuesta de México al Covid-19: estudio de caso. *Institute for Global Health Sciences*. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
- Kempf, Hervé y Bucci, Julia. (2007). *Cómo los ricos destruyen el planeta*. Libros del Zorzal.
- Kothari, Ashish et al. (2018). Encontrando senderos pluriversales. *Ecuador Debate* (103), 80-96. <http://hdl.handle.net/10469/15392>
- LatamChequea. (2021, 6 de marzo). Cuán transparentes son los procesos de vacunación contra la Covid-19 en América Latina. *Colombia Check*. <https://colombiacheck.com/investigaciones/cuan-transparentes-son-los-procesos-de-vacunacion-contra-la-covid-19-en-america>
- Laurell, [Asa Cristina. (2020). Las dimensiones de la pandemia de Covid-19. *El trimestre económico*, 87(348), 963-984. **DOI:** <https://doi.org/10.20430/ete.v87i348.1153>
- McKee, Martin, Gugushvili, Alexi, Koltai, Jonathan y Stuckler, David. (2020). Are Populist Leaders Creating the Conditions for the Spread of Covid-19?; Comment on “A Scoping Review of Populist Radical Right Parties’ Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe”. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.124>
- Medina, Medófilo. (1997). Dos décadas de crisis política en Colombia, 1977-1997. La crisis socio-política colombiana: un análisis coyuntural de la coyuntura. Bogotá. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/3009/01PREL01.pdf?sequence=3&isAllowed=y> ESTO LO AGREGUÉ YO. POR FAVOR, REVISAR
- Menicucci, Telma Maria Gonçalves. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças,

- continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21, 77-92. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/abstract/?lang=pt#>
- Milz, Thomas. (2021, 2 de marzo). Coronavirus en Brasil: 12 meses y 250.000 muertos. *Deutsche Welle*. <https://www.dw.com/es/coronavirus-en-brasil-12-meses-y-250000-muertos/a-56751805>
- MinInterior. (2020). Decreto N° 457/2020. Ministerio del Interior, República de Colombia. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20457%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>
- MinSalud. (2020). Resolución N° 385/2020. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30039292>
- MinSalud. (2021a). Abecé de la vacunación contra el Covid 19. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/abece-vacunacion-contracovid19.pdf>
- MinSalud. (2021b). Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contracovid-19.pdf>
- Navarro, Vicenç. (2020, 30 de diciembre). ¿Por qué no hay suficientes vacunas anti-coronavirus para todo el mundo? <https://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2020/12/30/por-que-no-hay-suficientes-vacunas-anti-coronavirus-para-todo-el-mundo/>
- Navarro, Vicenç. (2021, 25 de febrero). Sabemos cómo controlar la pandemia, pero los dogmas neoliberales dificultan hacerlo. <https://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2021/02/25/sabemos-como-controlar-la-pandemia-pero-los-dogmas-neoliberales-dificultan-hacerlo/>
- Navas, María Elena. (2021, 19 de marzo). Vacunas de covid-19: ¿por qué no se liberan las patentes para que puedan producirse de manera masiva y lleguen a todo el mundo? *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56433141>
- Noticias ONU. (2021a). Brasil, Colombia, Venezuela, Perú y áreas de Bolivia sufren un fuerte aumento de casos de Covid-19. <https://news.un.org/es/story/2021/04/1490852>

- Noticias ONU. (2021b). La OMS critica el egoísmo de los países ricos y las farmacéuticas frente a las vacunas del Covid-19. *Naciones Unidas*. <https://news.un.org/es/story/2021/01/1486742>
- OPS. (2020). Orientaciones para la planificación de la introducción de la vacuna contra la Covid-19. *Boletín de Inmunización*, 42(3), 8. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52956/EPIv42n32020_spa.pdf?sequence=5
- Paim, Jairnilson et al. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Picheta, Rob y Siad, Arnaud. (2020, 14 de mayo). La visita de Bolsonaro para reunirse con Trump en marzo fue un “coronaviaje”, dice el exministro de Salud de Brasil. *CNN*. <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/la-visita-de-bolsonaro-para-reunirse-con-trump-en-marzo-fue-un-coronaviaje-dice-el-exministro-de-salud-de-brasil/>
- Presidencia. (2020). Decreto N° 637/2020. Presidencia de la República, República de Colombia. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20637%20DEL%206%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf>
- Roberts, Michelle. (2021, 3 de marzo). Variante brasileña de coronavirus: qué se sabe de la P.1. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56267463>
- Rodríguez, Margarita. (2021, 30 de marzo). Los países en América Latina en los que desarrollan proyectos de vacunas contra la covid-19. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56545330>
- Roth-Deubel, André N. y Molina-Marín, Gloria. (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Revista de Salud Pública*, 15, 44-55.
- Ruíz, Alfonso. (2020, 3 de noviembre). La carrera por la vacuna del Covid llega al tramo final con 45 candidatas en pruebas con humanos. *El País Economía*. https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/11/02/companias/1604337656_896315.html
- Sánchez, Álvaro. (2020, 26 de agosto). Europa blindada financieramente a las farmacéuticas frente a posibles fallos de las vacunas. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-08-26/europa-blindada-financieramente-a-las-farmacéuticas-frente-a-posibles-fallos-de-las-vacunas.html>

- Semana. (2019a, 5 de febrero). Informe ¿Cómo explicar la sistematicidad en los asesinatos de líderes sociales? *Publicaciones Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/como-explicar-la-sistematicidad-en-los-asesinatos-de-lideres-sociales/600165/>
- Semana. (2019b, 16 de noviembre). ¿Qué hay detrás del paro nacional del 21 de noviembre? Razones, realidades y mitos de la movilización social del 21 de noviembre. *Publicaciones Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/como-explicar-la-sistematicidad-en-los-asesinatos-de-lideres-sociales/600165/>
- Statista. (2021). Número de personas fallecidas a causa del coronavirus (Covid-19) en América Latina y el Caribe al 9 de abril de 2021, por país. *Statista*. <https://es.statista.com/estadisticas/1105336/covid-19-numero-fallecidos-america-latina-caribe/>
- Tetelboin, Carolina, Piña, María del Carmen y Melo, Karen (2021). México: la transformación del Sistema de Salud, la pandemia de Covid-19 y los trabajadores de la salud. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez y C. Schor-Landman (eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* (pp. 309-338). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?orden&id_libro=2315&pageNum_rs_libros=0&totalRows_rs_libros=1480
- Thuillier, Pierre (1985). Cómo nació la biología molecular. En *Biología Molecular. Selecciones de La Recherche* (pp. 19-38). Madrid: Ediciones Orbis.
- Torres, Mauricio. (2021). Covid-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez y C. Schor-Landman (eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* (pp. 291-308). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?orden&id_libro=2315&pageNum_rs_libros=0&totalRows_rs_libros=1480

- Ventura, Deisy de Freitas Lima y Bueno, Flávia Thedim Costa. (2021). De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la Covid-19. *Foro Internacional*, 61(2 (244)), 427-468. <https://www.jstor.org/stable/27005437>
- Vivas, Michell. (2021a, 14 de enero). Inicia proceso de vacunación masiva contra el covid-19 en México. *Consultor Salud*. <https://consultorsalud.com/inicia-proceso-de-vacunacion-masiva-contra-el-covid-19-en-mexico/>
- Vivas, Michell. (2021b, 19 de enero). Inicia proceso de vacunación masiva en Brasil con la vacuna china. *Consultor Salud*. <https://consultorsalud.com/inicia-el-proceso-de-vacunacion-en-brasil/>
- Zerega, Georgina, Camhaji, Elías y Galindo, Jorge. (2021, 17 de febrero). Así avanza la vacunación contra la covid-19 en México. *El País*. <https://elpais.com/mexico/2021-02-23/asi-avanza-la-vacunacion-contra-coronavirus-en-mexico.html>
- Zukerfeld, Mariano. (2008, 23-26 de septiembre). Propiedad Intelectual y Capitalismo Cognitivo. Breve historia de un matrimonio forzado.

REPENSAR EN COMUNICACIÓN Y SALUD PARA AMÉRICA LATINA A PARTIR DE LA PANDEMIA

Soledad Rojas-Rajs

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2020 y los inicios del 2021 el acontecimiento planetario más importante ha sido la pandemia de Covid-19, un hecho social y global que transformó profundamente la vida y las prácticas sociales en toda la tierra. Con más de 3.700.000 muertes en el mundo en un plazo de 18 meses, la experiencia colectiva y mundial de la pandemia ha puesto a la salud en un lugar central en la discusión sobre lo social. A lo largo del 2020 se elaboraron diversas hipótesis y reflexiones que permiten afirmar que la pandemia es un hecho profundamente humano. Sea que se atribuya el origen del virus SARS-COV-2 al consumo de ciertos animales o al modo de producción de alimentos, hay que observar que son las características de la vida social contemporánea las que desencadenaron la pandemia. Quizá la más importante entre ellas es la velocidad de la movilidad humana entre territorios, que permitió que el virus se diseminara por el planeta; sin embargo, otras características comunes relacionados con comunicación y salud, ha sido la importancia relevante de las comunicaciones digitales, reflexión que permite pensar cuáles serán en el futuro próximo los principales retos para América Latina, una de las regiones más afectadas por la pandemia.

La pandemia de Covid-19 les ha dado un nuevo lugar a las comunicaciones, especialmente a la comunicación digital. Ha sido

indispensable acceder a informaciones, instrucciones, conocimientos específicos y medios de contacto para afrontar la pandemia, la contingencia y sus implicaciones. Por un lado, se ha señalado que esta es la primera pandemia que se combate digitalmente (Ramonet, 2020), puesto que informaciones, contenidos, estrategias y recursos tecnológicos digitales han sido empleados para la contención y mitigación de Covid-19. Por otro lado, la vida social –que ya estaba fuertemente determinada por las comunicaciones y el desarrollo tecnológico– se vio empujada a lo que puede llamarse “la digitalización forzada”. Si bien es un término que se utilizaba ya en el mercado global, no había implicado el dominio de tantos ámbitos de producción y reproducción de la vida humana como los que ahora se observan. El confinamiento y la necesidad de guardar distancia incrementaron la dependencia hacia tecnologías digitales y produjeron un salto obligado hacia modalidades de la vida social que parecían aún una promesa del futuro.

El predominio actual de la vida digital acelerado por la pandemia, ha construido nuevas o remodeladas configuraciones sociales, así como cambios en las prácticas relacionadas con la salud. El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre las transformaciones y sus implicaciones para la salud colectiva, centrando la discusión en el acceso a la información sobre salud, que paradójicamente no está garantizado en una época donde hay más información que nunca. Para ello se abordará, en primer lugar, el debate sobre cuál es el lugar de las comunicaciones en los sistemas de salud, considerando que a partir de la pandemia estudiar los fenómenos de comunicación y salud es imprescindible. En segundo lugar, se describen y analizan las brechas digitales, las grandes desigualdades en la infraestructura y el acceso a la conectividad digital en América Latina, así como sus implicaciones para permitir el acceso a la información sobre salud. A continuación, se desarrolla una reflexión sobre fenómenos que cada vez serán menos coyunturales y más permanentes, como la epidemia de desinformación y la politización de la salud que se ha producido a partir de la pandemia, mismos que agravan el difícil panorama sanitario causado por el Covid-19 y que inauguran una serie de retos para la comunicación del conocimiento sanitario y la comunicación pública de la ciencia y la tecnología. Este conjunto de reflexiones permite delinear, a manera de conclusiones, grupos de problemas de interés para los países latinoamericanos, puesto que requerimos fortalecer nuestras capacidades críticas en salud para afrontar colectivamente los nuevos problemas que ha generado la pandemia que, por cierto, aún no ha terminado, a pesar de que distintos autores utilicen hoy el término pospandemia para designar el momento histórico que vivimos. Para este propósito, se utilizan dos conceptos a fin de discutir retos para la

formación de capacidades en salud: la alfabetización y la apropiación social del conocimiento en salud, ambas categorías relacionadas con los procesos de comunicación del campo sanitario.

Este texto, fechado en junio de 2021, al igual que otros escritos elaborados en los años del Covid-19, se asume como una reflexión temporal y no definitiva, que plantea tópicos y observaciones derivadas del momento histórico, pero que puede requerir ajustes importantes ante posibles transformaciones en tiempos tan inciertos como los últimos 18 meses de la historia planetaria.

UN NUEVO LUGAR PARA LA COMUNICACIÓN EN LA PANDEMIA DE COVID-19

Desde hace ya una treintena de años la relación entre comunicación y salud ha sido reconocida como un campo interdisciplinario que articula problemas y prácticas que determinan la salud. En nuestra época, no sería posible pensar en el funcionamiento de sistemas y servicios de salud al margen de la comunicación masiva, ni los programas o acciones de salud dirigidos a sectores amplios de la sociedad podrían prescindir de ella (Gumucio Dagron, 2004). La comunicación se ha conformado ya como una tarea de los sistemas de salud y desde décadas es parte de la respuesta social organizada frente a los fenómenos de salud enfermedad (Rojas-Rajs y Jarillo, 2013).

A pesar de ello la comunicación había sido relativamente poco discutida como parte de las determinaciones sociales de la salud, quizá debido a que es más difícil establecer relaciones causales entre problemas de comunicación y problemas de salud, a diferencia de la clase social, el género, la etnia o las condiciones de vida y los territorios. Las comunicaciones son, en ese sentido, procesos que ocurren de manera transversal y aunque se pueden identificar desigualdades relacionadas con el género, la clase social o la etnia al referirse a comunicación y salud, en pocas ocasiones el punto de partida en los estudios sociales sobre la salud son los propios procesos de comunicación.

Sin embargo, las políticas sobre comunicación y salud, así como la infraestructura de las comunicaciones, permiten y/o definen el acceso a la información y, por tanto, pueden influir en algún nivel de toma de decisiones sobre la propia salud y la salud colectiva (Guimarães, Silva y Noronha, 2011; Pitta y Magajewski, 2000). La manera en que las personas viven y construyen salud colectiva no depende de forma única de las comunicaciones (Rojas-Rajs y Jarillo, 2013), pero sin ellas no es posible garantizar el derecho a la información y a la educación sobre salud.

El campo de comunicación y salud tiene una historia social dinámica y en desarrollo, caracterizada por el cambio permanente. A

medida que las tecnologías de información y comunicación evolucionan y están cada vez más presentes en la vida cotidiana, la mutua influencia entre salud y comunicación se incrementa, lo que se traduce en un mayor interés por los fenómenos y prácticas de comunicación y salud. Como un ejemplo de su historia, se puede observar que no es hasta el siglo XXI cuando el acceso a la información se vuelve un componente del derecho a la salud. El Pacto Internacional por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), vigente desde 1976, definió en su artículo 12 el derecho a la salud, pero no fue hasta el año 2000 cuando el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC) propuso la adopción de la Observación General 14, que propone ir más allá de una visión del derecho a la salud limitada a la atención sanitaria oportuna y sugiere una concepción más amplia del ejercicio de este derecho. Recién en el año 2004, tanto el acceso a la educación en salud como a la información –principalmente científica– sobre salud, se definieron como componentes del derecho a la salud. Se ha planteado que acceder a la educación e información en salud, permite, en teoría, tomar mejores decisiones para preservar la salud o combatir las enfermedades. Sin embargo, el lugar que ha ganado el campo comunicativo en las reflexiones sobre salud históricamente está mucho más relacionado con el desarrollo tecnológico y la articulación entre sistemas de comunicación y sistemas de salud, que con el ideal de democratizar la información en salud.

En este sentido, es importante señalar que no es un asunto nuevo que la articulación entre salud y comunicación vaya más allá de la noción de comunicación para la toma de decisiones sobre la propia salud o comunicación para el cambio de conducta. El vínculo entre comunicación y salud da cuenta de diversos fenómenos, niveles y relaciones simbólicas, especialmente porque la salud es y ha sido un concepto en disputa (Navarro, 1998; Gumucio Dagron, 2004): las narrativas, conocimientos y convenciones sociales en torno a lo sanitario están mediadas por procesos de intercambio simbólico y por relaciones de poder. Al entender la salud como un proceso social (Laurell, 1982), como han propuesto históricamente la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas, se hace referencia a la concepción social sobre la salud. Si estas reflexiones no son nuevas, ¿qué sucede entonces con los tiempos pandémicos, que producen escenarios de mucha mayor dependencia de los sistemas comunicativos para afrontar y combatir un problema de salud tan grave?

La respuesta que proponemos es que acontece la confluencia entre dos fenómenos: el confinamiento, como principal medida de contención del virus y sus estragos; y el desarrollo tecnológico en

comunicación digital. A nivel global, la digitalización se propuso como la principal respuesta para resolver los problemas económicos, políticos y sociales que generó el confinamiento. Es la coincidencia de estos fenómenos, solo hasta cierto punto coyuntural, lo que produce la denominada “digitalización forzada” en la pandemia (Bria, 2020). En la era de las economías digitales, Internet se convierte en el canal privilegiado de comunicación entre el espacio del confinamiento (el adentro) y el mundo estructurado, que describe y produce las reglas a seguir durante la pandemia (el afuera) (Rojas-Rajs, 2021b). Las metáforas sobre la importancia de la vida digital se han multiplicado, desde interpretar la conectividad como un cordón umbilical que une los espacios de confinamiento con el exterior, hasta la idea de que todas las prácticas de la vida cotidiana y las interacciones sociales se pueden realizar vía remota y pueden compartirse por videollamada. La pérdida del disfrute del territorio y los espacios públicos, sobre todo en las grandes ciudades, condujo a acelerar procesos de digitalización de la vida social que ya estaban en marcha, pero no se habían implementado con esta magnitud ni estos alcances (por ejemplo, en cuanto a trabajo remoto o en relación con las escuelas y universidades que realizan sus actividades educativas a distancia). De esta manera, la pandemia y sus efectos visibilizaron y aceleraron la profunda imbricación entre los sistemas de comunicación y los sistemas de salud, especialmente en el terreno de la comunicación de riesgo y el control de las poblaciones mediante medidas de distanciamiento físico.

Este proceso asociado con la digitalización no está exento de problemas ni ha sido igual en el mundo. Existen importantes brechas y desigualdades en y entre países latinoamericanos en relación con la conectividad y el acceso a las tecnologías digitales, la denominada brecha digital o brechas digitales, por sus múltiples ramificaciones en cuanto a infraestructura, conectividad y capacidades de uso. Adicionalmente, la cantidad de información que circula hoy es de tal magnitud que se vuelve inaccesible. En el contexto de las disputas políticas y las disputas por apropiarse de los mercados de Internet, se multiplican las noticias falsas a un nivel exponencial, definido como posverdad (Palomo, 2020). En ese caldo de cultivo comunicacional se instala la pandemia y la epidemia de desinformación sobre las cuestiones sanitarias se transmite y disemina como nunca antes, por lo que la OMS recupera los planteamientos de Gunther Eysenbach (2002) sobre epidemiología de la desinformación y propone el concepto infodemia. El nuevo escenario, más complejo, hace notar más la suma de las desigualdades: en la región latinoamericana, la más desigual del planeta, la pandemia acentúa los efectos de las brechas digitales. La infodemia

y la politización de la pandemia generan más y más desinformación y alta polarización social.

Las brechas digitales en la era del capitalismo electrónico-informático. Las brechas de conectividad y conectividad significativa

Antes de la pandemia, en América Latina (y el mundo) existía ya un acceso desigual a las tecnologías de comunicación, tanto desde el punto de vista de la infraestructura, como en relación con las capacidades de comunicación. Uno de los indicadores que permite observar estas desigualdades es el porcentaje de personas usuarias de Internet en relación con la población de cada país, y su distribución geográfica. Por ejemplo, según datos del Banco Mundial (2021a), para el año 2017 existían brechas considerables entre los países de América Latina y el Caribe: mientras que en Chile y Argentina, el porcentaje de la población usuaria de Internet era más del 80% y 70% respectivamente, en Haití apenas el 12% y en El Salvador, Honduras y Nicaragua apenas el 30% de la población tenía conectividad.

Tabla 1. Personas que usan Internet en países de América Latina, 2017
(% de la población)

País	Personas usuarias de Internet (% de la población)
Chile	82.3
Argentina	74.3
Costa Rica	71.6
Uruguay	70.3
Puerto Rico	68.7
República Dominicana	67.6
Brasil	67.5
Venezuela ++	64.3
México	63.9
América Latina y el Caribe	62.5
Colombia	62.3
Paraguay	61.1
Panamá	60.0
Cuba	57.1
Ecuador**	54.1
Perú	50.5
Belice	47.1

País	Personas usuarias de Internet (% de la población)
Bolivia	43.8
Guatemala	40.7
El Salvador	33.8
Honduras	32.1
Nicaragua	27.9
Haití	12.3

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial (2021a).

**El dato para Ecuador es del año 2016, con la misma fuente.

++ Aunque en Venezuela la proporción de usuarios de Internet es alta, otras condiciones interfieren en la conectividad. Por ejemplo, suele haber problemas con el suministro de electricidad frecuentemente.

Estas diferencias en cuanto a conectividad no fueron originadas por la pandemia, pero implican posibilidades muy distintas en cuanto a la forma de afrontar las medidas como el confinamiento y para garantizar el acceso a la información, vía la conectividad. Además, esta definió en gran medida la capacidad de respuesta económica de cada país a la pandemia de Covid-19. Aquellos que estaban preparados para un escenario de esta naturaleza, pudieron adaptarse más rápidamente, en especial los países del sureste asiático que ya habían experimentado la pandemia del virus SARS (2002-2003). En ese entonces fueron los países con mayor infraestructura de conectividad y mejor ancho de banda para la transmisión de datos los que lograron mitigar las pérdidas económicas asociadas con la pandemia (confinamiento, cierre de fronteras, uso de mascarillas, etc.). Se ha calculado que los países afectados lograron evitar hasta un 75% de las pérdidas económicas gracias a que tenían infraestructura digital (Observatorio CAF del Ecosistema Digital, 2020).

Durante 2020, las empresas e instituciones que lograron deslocalizar el trabajo son las que mejor han podido afrontar los rigores del confinamiento y las normas sobre actividades prioritarias permitidas. Las grandes transnacionales se han adaptado rápidamente a los nuevos requerimientos que las condiciones sanitarias implican. El trabajo, un ámbito tan relevante para la salud, se reconfigura, se abren posibilidades para el trabajo remoto, con soportes tecnológicos digitales. El trabajo a distancia empieza a resultar atractivo, como fuente de plusvalía, lo que hace vislumbrar que el cambio en las modalidades y relaciones de producción puede no ser únicamente un tema coyuntural, en tanto ha sido funcional al mercado. En contraparte, trabajadoras y trabajadores con menor alfabetización digital y menor acceso

a infraestructura tiene menos posibilidades de participar en este mercado laboral. En este sentido, la conectividad, la infraestructura computacional y la capacidad de utilizar las herramientas digitales están directamente relacionadas con la posibilidad de vivir la pandemia en situación de confinamiento, con una menor exposición al virus SARS-CoV-2. Las brechas digitales generan, entre otros problemas, que quienes están excluidos no puedan confinarse, ni puedan generar desde sus hogares los recursos para afrontar largos períodos de encierro.

Las brechas digitales han afectado diferentes ámbitos sociales en la pandemia. Además de producir desigualdades en el acceso al trabajo, se produjeron también en el acceso a la educación. Casi todas las escuelas de América Latina y el Caribe transitaron durante el año 2020, en mayor o menor grado, las modalidades a distancia en todos los niveles educativos, con tremendos impactos en las infancias, privadas de socialización, espacios de juego, experiencias pedagógicas y, a veces, cuidados suficientes. Las condiciones de conectividad, la falta de infraestructura en los hogares y las dificultades para gestionar educación en casa, excluyeron a una proporción importante de infantes del acceso a la educación. UNESCO (2020) ha estimado que más 3.100.000 de niñas, niños y adolescentes en América Latina y el Caribe están en riesgo de abandonar la escuela para siempre, a causa del Covid-19. La proporción de infancias que no reciben ningún tipo de educación, sea remota o presencial, se disparó de 4 a 18% en la región.

La posibilidad de acceso a los entornos digitales, el acceso y uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), como Internet y telefonía móvil se ha conformado como un aspecto tan importante, que se habla ya de derechos digitales, de Internet como un derecho humano y de la importancia de construir soberanía digital (Bria, 2020). La brecha digital no solamente se puede observar entre países, sino que está relacionada con la distribución del poder en la sociedad. En este sentido, es posible afirmar que las brechas digitales están siempre asociadas con ubicaciones sociales de las personas usuarias: por ello, es necesario analizar su distribución por género, etnia, clase social, nivel educativo, edad, territorio.

En términos generales las brechas de género en América Latina en cuanto a acceso a conectividad y dispositivos de conexión, son pequeñas (Agüero, Bustello y Viollaz, 2020); sin embargo, se pueden observar diferencias importantes entre países. Entre 2017 y 2018, el acceso a Internet era del 63% para hombres y el 57% para mujeres, mientras que el acceso y uso del teléfono móvil fue del 83% para hombres y el 80% para mujeres (Agüero et al., 2020). No obstante, el análisis por país muestra que esas brechas pueden acortarse o amplificarse: en países como Chile, las brechas favorecen a los varones en el orden

de un solo punto porcentual, pero Perú, por ejemplo, se tratan de 18 puntos porcentuales.

La brecha digital de conectividad es más profunda entre las zonas urbanas y las zonas rurales. En promedio, según señala la CEPAL, el 67% de los hogares urbanos en la región están conectados a Internet, pero en las zonas rurales es de apenas el 23% (Banco Mundial, 2020). Los países con menor conectividad en zonas rurales son Bolivia, El Salvador, Paraguay y Perú, con el 10%. En países como Chile, Costa Rica, Uruguay y Argentina, la conectividad en zonas rurales no supera el 50% de los hogares. Estas importantes diferencias configuran mapas de desigualdad respecto al acceso a la información por vía digital.

Dado el avance en la producción de formatos comunicativos (audiovisuales, animación, etc.) y los requerimientos derivados de la pandemia (uso de videocámaras y transferencia de datos en tiempo real para el teletrabajo y la educación a distancia), la conectividad por sí misma no es garantía del acceso a la información o a la educación sobre salud. Por ello, un segundo indicador de acceso a Internet es la infraestructura de banda ancha, pues se sabe que está desigualmente distribuida geográfica y socialmente.¹ La disponibilidad de banda ancha, es decir, de tecnologías que soportan gran cantidad de datos y los transmiten a alta velocidad, es uno de los valores que se utilizan para la construcción del indicador de “conectividad significativa” (Banco Mundial, 2020). La conectividad significativa define estándares mínimos de calidad para la conectividad, para asegurar el acceso a diversas informaciones, formatos y plataformas de Internet que requieren desplazamiento de datos de mayor calado. Se estiman que unos 77.000.000 de pobladores rurales de más de la mitad de los países de América Latina y el Caribe no acceden a una conectividad con estos estándares mínimos de calidad (2020). En las zonas urbanas, más del 70% de los usuarios de Internet cuentan con conectividad significativa, pero en las zonas rurales, se ha calculado que solo el 36% de quienes se conectan tendrían esta conectividad. Esta brecha de 34 puntos porcentuales reduce aún más la desigual conectividad de quienes habitan las zonas rurales.

1. La importancia de tener banda ancha es equiparable al acceso a un dispositivo inteligente. La Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) y la UNESCO fundaron en mayo de 2010 la Comisión de Banda Ancha para el Desarrollo Digital (*Broadband Commission for Digital Development*), a fin de incluir la banda ancha en la agenda política internacional e impulsar acciones para ampliar su acceso en cada país, por considerarlo clave para el desarrollo. <https://www.broadbandcommission.org/>.

LAS BRECHAS DE CONOCIMIENTO: USO Y CAPACIDADES

Si bien la conectividad y el acceso a las infraestructuras de comunicación son el punto de partida para la definición de la brecha digital, este término también se utiliza para hablar de la diferenciación entre usuarios de las TIC y sus diferentes capacidades, habilidades o competencias. Para ello se han utilizado los términos brecha digital de primer nivel (conectividad infraestructura) y brecha digital de segundo nivel (relacionadas con las capacidades de uso, críticas e interpretativas para aprovechar el potencial de las TIC) (Hargittai, 2002). Estas brechas digitales en sus distintos niveles configura hoy inclusiones y exclusiones sociales, que constituyen una suerte de clases sociales en el denominado capitalismo electrónico-informacional (Ribeiro, 2018) y que generan enormes desigualdades en el acceso a la información sobre salud.

La llamada brecha digital de segundo nivel puede entenderse como una serie de obstáculos para la utilización efectiva de Internet, que tiene que ver con las capacidades de las personas usuarias. No saber usar un dispositivo electrónico o bien, no saber usar Internet, son las principales barreras declaradas para el acceso a Internet y a la información que se distribuye en la red, según la encuesta After-Access 2017-2018, realizada en 6 países² de América Latina (Agüero et al., 2020). Aunque en el caso de los smartphones o teléfonos inteligentes la principal barrera para el uso es el costo, en segundo lugar se menciona no saber usarlos. Según esta encuesta, las brechas de conocimiento son más agudas entre las mujeres (pp. 10-11), de forma estadísticamente significativa.

La carencia de habilidades y competencias digitales, en términos de uso de las TIC o en el manejo de dispositivos, se considera una suerte de analfabetismo tecnológico o digital, y actualmente constituye una forma de exclusión social. Además, está relacionada con el nivel educativo de las personas; especialmente se ha señalado que quienes no completan la educación básica son quienes están más lejos de la utilización y apropiación de las tecnologías digitales. Otras barreras del orden del conocimiento sucede con la diversidad de idiomas, especialmente los de pueblos originarios, pues estos no suelen tener representación en Internet (Galperín, 2017).

En el caso de la salud, las brechas de conocimiento no están únicamente en el terreno del uso de la tecnología o la Internet, es decir, no se resuelven únicamente con alfabetización digital o *eLearning*. También se relacionan con la alfabetización en salud, definida por la OMS

2. La encuesta After-Access se levantó en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Paraguay y Perú (Agüero et al., 2020, p. 5).

como el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales para que las personas sean capaces y tengan la motivación para acceder, comprender y utilizar la información sobre salud de una forma positiva (Özkan y Şirin, 2021). El concepto de brecha digital de segundo nivel (incluso denominada de tercer nivel) pone así el acento en las capacidades, condiciones y determinaciones sociales de las personas usuarias de Internet, receptoras de la información sobre salud: estas son heterogéneas y tienen distintos niveles educativos, conocimientos previos, cultura y capacidades críticas, posición social.

María Cristina Guimarães et al. (2011) proponen integrar al análisis de las desigualdades en el acceso a la información sobre salud la noción de capital intelectual, para referirse a las competencias que las personas requieren para la selección y uso de la información sobre salud. Desde esta propuesta, se hace hincapié en la importancia de tener la posibilidad de seleccionar información diferenciada, tanto desde el punto de vista de las propias capacidades de selección (competencias comunicativas, alfabetización digital, alfabetización en salud) como en relación a la oferta de información (una oferta suficiente, diversa y de buena calidad).

En este trabajo preferimos hablar de alfabetización en salud, incluida la alfabetización digital, más que de capital intelectual, pues es una manera de proponer que estas competencias o capacidades de acceso y uso de la información sobre salud, que cada vez más se transmite a través de medios digitales, requieren ser construidas, como un esfuerzo de salud colectiva. Solo con capacidades para encontrar, elegir, comprender y utilizar la información es posible la apropiación social del conocimiento, en el sentido que define Jorge Núñez (2010) cuando se refiere a acceder a los beneficios del conocimiento: apropiación significa, entre otras cosas, que las personas y los colectivos humanos puedan utilizar el conocimiento científico como referente y guía de sus acciones y toma de decisiones, en este caso, sobre salud. La pandemia nos ha mostrado que el escenario es particularmente difícil para este propósito y que no es posible pensar en alfabetización en salud, construcción de capacidades o apropiación social del conocimiento como un tema centrado fundamentalmente en el acceso y su distribución, sin comprender la complejidad del ecosistema digital-mediático y sus fenómenos, así como la complejidad de las concepciones sociales sobre la salud.

LA EPIDEMIA DE DESINFORMACIÓN Y LA POLITIZACIÓN DE LA PANDEMIA

La información de buena calidad no ha sido el rasgo destacado de la situación comunicacional durante la pandemia. Por una parte, la

lógica del confinamiento hizo que los sistemas de salud se vieran obligados a implementar cada vez más acciones por la vía digital, sin que necesariamente la infraestructura y las competencias en materia de comunicación fueran suficientes para afrontar estas tareas. En América Latina, las TIC aplicadas a la salud tienen un desarrollo desigual en términos de lo que la OMS denomina eSalud o salud digital: algunas de estas tecnologías muestran una tasa de adopción amplia y otras aún son incipientes (UIT, 2018) y como parte de la desigualdad de la región latinoamericana, el uso de tecnologías para información y comunicación puede ser muy diferente entre un país y otro.

Si bien el Covid-19 se considera la primera enfermedad global que se combate de manera digital (Ramonet, 2020), las acciones comunicativas para afrontarla no siempre han sido consistentes o han tenido efectos limitados, especialmente en cuanto al confinamiento, pues una gran cantidad de la población latinoamericana no tiene la posibilidad de trabajar en casa. Aunque en los países latinoamericanos los sistemas de salud comunicaron las recomendaciones sobre distanciamiento físico, lavado de manos y uso de mascarillas, no siempre los mensajes fueron consistentes. Sin embargo, más allá de la calidad de las campañas comunicativas, otra cuestión explica las limitaciones de la comunicación: la información sobre la pandemia y sobre las necesarias medidas de contención y mitigación no llegaron a un campo vacío o desprovisto de voces, posturas y creencias sobre la salud, menos aún en el terreno de la comunicación electrónica.

El ecosistema digital (Katz, 2015) tenía ya una serie de rasgos y problemas que aún sin pandemia implicaban retos para el campo de comunicación y salud, como las brechas digitales, ya abordadas en este texto; y el gran problema de la calidad de la información sobre salud.

El fenómeno de sobreproducción de informaciones sobre salud, sin ningún parámetro de calidad o de validez científica, ha acompañado el desarrollo de Internet y el proceso de digitalización de la información desde hace más de dos décadas. No en balde existe desde hace muchos años la frase “pregúntale al Dr. Google”, en referencia a la frecuente búsqueda de información sobre problemas de salud que se realiza en el principal “buscador” de Internet. Desde los años noventa y principios de los dos mil, Gunther Eysenbach (2002) puso el acento en la gran cantidad de información sobre salud que aparecía en Internet y su variabilidad. Así propuso crear la infodemiología como una disciplina dedicada a analizar la calidad de estas informaciones. En América Latina, también se había advertido sobre las precariedades del exceso de las comunicaciones en el campo de la salud (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005), afirmando que la abundancia no es

garantía de uso y apropiación del conocimiento. Fue en el contexto de la pandemia y con base en los trabajos de Eysenbach, la OMS propuso a principios del 2020 la noción de infodemia, para hacer referencia a la epidemia de información falsa sobre Covid-19 que ha caracterizado las comunicaciones planetarias en los últimos 18 meses.

La infodemia en la pandemia de Covid-19 es probablemente el fenómeno comunicativo de desinformación sobre salud más complejo en la historia humana. Ocurre en un momento comunicacional planetario particular, en el que existen industrias y mercados dedicados a la producción de información falsa, para favorecer distintas agendas políticas y comerciales. Ocurre en la era de la posverdad, del *big data*, del capitalismo electrónico-informático, del capitalismo de vigilancia. Una época en la que la digitalización y los datos son controlados fundamentalmente por las empresas de base tecnológica, que hoy son los nuevos gigantes del capitalismo global (Ribeiro, 2021).³

La infodemia se ha caracterizado por la proliferación de innumerables informaciones, de tal magnitud, que resultan inaccesibles para las personas. Ningún ser humano tiene la capacidad biológica para analizar por sí mismo el enorme flujo de información sobre Covid-19 que circula por Internet, lo que incluye la información científica, periodística y producida por distintos emisores a los que difícilmente se les puede atribuir algún tipo de legitimidad para sostener o fundamentar conocimientos sobre salud. Para ello necesita recurrir a herramientas tecnológicas o bien a alguna forma de procesamiento de datos. Por eso un tema fundamental es la legitimidad y verosimilitud de la información.

Durante la pandemia se han observado fenómenos como la distribución y amplificación de discursos negacionistas del conocimiento

3. “Para el año 2021 las mayores compañías globales en capitalización de mercado (valor bursátil), son por orden de volumen Apple, Microsoft, Amazon, Alphabet (dueña de Google), Facebook, Tencent, Tesla, Alibaba. Todas son compañías de base tecnológica. Las cinco primeras tienen casa matriz en Estados Unidos y a menudo se les llama GAFAM en conjunto (Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft). Tencent y Alibaba son chinas. Tesla es la empresa que creó Elon Musk, actualmente el individuo más rico del mundo. (...) Todos los fundadores de estas compañías, también accionistas, están entre los 10 individuos más ricos del planeta, que juntos tienen más riqueza que toda la población de la mitad más pobre del mundo. Son Elon Musk (Tesla), Jeff Bezos (Amazon), Bill Gates (Microsoft), Mark Zuckerberg (Facebook), Larry Page y Sergey Brin (Google), Larry Ellison (Oracle, otra tecnológica). (...) Según el informe sobre economía digital de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, en 2019, las GAFAM, junto a Alibaba y Tencent, controlaban dos tercios de las plataformas digitales a nivel global. Además, un porcentaje aún mayor en nubes de computación que se ofrecen al público (a gobiernos, empresas, individuos), lideradas por Amazon AWS, Google Cloud y Microsoft Azure” (Ribeiro, 2021, p. 1).

científico (incluso negando la existencia de la pandemia), la promoción de sustancias potencialmente tóxicas que en teoría permitirían prevenir o curar el SARS-CoV-2 y otras informaciones falsas (Rodríguez y Giri, 2021). Alimentos mágicos, sustancias que pueden curar todas las enfermedades y condiciones, prácticas esotéricas y diversos productos milagrosos prometen lo que no pueden cumplir: que nos salvarán del Covid-19. Aparecen también relatos descabellados sobre los contenidos de las vacunas y sus efectos que desincentivan la vacunación, que predicen la introducción de chips o metales en el cuerpo y acusan a la vacunación de ser una práctica peligrosa para la salud, en un momento de enorme fragilidad en el que la distribución mundial de las vacunas refleja la terrible desigualdad en el acceso a la salud y con casi cuatro millones de defunciones cuya causa es el Covid-19. Estos relatos no solo desinforman, sino que afectan la interpretación social de las reflexiones críticas sobre los aspectos negativos de la producción de vacunas y medicamentos, y sobre la responsabilidad de la industria farmacéutica en este momento de crisis planetaria. Cabe preguntarse cómo han logrado calar tan hondo en el imaginario social algunas de estas ideas, cómo es que han construido narrativas verosímiles para grandes grupos de personas argumentos como el terraplanismo o la supuesta imantación que producirían las vacunas. Las respuestas son múltiples.

Primero, hay que considerar que la información falsa, fraudulenta o inexacta cuenta hoy con un referente material que proporciona verosimilitud a los contenidos, sean o no sobre salud. La posibilidad de crear plataformas y de producir contenidos con formatos que hasta hace unos años estaban reservados únicamente para quienes disponían de equipos especializados, abrió una nueva era para las comunicaciones. La masificación de dispositivos móviles de telefonía con videocámaras y el acceso a plataformas digitales para la difusión de contenidos como YouTube, Facebook, Twitter, Twitch y más recientemente TikTok que ofrecen un soporte material que construye una cierta legitimidad para cualquier información falsa, incluida la que es sobre salud, en tanto se apropia de formatos que se consideraban pruebas y que tradicionalmente fueron usados para comunicar desde las instituciones sanitarias o desde otros actores legitimados socialmente como fuentes válidas de información (videos, entrevistas, formato de artículos científicos, etc.). Este soporte material ya tenía un enorme efecto desde la invención de la fotografía y el cine (pensemos en dichos como “una imagen vale más que mil palabras”) pero en la era digital el avance tecnológico sobre la producción audiovisual permite un alto nivel de edición y presentar como evidencia hasta lo

inexistente. Además, no importa si se logra convencer del todo, a veces basta con sembrar la duda, ese es ya un rasgo de verosimilitud.

Especialmente cuando la información falsa tiene objetivos claramente definidos (comerciales o políticos) se utilizan estrategias retóricas para fortalecer el punto de vista que se sostiene. Tanto las alternativas terapéuticas no validadas para Covid-19 como las narrativas negacionistas que rechazan el uso de mascarillas o la existencia misma de la enfermedad, utilizan una serie de argumentos de autoridad para hacer verosímiles sus posturas: se apoyan en profesionales de la salud (a veces reales, a veces sin ninguna acreditación legal, pero que simulan ser profesionales) y esgrimen el argumento de poseer el verdadero conocimiento científico.⁴ Como denominador común aparece la difusión de títulos académicos y/o de supuestas investigaciones y publicaciones científicas que en teoría “prueban” las afirmaciones vertidas, pero que no resisten una revisión profunda. Técnicas como proporcionar enormes cantidades de datos, o mezclar algunos datos correctos con datos falsos, hacen casi imposible para quienes reciben la información implementar estrategias para diferenciar, procesar o confirmar la validez de los contenidos, en ausencia de conocimientos específicos del campo médico o de nociones mínimas de contrastación de fuentes de información.

Una estrategia particularmente notoria y efectiva ha sido crear comunidades cuyos lazos se crean y fortalecen en torno a información falsa o posturas específicas (Gea, 2021). Las plataformas de Internet utilizadas por una gran cantidad de usuarios son el espacio idóneo para que personas localizadas en distintos puntos geográficos se reúnan en torno a contenidos e ideas particulares, lo que permite construir justamente la noción de comunidad. Estas comunidades virtuales producen y reproducen con mayor fuerza aquellos contenidos y discursos que identifican como propios: mientras más confirman entre sí las creencias compartidas sobre la pandemia, más verosímil es la narrativa. Además, cuando se trata de información falsa, un componente regular en los discursos es la advertencia de que los argumentos serán desmentidos, dado que son verdades que los grandes poderes fácticos ocultan (en el caso de la salud pueden ser los gobiernos, el complejo médico industrial, en particular las farmacéuticas; y más recientemente en salud, aparecen los organismos internacionales como la OMS y la OPS como enemigos a combatir). Ante cada

4. Hay que recordar que en la historia de las prácticas de atención en salud continuamente han aparecido charlatanes y supuestas curas milagrosas, especialmente con fines económicos. Sin embargo, aunque la práctica no es novedosa, el formato de las narrativas sí es diferente en la era digital (Moreno Castro, 2016).

confrontación, la comunidad vuelve a fortalecer sus lazos identitarios, pues los desmentidos confirman la predicción: que se quiere ocultar información, que hay una batalla de los unos contra los otros. Paradójicamente, las comunidades virtuales pueden ser también importantes estrategias en promoción de la salud (WHO, 2021) por las mismas razones que funcionan para la desinformación: porque construyen lazos e identidades, en torno a propósitos comunes.

Otro gran tema relacionado con la desinformación se encuentra en la disputa política acerca de la pandemia, cuya principal platea son las comunicaciones. Las narrativas en torno al Covid-19 en los medios digitales o tradicionales –cada vez más difíciles de distinguir entre sí, por su reproducción digital y analógica– han estado centradas en la discusión política sobre el manejo de la pandemia, en parte porque la salud y la vida son temas profundamente políticos, en parte porque la pandemia como acontecimiento global inauguró un momento histórico monotemático en el que ningún otro tema era relevante. Si la noción de posverdad (como efecto y configuración derivada de las noticias falsas de Internet) se había referido fundamentalmente a las batallas electorales, el año 2020 se convirtió en un gran laboratorio experimental para otro tipo de desinformación política.

La infodemia política del Covid-19 no es un fenómeno fácil de describir en América Latina. Múltiples actores son fuentes de este tipo de informaciones no verificadas, desde periodistas y medios de comunicación, personajes políticos y de la vida pública. Distintas disputas se expresan en la infodemia: acusaciones sobre ocultamiento de datos, intenciones de enfermar a la población, intenciones de controlarla; se cuestiona el desempeño de los actores políticos frente a la pandemia de cara a los procesos electorales; se expresan también las luchas internas entre poderes o personajes políticos, o las luchas entre partidos. Los relatos pueden volverse verosímiles porque aprovechan la alta desconfianza en América Latina hacia los gobiernos, hacia la clase política e incluso, hacia las instituciones públicas, como parte de los gobiernos (OECD, 2020). Lo más complejo es que no se pueden distinguir o reconocer fuentes “puras” o legitimadas per sé. Dependiendo de qué país tomemos como ejemplo, encontraremos comunicaciones oficiales que son desmentidas por otros personajes políticos u organizaciones sociales, o bien francos desacuerdos entre las propuestas de las instituciones públicas y los presidentes (Brasil y Ecuador han cambiado de Ministro de Salud cuatro veces durante la pandemia; Perú, Bolivia y República Dominicana, tres. Chile, dos). Hay profesionales de la salud que divulgan las informaciones oficiales o consensuadas por las comunidades científicas, mientras otros promueven productos milagrosos o se declaran antivacunas. Hay periodistas y

medios que desinforman deliberadamente y otros que buscan combatir la desinformación, con estrategias de verificación, como los grupos de *fact-checking* que se han agrupado en torno a la estrategia LATAM Chequea.⁵ Los medios pueden tanto difundir noticias falsas como verdaderas o difundir noticias que en parte son verdaderas, en parte no. En este contexto, el reto para ejercer una ciudadanía informada es mayúsculo.

El problema más grave con la infodemia es que afecta las capacidades de afrontar la pandemia, a nivel individual y colectivo. Durante el año 2020 diversos trabajos han mostrado que la desinformación puede acentuar las desigualdades en salud (UNESCO, 2020; WHO, 2021; Tangcharoensathien et al., 2020). UNESCO (2020) ha señalado a la infodemia, como causa de un mayor número de contagios y caos, y como un factor que ha limitado la forma en que los distintos países del mundo han manejado la pandemia. En tan solo 18 meses, la infodemia se ha convertido en tema de estudio, reflexión e intervención para las instituciones de salud y las universidades, pues se vislumbra como uno de los más complejos fenómenos para la salud colectiva en el futuro y un obstáculo de enorme magnitud para el acceso a la información en salud.

CONCLUSIONES: RETOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES CRÍTICAS EN SALUD A PARTIR DE LA PANDEMIA

La complejidad del momento actual en cuanto a la relación entre comunicación y salud implica diversos retos para los países latinoamericanos. Como punto de partida requerimos problematizar los acontecimientos y pensar qué tipo de procesos se ven alterados por la digitalización forzada y por las condiciones que ha provocado la pandemia, incluida la epidemia de desinformación. Es claro que necesitamos fortalecer las capacidades críticas en nuestros países para afrontar la crisis de la desinformación, pero la respuesta simple que conduce a pensar en mayor alfabetización sobre salud, a secas, es limitada. Para impulsar los procesos de alfabetización sanitaria y construir capacidades de lectura, consulta, uso y apropiación de la información en salud, aunque esta esté en el ecosistema digital, es necesario ir más allá de la noción de alfabetización digital o mediática.

Ante las brechas digitales las soluciones que se proponen son principalmente reducirlas, acrecentando tanto el acceso como las habilidades para el uso de las TIC. Sin embargo, como se ha señalado, el acceso diferenciado a la infraestructura tecnológica de comunicación no

5. <https://chequeado.com/proyectos/latam-chequea/>

es el único problema para el logro de la alfabetización en salud, aun cuando mejoren las habilidades digitales (Gea, 2021). Si bien la capacidad de acceder a la información es indispensable, no es suficiente si es una habilidad meramente instrumental. Cada vez será más difícil que las personas logremos estar al margen de la desinformación, sobre salud y sobre otros temas. Se estima que para el año 2022 las personas usuarias de servicios digitales consumiremos más noticias falsas que verdaderas, pues no existe ninguna forma efectiva de frenar la propagación de estas noticias o informaciones (Gómez-García y Carrillo-Vera, 2020). ¿Cómo entonces podemos protegernos de la desinformación y a la vez, garantizar el acceso a la información sobre salud?

Hasta la fecha en la que se escribe este documento, las principales estrategias contra la desinformación han sido de carácter defensivo: las nuevas prácticas de verificación colectiva entre periodistas y comunicadores (*fact-checking*) y la comunicación desde las instituciones de salud para aclarar qué informaciones son falsas y cuáles verdaderas, se han vuelto cotidianas. Pero uno de los problemas que implican es que utilizar instancias verificadoras significa incrementar la consulta de información sobre Covid-19 o sobre otros temas de salud, es decir, se trata de nuevos procesos de lectura para personas usuarias que están permanentemente expuestas a grandes cúmulos de información sin verificar y que deciden de manera cotidiana en dónde enfocar su atención. El esfuerzo que requiere cada persona para lograr dilucidar cuándo se trata de información correcta y cuándo no, no siempre es posible y rompe con algunas prácticas comunes en el uso de dispositivos electrónicos, porque además de competencias intelectuales para consultar fuentes de verificación, requiere motivación, tomar la decisión de investigar y tiempo. Además, en el terreno de la comunicación utilizar un solo formato a lo largo del tiempo, conduce al desgaste de las estrategias. Reaccionar con un desmentido cada vez que aparece una información falsa o inexacta es un recurso que pierde fuerza tras una determinada repetición.

Algunas experiencias positivas de las plataformas de verificación de noticias o que se dedican a desmontar “bulos” informáticos –término con el que se traduce en España el anglicismo *hoax*– ha sido ofrecer resúmenes de noticias vía WhatsApp o suscripción a listas de distribución por correo electrónico, para que las personas usuarias de Internet accedan más fácilmente a la información verificada (Palomo y Sedano, 2018). Sin embargo, esos mismos servicios pueden ser utilizados para producir los más insólitos escenarios de desinformación, como lo ha mostrado Leonardo Toledo (2020) al analizar cadenas

de WhatsApp sobre Covid-19 que se distribuyeron en una ciudad de Chiapas, México.

En el marco de la digitalización, se analiza para la era de Covid-19 el desarrollo de estrategias lúdicas para la formación de capacidades críticas. El juego ha sido una estrategia de la educomunicación utilizada desde hace décadas y la era digital aprovecha el formato de juego, denominando a estas estrategias gamificación. En el caso de la desinformación, desde hace más de diez años se han creado *news-games* (Gómez-García y Carrillo-Vera, 2020), juegos para fomentar el interés y las habilidades para verificar noticias de una manera más activa, lo que en sí mismo constituye un proceso de alfabetización para el consumo de información y que han tenido un relativo éxito. Es una estrategia particularmente relevante para la gente más joven, que es también la más susceptible a interpretar como verosímil la información falsa, sobre todo por carecer de cultura científica. Los límites de la gamificación se encuentran principalmente en el tipo de usuarios motivados o capacitados para realizar esas actividades y en las brechas digitales, incluidas las del idioma. La producción de *news-games* en castellano o portugués, o creados en América Latina, es aún escasa, aunque Brasil, Ecuador y Uruguay han incursionado en ese terreno. Además, son estrategias dirigidas principalmente a los individuos, aunque buscan crear comunidades de jugadores.

Si bien las herramientas tecnológicas son variadas y pueden utilizarse de manera creativa, la participación social y comunitaria en las decisiones sobre salud sigue siendo el terreno más importante para poder construir la alfabetización sanitaria como una capacidad colectiva, como lo han señalado las propuestas críticas de promoción de la salud. El reto del confinamiento hace imprescindible favorecer la inclusión digital, pero requiere ser afrontado desde una perspectiva que privilegie la construcción de capacidades para comunidades y colectivos humanos. Apropiarse del conocimiento en salud implica fortalecer la autonomía para la toma de decisiones sobre la salud, la capacidad de interlocución y negociación frente al sistema de salud, e incluso, la capacidad de ofrecer resistencia ante políticas y medidas que afectan la salud. Este proceso de alfabetización en salud (Basagoiti, 2012) es un proceso colectivo, más allá de formar destrezas cuantificables. Por eso, será importante favorecer la combinación y equilibrio entre las intervenciones de comunicación y promoción de la salud en el terreno digital y las que se realicen en los territorios, combinando, por ejemplo, el uso de medios tradicionales, como la radio, (medio de gran valor en las comunidades rurales) con sus versiones digitales.

Desde la reflexión de los derechos digitales se ha planteado que son necesarias otras opciones de comunicación y conexión, fuera del

control transnacional, pero es claro que no se puede estar al margen de las tecnologías de información y comunicación. ¿Quién puede generar esas opciones?

Los grandes ausentes frente a la epidemia de desinformación han sido los Estados, que aún no han logrado definir cuáles son las políticas públicas para atender específicamente esta crisis de comunicación y salud, aunque se realizan algunos esfuerzos. La pandemia nos advierte de los peligros futuros de pensar la relación entre comunicación y salud como un aspecto secundario de la situación de salud. Dadas las predicciones sobre futuras pandemias, estas reflexiones requieren de la continuidad de su desarrollo para diseñar intervenciones comunicativas que ayuden a mejorar el acceso a la información y a resistir la desinformación.

BIBLIOGRAFÍA

- Agüero, Aileen, Bustelo, Monserrat y Viollaz, Mariana. (2020) ¿Desigualdades en el mundo digital?: Brechas de género en el uso de las TIC. *Banco Interamericano del Desarrollo*, Nota técnica del BID N° 1879.
- Banco Mundial. (2021a). Informe sobre el desarrollo mundial 2021: Datos para una vida mejor. Cuadernillo del “Panorama general”. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2021b). Indicadores digitales. <https://www.bancomundial.org/es/home>
- Banco Mundial. (2020) Conectividad rural en América Latina y el Caribe. Un puente al desarrollo sostenible en tiempos de pandemia. <https://www.bancomundial.org/es/home>
- Basagoiti, Ignacio. (2012). Alfabetización en Salud. De la información a la acción. En ITACA/TSB (ed.), *Alfabetización en salud: de la información a la acción*. <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
- Bella Palomo y Sedano, Jon. (2018). WhatsApp como herramienta de verificación de fake news. El caso de B de Buló. *Revista Latina de Comunicación Social*, 73, 1384-1397. <http://www.revistalatinacs.org/073paper/1312/71es.html>
- Bria, Francesca. (2020). Soberanía digital para las personas en un mundo pospandemia. *Política Exterior*. <https://www.politicaexterior.com/soberania-digital-para-las-personas-en-un-mundo-pospandemia/>

- Castiel, Luis David y Vasconcellos-Silva, Paulo Roberto. (2005). *Precariedades del exceso. Información y comunicación en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CDESC. (2000). Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU. <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>
- Eysenbach, Gunther. (2002). Infodemiology: the epidemiology of (mis) information. *JAMA*, 113.
- Eysenbach, Gunther. (2020). How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic. *Management, Journal of Medicine Internet Research*, 22(6).
- Galperín, Hernán. (2017). Sociedad digital: brechas y ritos para la inclusión digital en América Latina. Oficina Regional de Ciencias de la UNESCO para América Latina y el Caribe: Montevideo. https://crds.cepal.org/2/sites/crds2/files/sociedad_digital_brechas_y_retos_para_la_inclusion_digital_en_alc.pdf verificar
- García Canclini, Néstor. (2018). Cómo investigar la era comunicacional del capitalismo. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (56), 90-105.
- Gea, Patricia. (2021). La 'alfabetización mediática' no es suficiente para combatir los discursos de odio y negacionistas entre los jóvenes, *El Diario.es*. https://www.eldiario.es/nidos/llamada-alfabetizacion-mediatica-no-suficiente-combatir-discursos-odio-negacionismo-jovenes_1_7235032.html
- Gómez-García, Salvador y Carrillo-Vera, José-Agustín. (2020). El discurso de los newsgames frente a las noticias falsas y la desinformación: cultura mediática y alfabetización digital. *Revista Prisma Social*, (30), 22-46. <https://revistaprismasocial.es/article/view/3751>
- Guimarães, Maria Cristina Soares, Silva, Cícera Henrique y Noronha, Ilma Horsth. (2011). El acceso a la información como determinante social de la salud. *Salud Colectiva*, (7), Supl. 1.
- Gumucio Dagron, Alfonso. (2004). Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación. Infoamérica. Revista Iberoamericana de Comunicación consultado FALTAN DATOS
- Haraki, Cristianne Aparecida Costa. (2021). Estratégias adotadas na América do Sul para a gestão da infodemia da Covid-19. *Revista*

- Panamericana de Salud Publica, 45, e43. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.43>
- Katz, Raúl. (2015). *El ecosistema y la economía digital en América Latina*. Barcelona: Editorial Ariel; Fundación Telefónica; Editorial Planeta.
- Hargittai, Eszter. (2002). Second-level digital divide: differences in people's online skills. *First Monday*, 7(4), 1-19. <https://doi.org/10.5210/fm.v7i4.942>
- Ribeiro, Gustavo. (2018). El precio de la palabra: la hegemonía del capitalismo electrónico-informático y el googleísmo. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (56), 16-33.
- Moreno-Castro, Carolina. (2019). Charlatanes, storytelling y flujos de información. La fascinación del relato en los discursos sobre salud. En C. Moreno-Castro y L. Cano-Orón, L. (eds.), *Terapias Complementarias en la esfera pública* (pp. 19-51). Madrid: Dextra Editorial.
- Núñez Jóver, Jorge. (2010). El conocimiento entre nosotros: notas sobre las complejas articulaciones entre el conocimiento y la sociedad. *Revista Universidad de La Habana*, (271), 80-101.
- Nutbeam, Don. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Observatorio CAF del Ecosistema Digital. (2020). El estado de la digitalización de América Latina frente a la pandemia del Covid-19, Corporación Andina de Fomento.
- OECD. (2020). Panorama de las Administraciones Públicas América Latina y el Caribe 2020. OECD: París.
- Özkan, Seçil y Şirin, Hülya. (2021). Role of Media in Health Literacy. En Gülşah Sarı (ed.), *Handbook of Research on Representing Health and Medicine in Modern Media. IGI Global*, pp. 172-179. doi:10.4018/978-1-7998-6825-5.ch011
- Palomo, Miguel. (2020). Comunidades virtuales de interés: problemas epistemológicos de la educación en la era de la posverdad y la sociedad digital post-Covid19. En Marina Garcés y Antonio Casado da Rocha (eds.), *Debate: Comunidades de práctica y el futuro de la educación. Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, (33), 209-219.

- Pita, Marina. (2021). *Desinformación durante la pandemia y la respuesta regulatoria latinoamericana*. UNESCO.
- Pitta, Áurea Maria da Rocha y Magajewski, Flávio Ricardo Liberali. (2000). Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 4(7).
- Ramonet, Ignacio. (2020, 25 de abril). La pandemia y el sistema-mundo. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/04/25/ante-lo-desconocido-la-pandemia-y-el-sistema-mundo-7878.html>
- Ribeiro, Silvia. (2021). Enfrentar al capitalismo digital, desInformémonos. <https://desinformemonos.org/enfrentar-al-capitalismo-digital/VERIFICAR>
- Rodríguez, Marcelo y Giri, Leandro. (2021). Desafíos teóricos cruciales para la comunicación pública de la ciencia y la tecnología post pandemia en Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS)*, número especial: "Periodismo y divulgación científica en la era de la Desinformación", pp. 25-39.
- Rojas-Rajs, Soledad. (2021a). Batallas de comunicación sobre la pandemia en México: Las nuevas políticas de comunicación y la infodemia provocada. En Carolina Tetelboin, Daisy Iturrieta y Clara Schor-Landman (coords.), *América Latina: sociedad, políticas y salud en tiempos de pandemia* (pp. 339-356). CLACSO- Universidad Autónoma Metropolitana-Universidad Veracruzana - Universidad Mayor de San Simón- Universidad de Valparaíso.
- Rojas-Rajs, Soledad. (2021b). Pandemia y desigualdad en América Latina. Viejos y nuevos problemas para el pensamiento crítico en salud. En *Salud y sociedad: crítica latinoamericana*, (1), 8-18. *Boletín del grupo de trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud*. <https://www.clacso.org/boletin-1-salud-y-sociedad-critica-latinoamericana/>
- Tangcharoensathien, Viroj et al. (2020). Framework for Managing the Covid-19 Infodemic: Methods and Results of an Online, Crowdsourced WHO Technical Consultation. *Journal of Medical Internet Research* 2020, 22(6), e19659. doi: 10.2196/19659
- Toledo, Leonardo. (2020). La suma de todos los miedos: el Covid-19 en las cadenas de WhatsApp de Chiapas. Chiapas Paralelo. <https://www.chiapasparalelo.com/opinion/2020/07/la-suma-de-todos-los-miedos-el-covid-19-en-las-cadenas-de-whatsapp-de-chiapas/>

UIT. (2018). Estudio sobre TIC y salud pública en América Latina: la perspectiva de salud y m-salud. Unión Internacional de Telecomunicaciones, Ginebra.

WHO. (2021). WHO public health research agenda for managing infodemics. Geneva: World Health Organization.

EL MUNDO DEL TRABAJO Y LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LA ERA POST COVID-19

Mauricio Torres-Tovar

INTRODUCCIÓN

En el trabajo realizado en el libro anterior del Grupo de Trabajo de Estudios Sociales para la Salud de CLACSO, *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*, se abordó el tema de la pandemia por Covid-19 y su impacto en el mundo del trabajo y en la salud de las y los trabajadores, en particular del sector salud (Torres-Tovar, 2021).

La situación generada producto de la pandemia por Covid-19 ha tenido también un profundo impacto en el mundo del trabajo en general, afectando negativamente a la mayor parte de la población trabajadora en diferentes dimensiones: pérdidas de empleo; disminución de ingresos; intensificación del trabajo por la vía del teletrabajo o del trabajo remoto; acentuación de formas laborales vías plataformas digitales; reforzamiento de la triple carga para las mujeres trabajadoras; pérdida de los límites entre el escenario laboral con el doméstico, así como de las horas laborales con las de descanso; problemas de salud físicos y mentales relacionados con estos cambios en la organización del trabajo y profundización de las inequidades en relación con el reconocimiento del Covid-19 como enfermedad profesional solo para ciertos grupos laborales, entre otras preocupaciones (Torres-Tovar, 2020; Luna-García y Torres-Tovar, 2021).

Las circunstancias del mundo del trabajo en las últimas décadas, producto de la implementación de políticas laborales neoliberales, han establecido como aspectos comunes los trabajos flexibilizados, temporales, informales, que han determinado formas laborales precarizadas, inseguras y peligrosas para la salud y la vida de los trabajadores y las trabajadoras (Antunes, 2012).

Estas dinámicas laborales en el período de la pandemia se han intensificado y dadas las medidas de confinamiento establecidas para mitigarla, el trabajo se ha visto transformado, produciendo, a su vez, la pérdida de millones de empleos permanentes (Azucara et al., 2020).

Aunque el escenario pandémico no ha pasado y se ha prolongado más de lo pensado,¹ lo cierto es que es necesario pensar en un período de mediano plazo en el cual la pandemia se habrá transformado, dejando asuntos nuevos instalados en lo social, laboral, sanitario, cultural, económico, que no se tenían antes.

Al pensar en este escenario de pospandemia, muchas de las dinámicas y formas de organización del trabajo asumidas durante este período, quedarán instauradas sin retorno, asunto que es necesario prever, para identificar qué efectos pueden traer en las dinámicas laborales y en la salud de las trabajadoras y los trabajadores y en los mecanismos de protección social en materia del derecho a la salud en el trabajo.

En este contexto, este nuevo ensayo, siguiendo la línea del anterior, se propone como objetivo reflexionar sobre el mundo del trabajo en la pospandemia, tratando de identificar: i) qué cambios en las dinámicas laborales se han dado producto de ella; ii) cuáles pueden ser las tendencias que queden instaladas en el período de pospandemia; iii) posibles repercusiones en la salud de los trabajadores y las trabajadoras y, desde este ejercicio, iv) vislumbrar alternativas desde el campo del pensamiento crítico en salud, para contener una nueva fase del mundo del trabajo más expoliador, tóxico y destructivo de la salud, del que se viene teniendo.²

1. Incluso ya se empieza a hablar de endemia, bajo el entendido que se mantendrá de forma permanente en el tiempo.

2. Como parte de estas reflexiones, ver la grabación del Conversatorio Virtual: Cambios del mundo del trabajo E impactos en la salud de las y los trabajadores por la Pandemia, realizado por el Grupo de Trabajo de Estudios Sociales para la Salud de CLACSO, que moderó el autor de este capítulo. <https://www.youtube.com/watch?v=ltBUrjqca-4>

DINÁMICAS DEL MUNDO DEL TRABAJO PRODUCTO DE LA PANDEMIA

El mundo del trabajo se ha estado transformando profundamente en las últimas décadas producto de los procesos de globalización económica, los cambios tecnológicos, demográficos, medioambientales, con profundas repercusiones en la naturaleza y el futuro del trabajo (Antunes, 2012; OIT, 2017).

La crisis sanitaria y social provocada por la pandemia ha repercutido ampliamente en el mercado laboral, estableciendo tendencias de destrucción de empleos, transformando las formas productivas, estableciendo y ampliando las desigualdades laborales y sociales.

La pandemia llevó a establecer una tipificación de los trabajos en esenciales y no esenciales, bajo el concepto de que los primeros son aquellos que no se pueden dejar de realizar, porque impedirían contar con los aspectos esenciales para la vida.

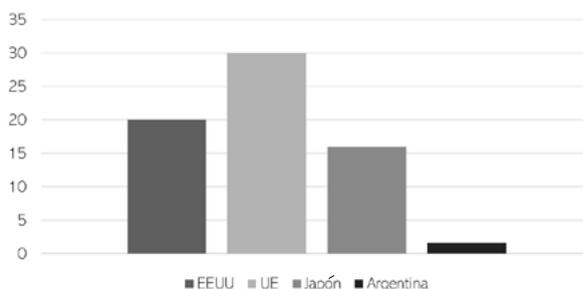
Bajo este concepto se establecieron lista de trabajos de diversos sectores de la economía que al ser considerados esenciales podrían continuar laborando en la presencialidad, aún en el marco de las restricciones de circulación impuestas. Entre los sectores que fueron definidos como esenciales se encontraron los de producción, distribución y comercialización de alimentos, atención en salud, servicios de emergencia, mantenimiento de servicios públicos, transporte, financieros, tecnologías de la información y las comunicaciones, principalmente.

Esta tipificación del trabajo influyó en el deterioro del empleo, en especial en los sectores denominados no esenciales al no poder desarrollarse plenamente.

Dado el confinamiento generalizado que se dio como medida central inicial para la supresión de la pandemia por Covid-19, muchos sectores laborales pasaron a realizar trabajos remotos desde la casa y otros, intensificaron la modalidad de teletrabajo que muchas empresas ya venían practicando.

Antes de la pandemia, solo una parte de la fuerza de trabajo laboraba desde la casa, con teletrabajo regular u ocasional. Por ejemplo, en Estados Unidos entre 15 al 20%; en la Comunidad Económica Europea la incidencia variaba del 30 al 10%; mientras que en Japón estaba en un 16% y en Argentina solo en 1,6% (OIT, 2020a; Gascuña, 2021).

Gráfica 1. Porcentaje de teletrabajo antes de la pandemia



Fuente: Elaboración propia con base en OIT (2020a) y Gascueña (2021), tomando el mayor porcentaje indicado.

Con la pandemia, las cifras de trabajo en casa aumentaron de manera importante, aunque con diferencias entre países, variando entre un 60% en países como Finlandia, 40% en Italia, 34% en Estados Unidos y un 18% en Brasil (OIT, 2020a; Gascueña, 2021), asunto relacionado de alguna manera con la adaptación previa que venían teniendo estos países en los procesos de teletrabajo.

Esta experiencia también evidenció que el paso al teletrabajo y trabajo remoto es posible para ciertas actividades económicas, como por ejemplo las educativas, financieras y de seguros, inmobiliarias, profesionales, algunas científicas y de servicios administrativos y de apoyo; mientras que para otros esta forma no es posible como, por ejemplo, la construcción; transporte, almacenamiento y comunicaciones; comercio, hoteles y alojamiento; e industria manufacturera (CEPAL y OIT, 2020).

Según el Observatorio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el 2020 los mercados de trabajo de todo el mundo se vieron seriamente afectados de una manera sin precedentes por la pandemia (Gráfica 1), evidenciado por (OIT, 2021):

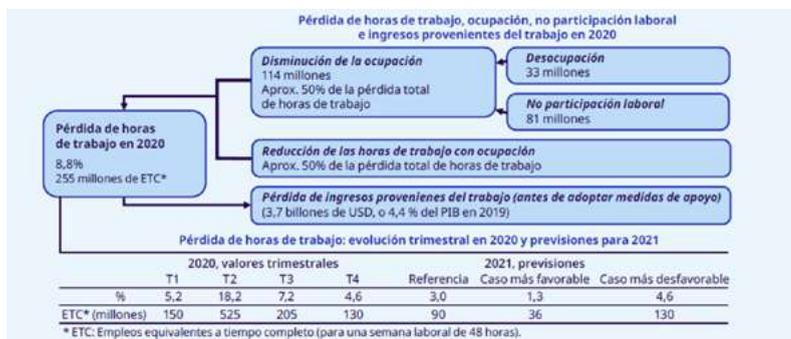
- La pérdida del 8,8% de las horas de trabajo a nivel mundial equivalen a 255 millones de empleos a tiempo completo; siendo esto especialmente elevado en América Latina y el Caribe, Europa meridional y Asia meridional;
- La disminución en el mundo de 114 millones de empleos con respecto a 2019, disminución que fue 5% mayor para las mujeres y 8,7% para los jóvenes;
- La salida de la fuerza de trabajo representó el 71% de la disminución de la ocupación a escala mundial, lo que generó una reducción de la tasa de participación en la fuerza de trabajo a escala mundial de 2,2 puntos porcentuales en 2020, llevándola

a 58,7% (aumentó en 81 millones de personas). Esta situación dio lugar a un mayor aumento de la cantidad de personas que salieron de la fuerza de trabajo en comparación con la cantidad de personas desocupadas;

- La cantidad de personas desocupadas a escala mundial aumentó en 33 millones en 2020, y la tasa de desocupación aumentó en 1,1 puntos porcentuales llegando al 6,5%;
- Los ingresos provenientes del trabajo a escala mundial en 2020 disminuyeron un 8,3%, representando el 4,4% del producto interior bruto (PIB) mundial. La mayor pérdida de ingresos provenientes del trabajo se registró en las Américas con un 10,3% y la menor pérdida se dio en Asia y el Pacífico con 6,6%.

Estos impactos se explican en parte porque con la pandemia se profundizaron aspectos de la precarización laboral con los que ya se venía al justificarse medidas como la suspensión de primas, reducción de horas laborales, trabajo intermitente, el envío a vacaciones sin salario, la flexibilización de los contratos laborales o el despido de los trabajadores.

Gráfica 2. Pérdida de horas de trabajo, ocupación e ingresos provenientes del trabajo en 2020, y previsiones para 2021



Fuente: Observatorio de la OIT: El Covid19 y el Mundo del Trabajo; séptima edición.

Estos efectos producto de la pandemia han estado más marcados en cierto tipo de grupos y de sectores de la economía. De un lado, las mujeres se han visto más afectadas que los hombres, en tanto la tasa de su ocupación se redujo en un 5% como ya se mencionó, en comparación con un 3,9% en el caso de los hombres; esto porque ellas

tienen más probabilidades de salir del mercado de trabajo y de dejar de formar parte de la fuerza de trabajo que los hombres (OIT, 2021).

De otro lado, los trabajadores jóvenes también se han visto afectados por la pérdida de empleo o su incorporación tardía. Su tasa de ocupación disminuyó en 8,7% como se mencionó, frente a la de 3,7% de los adultos (2021).

En cuanto a la repercusión por sectores económicos, el más afectado ha sido el de hotelería, en el que la tasa de ocupación se redujo en promedio en 20%, seguido de los sectores del comercio minorista y de la producción industrial (2021).

Se estima que la región de América Latina y el Caribe ha sido la que ha sufrido los mayores impactos en el mundo laboral producto de la pandemia. Su economía se contrajo en aproximadamente 7,4% en 2020, con un incremento del desempleo tanto en sectores formales como informales de la economía, lo que sin duda ha incrementado la pobreza. Cerca de tres millones de empresas han cerrado durante la pandemia, lo que llevó a que el desempleo pasara a afectar a once de cada cien personas, en contraste con los ocho de cada cien previo al Covid-19. Esta situación a su vez sumó a unos 7,5 millones de personas al segmento de la población laboral de la región que trabaja sin seguridad social. Se prevé que, para los años por venir, el porcentaje de personas trabajando en la informalidad llegará al 62%, un 6% más que antes de 2020 (Cuesta, 2021).

También la pandemia ha actuado como un catalizador para el crecimiento de empleos de la denominada “economía de los gig” que genera trabajos mediante “acuerdos virtuales” de forma temporal o a corto plazo, como por ejemplo conductores de reparto como Rapi, los trabajos relacionados con las plataformas en línea como Uber y otros trabajos, a menudo impulsados por la tecnología; caracterizados por ser precarios con estándares de empleo flexibles, los cuales ya venían en un rápido crecimiento antes de la pandemia (Ståhl y MacEachen, 2020). Se estima que este tipo de trabajos se ha expandido rápidamente con más de 50 millones de trabajadores en los países periféricos (Álvarez de la Vega, Rooksby y Cecchinato, 2020).

Igualmente se ha evidenciado que se han intensificado los trabajos de la economía gig que se realizan desde el hogar, como por ejemplo los centros de llamadas descentralizadas que operan a través de oficinas en el hogar, que lleva a demandas duales de administrar el trabajo y la vida familiar (Álvarez et al., 2020), asunto que sin dudas está teniendo implicaciones para la salud mental de estos trabajadores.

Impactos de la pandemia en el mundo del trabajo en América Latina

- La economía de América Latina se contrajo en aproximadamente 7,4% en 2020.
- La mayor pérdida de ingresos provenientes del trabajo con un 10,3% del PIB mundial.
- A los 26 millones de personas que ya se encontraban sin trabajo antes de la pandemia, se sumaron 10,4 millones por pérdida del empleo entre febrero del 2020 a julio del 2021.
- Se han sumado 7,5 millones de personas al segmento de la población laboral que ya trabaja sin seguridad social.

EL FUTURO DEL TRABAJO EN LA POSPANDEMIA

El impacto de la crisis sanitaria por el Covid-19 en el futuro del mundo del trabajo se puede prever a partir de considerar que mantendrán y profundizarán la mayoría de tendencias establecidas en el período de pandemia, algunas de las cuales ya venían de atrás (Weller, Gómez, Caballero y Ravest, 2020; Luna-García y Torres-Tovar, 2020, 2021), situación vinculada con las perspectivas de una fuerte destrucción, transformación y creación de empleos, y con una creciente desigualdad en el mercado laboral (Weller, 2020).

Tal contexto de pandemia no solo ha provocado una disminución sustancial del empleo y las horas trabajadas, sino que también ha contribuido a remodelar cómo y dónde se trabaja, y quiénes lo hacen.

Las circunstancias laborales en la pandemia permiten prever unas tendencias en el futuro de las dinámicas del empleo y del mundo del trabajo, sin desconocer que este futuro del trabajo seguirá dependiendo de la persistencia o no del modelo económico o productivo imperante y reconociendo que entre países hay heterogeneidades importantes (De la Garza Toledo, 2019).

Bajo el entendido entonces que el mundo del trabajo viene con un conjunto de tendencias desde los años 70 del siglo XX y que las circunstancias impuestas por la pandemia han intensificado algunas, se puede arriesgar a prever que se desarrollarán las siguientes tendencias:

Mayor desempleo. Como se mencionó, en el período de pandemia se han perdido un número muy alto de empleos, lo que ha intensificado el desempleo anterior.

En las estimaciones hechas por la OIT (2020b), señala que la tendencia es a un aumento del desempleo mundial en este período que oscila entre 5,3 millones y 24,7 millones de personas, con respecto a un valor de referencia de 188 millones de desempleados en 2019,

estimaciones que tienen variaciones, pero que sin duda coloca de relieve un aumento sustancial del desempleo a escala mundial.

En lo que respecta a la región de América Latina, a los 26 millones de personas que ya se encontraban sin trabajo antes de la pandemia, se sumaron 10,4 millones por pérdida del empleo en el período de febrero del 2020 a julio del 2021 (Arciniegas, 2020; BID, 2021).

Aunque la dinámica económica se viene retomando paulatinamente, y ya en muchos países se encuentra plena, lo cierto es que el período inicial de la pandemia producto del confinamiento llevó al cierre y pérdida de millones de empleos, muchos de los cuales ya no se recuperarán, y el surgimiento de nuevos empleos no tendrá la capacidad de absorberlos, razón por la cual la tendencia del desempleo se mantendrá en el período de la pospandemia.

Mayor informalidad. La informalidad laboral es un fenómeno que recorre el mundo hace varias décadas y que en latitudes como las de América Latina, constituye el escenario donde laboran la mayor parte de la fuerza de trabajo.

La pandemia tuvo dos efectos en la informalidad. El primero, la restringió e impidió que las trabajadoras y los trabajadores de este tipo pudieran tener el adecuado sustento al no poder laborar, ni tampoco recibir el apoyo económico adecuado de parte de los Estados, razón por la cual se ha dado un crecimiento de la pobreza. El segundo efecto es su incremento, producto de la destrucción de empleos formales, con lo cual los trabajadores formales han pasado a la informalidad para poder sobrevivir, por lo cual, como se mencionó, se prevé que en los años por venir se incrementará el porcentaje de personas trabajando en la informalidad (Cuesta, 2021).

Mayor teletrabajo y trabajo remoto. Se podría decir que las condiciones de la pandemia fueron las circunstancias ideales que el modelo de producción requería para dar el paso hacia la profundización de estos modos de trabajo remotos, virtualizados.

El teletrabajo y trabajo remoto es un fenómeno que viene en ascenso en el mundo del trabajo desde hace un par de décadas. En países como Estados Unidos este fenómeno laboral ha crecido un 173% desde 2005, en donde el 43% de los empleados trabajan en remoto con cierta frecuencia y donde el 56% tienen un trabajo en el que al menos parte de sus tareas se podrían hacer desde casa (Gascueña, 2021).

Con la pandemia, estas cifras de trabajo remoto se incrementaron de manera ostensible, con diferencias entre países producto de las adaptaciones que ya tenían. Como ya se mencionó, la oscilación del

aumento ha variado entre el 60% en países centrales como Finlandia y a 18% en países periféricos como Brasil (OIT, 2020a).

En la perspectiva capitalista, sin duda la profundización de este modo de trabajo le permitirá mayor acumulación de capital, en tanto disminuye cargas administrativas y operativas y le traslada costos de la operación al trabajador. Ya en medio de esta experiencia muchas empresas han decidido vender o entregar sus inmuebles teniendo claro que sostendrán en la modalidad remota a sus trabajadores.

Esto, a su vez, trae otras ganancias al capital como, por ejemplo, el romper el contacto entre trabajadores, aspecto central para la construcción de identidades y configuración de acciones colectivas y procesos organizativos.

Vista la dinámica de esta manera, es posible vislumbrar que esta tendencia de modo de trabajo en casa se sostendrá y profundizará en el período de pospandemia, sin dejar de entrever que puede generar límites para los empresarios en tanto el aislamiento laboral puede afectar la salud de los y las trabajadoras e interferir con la productividad, lo que perturbaría la apuesta del capital.

Mayor tercerización vía uberización del trabajo. El mundo del trabajo ha venido en un proceso de informatización ligado a la automatización y robotización desde hace un tiempo, que busca el máximo ahorro de mano de obra y mayor volumen de producción, fenómeno que es heterogéneo entre países centrales y periféricos. Esta informatización-digitalización más recientemente se ha empezado a articular con los procesos de virtualización del trabajo vía plataformas digitales tales como Rappi, Uber, Didi, entre otras, que han tenido una mayor expansión en los últimos años.

El período de la pandemia intensificó, dado el confinamiento que impuso, el uso de muchos servicios de manera virtual y a domicilio, incrementando la generación de empleo a través de estas plataformas digitales, sobre todo en actividades como el transporte, la entrega de alimentos y medicamentos a domicilio, las compras virtuales, entre otras (Weller, 2020).

Estas formas de trabajo, que se quieren definir como independientes, donde se ha venido utilizando la narrativa de que la gente es un empresario, un emprendedor, donde él o ella es su propio jefe, lo que ha buscado es encubrir la relación empleado-trabajador que se establece, con lo cual se busca desconocer los derechos y prestaciones que deben tener estos trabajadores a cargo de los dueños de las plataformas digitales, asunto que explica sus grandes ganancias, claramente evidentes en el período de la pandemia (Valdez, 2020), en donde esta

falta de un empleador no debería conducir a la negación de la relación laboral en sentido ampliado (De la Garza Toledo, 2011).

Estos modos de trabajo digitalizados tienen grandes implicaciones, en donde se pueden profundizar las desigualdades producto de los diferentes niveles de habilidades digitales que tiene la gente, sumado a las formas de control y disciplina que impone a los trabajadores (Petrucci y Loustaunau, 2019), en donde incluso el cliente se suma a la presión simbólica para que el trabajo se realice en el espacio y tiempo esperados y con la calidad requerida (De la Garza Toledo, 2011).

Mayor desprotección de la salud en el trabajo. Las tendencias en el mundo del trabajo que se vislumbran en la pospandemia relacionadas con más desempleo, más informalidad, más tercerización vía uberización del trabajo y más trabajo remoto, prevén un aumento en la pérdida o la no garantía de mecanismos de protección de seguridad social para las trabajadoras y los trabajadores, aumentando los porcentajes de no acceso a los mecanismos de protección de la salud en el trabajo, tanto en sus componentes asistenciales médicos, como económicos.

Esta tendencia se mide ya, producto de los efectos de la pandemia, que como se mencionó, ha sumado a 7,5 millones de personas al segmento de la población laboral que trabaja sin seguridad social en América Latina.

En este sentido, se consolidará una tendencia de falta de mecanismos de protección de la salud en el trabajo para mayores segmentos de población laboral en el período de pospandemia.

Mayor intensificación del trabajo y de las jornadas laborales. Otro aspecto que se ha venido dando en el marco de la pandemia, producto principalmente de las modalidades de trabajo remoto y vía plataformas virtuales, es la intensificación del trabajo y la prolongación de las jornadas de trabajo.

Se concibe a un/a trabajador/a polivalente, a quien se le pueden encargar de diversas tareas remotas, las cuales terminan en una sobrecarga laboral. En tanto el trabajador está en la casa, se asume que tiene todo el tiempo disponible y dada la carga laboral, las jornadas laborales se extienden, tanto por el volumen de trabajo, como por los pedidos de él o exigencias de reuniones más allá de los horarios establecidos de trabajo.

Además, los trabajadores de plataformas virtuales, como en últimas su modalidad de pago es a destajo, es decir por número de servicios prestados, estos extienden largamente sus jornadas laborales y la intensifican, tratando de hacer el mayor número posible de servicios en el menor tiempo posible.

Esta situación ha llevado a una pérdida de los límites entre los horarios de trabajo y los de descanso, así como para quienes laboran desde su casa, a la pérdida del escenario doméstico subordinado al del trabajo. Podría decirse que lo laboral se “traga” a lo doméstico, con las implicaciones que esto tiene para la salud y el bienestar de los trabajadores y las trabajadoras y sus familias.

Dada esta situación que imponen los empresarios, que la niegan cuando se les interpela, se vislumbra que continuará dándose en tanto resulta muy lucrativo para el capital, al lograr colocar en escena de esta manera la plusvalía absoluta en acción.

Mayor carga laboral para las mujeres. Los efectos de la pandemia sobre las mujeres han sido distintos y con mayores desigualdades en comparación con la de los hombres (Molina Achury y Sandoval, 2021).

De un lado, en el tema laboral, la pérdida de empleos para las mujeres ha sido mayor, en tanto los sectores laborales más afectados por la pandemia como el comercio minorista, los servicios de hostelería y alimentación, las artes, el entretenimiento y otros servicios personales tiene un porcentaje alto de mano de obra femenino; no están regresando al empleo con el mismo ritmo que los hombres, tienen más probabilidades de estar empleadas en trabajos precarios o informales; y es más posible que hagan labores inseguras con respecto al riesgo de infección por Sars-CoV-2 (Weller, 2020). Un aspecto de la reducción del trabajo remunerado ha tenido que ver con tener que colocarse al frente de las tareas de cuidado, producto de los cierres de escuelas y guarderías o para atender familiares que han enfermado con el Covid-19.

De otro, para las mujeres que han tenido que asumir su trabajo en casa, se presenta una superposición de tareas que evidencia la triple carga de trabajo, referido al trabajo laboral, al doméstico y al reproductivo que les asigna a ellas principalmente las tareas de cuidado. Si a esto se suma que el contexto de aislamiento de la pandemia incrementó la violencia familiar contra las mujeres, la realidad termina siendo muy inequitativa y violenta (Molina Achury y Sandoval, 2021).

Esta situación indica que las mujeres saldrán de este contexto en condiciones económicas más precarias que las de los hombres, que la desproporcionada pérdida de empleos e ingresos seguirá en el futuro y que este conjunto de situaciones que las dejan en condiciones más inequitativas y menos seguras que a los hombres tenderá a perdurar en el tiempo.

Se puede decir entonces que la pandemia ha profundizado las desigualdades e injusticias de género y que estas seguirán ahondándose en el período de pospandemia a menos que se intervengan decisivamente.

Mayor pérdida del tejido organizativo de los trabajadores y las trabajadoras. Las dinámicas del mundo del trabajo que se han dado en el marco de esta crisis sanitaria muestran una escala de violaciones de los derechos laborales, que plantea dudas sobre cómo los trabajadores se reintegrarán a los sectores productivos luego de la pandemia, y si este nuevo nivel de desprecio masivo por los derechos laborales se convertirá en la nueva normalidad, asunto que es muy probable se sostenga, en especial porque uno de los efectos que se va a intensificar dadas las modalidades virtuales y remotas de trabajo, que ya se ha venido produciendo con la flexibilización y tercerización laboral, es la pérdida del tejido organizativo.

En este sentido, se prevé una mayor pérdida organizativa de los trabajadores y las trabajadoras en la pospandemia y una menor capacidad de resistencia a los procesos de explotación intensificada del trabajo, que también estarán presentes en esa fase de tiempo.

TENDENCIAS DEL IMPACTO EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y LAS TRABAJADORAS

Toda esta situación inédita que se ha tenido con la pandemia por Covid-19 tanto en los escenarios sociales, como laborales, sin duda tiene impactos importantes en la salud física y emocional del conjunto de las personas y de formas particulares sobre los trabajadores y las trabajadoras.

De un lado, los efectos que el propio Sars-Cov-2 ha producido, que lo han contagiado producto de las exposiciones en el trabajo o en los desplazamientos hacia y desde el trabajo y de manera muy particular para el sector de la salud que ha atendido en la primera línea la pandemia, y que han contraído la enfermedad teniendo altas tasas de morbilidad y mortalidad (Bandyopadhyay et al., 2020; Torres-Tovar, 2021).

De otro, los impactos sobre la salud física y emocional, que han tenido que asumir sus tareas laborales desde el escenario doméstico, en donde se ha venido presentando un incremento de afecciones osteomusculares, visuales, metabólicas y de tipo mental, entre otras (Burdorf, Porru y Rugulies, 2020).

Las formas de teletrabajo y remoto han generado un conjunto de cargas y exigencias a tiempo completo, que se han acentuado en el contexto del trabajo en el tiempo de la pandemia y que generan patologías a consecuencia de (OIT, 2020a):

- La sobrecarga y el estrés producto de las formas a distancia de trabajo a través de medios tecnológicos, la incapacidad de desconectarse y descansar adecuadamente, que aumentan la fatiga y la irritabilidad;

- El prolongado sedentarismo, trabajar en una misma posición durante largos períodos sin moverse generan alteraciones osteomusculares, fatiga visual, obesidad que puede estar de la mano con enfermedades cardiovasculares;
- La ergonomía de los muebles del hogar que no es la óptima para el teletrabajo prolongado y esto es el único recurso que han tenido miles de trabajadores, generando esta situación efectos negativos sobre estructuras osteomusculares;
- El aumento del consumo de sustancias psicoactivas, alcohólicas o energéticas, como medios para soportar un contexto laboral y familiar que se ha vuelto complejo, que aumentan las emociones negativas y puede llevar a desencadenar alteraciones de salud mental y agresiones;
- El aislamiento que produce agotamiento y sentimientos de pérdida de pertenencia y de exclusión;
- El tipo de herramientas tecnológicas que tenga a disposición el trabajador, al igual que el nivel de conectividad, que de no ser adecuadas llevan a situaciones de frustración e irritabilidad;
- La mezcla entre el espacio doméstico con el laboral, la pérdida de los límites del tiempo de trabajo con el de obligaciones domésticas, incluida la incapacidad de desconectarse del trabajo y descansar, agrava los conflictos laborales y familiares, que puede llevar a expresiones de violencia familiar y de alteraciones de salud mental como depresiones, neurosis, síndrome de Burnout y en situaciones más complejas ideaciones suicidas.

En el marco de la dinámica sanitaria de la pandemia, como se ha analizado, se intensificó el trabajo que llevó a un aumento de la carga psíquica y biomecánica de los trabajadores y las trabajadoras, en medio de una situación de enorme incertidumbre y angustias, con lo cual se incrementaron y/o emergieron alteraciones mentales, trastornos músculo-esqueléticos, enfermedades visuales, entre otras patologías, asociadas a las condiciones de trabajo virtuales (Burdorf, Porru y Rugulies, 2020; Neffa, 2020).

Algunos estudios que se han realizado en este período han mostrado las afecciones en la salud, de un lado por la atención directa a la pandemia (Bandyopadhyay et al., 2020; Molina Achury, 2020; Salazar et al., 2020) y otros, por las nuevas circunstancias laborales con efectos principalmente en la esfera mental (Ribeiro, Scorsolini-Comin y Dalri, 2020; Neffa et al., 2020).

En tanto se plantea que el escenario de las condiciones remotas y virtuales se sostendrá e intensificará en el período pospandémico, al igual que las dinámicas de mercado laboral de desempleo e informalidad, se considera que en términos de la salud de los trabajadores la tendencia será a sostener e incrementarse las patologías asociadas a las exposiciones psicosociales y biomecánicas desencadenando patologías mentales y osteomusculares, y tendrán que explorarse más los efectos por exposiciones a radiaciones no ionizantes, producto de las exposiciones a tecnologías de la información y comunicación, en la generación de patologías visuales, dérmicas, cardiovasculares y en la aparición de cánceres, entre otros posibles efectos.

CONCLUSIONES

La pandemia demostró la importancia del trabajo para la sociedad, en tanto evidenció con mucha claridad que las sociedades no pueden detener un conjunto de actividades laborales sin las cuales no sería posible vivir. De esta manera, la pandemia volvió a reivindicar el valor y la importancia del trabajo para la humanidad e interpela sin duda la tesis del fin del trabajo.

Producto de las reflexiones hechas en este ensayo y de los alcances propuestos, se puede plantear las siguientes conclusiones:

En relación a los cambios en las dinámicas laborales producto de la pandemia. Estos cambios ahondaron tendencias que venían desde antes en el mundo del trabajo. De estas tendencias, especialmente las relacionadas con la flexibilización laboral, la desconcentración y satelización de los procesos productivos y la desregulación laboral, causas de la precarización laboral que hoy viven el grueso de los trabajadores y las trabajadoras del mundo, que se han profundizado en el tiempo de la pandemia, al ampliarse y ahondarse principalmente las formas virtuales y remotas de trabajo y las ligadas a plataformas digitales de trabajo.

Asimismo, el impacto en el mundo del trabajo a partir de la crisis global producida por la pandemia ha colocado en evidencia sus profundas desigualdades, especialmente en regiones como América Latina, al afectar a grupos laborales de manera desigual y con diversas implicaciones en su salud.

En relación a las tendencias en el período de pospandemia. Pensarse el mundo del trabajo en una fase de pospandemia en el marco del siglo XXI, demanda comprender y analizar las dinámicas y transformaciones diversas que han estado aconteciendo en el mundo del trabajo previo a la pandemia y las que agrega este momento inédito de crisis

sanitaria y social, relacionadas con cambios en las formas de gestión y organización del trabajo, que marcan unas tendencias del trabajo para las próximas décadas.

El contexto de la pandemia marca un rumbo del mundo del trabajo en el marco de los procesos de producción capitalista en donde como tendencia se espera un aumento en: desempleo, informalidad, teletrabajo y trabajo remoto, tercerización vía plataformas digitales de trabajo, desprotección de la salud en el trabajo, intensificación del trabajo y de las jornadas laborales, carga laboral para las mujeres y pérdida del tejido organizativo de los trabajadores y las trabajadoras.

Lo revelado e intensificado por la pandemia y que marca un rumbo para el futuro, es que el mundo del trabajo en el marco del capitalismo, continuará generando más explotación, más expropiación, más control y sometimiento y ratifica el concepto de que estamos viviendo en un mundo laboral tóxico, incluso con aspectos de autoexplotación, que afecta profundamente la vida y la salud de las trabajadoras y los trabajadores.

De las repercusiones en la salud de los trabajadores y las trabajadoras. En este aspecto de la salud en el trabajo, la pandemia revela una situación ya presente de desprotección de la salud en el mundo del trabajo, pero que a su vez la ahonda.

Se prevé entonces que, dado que los escenarios laborales de informalidad, virtuales y remotos se intensificarán, la tendencia será a sostener e incrementarse las patologías mentales y osteomusculares y de forma emergentes las patologías visuales, dérmicas, cardiovasculares y cánceres, entre otros posibles efectos de la exposición a radiaciones no ionizantes derivadas de las tecnologías de la información y comunicación.

Las alternativas que se vislumbran. Desde luego que hay líneas de fuga, procesos de resistencia, de lucha, de búsqueda para configurar un mundo del trabajo que recupere la esencia del trabajo y que coloque el acento en la salud y la vida y no en la acumulación.

Como lo planteó Enrique De La Garza (2019), “siempre habrá un espacio, extenso o corto, para la acción viable de los trabajadores que empujen hacia el trabajo decente”. Es probable que en el período de pospandemia las demandas y luchas por mejores trabajos y con protección a la salud se amplíen, muy relacionadas con las dinámicas del empleo informal y precario vinculado a la digitalización y a la extensión de la economía gig.

En este sentido, este panorama que nos deja el ver el mundo del trabajo actualmente y sus tendencias futuras, ubica la necesidad de propiciar cambios de fondo, relacionado con (Gráfica 3):

- replantear el mundo del trabajo como especie humana;
- configurar un trabajo al servicio de la vida, la creatividad, el crecimiento, la emancipación y no de la acumulación del capital;
- impedir un mayor despojo del trabajo por las vías del teletrabajo y el trabajo remoto-virtual;
- configurar un sistema de protección de la salud en el mundo del trabajo, público, universal, centrado en la promoción y prevención, no en la reparación e indemnización, mucho menos en la mercantilización; y
- ampliar e innovar las formas de resistencia para derrotar la precarización del mundo del trabajo e instituir nuevas formas organizativas del trabajo que vayan más allá de agrupar las formas formales de vinculación laboral.

Gráfica 3. Hacia un mundo del trabajo en la pospandemia digno, seguro y protegido



Fuente: elaboración propia.

Igualmente, esta dinámica establece unos desafíos académicos entre los que se encuentra:

- estudiar y comprender las cambiantes dinámicas del mundo del trabajo;
- aportar para reconfigurar la esencia del trabajo, que va más allá de evitar los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales (ATEL);

- estudiar el denominado sector informal de la economía para comprenderlo a plenitud y establecer su impacto en la salud de las trabajadoras y los trabajadores;
- tomar como objeto de estudio las formas remotas y virtuales de trabajo, en busca de aportar para configurar condiciones dignas y seguras de trabajo y de la misma manera para el trabajo digitalizado a través de plataformas virtuales;
- incorporar decididamente un enfoque de género para la investigación de los problemas de salud en el mundo del trabajo.

De manera específica, es necesario que en el escenario actual y en el que denominamos pospandemia, se impulsen acciones que contribuyan a mejorar los mecanismos de protección social y de salud en el trabajo, identificando de manera especial los impactos que este contexto ha configurado y ahondará en términos de cargas psicosociales y exposiciones biomecánicas y de radiaciones, generando espacios de formación e intercambio de conocimientos y experiencias entre trabajadores y trabajadoras y sus diversas formas organizativas, que por demás están exigidas a innovar y renovar a la luz de las circunstancias del escenario presente y futuro del mundo del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez de la Vega, Juan Carlos, Rooksby, John, Cecchinato, Marta. (2020). The Gig Economy in Times of Covid-19: Designing for Gig Workers' Needs. <https://www.microsoft.com/en-us/research/uploads/prod/2020/07/NFW-Alvarez-de-la-Vega-et-al.pdf>
- Antunes, Ricardo. (2012). Os modos de ser da informalidade. Rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? En J. Estrada (coord.), *La crisis capitalista mundial y América Latina. Lecturas de economía política* (pp. 297-310). Buenos Aires: CLACSO.
- Arciniegas, Yurany. (2020, 2 de julio). OIT: América Latina es la región con más empleos perdidos por cuenta de la pandemia. <https://www.france24.com/es/20200701-oit-latinoamerica-desempleo-economia-pandemia-covid19>
- Azuara, Olive et al. (2020). El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe. BID. <https://publications.iadb.org/es/el-futuro-del-trabajo-en-america-latina-y-el-caribe-como-puede-la-tecnologia-facilitar-la-0>

- Bandyopadhyay, S. et al. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from Covid-19: a systematic review. *BMJ Global Health*, 5:e003097. doi:10.1136/bmjgh-2020-003097
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2021). Observatorio laboral de Covid-19. <https://observatoriolaboral.iadb.org/es/>
- Burdorf, A., Porru, F. y Rugulies, R. (2020). The Covid-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health. *Scand J Work Environ Health*. doi:10.5271/sjweh.3893.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe y OIT (CEPAL) - Organización Internacional del Trabajo (2020). La dinámica laboral en una crisis de características inéditas: desafíos de política. Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Cuesta, Gustavo. (2021, 23 abril). La pandemia y sus efectos en la informalidad laboral. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/mundo/mas-paises/la-pandemia-y-sus-efectos-en-la-informalidad-laboral-article/>
- De la Garza Toledo, Enrique. (2019, 11 de julio). El futuro del trabajo en América Latina. <https://revistacomun.com/blog/el-futuro-del-trabajo-en-amrica-latina/>
- Gascueña, Dory. (2021, 08 julio). El teletrabajo: ¿la nueva normalidad pos Covid-19? <https://www.bbva.com/es/el-teletrabajo-la-nueva-normalidad-pos-covid-19/>
- Luna-García, Jairo Ernesto y Torres-Tovar, Mauricio. (2020): A Pandemia da Covid-19 e o mundo do trabalho: um olhar a partir dos setores subalternos. *Laboreal*, 16(2). <https://journals.openedition.org/laboreal/17438>
- Luna-García, Jairo Ernesto y Torres-Tovar, Mauricio. (2021). Impactos de la crisis de la pandemia en la salud de los trabajadores. Lineamientos sindicales para su enfrentamiento. En Escuela Nacional Sindical y otras (eds.), *Misión Alternativa de empleo e ingresos. Propuestas para una Colombia incluyente* (pp. 423-489). Medellín: ENS.
- Molina Achury, Nancy y Sandoval, María Fernanda. (2021, 28 de marzo). Crecen las desigualdades e inequidades basadas en género. <https://www.desdeabajo.info/colombia/item/42031-crecen-las-desigualdades-e-inequidades-basadas-en-genero.html>
- Molina Achury, Nancy. (2020, 20 de agosto). El Covid-19 y el sector salud: desprotección, precarización laboral y exceso de carga

mental. *UN Periódico*. <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/el-covid-19-y-el-sector-salud-desproteccion-precarizacion-laboral-y-exceso-de-carga-mental/>

- Neffa, Julio Cesar. (2020). Crisis, pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo. En Julio César Neffa et al., *Pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical* (pp. 17-32). Rosario: Homo Sapiens.
- Neffa, Julio Cesar et al. (2020). Pandemia y riesgos psicosociales en el trabajo. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical. Rosario: Homo Sapiens.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2017). Informe inicial para la Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo. Ginebra: OIT.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2020a). Teletrabajo durante la pandemia de Covid-19 y después de ella. Guía práctica. Ginebra: OIT.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2020b). El Covid-19 y el mundo del trabajo: Repercusiones y respuestas. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_739158.pdf
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2021). Observatorio de la OIT: El Covid19 y el Mundo del Trabajo; séptima edición. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_767045.pdf
- Petrucci, Larissa y Loustaunau, Lola. (2019). Flexibilidad Taylorizada. Un diálogo sobre el trabajo en software: inmaterialidad, disciplina y organización colectiva. <https://revistacomun.com/blog/flexibilidad-taylorizada-un-dilogo-sobre-el-trabajo-en-software-inmaterialidad-disciplina-y-organizacin-colectiva/>
- Ribeiro, Beatriz Maria Dos Santos Santiago, Scorsolini-Comin, Fabio y Dalri, Rita de Cassia de Marchi Barcellos. (2020). Ser docente en el contexto de la pandemia de Covid-19: reflexiones sobre la salud mental. *Index de Enfermería*, 29(3), 137-141. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200008&lng=es&tlng=es
- Salazar de Pablo, G. et al. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.022

- Ståhl, Christian y MacEachen, Ellen. (2021). Universal basic income as a policy response to Covid-19 and precarious employment: Potential impacts on rehabilitation and return-to-work. *J Occup Rehabil* 31, 3-6. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09923-w>
- Torres-Tovar, Mauricio. (2020, 2 de mayo). Lo que devela los tiempos de pandemia al trabajo y a la salud en el trabajo. <https://viva.org.co/cajavirtual/svc0680/articulo04.html>
- Torres-Tovar, Mauricio. (2021). Covid-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. En Carolina Tetelboin Henrion et al. (eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia* (pp. 291-308). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Valdez, Jimena. (2020, 3 de mayo). Las plataformas son las grandes ganadoras de la pandemia. Es hora de discutir su regulación. <https://cenital.com/las-plataformas-son-las-grandes-ganadoras-de-la-pandemia-es-hora-de-discutir-su-regulacion/>
- Vite, Vanesa. (2020). Trabajo remoto y salud mental: Algunas reflexiones laborales a raíz del impacto de la Covid-19. *Enfoque Derecho*. Recuperado de <https://www.enfoquederecho.com/2020/11/05/trabajoremoto-y-salud-mental-algunas-reflexiones-laborales-a-raizdel-impacto-de-la-covid-19/> OJO
- Weller, Jürgen. (2020). La pandemia del Covid-19 y su efecto en las tendencias de los mercados laborales. *CEPAL*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45759/1/S2000387_es.pdf
- Weller, Jürgen et al. (2020). El impacto de la crisis sanitaria del Covid-19 en los mercados laborales latinoamericanos. Santiago de Chile: CEPAL.

POLÍTICA SOCIAL Y EXPERIENCIAS DE CUIDADO EN TIEMPOS DE PANDEMIA, ESTALLIDO SOCIAL Y PROCESO CONSTITUYENTE

Desafíos para la protección social en Chile

**Macarena Hernández Riquelme
y Claudio Rodríguez Díaz**

INTRODUCCIÓN

El artículo indaga la relación entre la crisis sociosanitaria en Chile profundizada por la pandemia, y las limitaciones de las políticas de protección social y programas de cuidado, en el marco del proceso constituyente abierto con el denominado estallido social de octubre de 2019. Durante las movilizaciones en torno a este proceso, la sociedad interpela al modelo neoliberal vigente desde la dictadura, a la vez que instala la demanda por los derechos sociales y superación de la desigualdad como elementos constitutivos de la política pública. Para ello, se describen de forma preliminar las respuestas del Estado al problema de los cuidados desde los programas existentes, en específico de aquellos que forman parte del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, así como aquellas locales y comunitarias surgidas en el contexto de crisis. El artículo busca dar cuenta de la relación entre la debilidad de la protección social y la agudización de la crisis de los cuidados en el marco del Estado Subsidiario existente, y del proceso de refamiliarización como una posible expresión de la crisis y la falta de suficiencia en las respuestas existentes. Finalmente, se plantea la necesidad de avanzar en políticas que, recogiendo las experiencias locales y territoriales, aborden el desafío de fortalecer el trabajo en torno a los cuidados como un derecho social garantizado dentro de

la discusión y redacción de la nueva constitución en desarrollo, con especial énfasis en el enfoque de género y la necesidad de avanzar en el reconocimiento del trabajo no remunerado.

PANDEMIA, ESTALLIDO SOCIAL Y CRISIS

La pandemia, decretada por la OMS en marzo de 2020, presenta variados alcances y aristas analíticas. La más visible es la sanitaria, pero, sin duda, la crisis en desarrollo tiene dimensiones económicas, sociales, tecnológicas, laborales y del modelo de desarrollo, por citar algunas, así como alcances políticos que la historia podrá reconocer como un punto de inflexión de la humanidad, con implicancias geopolíticas de carácter global.

Diversos intelectuales críticos del capitalismo coinciden sobre el alcance de la pandemia como expresión de una crisis mayor, civilizatoria, y un cuestionamiento de fondo al proyecto modernizador en los marcos que hoy conocemos, como es el capitalismo financiero y el neoliberalismo que puebla parte del orbe (De Souza, 2020; Zizek, 2020) y golpea con fuerza la región latinoamericana (Gambina, 2020). En este contexto, la pandemia interpela a la desigualdad, expresada en el cumplimiento efectivo de los derechos sociales, así como la fragilidad de las respuestas públicas que surgen en el marco del modelo neoliberal (Alzueta y Rodríguez, 2021).

En este escenario, uno de los temas planteados tiene relación con el rol y responsabilidad del Estado en materia de protección social de las personas. El acceso a una salud y pensiones dignas, y el mejoramiento en general de la calidad de vida, requieren de un Estado activo y garante en el cumplimiento de derechos esenciales. La respuesta de gobiernos de distinto signo ha sido, mayoritariamente, de una revalorización del rol del Estado en la protección y derechos sociales esenciales como es la salud y el trabajo, con medidas de fortalecimiento de la protección social para la crisis. Una de las medidas fue el aumento de la deuda pública que, en el caso de Chile, ha sido baja en relación con otros países, dando cuenta de su apego al modelo neoliberal. La deuda pública en Chile para 2020, según el Ministerio de Hacienda, llegó a 32,5% del PIB, 5 puntos sobre 2019. Esta cifra se encuentra muy por debajo del promedio de países con niveles similares o mayores de desarrollo. Por ejemplo, España alcanzó una deuda pública de un 120%, Alemania un 69,8%, México un 60,59% o Uruguay un 66,6%,¹ lo que da cuenta de que existe un margen para poder aumentar el gasto social. Ello fue recién abordado con mayor claridad con la

1. Información obtenida en <https://datosmacro.expansion.com/deuda>

expansión del Ingreso Familiar de Emergencia Universal a mediados de 2021, dada la fuerte presión social y política existente.

En Chile la crisis sanitaria y social fue antecedida por lo que se ha conocido como el “estallido social”. Esta revuelta popular, iniciada el 18 de octubre de 2019, devela el proceso de acumulación de malestar social y la profunda desafección por parte del pueblo y la sociedad civil popular hacia la institucionalidad, cuyos antecedentes se venían desarrollando en los movimientos sociales de los últimos lustros (Garcés, 2020) con explosiones autónomas. Ello da cuenta de una ruptura entre sociedad civil y Estado, entre política y sociedad (Garretón, 2016) que se manifestaba desde antes del estallido social como crisis de confianza en las distintas instituciones y contra el avance del mercado. En este marco, se han interpelado profundamente los abusos de parte de los sectores empresariales y las élites políticas como económicas, generando una grieta profunda al modelo neoliberal implementado por la dictadura y mantenido en los últimos 30 años por los gobiernos de la transición, el cual concentró la riqueza generada por el desarrollo del capital a costa de una profunda desigualdad social. Previo al Estallido Social, el informe de “Panorama Social en América Latina de 2018”, indicaba que el 50% de los hogares con menores ingresos accedía al 2,1% de la riqueza neta del país, mientras el primer decil concentraba el 66,5% y el 1% más rico concentraba el 26,5%, lo que gráfica la desigualdad y la alta concentración de la riqueza como factores estructurales al modelo de desarrollo chileno.

La respuesta popular ha sido una gran movilización, protesta y participación social para buscar nuevos caminos de justicia social, los cuales también han tenido un clivaje territorial y comunitario, a través de la generación de cabildos autoconvocados y asambleas territoriales, entre otras iniciativas de participación entre las que destaca el rol incidente del movimiento feminista (Garcés, 2020). Ahora, en contexto de pandemia y crisis sociosanitaria, esto se ha visto reforzado, dando espacio al resurgimiento de ollas comunes, comedores populares y distintas manifestaciones de solidaridad, dentro de las cuales aparece el cuidado y algunas estrategias de apoyo, donde las mujeres han jugado un rol protagónico.

En este cuadro, la desmercantilización de los derechos sociales, como el de la salud, la educación y las pensiones, pasan a ser uno de los puntos centrales de las demandas sociales y el proceso constituyente en curso (Ruiz, 2020), en el marco del desafío de superación del neoliberalismo y la redacción de una nueva carta magna.

Así adquiere relevancia el debate respecto a los desafíos de las políticas de protección social y, dentro de ese marco, los desafíos para el cuidado en el contexto de pandemia y el proceso constituyente. De

esta forma, conocer las distintas líneas programáticas a nivel central y local, así como las respuestas de la propia comunidad para afrontar este momento, pueden aportar para comprender las estrategias de apoyo que permitan pensar en el cuidado como un eje de la protección social. También, en dicha dirección, propuestas que den dignidad al trabajo de las y los cuidadores, contribuyendo así a una mejor vida y al cuidado de niños, niñas y adultos dependientes, acaso los grupos más vulnerados en el contexto de crisis actual.

LA CRISIS DE LOS CUIDADOS

Según diversos autores, la denominada “crisis de los cuidados” surge de las tensiones en su provisión, vislumbrándose como un problema en los años sesenta a partir de las investigaciones feministas, que comienzan a conceptualizar el cuidado como una categoría dentro de las ciencias sociales, aludiendo en un principio a un síntoma de la emancipación de las mujeres (Montaño y Rodríguez, 2010). También, se considera que el cuidado es un concepto heurístico que permite comprender los cambios demográficos, sociales, económicos y políticos registrados en las sociedades desarrolladas y aquellas en vías de desarrollo en las dos últimas décadas (Sisto et al., 2016).

El análisis de los cuidados traspasa las fronteras del debate académico para convertirse en una cuestión política clave dentro de los debates sobre la reestructuración de los sistemas de protección social (Provoste, 2012). Respecto al cuidado de niños y niñas, las autoras feministas han aportado a las investigaciones, en tanto históricamente este trabajo ha sido realizado por mujeres, tanto a nivel familiar, como cuando se externaliza a través de la contratación de servicios, lo cual tiene consecuencias de desigualdad de género relevantes, en tanto muchas mujeres se ven obligadas a excluirse del mercado laboral o enfrentadas a mayores dificultades que sus pares masculinos para articular trabajo productivo y reproductivo (Batthyány, Genta y Perrotta, 2014).

A pesar de que en la última década han emergido nuevos discursos sobre la implicación de los varones en el cuidado infantil y se avanza progresivamente hacia mayores niveles de corresponsabilidad y equidad de género en este ámbito, diversos autores identifican enormes brechas entre el plano discursivo y las prácticas cotidianas, en tanto el rol de proveedor permanece como un eje clave de la masculinidad hegemónica y la división sexual del trabajo y aún existen escasas políticas públicas que promuevan la corresponsabilidad (Sisto et al., 2016).

La Encuesta Nacional del Uso del Tiempo,² aplicada en Chile, ha sido uno de los instrumentos que ha evidenciado esta desigual distribución del tiempo entre hombres y mujeres. Mientras que las mujeres destinan en promedio a nivel nacional 5,89 horas al trabajo no remunerado,³ los hombres destinan 2,74 horas. Esta distribución del tiempo no hace sino mostrar la rígida división sexual del trabajo que aún prevalece en las prácticas cotidianas y que tiene implicancias sociales, económicas y políticas del cuidado.

Respecto a la contribución del trabajo doméstico y de cuidado al desarrollo económico y social, se puede señalar que el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado constituye la base fundamental de este. Es el soporte de las personas en el día a día, y de una generación a la otra; sin este trabajo, los individuos, las familias, las sociedades y las economías no podrían sobrevivir ni prosperar (Rodríguez, 2018). Por ello, urge avanzar en políticas que den valor y reconocimiento a esta labor, que es base para el funcionamiento social y productivo de nuestras sociedades.

Así los cuidados, desde la mirada económica, representan el mayor subsidio a la economía global, a través de la reproducción de la fuerza de trabajo a bajo costo. Sobre la base del trabajo doméstico y de cuidado se fundan las medidas de los países cuando atraviesan alguna crisis, absorbiendo la mayor parte del peso de las respuestas a las crisis financieras, y en este caso, la crisis pandémica no ha hecho otra cosa que visibilizar el problema de los cuidados.

La autora y activista feminista Silvia Federici (2020) señala:

El trabajo doméstico y de cuidados es el servicio más esencial que hay en el mundo, pero que se ha invisibilizado mucho con la llegada de la Covid-19, pese a su importancia... la pandemia ha perpetuado las desigualdades que sufren las mujeres que lo ejercen en todo el mundo y que esta puede ser una oportunidad para que los colectivos replanteen la lucha y se logren mayores cambios.⁴

En este marco, Federici hace una crítica a las definiciones de trabajos esenciales que adoptaron los distintos gobiernos, que dejan excluido, marginado e invisibilizado el trabajo doméstico y de cuidado; y que estas decisiones responden a la desvalorización intrínseca del trabajo

2. Encuesta del Uso del Tiempo 2015, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE).

3. Trabajo reproductivo, doméstico y de cuidado de personas dependientes.

4. Silvia Federici, Seminario “Voces situadas: ¿Quién cuida a la cuidadora? Capitalismo, reproducción y cuarentena”, mayo 2020. Museo Reina Sofía. <https://vimeo.com/425581090>

reproductivo –y de las mujeres– del capitalismo hegemónico. En Chile, por ejemplo, el estudio de Comunidad Mujer (2020) plantea que el trabajo de cuidado y labores domésticas no remuneradas alcanza en 21,8% del PIB ampliado, lo que grafica la relevancia que este tiene en el desarrollo económico del país.

Así, los cuidados que son el soporte fundamental para la sustentabilidad de la vida humana se han descrito como una tarea compleja, que varía según el número de personas cuidadas, las edades, la intensidad del cuidado, el nivel de dependencia y los apoyos para realizarlos.

Los cuidados comprenden el desarrollo de diversas actividades tales como aseo e higiene de la persona, alimentación, tareas domésticas, atenciones o procedimientos asociados a la salud, movilidad, así como contar con los recursos que permitan la sobrevivencia de la persona dependiente.

Esta naturaleza multidimensional de los cuidados requiere definir que los sujetos y sujetas que brindan cuidados debieran ser consideradas una parte fundamental de atención de la política pública, pues el desarrollo de la labor cotidiana que realizan cuidadoras remuneradas y no remuneradas las enfrenta a niveles de complejidad y exigencia que impactan en su calidad de vida. Según los resultados de la Segunda encuesta crianza en pandemia 2020, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, arroja que el 61% de las mujeres que respondieron dicha encuesta⁵ señala como principal dificultad el estrés asociado a cuidar, trabajar y realizar las tareas domésticas, evidenciando una desigualdad de género asociada a la baja redistribución de las tareas domésticas y de cuidado al interior de las familias chilenas.

Con la emergencia de la pandemia por Covid-19, la brecha de género en los cuidados ha aumentado. La encuesta Estudio Longitudinal Empleo Covid-19 realizada por la Universidad Católica,⁶ indica que el uso del tiempo destinado a las tareas domésticas es de 8 horas más en las mujeres que en los varones; mientras que en las tareas de cuidado de niños menores de 14 años, la diferencia son 10 horas más en las mujeres en comparación con los hombres. Respecto al trabajo de cuidado de personas con dependencia en el hogar, las mujeres presentan 5 horas más de diferencia que los varones en la implicación de la tarea.

5. Resultados “Segunda encuesta crianza en pandemia 2020”. Disponible en www.chilecrececontigo.cl

6. Estudio Longitudinal de Empleo Covid-19: datos de empleo en tiempo real. Centro UC (septiembre, 2020).

De esta forma, si bien existe consenso respecto de la conceptualización del cuidado como un derecho social, lo que se ha observado en la crisis actual, es la ausencia del Estado en materia de cuidados. Más aún, son las mujeres quienes continúan subsidiando con su tiempo y trabajo la crisis pandémica, por tanto, recae en las familias la casi exclusiva responsabilidad de los costos económicos, y sociales de la pandemia, planteando el dilema de resolver el cuidado desde una perspectiva democrática que implique a otros actores en la solución, que involucre a los hombres así como que afronte la familiarización para una redistribución justa en su abordaje. En este sentido, la nueva constitución debería contemplar esta realidad, promoviendo el derecho social al cuidado desde el rol garante del Estado.

SISTEMA NACIONAL DE APOYOS Y CUIDADOS EN CHILE. AVANCES Y DEUDAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Chile experimenta la transición demográfica más acelerada de la región. De acuerdo a las proyecciones de población de 60 y más años de edad realizadas por la CEPAL, al 2025 la proporción de adultos mayores en nuestro país superará el 20%. Para enfrentar los desafíos de los cambios demográficos, diversos organismos e instituciones recomiendan invertir en servicios sociales antes que la transición demográfica sea un hecho real, es decir, que la población mayor de 60 años sobrepase a los menores de 16 años.⁷

Estos cambios demográficos ponen de relevancia el problema en cuanto al aumento de personas con dependencia⁸ que incrementa la demanda de cuidados, y respecto de cuáles son los actores que deben resolver este problema social. Los cuidados involucran a diferentes actores, instituciones y formas de relación (Esquivel, 2011; Vega y Gutiérrez Rodríguez, 2014). Tradicionalmente, los actores que han resuelto el cuidado han sido las familias –y dentro de las familias, las mujeres– y en un plano secundario, la comunidad, el Estado y el mercado, a través de distintos mecanismos y énfasis.

En Chile, los gastos en cuidados son muy limitados e insuficientes, alcanzando menos del 0,01% del PIB. Según estimaciones de la OCDE

7. Según datos de Registro Social de Hogares, en Chile existen 232.745 hogares con al menos una persona con dependencia funcional, es decir, que requiere de otro para realizar actividades diarias como comer, asearse, vestirse, ir al baño, movilizarse, ir al médico, ir de compras, entre otras actividades.

8. Concepto polisémico. A efectos de este documento se entenderá por dependencia a la condición en la que están las personas que, por razones vinculadas a la edad, a la falta o la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de asistencia y/o ayudas para realizar las actividades de la vida diaria.

y solo por variables sociodemográficas y económicas (proyecciones de crecimiento, por ejemplo), para el año 2060, Chile deberá aumentar su gasto público en Salud de 3,1 a 5% del PIB.

Con estos antecedentes, en el año 2014, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia impulsó el diseño e implementación de las bases de un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (Chile Cuida) para hogares con personas dependientes, como parte del programa del segundo período del gobierno de Michelle Bachelet, buscando completar las políticas de protección social a lo largo del ciclo de vida. Se suma así, al Chile Solidario (cuyo foco está en las familias de extrema pobreza) y el Chile Crece Contigo (orientado al grupo objetivo de la niñez). El diseño señalaba que el nuevo (sub)sistema sería un componente del Sistema Intersectorial de Protección Social, enfocado en la provisión de servicios sociales para prevenir dependencia y promover autonomía en las personas con dependencia de todas las edades, y sus cuidadores principales, quienes también se ven afectados por la sobrecarga del cuidado (IPOS, 2017).

Un primer elemento que resulta relevante es que el nuevo (sub) sistema asume una perspectiva sociosanitaria, entendiendo que la dependencia no es un tema que pueda abordarse solo desde la visión médica tradicional en salud, por lo que la coordinación intersectorial e interministerial se sitúa en el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

A la vez, se plantea que la responsabilidad del cuidado debe incluir la corresponsabilidad entre hombres y mujeres, asumiendo una perspectiva de género, y: entre la comunidad, la sociedad civil y el Estado. La corresponsabilidad del Estado aparece, de esta manera, como una forma de abordar un problema que tradicionalmente ha estado invisibilizado y recluido al espacio privado y familiar en su abordaje, en lo que se conoce como la familiarización del cuidado, cuya labor la realizan por lo general mujeres (IPOS, 2017).

Es importante señalar que no aborda los cuidados propios de la niñez, en cuanto lo debiera abordar el Chile Crece Contigo, subsistema de protección social que lo tiene como población objetivo, o bien implicaría ampliar la población definida para este nuevo subsistema.

Los objetivos del Chile Cuida son:⁹

- Promover el bienestar individual y de los hogares con al menos un integrante en situación de dependencia.

9. Plan de Trabajo 2015-2017 aprobado por el Comité Interministerial de Desarrollo Social en sesión resolutive llevada a cabo el día 4 de junio del 2015.

- Asegurar la coordinación y articulación de acciones y prestaciones públicas y privadas.
- Promover la autonomía y prevenir la progresividad de la dependencia.
- Remover barreras para distribuir la carga de trabajo de las/los cuidadores/as.
- Establecer y supervisar el cumplimiento de estándares de calidad para servicios de apoyo y cuidado, tanto públicos como comunitarios y privados.

El (Sub)Sistema nacional de apoyos y cuidados, Chile Cuida, contiene en su diseño cuatro programas: el programa Red Local de apoyos y cuidados; el programa Respira, destinado a cuidadoras principales; el programa Educa, con un objetivo educativo para la población; y el programa Adapta, que contendría adaptaciones funcionales de las viviendas para personas con dependencia funcional.

A partir de 2018, durante la administración de Sebastián Piñera, se disminuyeron los presupuestos dirigidos a los programas sociales, bajo la filosofía de que existía un exceso de bonos del Estado que incidían en que las personas vulnerables no busquen oportunidades laborales. Esta concepción permea la toma de decisiones respecto de las áreas que se deben focalizar, y cuales no. Bajo esta lógica, solo se debe apoyar de manera exclusiva a las personas de pobreza extrema, sin embargo, no se observan iniciativas en esta línea.

Ejemplo de ello es la reformulación del (sub)sistema de apoyos y cuidados Chile Cuida, que funde en un solo programa los cuatro diseñados en la administración anterior. El programa Red local de apoyos y cuidados queda como eje de entrada al sistema. El programa Respira, diseñado para cuidadoras principales, queda disminuido a una línea de trabajo en el cual no se visibilizan correctamente a las cuidadoras no remuneradas; el programa educativo se elimina y el programa de adaptaciones de la vivienda se funde en un componente denominado “servicio especializado”.

Actualmente, Chile Cuida se encuentra en un proceso aún incipiente o piloto de desarrollo, y no se ha institucionalizado. Su presupuesto es de aproximadamente US\$ 9 millones, lo que alcanza para una cobertura de 62 municipalidades, lo que equivale aproximadamente al 17.9% de los 345 municipios del país, alcanzando solo una cobertura de 3.766 hogares, muy por debajo de la demanda de cuidados existente. Esto grafica, desde nuestra perspectiva, una ausencia de prioridad y voluntad política por parte del Estado y el gobierno, entendiendo

que va en su séptimo año de desarrollo y, más aún, considerando el aumento de la demanda de cuidado en el contexto de pandemia.

ESTRATEGIAS, MEDIDAS E INICIATIVAS EN CUIDADOS. DESDE LA POLÍTICA PÚBLICA A LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA

Respecto de las estrategias y respuestas de protección social en materia de cuidados, corresponsabilidad o conciliación familiar que han entregado los países en la región en el marco de la pandemia Covid-19, se pueden observar distintos tipos de medidas,¹⁰ como las licencias y los permisos, en los cuales destacan Argentina, Bolivia, Cuba, Trinidad y Tobago; por otro lado, destaca Costa Rica, que continuó implementando la red nacional Cuido,¹¹ que permitió a los padres y madres continuar trabajando. Otra medida ha sido las transferencias monetarias por cuidados, lideradas por Argentina, Ecuador, República Dominicana y Uruguay.

Otra línea ha sido las campañas nacionales educativas para la promoción de la corresponsabilidad, las que se implementaron en Argentina, Ecuador, El Salvador, México, República Dominicana; sin embargo, aún con las medidas orientadas a la corresponsabilidad, todos los países de la región han visto aumentar la brecha de género en el aumento de la sobrecarga del trabajo doméstico y de cuidado en las mujeres.

En otros ámbitos, destaca en Colombia la instalación de medidas para las personas con discapacidad, así como en Argentina se observaron excepciones a las restricciones a la circulación, para niños, niñas, y personas que deban acudir a centros comunitarios o comedores. Ello da cuenta de un variado arco de medidas implementadas en la región.

En tanto, el Informe de ONU mujeres-CEPAL destaca que entre los países con menores medidas en la materia se encuentran Chile y Brasil, lo cual constituye un retroceso en materia de avances en igualdad de género. En Chile se han levantado medidas de protección de las cotizaciones de las trabajadoras domésticas para asegurar que reciban alguna compensación de parte de sus empleadores en el caso de ser despedidas; esto debido a la alta precariedad laboral en que se

10. Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación 2020. ONU Mujeres-CEPAL, 2020.

11. La Red Cuido de Costa Rica es una política pública en cuidados que comenzó orientada al cuidado comunitario de personas mayores, y ha ido ampliándose hacia el cuidado de niños y niñas.

desarrolla su trabajo. En materia de cuidados, la medida de extensión del posnatal permite a las cuidadoras de niños menores de 2 años a extender la licencia maternal mientras dure el decreto de excepción constitucional.¹² A pesar de constituir un avance, esta medida ha sido cuestionada por organizaciones de mujeres por cuanto su renovación no es automática y depende de aspectos administrativos, además que deja fuera a un universo de madres de niños y niñas mayores que no cuentan con alguna protección frente al desempleo.

Una de las escasas estrategias en materia de cuidados para afrontar la pandemia que se ha implementado desde los servicios públicos centralizados es la del Subsistema Chile Crece Contigo (CHCC), la cual consiste en el reforzamiento de un programa educativo que entrega orientaciones a través de la página web. Ahí se pueden encontrar algunas recomendaciones en materia de cuidado en un documento de Unicef denominado “Corresponsabilidad y paternidad activa en tiempos de pandemia”.¹³

No obstante, a pesar de las urgencias del contexto, el subsistema Chile Crece Contigo ha visto disminuido sostenidamente su presupuesto nacional desde el año 2018. Si revisamos el presupuesto de 2020 respecto a 2021, vemos que existe una reducción de un 14,8%, desde \$58.374.917 a \$49.726.461, aproximadamente US\$12,3 M. Esto demostraría la falta de voluntad y prioridad política desde el Gobierno y el Estado en la materia. Ello se ha visto reforzado por la opción de no sostener un incremento del gasto público en materia de ayudas o programas sociales para la pandemia, ya que de los 12 mil millones de dólares acordados con parte de la oposición en junio de 2020 para enfrentar la pandemia, una parte significativa viene paradójicamente de reasignaciones presupuestarias, entre otras, de la disminución o congelamiento de programas sociales como el de los subsistemas de protección social que abordan, entre otros, temas de cuidado como el Chile Crece Contigo y el Chile Cuida. En este escenario, la mayor ayuda económica han sido los propios ahorros o el endeudamiento de

12. El decreto de excepción constitucional comenzó a regir a partir del 20 de marzo de 2020. Tiene por objetivo, por un lado, la restricción de libertades individuales –que en este caso se ha utilizado desde el gobierno para restringir la movilidad de la población asociado a los contagios por Covid-19 y, por otro, la liberación rápida de recursos fiscales para la utilización en medidas de mitigación en contexto de emergencia. El decreto ha durado al menos hasta la edición de este documento (septiembre 2021), constituyéndose como uno de los más largos del mundo.

13. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/07/Paternidad-Activa-en-tiempos-COVID-19.pdf>

las y los trabajadores y las familias frente a la ausencia de políticas de Estado.¹⁴

Diversos autores han señalado esta situación durante la pandemia. Batthyány (2021) señala que “los Estados en general han convocado a la responsabilidad individual para hacer frente a una crisis estructural que evidencia las fragilidades de los sistemas públicos de atención a personas dependientes. La incapacidad de los Estados y gobiernos para ver la dimensión estructural de los cuidados es preocupante”.

Otra estrategia implementada desde los servicios sociales en el Subsistema Chile Cuida a nivel municipal es el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Durante el año 2020, los apoyos se orientaron a los equipos profesionales de atención directa a las personas que suspendieron las visitas domiciliarias a las personas con dependencia, con la finalidad de disminuir las posibilidades de contagio del Covid-19. Esta situación fue revertida mediante un protocolo nacional¹⁵ que entrega orientaciones técnicas para realizar dichas visitas a los casos más críticos. Esta situación redundó durante la pandemia, como lo indica la coordinadora del programa Red Local de una municipalidad,¹⁶ en un aumento en la sobrecarga de cuidado de las cuidadoras familiares. Este aumento fue consignado a través de la aplicación de los instrumentos del programa por medio de entrevistas telefónicas. La sobrecarga, que coincide con el incremento del trabajo de cuidado de la segunda encuesta crianza en pandemia, responde a una percepción del aumento de estrés, angustia, con síntomas depresivos en la mayoría de las cuidadoras familiares. Esto plantea, desde los equipos locales, la necesidad de contar con servicios de salud mental apropiados a las necesidades tanto de las cuidadoras como de las personas con dependencia.

En tanto, en el (sub)sistema existen cuidadoras remuneradas que trabajan con honorarios en la línea de respiro del programa. Al respecto, y dentro de los resultados de la entrevista, se observó que existiría un aumento en la rotación laboral, tanto de profesionales, como de cuidadoras de respiro, así como incertidumbre respecto de la continuidad del programa. Los entrevistados señalan como posible causa de este aumento que los nuevos lineamientos del programa durante la

14. Mediante el retiro de los fondos privados de pensiones desde la Asociaciones de Fondos Previsionales (AFPs) la ciudadanía ha accedido a 36 mil millones de dólares, lo que triplica el plan de ayuda social del gobierno.

15. Orientaciones técnicas para la operación programática en emergencia sanitaria por Covid-19. www.chilecuida.gob.cl

16. Entrevista a la Coordinadora y al equipo Programa Red Local de Apoyos y Cuidados Chile Cuida de Municipalidad de Purranque, realizada en abril 2021.

pandemia orientaban a la disminución al mínimo las visitas de respiro y, también, debido a la precariedad laboral del trabajo de la cuidadora remunerada, cuestión generalizada en los trabajos de la economía del cuidado en Chile. Esta situación ha generado que los equipos locales realicen acciones específicas hacia este grupo, destinando horas del psicólogo para diseñar talleres de contención emocional y de cuidado de equipos con las cuidadoras. A su vez, se han realizado coordinaciones para capacitar a las cuidadoras de respiro en temáticas de salud, en alianza con la red de salud primaria. Cabe destacar que estas iniciativas nacen de los propios equipos municipales y no como parte de un lineamiento técnico del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

El programa, además, ha venido instalando una mayor entrega de ayudas sociales, principalmente cajas de alimentos y pañales. Sin embargo, el presupuesto asociado al programa no se ha incrementado durante la pandemia, sino todo lo contrario; se observó una subejecución presupuestaria durante el año 2020. El programa contaba con un presupuesto inicial de \$6.386.405.000 (unos US\$ 9 millones); sin embargo, se reasignó dinero y se ejecutó solo \$5.694.779.000,¹⁷ debido a que no se logró ejecutar la ampliación de la cobertura a más comunas del país.

Otro programa de cuidados es Cuidados Domiciliarios, del Servicio Nacional de Adultos Mayores (SENAMA), orientado al cuidado de personas mayores con algún grado de dependencia. Este programa fue rediseñado durante la administración de Michelle Bachelet, con la finalidad de mejorar los estándares de calidad en la atención, configurándose como parte del diseño del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados. Desde los equipos técnicos se ha señalado que si bien llegó un protocolo de atención para la pandemia, este habría sido a destiempo ya que los equipos habían generado ajustes metodológicos locales según las necesidades de las personas. Se destaca cierta autonomía en los ajustes en la atención, así como la entrega de alcohol gel y mascarillas. Asimismo, los equipos cuentan con psicólogos voluntarios para realizar atenciones en salud mental a las cuidadoras familiares y a las cuidadoras remuneradas; sin embargo, estas corresponden a acciones locales y no a una orientación técnica del programa. De esta forma, no se han visto incrementados los presupuestos de dichos programas sociales de cuidado, así como tampoco se observan acciones específicas para la salud mental de las cuidadoras.¹⁸

17. Informe ejecución presupuestaria 2020 Dipres.

18. Entrevista a la Coordinadora Programa Cuidados Domiciliarios MEMCH, abril 2021.

Finalmente, en el ámbito de las transferencias monetarias tampoco se han tomado medidas específicas en torno al cuidado en pandemia. El Estado chileno cuenta con instrumentos de política que podrían fortalecer la protección social y el cuidado a partir de transferencias directas, como el Subsidio Único Familiar (SUF) que va a las madres o cuidadoras de niños y niñas, o el Estipendio, que es un subsidio a las cuidadoras de personas con dependencia severa, que acceden al Programa de atención a la dependencia severa del Ministerio de Salud.

En síntesis, al revisar acciones desde los organismos públicos, se aprecia que la política social ha sido deficiente en torno a generar medidas pertinentes y oportunas que apoyen a la población general, en particular a la población más vulnerable. No se ha observado una acción conjunta o integrada, lo cual da cuenta de debilidades en las coordinaciones intersectoriales entre los propios subsistemas de protección. Y, lo más importante, de la ausencia de una política de cuidados y de un sistema de protección en la materia que, aún en etapa de implementación inicial y con una cobertura extremadamente baja, no incide mayormente en acciones que favorezcan el cuidado como derecho, así como el reconocimiento y valorización del trabajo de las cuidadoras. A su vez, ante el congelamiento, subejecución y disminución de los presupuestos en la materia, las mayores respuestas han surgido desde programas formativos ya existentes y desde la reorientación de labores de los equipos técnicos profesionales, muchos de estos a nivel local, lo que aparece igualmente insuficiente en materia de respuesta y de coberturas dado el contexto de crisis social.

LAS RESPUESTAS A LA PANDEMIA DESDE LA SOCIEDAD DESPROTEGIDA

En Chile, durante las cuarentenas pandémicas, las ollas comunes emergieron como un espacio de socialización y de iniciativas de apoyo social a nivel comunitario. Surgen como una respuesta de los vecinos organizados frente a la ausencia de iniciativas y de políticas de Estado en materia de apoyo social. Esta estrategia es la que ha tenido el mayor impacto en cuanto a resolver la necesidad inmediata de alimentación, a través de la entrega de alimentos cocinados en un espacio común, por lo general, una junta de vecinos u otra organización social. Se puede señalar que durante el mes de abril de 2020 comienzan a visibilizarse las primeras ollas comunes en el Gran Santiago, a la par de la implementación de cuarentenas rígidas que impiden la movilización y, por ende, disminuye la posibilidad de laborar de trabajadores informales, quienes constituyen según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) el 27% del total para fines de 2020, aumentando 4% respecto al inicio de la pandemia.

Las ollas comunes, que según algunos datos alcanzan a sobre 700 a nivel nacional y cuya mitad se encontraría en la región Metropolitana,¹⁹ funcionan en general, con aportes de vecinos, de almacenes barriales, financiándose con rifas populares, y sin recibir apoyo de organizaciones que históricamente brindaban alimentos, como el caso de los comedores de las iglesias, las cuales cerraron estos espacios. Las ollas se visibilizan con mayor fuerza hacia mayo de 2020, al calor del aumento del hambre en vastos sectores poblacionales, en medio de la llamada primera ola de la pandemia, que obligó a estar en cuarentena a buena parte del país. Surgen como estrategia comunitaria frente a la falta de apoyo del Estado, gatillando las denominadas “protestas del hambre”, lo que generó el temor de las autoridades ante un posible nuevo estallido social. De esta forma, resurge este espacio de solidaridad y organización popular que estaba en la memoria colectiva, habiendo sido una práctica social con un fuerte desarrollo en los años ochenta, en pleno período de la dictadura y de la crisis económica vivida por las políticas de ajuste implementadas en la época. Ante la ausencia del Estado, el lema “solo el pueblo ayuda al pueblo” refleja de buena forma la iniciativa surgida desde los propios sectores populares más afectados para desarrollar diversas iniciativas de autoayuda.

A partir del mes de junio de 2020, el Estado comienza a brindar algunos apoyos a estas ollas comunes, principalmente a través de los municipios, observándose en primera instancia, desconfianza por parte de los dirigentes y organizadores. No obstante, finalmente se dan ciertas coordinaciones y apoyos en insumos con algunos gobiernos locales de manera aleatoria,²⁰ los que han contado con recursos fiscales adicionales para enfrentar la crisis pandémica y sus efectos sociales.

Las ollas son lideradas y organizadas generalmente por mujeres, sumándose jóvenes como voluntarios para el reparto de los alimentos, en el caso de los vecinos mayores con dependencia o discapacidad. Se observa una interconectividad entre las distintas ollas, en particular para el abastecimiento de verduras y alimentos no perecibles; estos últimos dieron pie a la organización de centros de acopio en distintos espacios comunes en los barrios. Sin embargo, frente al cuidado, solo se complementó con ayudas consistentes en alimentos y en algunos casos en insumos del cuidado, principalmente pañales, apreciándose algunas iniciativas de apoyo al cuidado entre los propios vecinos en

19. <https://www.uc.cl/noticias/la-receta-solidaria-de-las-ollas-comunes/>

20. Se desconoce cuál fue el criterio de asignación de recursos a algunas ollas por parte de municipalidades, pudiendo incidir la propia visibilización de la olla, o la cercanía de los dirigentes sociales con las autoridades municipales.

aquellas ollas con mayor grado de organización.²¹ Dentro de los relatos de dirigentes entrevistados, se puede señalar que no se generaron acciones específicas hacia cuidadoras familiares, sino que se focalizaron en personas mayores solas o personas con discapacidad, que no cuentan con un buen soporte familiar para generar el cuidado.

Además, en los territorios donde ha existido una mayor organización de cabildos autoconvocados o asambleas territoriales en el marco del proceso constituyente derivados del estallido social de octubre de 2019, se observa una mayor presencia de vecinos, vecinas y pobladores organizados y disponibles para el trabajo comunitario, basados en mayor confianza producto de los espacios de reflexión y participación política autoconvocada que conformaron previo a la pandemia. En estos, la autogestión aparece como una forma importante de organización y acción político-social para afrontar diversos problemas asociados a la pandemia, observándose algunas iniciativas de apoyo al cuidado, y desde donde se ha generado un importante espacio de visibilización y reflexión de la crisis de los cuidados en el marco de la pandemia, fundamentalmente a partir de la crítica de organizaciones feministas al impacto negativo en el cuidado, la desigualdad y el aumento de brechas de las mujeres desde una mirada crítica al capitalismo patriarcal.

En síntesis, las acciones de cuidado a nivel comunitario se desarrollan tanto por parte de las organizaciones sociales de cuidado que existían previamente, como por el incremento de acciones solidarias que se han dado desde las propias redes y organizaciones vecinales. Desde allí se despliegan iniciativas solidarias, de carácter mayormente asistencial, a través de la entrega de pañales e insumos médicos para las personas que requieren cuidados, fundamentalmente dependientes y que requieren de apoyo en la mantención básica ante la crisis económica y los problemas de movilidad generados en el marco de las cuarentenas y el aislamiento social definido por las autoridades sanitarias. Destaca también el rol jugado por las ollas comunes y algunas asambleas o cabildos territoriales, dando cuenta de espacios de autogestión popular para enfrentar las situaciones de mayor emergencia que surgen con la crisis social y sanitaria, junto a otros espacios de reflexión política que, con fuerte presencia del movimiento feminista, visibilizan la crisis de los cuidados y aportan a generar una mayor conciencia al respecto.

21. Entrevista a dirigentes sociales de las comunas de Santiago y Conchalí, realizadas en abril 2021.

DESAFÍOS Y PROYECCIONES DEL CUIDADO (POS)PANDÉMICO Y EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN

En Chile, desde el año 2014, se ha generado una incipiente pero insuficiente política pública para abordar la temática de los cuidados. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia impulsó el diseño e implementación de las bases de un Sistema Nacional de Cuidados para hogares con personas dependientes. Esta definición deja de lado, al menos inicialmente, el cuidado de niños y niñas llevado a cabo principalmente por mujeres que realizan labores de crianza, lo que debiera abordarse y luego coordinarse de forma efectiva con el subsistema de protección Chile Crece Contigo, que lo afronta desde la calidad de vida de la niñez. Ello requiere una política nacional de cuidados que dé integralidad, coherencia y articulación a estas iniciativas.

Desde esta perspectiva, se valora la importancia de abordar esta temática, si bien deben fortalecerse aspectos centrales como su perspectiva de género y el reconocimiento del cuidado como un trabajo y la necesidad de su valorización y pago, traducidos en programas concretos que den paso a una mayor territorialización y desarrollo del subsistema. Esto implica un aumento exponencial de cobertura que debiera ir de la mano con un incremento sustantivo del gasto social, dando cuenta así de la centralidad de los cuidados como un derecho social, que debería plasmarse en la nueva constitución que se está construyendo en el país, a partir del Estallido y Revuelta Social que la posibilitó.

Distintas iniciativas se han generado para enfrentar la agudización del problema de los cuidados en el marco de la pandemia. Estas las podemos distinguir entre aquellas que se dan desde el Estado, ya sean centrales o municipales/locales, y las que surgen a nivel territorial desde iniciativas del mundo social popular.

A nivel central, se constata la falta de respuestas a la nueva realidad pandémica. Hay adecuaciones programáticas que principalmente pasan por orientaciones hacia el cuidado a través, por ejemplo, de programas formativos que ya se encuentran en funcionamiento. Junto a ello se ve una subejecución de los programas existentes, así como un estancamiento o disminución de recursos públicos destinados al cuidado, como bien lo refleja el caso del subsistema de protección Chile Crece Contigo y el desarrollo del Chile Cuida, dando cuenta de una falta de prioridad y voluntad para fortalecer las políticas y programas existentes, lo que es más complejo en el contexto de pandemia actual.

En el caso de los municipios se da cuenta de la existencia de iniciativas solidarias, mayormente asistenciales, en el marco de ejecución de ayudas sociales con recursos extras que han recibido desde el nivel central. En aquellos municipios que cuentan con el Chile Cuida, una

estrategia observada en los equipos es su reforzamiento al apoyo de la situación de estrés y sobrecarga laboral de cuidadoras remuneradas y, en menor medida, a las cuidadoras familiares no remuneradas. No obstante, responden más bien a iniciativas de carácter local, en tanto desde el nivel central no se aprecian programas o estrategias específicas a partir de la pandemia, limitándose a protocolos técnicos de atención y a la reorientación de los programas formativos virtuales, como en el caso del Chile Crece Contigo. Ello muestra respuestas insuficientes al aumento de problemas y brechas en el cuidado y en las cuidadoras, sobre todo las familiares no remuneradas.

Además, las estrategias comunitarias surgen o se visibilizan en el marco de la reactivación del tejido social en el contexto de la Revuelta de octubre de 2019. Por un lado, a través de organizaciones sociales, vecinales y ollas comunes que agrupan a vecinos, mujeres y jóvenes que concurren a apoyar a quienes presentan más dificultades por la pandemia y los efectos de aislamiento social y pérdida de ingresos por parte de las familias. Se trata de estrategias con un fuerte componente solidario y también asistencial, que vienen a paliar las condiciones de vida de las personas dependientes. Destacan el apoyo en medicamentos, alimentos y pañales entre las principales realizadas por medio de colectas y acopio comunitario de recursos para entregar a las familias más necesitadas. Por otro lado, también existen nuevos espacios de organización desde la Revuelta Social. Las asambleas territoriales, así como los Cabildos también asumen algunas labores de apoyo al cuidado, y han tenido un rol importante a la hora de problematizar y visibilizar el impacto del cuidado y el aumento de las brechas de género con la pandemia. Creemos que, por la fuerte presencia del movimiento feminista en la movilización social en el Chile de hoy, conformando un espacio de una praxis política que busca generar mayor conciencia respecto a la temática.

La pandemia ha develado la fragilidad de la protección social en el país, esto en el marco de la lógica subsidiaria del Estado y la insuficiencia de sus respuestas. La debilidad de las respuestas políticas en torno al cuidado es una expresión de esta falla estructural de la política pública. Esta misma fragilidad y ausencia contrarrestan con la emergencia de estrategias y respuestas populares y comunitarias que no hacen sinergia con la política social institucional, y ha sido conducente a un efecto regresivo del cuidado en el país con el aumento de las brechas de género produciendo un proceso de refamiliarización del cuidado, con problemas que tienden a solucionarse en el espacio privado ante el estancamiento y ausencia de la (co)responsabilidad del Estado.

De esta forma, la amenaza de la refamiliarización ante la ausencia del Estado se ve tensionada, aunque insuficientemente, respecto de la magnitud del problema, con la emergencia de respuestas comunitarias –tanto asistenciales como político problematizadoras– de las organizaciones sociales, ollas comunes, asambleas y cabildos territoriales.

Así, se puede señalar que la respuesta del Estado frente a las problemáticas asociadas al cuidado, esto es, la desigual distribución de este trabajo, el aumento de los problemas de salud mental de las cuidadoras, el aumento de la sobrecarga del cuidado y la pérdida de los empleos que supone la sobrecarga en las mujeres, ha sido deficiente. Sigue siendo un desafío la valoración del trabajo reproductivo, en particular, en momentos de crisis cuando la refamiliarización del cuidado costea parte relevante de la crisis social. Es urgente que el Estado desarrolle e implemente medidas en favor de las mujeres, y que estas dejen de subsidiar de manera casi exclusiva el costo de la pandemia en Chile. Estas respuestas del Estado deben considerar el potencial comunitario y el saber de las organizaciones y actores sociales. El proceso constituyente en curso abre una ventana de posibilidad para que la nueva constitución reconozca el derecho al cuidado, asigne un rol garante al Estado, así como valore el trabajo que realizan miles de cuidadoras cotidiana y silenciosamente aportando al desarrollo nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Alzueta, Igor y Rodríguez, Claudio. (2021). Pandemia, políticas públicas y la disputa en torno al Estado. El caso comparado de Chile y España. En González S. et al. (eds.), *Chile en el vértice de la transformación social: (Re)Planteamientos psicosociales en tiempos de crisis global. Aportes y miradas conmovedoras sobre conflictividad social y pandemia*. Santiago: Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. Editorial USACH.
- Batthyány, Karina, Genta, Natalia y Perrotta, Valentina. (2014). Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspectiva de género. Principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado. *Papers* 99(3), 335-354. <http://dx.doi.org/rev/papers.686> 335-354
- Batthyány, Karina. (2021). La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados. <https://www.clacso.org/la-pandemia-evidencia-y-potencia-la-crisis-de-los-cuidados/>
- Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). *Panorama fiscal de América Latina y el Caribe. Los desafíos de la política fiscal en la recuperación transformadora pos Covid-19*. CEPAL.

- Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2019). *Panorama social en América Latina 2018*. CEPAL.
- Comunidad Mujer. (2020). ¿Cuánto aportamos al PIB? Primer Estudio Nacional de Valoración Económica del Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Chile. <http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/2020/03/cuanto-aportamos-al-pib-primer-estudio-nacional-de-valoracion-economica-del-trabajo-domestico-y-de-cuidado-no-remunerado-en-chile/>
- De Souza, Boaventura. (2020). La cruel pedagogía del virus. Estudio Longitudinal de empleo Covid-19: Datos de empleo en tiempo real. *Centro UC*, Septiembre. CLACSO.
- Esquivel, Valeria. (2011). La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. Argentina: PNUD.
- Federici, Silvia. (2020). Seminario ¿Quién cuida a la cuidadora? Capitalismo, reproducción y cuarentena. Organizado por Museo Reina Sofía. <https://vimeo.com/425581090>
- Gambina, Julio. (2020). La pandemia y Nuestra América. En Julio C. Gambina et al., *Palabras urgentes: dossier sobre Trabajo Social y Covid-19*, 1ª ed. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Garcés, Manuel. (2020). *Estallido social y nueva constitución para Chile*. Santiago: LOM ediciones.
- Garretón, Manuel Antonio. (2016). *La gran ruptura. Institucionalidad política y actores sociales en el Chile del siglo XXI*. Santiago de Chile: LOM Ediciones/Friedrich Ebert Stiftung/Chile 21.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2015). Encuesta Nacional del uso del tiempo. Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2020). Encuesta Nacional de Desempleo. Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2015). Plan de Trabajo 2015-2017 aprobado por el Comité Interministerial de Desarrollo Social en sesión resolutive llevada a cabo el día 4 de Junio del 2015.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2018). Registro Social de Hogares, corte 2018. Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2018). Informe de política social 2017 (IPOS). Chile.

- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2020). Segunda encuesta crianza en pandemia 2020. Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021). Orientaciones técnicas para la operación programática en emergencia sanitaria por Covid-19. <https://www.chilecuida.gob.cl/>
- Ministerio de Hacienda. (2021). Informe de ejecución presupuestaria 2020. DIPRES.
- Ministerio de Hacienda (2021). Informe de ejecución presupuestaria 2021. DIPRES.
- Montaño, Sonia y Rodríguez, Coral. (2010). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. CEPAL.
- ONU Mujeres. (2020). Cuidados en América Latina y El Caribe en tiempos de Covid-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación.
- Provoste, Patricia. (2012). *Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas*. CEPAL.
- Rodríguez, Corina. (2018). Sistemas de cuidado y ODSs: políticas públicas para la sostenibilidad de la vida. Observatorio de Políticas Globales. <https://www.globalpolicywatch.org/esp/?p=571>
- Ruiz, Carlos. (2020). *Octubre chileno. La irrupción de un nuevo pueblo*. Chile: Taurus. En la web dice Random Penguin House
- Sisto, Vicente et al. (2016). Crisis de los cuidados. Familia, diversidad y bienestar. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 15(3), 1-9. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/946/582>
- Zizek, Slavoj. (2020). El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill. En P. Amadeo (ed.), *Sopa de Wuhan*. Buenos Aires: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).

SITIOS WEB CONSULTADOS

<https://datosmacro.expansion.com/deuda>

<https://www.crececontigo.gob.cl/>

<https://www.chilecuida.gob.cl/>

<https://www.uc.cl/noticias/la-receta-solidaria-de-las-ollas-comunes/>

EVOLUCIÓN DE LA ARTICULACIÓN PÚBLICO-PRIVADA PARA LA ATENCIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉXICO

Silvia Tamez

INTRODUCCIÓN

Después de más de año y medio de instalada la pandemia, las tendencias de su evolución se perfilan con más claridad en diferentes planos. En un análisis previo, una de las conclusiones en torno al desarrollo de formas de articulación entre lo público y lo privado durante la emergencia sanitaria por Covid-19, fue que esta relación se visualizaba muy conflictiva para el futuro. Si bien, aunque frecuentemente los intereses de ambos sectores son opuestos y difícilmente se complementan, el andamiaje de corrupción, construido por gobiernos anteriores y la larga serie de irregularidades detectadas por el gobierno actual, potencian esa conflictividad. Así, el contexto pospandemia en México se encuentra dominado por tensión entre un gobierno con vocación popular y los monopolios de la salud, muy especialmente, las farmacéuticas (Tamez, 2021).

Por tanto, el interés de este capítulo es analizar el impacto económico social y político de las acciones emprendidas por los actores involucrados, tanto nacionales como extranjeros, en diferentes formas de asociación en las que se combinan intereses de naturaleza completamente distinta: de un lado, dar respuesta a la multiplicidad de necesidades que existen y del otro, el lucro desmedido.

Interesa específicamente la firma de diversos convenios, arreglos o acuerdos institucionales de articulación con el sector privado, tanto

los formalizados con anterioridad a la pandemia y que continúan vigentes, como los que se han firmado con motivo de ella, así como las acciones dirigidas a la contención de los efectos adversos de dichas medidas en la inequidad en la atención para la salud.

Para la observación de la evolución de esta situación, se eligieron aquellas áreas en las que la asociación entre los sectores público y privado adquieren carácter estratégico y muestran rasgos indicativos de permanencia. Se presentarán algunos datos y reflexiones sobre dos insumos en salud que cumplen con estas características que son las vacunas y los medicamentos. Se incluirá también el acuerdo firmado entre el gobierno y la Asociación de Hospitales Privados A. C. para la atención médica inmediata y/o quirúrgica de algunos padecimientos de bajo costo pero que demandan atención de urgencia.

El desarrollo del trabajo inicia con algunos antecedentes del contexto económico y sobre el papel que la articulación público-privada ha jugado en algunos países durante 2020 y 2021, así como las acciones más relevantes emprendidas por los principales actores sociales, es decir, los gobiernos y el sector privado. También se avanzará en la reflexión teórica de la articulación público-privada y su papel dentro del proceso de expropiación y despojo de los bienes y derechos sociales a nivel generalizado.

Como conclusiones se ensayan algunas ideas en torno a los posibles efectos de las alianzas entre el sector público y privado durante la pandemia, en la consolidación de las aspiraciones del gobierno actual en cuanto a lograr el establecimiento de un sistema de salud, básicamente solidario, igualitario, equitativo, de calidad y gratuito, orientado a resolver las ingentes necesidades de salud de la población mexicana.

LA ARTICULACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP)

La Real Academia Española (2020) menciona que un contrato es un “pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas”. Empero, el economista británico Oliver Hart agrega que “en el contexto del mercado, todo contrato es incompleto” debido a elementos externos no contemplados durante su elaboración, y por lo cual, su ejecución puede estar sujeto a cambios. De acuerdo con lo anterior, podemos entender Asociación Público-Privada como un contrato entre partes específicas, la parte pública en referencia del sector gubernamental y la parte privada como la participación (diseño, construcción, operación y mantenimiento) y/o contratación externa en diferentes grados de empresas privadas para la puesta en marcha de un proyecto. Esta unión delega responsabilidades a cada una de las

partes, sin embargo, tiende a predominar el poder hacia quien posee “un activo en presencia de derechos de propiedad”, es decir, quien provee determinados bienes o servicios. Por último, dichos contratos tienen por objetivo la innovación en calidad y/o innovación en costos (Barreto, 2011).

Según Buse, la asociación público-privada es una modalidad de participación de la inversión privada en las que se incorpora experiencia, conocimientos, equipos, tecnología, y se distribuyen riesgos y recursos, preferentemente privados, con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública o proveer servicios públicos (Buse y Waxman, 2001).

Esta forma asociación para la producción de servicios tiene como premisa la necesidad de implantar la lógica neoliberal de mercantilización de lo público y se desarrolla rápidamente sobre todo a inicios del nuevo milenio. Desde esta perspectiva, también se ha referido como hecho importante de estímulo para la creación de APP a nivel mundial, “la creciente contrariedad de la ONU con sus agencias. Las preocupaciones acerca de la eficacia de las Naciones Unidas, incluido el incremento de evidencias sobre la superposición de mandatos y competencias entre agencias, condujo directamente a la creación de asociaciones para tratar temas específicos y limitados” (Zevallos et al., 2014). Por último, también se ha reconocido que los determinantes de la salud, por su amplitud, rebasan con mucho la capacidad de un sector u organización para hacerles frente de forma eficaz.

Concretamente en salud, actualmente, existen evidencias sobre varios problemas generados por la adopción de este modelo; por ejemplo, en Colombia se considera que resulta muy costosa; en Chile, no regularon desde el inicio y ha sido muy difícil revertir esta situación; en Costa Rica, el Estado siempre conservó la rectoría y nunca entregó todo el poder de decisión al privado, pues mantuvo la responsabilidad de brindar el servicio de salud a su población. En el Perú, no se han tenido en cuenta las sugerencias resultado de otras experiencias, sobre todo la transparencia y el desarrollo de legislación específica (2014).

La sociedad público-privada para servicios de salud ha sido un tema de discusión desde sus orígenes. En un análisis superficial pareciera que la APP encierra un gran potencial, sin embargo, “no resulta fácil determinar el grado óptimo de implantación del sector privado en un sistema de salud, ya que no se trata de un asunto exclusivamente técnico, sino que también depende de los valores políticos de cada sociedad o país. Los autores consideran que aún hay preguntas sin responder, por ejemplo: ¿cómo se pueden estructurar y supervisar las interacciones público-privadas con el fin de evitar o hacer frente a los conflictos de interés? ¿Cómo se pueden hacer alianzas para funcionar

de acuerdo con los principios de buen gobierno?” (2014). Las respuestas a estas preguntas y a muchas otras no llegan pues pareciera que los conflictos de interés son irreconciliables ya que la APP resulta, en los hechos, un indicador de privatización y responde a la naturaleza del sector privado (Tamez, 2021).

EL CONTEXTO ECONÓMICO

En el contexto económico mundial, dominado por un prolongado ciclo de expansión capitalista, la atención de la enfermedad y de sus consecuencias representó desde los inicios de la globalización una importante área de oportunidad para los capitales monopólicos del sector. Esta situación se ha profundizado con la pandemia pues su atención demanda una cantidad importante de bienes y servicios, lo que, aunado a la voracidad de los empresarios, ha implicado que su rentabilidad se vea potenciada y multiplicada. Además, la debilidad prevaleciente en muchos de los sistemas de salud a nivel mundial, y especialmente los de países pobres, ha contribuido de manera importante a recurrir a la asociación con el privado para satisfacer muchas de las demandas que plantea la emergencia sanitaria.

Es triste reconocer que, habiendo superado la parte más crítica de la pandemia, los grandes beneficiados con ella son los grandes capitales monopólicos de la salud. Al respecto, según Noronha, los momentos actuales se caracterizan por una tensión creciente entre capitalismo y democracia, y señala que existe “una radicalización de esta tensión que emerge como el mayor desafío en el contexto del déficit democrático expresado por el proceso global de desorganización de las democracias sociales de posguerra” (Noronha y Souto, 2021).

Refiere también que, a nivel mundial, los multimillonarios aumentaron su riqueza durante la pandemia, en 3.9 billones de dólares hasta finales de 2020. Afirma que la riqueza acumulada por este grupo asciende a 11.95 billones de dólares, lo que equivale a lo que los gobiernos del G20 gastaron en la pandemia en 2020. Así tenemos que los multimillonarios del mundo acumulan riqueza y las personas que viven en la pobreza se empobrecen aún más a consecuencia de la crisis provocada por la pandemia. En contraste, refiere que el número de personas que viven con menos de 5,50 dólares al día podría aumentar en grandes proporciones (2021). Por su parte, la revista *Forbes* publicó la lista de “los 400 estadounidenses más ricos que incrementaron su riqueza total 40 por ciento el año pasado, en plena pandemia, cuyas consecuencias económicas han devastado a millones de personas en este país y el resto del mundo, elevando el monto de su fortuna colectiva a 4.5 billones de dólares” (Brooks, 2021).

Tan solo en Brasil, país gobernado por un presidente de extrema derecha, “El número de multimillonarios aumentó un 44%: de 45 en 2020 a 65 en 2021. Juntos, tienen 219.1 mil millones de dólares, que equivale a casi el Producto Interno Bruto (PIB) del país. Durante el período de la pandemia, esta riqueza casi se duplicó; fueron 127.100 millones de dólares, el año pasado, un aumento del 71%”. Además, reporta que los ingresos netos de las operadoras de planes de salud crecieron casi el 50%. Los ingresos del sector crecieron 4,7% y, además, en la lista de 2021 de *Forbes*, tres de los mayores inversionistas brasileños son operadores sanitarios (Noronha y Souto, 2021).

En México también se pueden documentar algunos hallazgos de interés respecto al enriquecimiento exagerado durante la pandemia. En abril del año en curso, *Forbes* publicó la lista “Millonarios 2021” de México, en la que se encuentra un empresario recién agregado a los 35 magnates que la conforman. De acuerdo con la revista, posee una fortuna acumulada de aproximadamente 2.590 millones de dólares (mdd), de los cuales, 2.122 millones fueron sus ingresos durante 2020, gracias al sector farmacéutico en tiempos de pandemia, mediante una empresa especializada en la compra de regalías, además de propiedad intelectual, en productos médicos y de biotecnología especialmente en Estados Unidos (*Forbes*, 2021).

Las desmesuradas ganancias por las vacunas son muy evidentes. Por ejemplo, a inicios de año, el valor bursátil global conjunto de Johnson & Johnson, Pfizer, AstraZeneca, Moderna, BioNtech y Novax era de 768.800 millones de dólares; para agosto era de aproximadamente un billón 76 mil millones de dólares: aumentó 40% (Carbajal, 2021). En otras palabras, los más de 300 mil millones de dólares ganados por las seis firmas farmacéuticas equivale a más o menos 6.150 mil millones de pesos, cifra casi equivalente al monto del gasto del gobierno mexicano durante 2021. Es claro que si las relaciones económicas y de poder estructurales no cambian, es decir, la base de la articulación descansa fundamentalmente en el flujo del dinero público al privado, bajo cualquier condición, llámese emergencia sanitaria o ‘nueva normalidad’, los ganadores con la articulación entre ambos sectores serán los capitalistas de la salud.

A continuación, presentamos información respecto a los dos espacios claves para la atención curativa y medicalizada de la salud, que son las vacunas y los medicamentos, cuya demanda se vio acrecentada exponencialmente debido a la emergencia sanitaria básicamente por dos razones: aumento de la demanda y escasez ocasionada por la contingencia generalizada que dificultaba el acceso a ambos bienes.

LA LUCHA POR LAS VACUNAS

Sin lugar a duda, la industria farmacéutica es desde hace décadas, una de las más dinámicas de la economía ya que ocupa el tercer lugar de ganancias a nivel mundial. En una interesante reflexión, se estima que, en 2019, los ingresos de esta industria por concepto de vacunas ascendieron a US\$ 700 mil millones (Curcio, 2021). Al respecto, la autora señala que “con un precio promedio estimado de US\$ 15 por dosis de la vacuna multiplicado por las 14.000 millones que se requirieron este año, la flexibilización de la patente implicaría para estas pocas empresas, compartir ingresos por el orden de 200 mil millones de dólares (el 28% adicional de los US\$ 700 mil millones que regularmente y sin pandemia les ingresa en un año) pero además, compartir los ingresos futuros relacionados con los refuerzos y nuevas vacunas en función de las variantes” (2021).

De hecho, las vacunas, como cualquier arma biológica se han convertido en instrumento para posicionar a los países geopolíticamente. Así tenemos que las grandes farmacéuticas prácticamente están ‘en pie de guerra’ y buscan ganancias extraordinarias con la especulación con vacunas, medicamentos e insumos sanitarios relacionados con el Covid-19. Asimismo, ejercen control de sus patentes monopólicas para impedir que el sector público o empresas nacionales accedan o fabriquen vacunas o medicamentos sin pagar grandes sumas de dinero (Ribeiro, 2021).

Desde fases tempranas de la pandemia, algunos países pobres realizaron gestiones para lograr condiciones que les permitieran allegarse a las tan necesarias vacunas cuando estuvieran disponibles. Para tal efecto, propusieron un mecanismo denominado COVAX que implicaría alianzas para promover vacunas financiadas por la Fundación Gates, en el que participaría la OMS y más de 180 gobiernos, acuerdo que, en realidad, operó para garantizar que el dinero público comprara las vacunas de las transnacionales, en lugar de exigir la cancelación de patentes y favorecer la manufactura nacional.

En febrero de 2021, con el fin de fortalecer las capacidades nacionales en salud pública, alrededor de 100 países plantearon ante el Comité ADPIC (Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual) de la OMC, proveerse de un mecanismo de acceso a vacunas, medicamentos e insumos para Covid-19 sin verse limitados por elevados costos y patentes que impiden manufacturarlos en países donde existe capacidad para ello. De esta forma se optimizaría la disponibilidad de vacunas e insumos en el mundo, pero los gobiernos de Suiza, Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Canadá, Singapur, Japón y Brasil y la Unión Europea bloquearon cualquier avance de la discusión (Ribeiro, 2021).

Un mes después, directivos de Pfizer, AstraZeneca, Sanofi, Merck, Novartis, Bayer, Eli Lilly, Bristol Myers Squibb, Gilead, Abbvie y otras, junto a la agrupación PhRMA, (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America), a pesar de que la innovación de esas empresas es casi nula y que sus productos básicamente usan resultados de investigación pública, enviaron una carta a Biden externando su rechazo a las propuestas de la ADIP (Ribeiro, 2021).

Es decir, no obstante que la producción de vacunas, en su mayoría fue producto de investigaciones subsidiadas por el sector público, las farmacéuticas impusieron las compras anticipadas dentro de las condiciones en los convenios y ventas incluso a doble y triple precio a países pobres. Por ejemplo, AstraZeneca vendió su vacuna a Sudáfrica al doble del precio que la vendió en Europa. Pfizer exigió a gobiernos latinoamericanos (Perú, Argentina y Brasil) que además de contratos secretos, se comprometan a respaldar posibles controversias con sus activos soberanos, o sea reservas públicas de los países (RT, 2021).

Por su parte, la Fundación Bill y Melinda Gates presionó a la Universidad de Oxford, para que su vacuna se fabricara en AstraZeneca, aunque pudo haberse hecho con institutos públicos mientras que Oxford señaló que la vacuna sería gratuita y resultó estar patentada con precios secretos. Así, las transnacionales, apegadas a las leyes del capitalismo, han asegurado un estado permanente de escasez y demanda de vacunas, subsidiadas desde lo público para asegurar ganancias privadas. Nada nuevo bajo el sol.

De esta forma, las patentes implican la legalización de los monopolios por 20 años, que otorgan la exclusividad de producción y comercialización de medicamentos y biológicos, generando efectos negativos en el acceso de estos bienes necesarios para la salud y la vida de los pueblos (Curcio, 2021).

En contrapartida, Oxfam denunció que las transnacionales, para asegurar las ganancias privadas, tardarán cinco años en vacunar a un 60% de la población global y a esa altura los virus seguramente ya habrán mutado, además de que el tiempo de “inmunidad” de las vacunas es desconocido, y muy probablemente demande vacunación anual (Ribeiro, 2021). Como era de esperar, las empresas cabildearon intensamente para impedir que la Organización Mundial de Comercio (OMC) aprobara la exención a las patentes farmacéuticas relacionadas con la pandemia.

Por supuesto, las patentes otorgan un gran poder económico y político a la industria farmacéutica. Los dueños de las empresas privadas que han desarrollado vacunas contra el Covid-19, tienen el poder de decidir sobre la salud y la vida de, literalmente, el mundo entero. Permitir que se flexibilicen las patentes es entregar ese poder. De acuerdo

con la revista *Expansión*, entre las 500 empresas más importantes de México hasta antes de la pandemia se encontraban 11 farmacéuticas nacionales e internacionales, líderes en su rubro: Sanofi México (Francia), que surte millones de vacunas de influenza a nuestro país; Gennoma Lab Internacional (México); Pfizer México (Estados Unidos); Farmacéuticos Maypo (México); Boehringer Ingelheim México (Alemania); Merck México (Alemania); Roche México (Suiza); Novartis México (Suiza); Eli Lilly de México (Estados Unidos); Bausch Health México (Canadá) y AstraZeneca (Reino Unido) (Rojas, 2020). Es decir, se trata de un mercado altamente monopólico y dominado por capitales transnacionales.

Muestra del poder que tienen esas empresas es que, por ejemplo, solo después de que se recibieran peticiones de acceso a la información, y de intervenir el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) publicó los contratos de pre-compra de vacunas entre México y las farmacéuticas AstraZeneca, Pfizer y Cansino.

Como se afirma anteriormente, las farmacéuticas exigen condiciones de excepción que fueron aplicadas desde la pandemia de influenza de 2009, pues, es un hecho que “las versiones públicas de los convenios, con casi una tercera parte de su contenido censurado, mantienen en secreto detalles de la compra: los precios de los biológicos, las medidas que se adoptarán en caso de que se suministren dosis defectuosas, así como cláusulas referentes a indemnizaciones y liberación de responsabilidad por reclamaciones” (Sánchez, 2021).

Estas partes de los convenios fueron clasificadas como secretas pues se consideraba que “su difusión ponía en riesgo las negociaciones para la compra de vacunas y, por ende, la salud de los mexicanos. De acuerdo con la SRE, las farmacéuticas solicitaron la protección de toda gestión intercambiada entre las partes, condición que fue aceptada por todos los países que adquirieron las vacunas” (Sánchez, 2021). Por ejemplo, el contrato con AstraZeneca tiene censuradas 13 de sus 40 páginas; el de Cansino, incluye una cláusula de confidencialidad para reservar la información hasta 10 años después de cumplido el contrato, mientras que, con Pfizer, de 48 páginas tiene 23 reservadas.

Se ha reiterado que actualmente, la pandemia de Covid-19 es una pandemia de personas no vacunadas pues las que han sido inoculadas tienen menos riesgos, sobre todo de enfermedad grave, hospitalización y muerte. “Se configura así una nueva línea de división social, que coloca de un lado a las personas ya vacunadas y del otro a un pequeño grupo que se niegan a ser inmunizadas” (Navarrete, 2021) y a otro, más numeroso que, como resultado de las enormes inequidades

que ha caracterizado la distribución de las dosis disponibles a nivel mundial, no accede a las vacunas. Sin embargo, también existen señalamientos que aseguran que todos los países, en especial los más pobres, dispongan de vacunas es solo la mitad de la tarea. La otra mitad consiste en que puedan ser aplicadas pues para lograrlo, se requiere de una operación de suministro de material terapéutico y asistencia técnica y logística de magnitud sin precedente a nivel mundial (2021).

SITUACIÓN ACTUAL DE LA VACUNACIÓN Y DE LA COMPRA DE VACUNAS EN MÉXICO

Habría que reconocer que fue un acierto del gobierno gestionar con tanta anticipación la compra de vacunas y que, aunque la apertura de las escuelas demanda que se vacune con mayor rapidez, la vacunación se ha desarrollado aceptablemente en el país, pues comparando con países similares al nuestro, se observa que muchos tienen niveles de vacunación más bajos que México.

Mientras la tendencia de la curva epidémica se mantiene a la baja, con un descenso de 24% al 18 de septiembre de 2021, el avance del Plan Nacional de Vacunación indicó que dos días después se aplicaron 502.268 dosis, con lo que la cifra acumulada desde el pasado 24 de diciembre llegó a 99.868.671. Actualmente, los biológicos se han aplicado a 63.550.739 personas, de las cuales 71% ya tiene el esquema completo (Cruz, 2021).

LOS MEDICAMENTOS

Con los medicamentos del sector público el problema fue mucho más conflictivo que en el caso de las vacunas, y muestra con claridad la dependencia que tenían las instituciones de salud de las empresas farmacéuticas que, incluso, puso a prueba la capacidad del gobierno actual para combatir la corrupción debido a la existencia de un denso entramado burocrático de privatización y corrupciones encubiertas.

La industria farmacéutica es una de las económicamente más dinámicas en nuestro país. En el sexenio pasado, las 10 empresas que concentraron el 79,6% del gasto en medicamentos, ganaron 11.937.725 dólares. Al respecto, el Secretario de Salud actual aseguró que la mayoría de estas empresas no producían medicamentos, si no que eran distribuidores sin registros sanitarios. En contraste, en ese mismo período, México era de los países de la OCDE con menos gasto per cápita en salud y que más gasto de bolsillo tenía y que, considerando que el 62% de este gasto corresponde a medicamentos, es posible entender la alta rentabilidad de estas industrias en nuestro país (Secretaría de Salud, 2018).

Uno de los principales objetivos del gobierno actual es el combate a la corrupción, práctica frecuentemente asociada al dominio de los mercados por los monopolios y que se volvió la norma en la compra de medicamentos e insumos del sector público hasta 2018. Una de las empresas que dominaba en la producción, compra y distribución era el Grupo Pisa, que proveía hasta una cuarta parte de los insumos requeridos por el sector salud, es decir, abastecía 469 de las 1.641 claves de genéricos para el sector público y operaba con 98 distintos proveedores, regionales y locales para abastecer sus productos en todo el país (Ramírez, 2019).

Esta empresa se colocó como proveedor de gobiernos anteriores debido a sus “precios bajos”, en comparación con otras farmacéuticas. Al respecto, el Instituto Farmacéutico (INEFAM) registró que de 2017 a 2019, Pisa vendió al Gobierno mexicano 12.147 millones de pesos (US\$ 621 millones) en fármacos (Ramírez, 2019). Además, en la administración actual, un funcionario de salud informó que esta empresa pasó de controlar 14% del mercado en 2013, a 24% en 2015 y 22% en 2018. Situación similar muestra Fármacos Especializados que incrementó del 13% en 2014 al 20% en 2018 (Urrutia y Muñoz, 2020).

Actualmente, Pisa representa un caso emblemático de la corrupción en el sector y ha sido el foco de atención de diversas acciones por parte del gobierno para regular su funcionamiento. Un antecedente de estas acciones fue que entre abril y mayo de 2019, la Comisión Federal para la Prevención contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) detectó suplementos alimenticios para niños con cáncer contaminados con una bacteria, lo que provocó el cierre de 18 de sus plantas en enero de 2020 (Ortega y Valle, 2020), decisión sumamente criticada por algunos medios de comunicación. Posteriormente, vino la crisis del Metotrexato (medicamento usado para algunos cánceres y afecciones graves) que, según la hipótesis oficial, fue ocasionada por esa empresa, ya que condicionó la entrega del producto a la reapertura de las plantas.

Cabe aclarar que pese a que son cinco firmas las que tienen autorización para la fabricación de este medicamento, Pisa es el único productor y vendedor en el país para el sector público (Celis, 2019). Consciente del poder que le confiere esta posición, en 2019 Pisa retuvo 36 mil unidades, ocasionando una guerra mediática contra el gobierno por problemas de abasto (Ortega y Valle, 2020).

En consecuencia, en enero de 2020, la entonces titular de la Secretaría de la Función Pública (SFP) señaló que el gobierno de México inició investigaciones a las farmacéuticas Pisa, Grufesa, Maypo, Dimesa y Lomedic por “monopolización” y posible relación con el desabasto de medicamentos (2020). Por tal motivo, la SFP, rompió el acuerdo que existía con contratistas y proveedores que monopolizaban los

servicios y la venta de insumos médicos y medicamentos a los sistemas públicos de salud (Secretaría de la Función Pública, 2020). El problema del abasto de medicamentos e insumos alcanzó tal dimensión que se decidió cortar de raíz con una decena de empresas intermediarias que vendían hasta 100 mil millones de pesos, mismas que argumentaron desabasto de medicamentos, interfiriendo con la compra de insumos en el extranjero (Jiménez y Garduño, 2021).

Al cerrar la planta de Pisa en 2019 bajo el supuesto de que otras empresas mexicanas la sustituirían en la producción de Metrotexate (Ramírez, 2021), el Gobierno no dimensionó las consecuencias de tal decisión, pues debido a la pandemia, el abasto de los medicamentos e insumos provenientes de Europa, China e India se interrumpió, fue muy lento o en algunos casos, inexistente. En suma, la protección de los monopolios por parte de administraciones pasadas obligó al actual Gobierno a reformar leyes para poder comprar medicamentos en el extranjero (Expansión Política, 2020).

No obstante, la SFP decidió suspender la sanción a las empresas en abril de 2021, argumentando “interés social y al orden público”, y aunque Pisa y Dimesa fueron inhabilitadas en octubre de 2020, ante el fracaso en la búsqueda de proveedores en varios países, recuperaron su monopolio de medicamentos oncológicos (Pilotzi, 2021).

Para no desproteger a los pacientes con cáncer se decidió entonces dejarlas operar y solamente supervisarlas. Incluso la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos en México (UNOPS), ya había recomendado al Gobierno mexicano reconsiderar la decisión de no comprarle a Pisa, ya que no solo produce y distribuye medicamentos en nuestro país, sino que es hoy el principal fabricante de América Latina pues, debido a su crecimiento acelerado ha diversificado sus negocios y contará con nuevas plantas en otras entidades más grandes que la de Ciudad de México (CDMX) (Ramírez, 2021). Cabe mencionar que aparte de Pisa, han sido inhabilitadas varias firmas farmacéuticas a causa de abusos detectados (Ortega y Valle, 2020).

El conflicto de los medicamentos contra el cáncer continuó a pesar de que se mejoró el abasto y en julio de 2021, la Asociación de Padres de Familia con Niños Enfermos acusó al Gobierno de negar a los niños el acceso pleno a su derecho a la salud (Cruz, 2021). A su vez, los trabajadores del Instituto Nacional de Cancerología insistieron en que los oncólogos se vieron obligados a posponer los tratamientos o incluso sustituir fármacos a los pacientes, muchas veces a precios más elevados, en detrimento de la economía de los pacientes (2021).

Como respuesta a esta situación, el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud planteó que las protestas de la Asociación de Padres eran parte de una campaña más allá del país, de los grupos de

derecha internacionales que buscaban crear una ola de simpatía entre la ciudadanía mexicana con una ‘visión casi golpista’. Cabe señalar que varias de esas empresas controlaban antes el negocio local de medicamentos (2021).

ACCIÓN GUBERNAMENTAL

En noviembre de 2020, en otro conflicto que involucró a la seguridad social, la SFP le dio seguimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones y contrataciones en las dos instituciones más grandes de seguridad social del país (IMSS e ISSSTE), donde se detectaron irregularidades que causaron daños graves por parte de otros proveedores, especialmente al ISSSTE, al dificultar el trabajo del personal médico en condiciones seguras y la atención a la salud de los derechohabientes durante la pandemia por Covid-19. Estas irregularidades ocasionaron diversas afectaciones, especialmente debido a fallas en la entrega de mascarillas y botas quirúrgicas e insumos diversos para la atención de los pacientes de Covid.

Ante la necesidad de romper la trama de corrupción, pero también de normalizar el abasto de medicamentos e insumos para la salud, el Gobierno lanzó una convocatoria a proveedores para la cotización de 984 claves que abarcaron una demanda agregada de 692.5 millones de unidades, y donde participaron todas las instituciones del sector público de salud, tanto de seguridad social como las que atienden a la población no asegurada después de relevar a la Oficina de Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) de esta responsabilidad (Ramírez, 2021).

Actualmente, aunque se ha combatido la monopolización del sector, ha sido imposible evitarla, en muchos casos debido al sofisticado entramado burocrático que fue creado en administraciones pasadas para facilitar las operaciones irregulares en el abasto de medicamentos. Muestra de que la monopolización persiste es que, en la actualidad, una empresa propiedad de uno de los millonarios mexicanos de la lista de *Forbes*, mantiene tratos con farmacéuticos globales como Pfizer y Johnson & Johnson, para la compra de medicamentos contra la diabetes, migraña, cáncer de mama, esclerosis múltiple, cáncer de próstata y artritis reumatoide. Este empresario es, además, presidente de la Alianza Médica para la Salud, organización dedicada a capacitar a trabajadores del sector salud en América Latina (*Forbes*, 2021).

Por su parte, recientemente el secretario de Salud, Jorge Alcocer, explicó que, desde el comienzo de la actual administración, el Gobierno federal, hasta agosto de 2021, ha adquirido mediante la UNOPS 724 millones de medicamentos de alta especialidad (oncológicos, VIH, neurológicos, de hematología y endocrinología), con un monto

de 2.142.040 dólares, ahorrando 584.040 dólares, es decir, más del 20% del presupuesto programado para este año (Secretaría de Salud, 2021). El abasto de medicamentos oncológicos se resolvió por medio de una empresa coreana que proveerá al gobierno con 16 tipos de oncológicos a siete instituciones públicas.

CONSECUENCIAS DEL CONFLICTO DE LOS MEDICAMENTOS

En julio de 2020, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y la UNOPS firmaron un convenio para la adquisición de medicamentos y material de curación en el que se acordó que esta última gestionaría las compras para el gobierno mexicano hasta 2024, a cambio de “costos de recuperación” de hasta 109.745.000 dólares. La estrategia tenía como objetivos terminar con los monopolios farmacéuticos y la corrupción; sin embargo, la complejidad y la magnitud de las licitaciones implica un largo proceso para fabricar, trasladar y almacenar insumos, por lo que se ha dificultado el abasto. Al respecto, los fabricantes han pedido un período de 4 meses para tener disponibilidad para distribuir.

Pero la información de ambas instituciones ha sido contradictoria: en febrero de 2021, el INSABI señaló que la UNOPS no pudo comprar 48% de las 3.866 claves solicitadas, ante lo que esta agencia argumentó haber comprado 2.034 claves, de las cuales 1.403 correspondieron a medicamentos y 631 a material de curación. Es preciso señalar que existen dos meses de diferencia en la información dada por las instituciones. En varios medios se pronostica un grave desabasto de medicamentos atribuible a la deficiencia en la planificación y la ejecución en la compra de los insumos por parte del INSABI y la UNOPS (Tourliere, 2021). Aparentemente, no hay claridad de dónde se almacenará o cómo se transportarán los medicamentos e insumos.

A pesar de que la licitación para comprar los medicamentos del sector salud para 2022 debió realizarse en septiembre, una vez que el INSABI entregara a la UNOPS la demanda consolidada de las claves a adquirir, a mediados de octubre de 2021 no ha sido posible realizarla, por lo que se han retrasado nuevamente (Cruz, 2021).

Al respecto, el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) emitió un comunicado señalando los desafíos regulatorios sobre el sector farmacéutico, con una serie de peticiones entre las cuales se encuentran la planificación estratégica, anticipada y flexible en la adquisición de insumos de acuerdo a las necesidades de las unidades de salud; mayor transparencia y eficacia en la compra de medicamentos en los servicios que cubre el INSABI, e incrementar a este último el gasto público; fomentar la diversificación de proveedores; hacer de la COFEPRIS un órgano de vigilancia; hacer diagnósticos de estructura

de mercado de la industria farmacéutica local; y una mayor coordinación entre el Gobierno y el sector privado, como estipula el Programa Sectorial de Economía 2020-2024, en torno al abasto de medicamentos (IMCO, 2021). Es decir, es insoslayable atender la necesidad de llenar el vacío de regulación y normatividad sanitaria en general y en particular de la regulación en la compra de medicamentos e insumos para la salud.

Sin embargo, las nuevas medidas han hecho que algunos laboratorios ejerzan una resistencia activa frente a la administración federal en su intento por acabar con beneficios desmesurados de las farmacéuticas a expensas de los recursos de la nación. Además, hay indicios de complicidad entre autoridades de algunos nosocomios que niegan los medicamentos y los laboratorios Pisa que se resisten a aceptar el nuevo esquema de compras consolidadas para la adquisición de medicamentos de tratamientos oncológicos (IMCO, 2021). Por ejemplo, la compra de algunos fármacos como la Vancristina, ya que, a pesar de que se logró abastecer al sector salud, un director de un hospital negó su entrega a niños con cáncer propiciando brotes de inconformidad entre quienes lo solicitaron (*La Jornada*, 2021).

Además, la carencia de fármacos ha sido magnificada por medios de comunicación, pero al parecer, la responsabilidad de los problemas de abasto la tienen las intermediarias que subcontrataban a distribuidoras (IMCO, 2021). El Gobierno federal debe investigar todo posible acto detrás de la escasez y sancionarlo con toda la severidad legal, pues cualquier acción que obstaculice el acceso a medicamentos constituye a todas luces un crimen (*La Jornada*, 2021). En este renglón, un alto funcionario de salud considera que los intermediarios perturban las relaciones entre proveedores privados y el sector público, de ahí la necesidad de eliminar a 300 empresas nacionales e internacionales involucradas en el caos de proveedores de medicamentos y a las 1.400 compañías farmacéuticas que operan en el país, a través de distribuidoras subcontratadas (Urrutia y Muñoz, 2020).

Ante el desabasto de medicamentos, a inicios de julio de 2021, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) notificó que realizará cuatro auditorías al sector salud del Gobierno en la compra y abasto de medicamentos contra el cáncer y la adquisición de vacunas contra el Covid-19. La primera a la Secretaría de Salud en la adquisición de vacunas contra el Covid-19 y tres serán para el INSABI, concretamente en lo relacionado a medicamentos para el tratamiento del cáncer infantil y en medicamentos gratuitos destinados a la seguridad social (Velázquez, 2021).

Los resultados de estas auditorías subrayan diversos mecanismos ilegales usados por las farmacéuticas durante años, tales como

acordar la no distribución de medicamentos en el territorio nacional durante los días de descanso obligatorio; restringir o limitar la cantidad de medicinas a determinadas farmacias. Más aún, algunas empresas se coludieron para homologar los descuentos de una lista de productos ofrecidos a los clientes. Igualmente, acordaban de manera coordinada incrementar el precio de diversos medicamentos y luego, de forma escalonada, subir sus precios. Lo anterior generó un daño de 2.300 millones de pesos a las familias mexicanas, particularmente a las de menores ingresos, quienes gastan aproximadamente 24 mil millones de pesos anuales en la compra de medicamentos. La sanción a las empresas consistió en el pago de una multa de 626.5 millones de pesos a empresas que se repartieron siete licitaciones para estudios de laboratorio y bancos de sangre de las dos instituciones de seguridad social más grandes del país (Carbajal, 2021).

El INSABI informó que, hasta el mes de agosto de 2021, se habían entregado más de 262 millones de piezas de insumos entre medicamentos y material de curación al sector salud en México, adquiridas con 335 proveedores de 14 países (Rodríguez, 2021).

Como resultado de las gestiones gubernamentales, el INSABI, con el apoyo de la UNOPS y con base en el acuerdo de colaboración establecido entre el Gobierno y este organismo internacional para realizar la compra consolidada de medicamentos y material de curación, fue responsable de consolidar la demanda de las instituciones del sector salud del país, integrada por 1.840 claves de medicamentos. La entrega de medicamentos y material de curación se realiza en coordinación con los gobiernos estatales y con instituciones de seguridad social, lo que ha permitido avanzar de manera significativa en el abasto de medicamentos y material de curación requeridos y ha contribuido a una lenta pero segura regularización de su distribución.

Las entregas de medicamentos y material de curación también consideran compra de grupos de medicamentos para la atención de enfermedades de especialidades como cardiología, analgesia, oncología, gastroenterología, reumatología, neumología, nefrología, neurología, psiquiatría, además de medicamentos para enfermedades infecciosas, entre otras. Las dependencias que componen el sector salud han trabajado de manera coordinada para el diseño de un nuevo esquema de adquisición de medicamentos y material de curación que garantiza el abasto para 2021. Sin lugar a duda, sigue habiendo focos de desabasto que se espera serán solucionados en el futuro.

Con la pandemia se ha generado una amplia gama de convenios sustentados en formas diversas de APP, con el involucramiento directo de empresas privadas, de organismos gubernamentales e instituciones de educación superior para atender las múltiples necesidades que

plantea la pandemia de Covid-19, pero de menor impacto económico y financiero para las instituciones o el Gobierno que las vacunas y los medicamentos.

Por ejemplo, la firma de un convenio entre el Gobierno y la Asociación Nacional de Hospitales Privados A. C. y el Consorcio Mexicano de Hospitales A. C. y hospitales de la seguridad social para la atención de algunos padecimientos de baja complejidad pero que requieren atención hospitalaria como atención del parto, cesáreas, apéndices y algunos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren hospitalización. Al respecto, se considera que el convenio no fue exitoso pues los hospitales privados no cuentan con el personal ni con el equipamiento necesarios, especialmente faltan médicos tratantes y enfermeras.

CONCLUSIONES

Nos encontramos en transición entre un período francamente pandémico a otro de estabilidad y aparentemente descenso permanente en la frecuencia de casos de Covid-19. Además, empiezan a expresarse tendencias de mejoramiento en la situación social, económica y política a nivel internacional y a nivel local.

Desafortunadamente, es claro que esta etapa crucial de la humanidad no solo no implicó un cambio en las relaciones económicas, sociales y políticas del neoliberalismo a nivel mundial, sino que profundizó aún más las brechas de injusticia y desigualdad predominantes de la aceleración global del capitalismo la cual continúa imperturbable y con más fuerza. Implicó también la concentración desmesurada de los grandes capitales que crecieron exponencialmente y que, especialmente los capitales relacionados con la salud salieran ampliamente beneficiados con este drama internacional que ha significado el Covid-19.

El saldo epidemiológico mundial hasta mayo de 2021 es desolador pues los casos de Coronavirus en todo el mundo ascendían alrededor de 161.5 millones de personas confirmadas, cerca de 19 millones de personas infectadas activas y poco más de 140 millones de personas recuperadas y las muertes ascendían a 3.3 millones. Actualmente, las tendencias de contagios en el país han disminuido de manera importante y se puede decir que la pandemia se ha contenido eficientemente.

No obstante, el panorama epidemiológico es muy preocupante pues la mortalidad general y por causas específicas aumentó casi en todo el mundo durante la pandemia debido a diferentes razones y de acuerdo con las condiciones concretas de cada país. En México, el cierre total o parcial de la atención de las instituciones públicas de salud, resultado de la reconversión de hospitales para la atención del

Coronavirus, contribuyó a un exceso importante de mortalidad general. Por una parte, en 2020, el Covid-19 fue la segunda causa de muerte en México, detrás de las enfermedades de corazón y por arriba de la diabetes.

Es inquietante observar que existe un importante exceso de mortalidad (comparado con períodos similares de años anteriores): entre enero y agosto de 2020 ocurrieron 673.260 fallecimientos, es decir, un exceso de mortalidad por todas las causas de 184.917 (37,9%) más respecto del año previo. Las tres principales causas de muerte en México fueron: enfermedades del corazón (141.873 casos: 20,8%); Covid-19 (108.658: 15,9%); y diabetes mellitus (99.733: 14,6%) (Villanueva, 2021).

Por fortuna, la vacunación en el continente americano presenta un mapa más alentador que en meses pasados pues se reporta que al primero de agosto, el 50,01% de la población en Norteamérica ya estaba vacunada y en el resto del continente esta proporción es en promedio el 45,52% que tiene al menos una dosis de la vacuna. En México, la vacunación contra el Covid-19 avanza con alguna lentitud, pero ha mostrado incremento constante; y, aunque existen diversos reportes sobre la vacunación, el *Our world in data* publicó que al 18 de julio de 2021, México ocupaba el décimo lugar en América Latina, con un 28,10% de la población vacunada (*El Economista*, 2021).

En lo social, las repercusiones son múltiples y profundas. Al respecto, el Banco Mundial (2020) indicó que para 2020 la pobreza extrema mundial aumentó por primera vez en más de 20 años como resultado de las perturbaciones ocasionadas por la pandemia de Covid-19 y agravadas por el cambio climático. Estima además que la pandemia de Covid-19 empujará entre 88 y 115 millones de personas a la pobreza extrema y estima que llegarán a los 150 millones para 2021, según la gravedad de la contracción económica. “La pobreza extrema, definida como la situación de quienes viven con menos de USD 1,90 al día, probablemente afecte a entre un 9,1% y un 9,4% de la población mundial en 2020”.

Uno de los principales aspectos relacionados con la pobreza es la crisis del empleo tanto a nivel internacional como nacional. Algunas estimaciones provisionales señalan que una pérdida anual neta de hasta 25 millones de empleos en el mundo, con alta probabilidad de que sea mucho más alta (Organización Internacional del Trabajo, 2020). En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, para el bimestre abril-mayo de 2020, reportó el cierre de alrededor de hasta un millón y medio de empleos formales (Olivera y Olivera, 2020). Esta situación plantea la necesidad de continuar con las Transferencias Monetarias Focalizadas a grupos de población vulnerable pues, aunque

no sustituyen un ingreso familiar digno, implican un paliativo a la situación tan apremiante que viven millones de hogares mexicanos.

Es evidente que las vacunas y los medicamentos representaron el área de articulación público-privada privilegiada durante la pandemia. En el caso de las vacunas, la relación entre ambos sectores no mostró ninguna diferencia respecto a otras situaciones del pasado pues los mecanismos están sustentados en asegurar grandes ganancias para el privado. Estos mecanismos respaldan una relación desigual, pues se trasladan grandes cantidades de dinero público al sector privado sin tener alguna ganancia a cambio como podría ser la flexibilización en la propiedad de las patentes de algunas vacunas o de condiciones justas de compra pues se adquirieron bajo condiciones muy desventajosas que obligaron a ocultar una tercera parte del clausulado.

De acuerdo con algunos análisis, para contribuir a una relación equilibrada entre los sectores público y privado, habría que vigilar los siguientes aspectos: a) objetivos claramente especificados, realistas y compartidos; b) funciones y responsabilidades acordadas y claramente delineadas; c) beneficios para ambas partes; d) mostrar transparencia; e) mantenimiento activo de la asociación; f) igualdad de participación; g) cumplir con las obligaciones acordadas (Zevallos et al., 2014). Sin embargo, existe una duda razonable en cuanto a la viabilidad de depositar algo tan preciado como el derecho a la salud en una asociación que de entrada parece irreconciliable.

Para el caso de los medicamentos la situación cambió radicalmente. Por supuesto, las iniciativas emprendidas por el gobierno para establecer un marco normativo dirigido a regular equilibradamente las condiciones de contratación e intercambio entre el sector público y privado lograron el establecimiento de condiciones mucho más transparentes, e implicaron el ahorro de millones de pesos del gasto en salud. Es indudable también que acciones orientadas a sanear el entramado burocrático del negocio y la corrupción que significaron en el pasado los convenios con los productores farmacéuticos y de insumos para la salud en general deben continuar de manera enérgica. Desafortunadamente, en lo político es razonable esperar un recrudescimiento de la tensión y la conflictividad en las relaciones entre el Gobierno actual y los representantes del sector privado y sus aliados, situación que será potenciada por la sucesión presidencial dentro de tres años.

Sin embargo, considerando el costo económico tan alto que para la economía familiar significan, tanto el pago de servicios como la compra de medicamentos e insumos para la salud, es imperativo y crucial en estos momentos mantener, ampliar y fortalecer los programas

de gratuidad como una pieza clave de la concreción del derecho a la salud.

Este último aspecto es esencial considerando la urgencia de regular eficientemente, entre otros aspectos importantes, la conflictiva relación entre los sectores público y privado. Las más evidentes son definir las relaciones entre las diferentes instituciones que conforman actualmente el Sistema Nacional de Salud y de manera importante, precisar las competencias institucionales en el cumplimiento de las funciones fundamentales de dicho sistema como el financiamiento, la prestación de los servicios y de manera muy importante la regulación. Finalmente, en cuanto al establecimiento de las bases para la reconfiguración del Sistema de Salud, orientadas a la formación de un modelo de atención, solidario, igualitario, equitativo e incluyente, y que brinde atención de calidad, independientemente de género, clase y etnia, existen muchas dudas por aclarar. Prevalece la idea de que la iniciativa partiría del Instituto Mexicano del Seguro Social; sin embargo, previamente es necesario establecer con claridad algunas premisas.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial. (2020). Debido a la pandemia de Covid-19, el número de personas que viven en la pobreza extrema habrá aumentado en 150 millones para 2021. *Banco Mundial*. <<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/10/07/covid-19-to-add-as-many-as-150-million-extreme-poor-by-2021>>
- Barreto, Carlos A. (2011). Modelo de asociación pública-privada: un enfoque de teoría de contratos. *Revista de Economía Institucional*, 13(25). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41921464011>
- Brooks, David. (2021). Los más ricos de EU no requieren del offshore para evitar impuestos. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/10/06/mundo/los-mas-ricos-de-eu-no-requieren-del-offshore-para-evitar-impuestos/>
- Buse, Kent y Waxman, Amalia. (2001). Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of the World Health Organization*. [https://www.who.int/bulletin/archives/79\(8\)748.pdf](https://www.who.int/bulletin/archives/79(8)748.pdf)
- Carbajal, Braulio. (2021). En la pandemia, farmacéuticas han ganado 152 mil mdd. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/04/19/economia/en-la-pandemia-farmacenticas-han-ganado-152-mil-mdd/>

- Carbajal, Braulio. (2021). Por manipular precios, multan a 5 distribuidoras de fármacos. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/08/17/economia/por-manipular-precios-multan-a-5-distribuidoras-de-farmacos/>
- Celis, Darío. (2019). El gobierno que incita a violar la ley. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/dario-celis/el-gobierno-que-incita-a-violar-la-ley/>
- Cruz, Ángeles. (2021). Desabasto de oncológicos es real, aseguran padres de niños enfermos. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/06/29/politica/desabasto-de-oncologicos-es-real-aseguran-padres-de-ninos-enfermos/>
- Cruz, Ángeles. (2021). Persiste desabasto de medicamentos oncológicos: padres de familia. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/07/07/politica/persiste-desabasto-de-medicamentos-ocologicos-padres-de-familia/>
- Cruz, Ángeles. (2021). Reporta Ssa 9 mil 792 nuevos contagios y 700 decesos. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2021/09/29/politica/014n2pol>
- Cruz, Ángeles. (2021). Farmacéuticas expresan preocupación por el retraso en licitaciones. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2021/10/06/politica/017n1pol>
- Curcio, Pasqualina. (2021). Campaña por la eliminación de las patentes. Últimas Noticias. <https://ultimasnoticias.com.ve/noticias/opinion/campana-por-la-eliminacion-de-las-patentes-pasqualina-curcio/?fbclid=IwAR0sTkQ-It14boa-fSeyLINrk54sBgfMNBGhjFHqIZTYGDgOm-G5qWKG2OQ>
- El Economista. (2021). México, lugar 10 en América en tasa de vacunación. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/internacionales/Mexico-es-el-lugar-10-en-America-en-tasa-de-vacunacion-20210718-0042.html>
- Expansión Política. (2020). El Congreso avala reforma para comprar medicamentos en el extranjero sin licitar. *Expansión Política*. <https://politica.expansion.mx/congreso/2020/07/29/congreso-avala-reforma-para-comprar-medicamentos-en-el-extranjero-sin-licitar>
- Forbes. (2021). Millonarios 2021. Pablo Legorreta llega a la lista de millonarios. *Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/millonarios-2021-pablo-legorreta-llega-a-la-lista-de-millonarios/>

- IMCO. (2021). El mercado de medicamentos en México: retos y oportunidades. *Centro de Investigación en Política Pública*. <https://imco.org.mx/el-mercado-de-medicamentos-en-mexico-retos-y-oportunidades/>
- Jiménez, Néstor y Garduño, Roberto. (2021). Próxima semana AMLO dará a conocer plan de abasto de medicamentos. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/07/15/politica/proxima-semana-amlo-dara-a-conocer-plan-de-abasto-de-medicamentos/>
- La Jornada. (2021). Desabasto de medicinas: realidades y precisiones. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2020/01/24/edito>
- Navarrete, Jorge E. (2021). Pandemia: el laberinto de la vacunación. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2021/07/22/opinion/017a1pol>
- Noronha, José C. y Souto, Lucia. (2021). Nossas tarefas permanentes: Saúde, Democracia e Socialismo. *Saúde em Debate*, 45(129), 257-262. <https://saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/45/84>
- Olivera, Guillermo y Olivera, Fidel. (2020). El golpe de la pandemia al empleo en México: saldos preliminares. *Notas de coyuntura del CRIM. CRIM-UNAM*, (39), 8. <https://ru.crim.unam.mx/xmlui/handle/123456789/80>
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). Covid-19 and the world of work: Impact and policy responses. *Organización Internacional del Trabajo*, p. 4. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_738753.pdf
- Ortega, Ariadna y Valle, Ana. (2020). Gobierno de México investiga a PISA y otras 5 empresas farmacéuticas. *Expansión Política*. <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/01/23/gobierno-de-mexico-investiga-a-pisa-y-otras-5-empresas-farmaceuticas>
- Pilotzi, Julio. (2021). Pisa, el monopolio ontológico. *Eje Central*. <https://www.ejecentral.com.mx/voz-en-off-pisa-el-monopolio-oncologico/>
- Ramírez, Maribel. (2019). Para ir comprendiendo la dominancia de Pisa. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Para-ir-comprendiendo-la-dominancia-de-Pisa-20190925-0008.html>

- Ramírez, Maribel. (2021). El caso de Pisa y la explicación a porqué no hay oncológicos. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/opinion/El-caso-de-Pisa-y-la-explicacion-a-porque-no-hay-oncologicos-20210627-0070.html>
- Real Academia Española. (2020). “Contrato”. <https://dle.rae.es/contrato>
- Ribeiro, Silvia. (2021). Transnacionales farmacéuticas: receta para el lucro. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/01/25/trasnacionales-farmaceuticas-receta-para-el-lucro-silvia-ribeiro-2170.html>
- Ribeiro, Silvia. (2021). Transnacionales farmacéuticas aseguran escasez de vacunas. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2021/03/13/opinion/017a1eco>
- Rodríguez, Karla. (2021). Proporciona INSABI 140 millones de medicamentos y material de curación a sector salud. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/insabi-proporciona-140-millones-de-medicamentos-y-material-de-curacion-sector-salud>
- Rojas, Rodrigo. (2020). Las 11 farmacéuticas importantes de México en la actualidad. *Saludiarario*. <https://www.saludiarario.com/las-11-farmaceuticas-mas-importantes-en-mexico-en-la-actualidad/>
- RT. (2021). Activos soberanos como garantía de compra: las insólitas exigencias que Pfizer habría puesto a los Gobiernos de América Latina para venderles vacunas. *RT*. <https://actualidad.rt.com/actualidad/384524-exigencias-pfizer-latinoamerica-vacunas>
- Sánchez, Arturo. (2021). Mantienen en la opacidad contratos con farmacéuticas. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/04/16/politica/mantienen-en-la-opacidad-contratos-con-farmaceuticas/>
- Secretaría de la Función Pública. (2020). Función Pública sanciona en un mes a nueve contratistas del sector Salud con inhabilitaciones y multas por más de 18 mdp. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sfp/prensa/funcion-publica-sanciona-en-un-mes-a-nueve-contratistas-del-sector-salud-con-inhabilitaciones-y-multas-por-mas-de-18-mdp?idiom=es-MX>
- Secretaría de Salud. (2018). Estructura del gasto de Bolsillo por Motivos de Salud en Hogares Mexicanos, 2016. *SALUD*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/419440/181207_Gasto_bolsillo_2016.pdf

- Secretaría de Salud. (2021). México logra ahorros en compra de medicamentos por más de 11 mmdp. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/mexico-logra-ahorros-en-compra-de-medicamentos-por-mas-de-11-mmdp>
- Tamez, Silvia. (2021). El sistema de salud mexicano ante la pandemia de Covid-19. La articulación público-privada (APP). En Carolina Tetelboin, Daisy Iturrieta y Clara Schor-Landman (coords.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: CLACSO.
- Tourliere, Marthieu. (2021). Desabasto de medicamentos, la catástrofe que viene. *Proceso*. <https://www.proceso.com.mx/reportajes/2021/4/4/desabasto-de-medicamentos-la-catastrofe-que-viene-261336.html>
- Urrutia, Alonso y Muñoz, Alma. (2020). Pacta el gobierno la compra directa de medicamentos. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/02/12/pacta-el-gobierno-la-compra-directa-de-medicamentos-7769.html>
- Velázquez, Maricarmen. (2021). Revisará Auditoría compra de medicamentos oncológicos para niños y vacunas contra la Covid-19. *Código F*. <https://codigof.mx/revisara-auditoria-compra-de-medicamentos-oncologicos-para-ninos-y-vacunas-contra-la-covid-19/>
- Villanueva, Dora. (2021). Cifra de muertes por Covid-19, 44.8% más de lo aceptado la Ssa: Inegi. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2021/01/28/politica/004n1pol>
- Zevallos, Leslie, Salas, Valerio y Robles, L. (2014). Asociaciones público-privadas para servicio de salud: ¿la solución al sistema de salud peruano? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, agosto-octubre.

CLAVES PARA ENTENDER LA RESPUESTA A LA PANDEMIA EN EL CHILE NEOLIBERAL

Mario Parada-Lezcano, Camilo Bass del Campo
y Fabián Moraga Cortés

INTRODUCCIÓN

Chile es un país neoliberal, modelo consagrado en la Constitución de 1980 de la dictadura cívico-militar (1973-1990) aún vigente y pronta a ser sustituida por una nueva redactada por una Convención Constituyente. La sociedad está movida por relaciones mercantiles, fracturada en clases sociales muy distantes y en donde el mercado, junto con el Estado subsidiario, regula el sistema social. Se encuentra naturalizada la desigualdad, con reducción y privatización de derechos sociales (salud, educación, vivienda, pensiones, etc.), impactando de manera dramática en la vida de las personas más pobres del país. Las diferencias entre los grupos sociales y los bolsones de pobreza, mantenidas por la *sui generis* democracia chilena, permitió la irrupción del sector privado depredador en lo social, dándose condiciones propicias y abusivas al empresariado para implementar con vigor el modelo neoliberal. Chile se encuentra sometido a dos crisis de manera simultánea: social, desde el 18 de octubre de 2019, provocada por el virus del neoliberalismo, inoculado por la dictadura cívico militar y sostenido por la “Concertación” y la “Nueva Mayoría”; la crisis sanitaria, instalada en marzo por la llegada del virus SARS-CoV-2, que vino a dejar aún más evidenciada la viremia neoliberal (Parada-Lezcano, 2021).

La perspectiva de la determinación social de la salud-enfermedad-atención-cuidados ha estado prácticamente ausente en la

planificación e implementación de las estrategias de enfrentamiento de la pandemia, así como también en el análisis y proyección del futuro sociosanitario de Chile. Si bien se han generado debates desde enfoques más críticos de la realidad chilena, que han llegado a algunas conclusiones más o menos compartidas, se requieren más análisis que den cuenta de la complejidad del fenómeno, de sus múltiples relaciones de interdependencia, sin los cual no es posible llegar a entender holísticamente la pandemia y por ende las formas efectivas para terminarla. El marco teórico de la Salud Colectiva/Medicina Social Latinoamericana, cuyo objeto de estudio son los procesos de salud-enfermedad-atención en su dimensión colectiva, desde la visión de la determinación social, cultural y económica a la cual se encuentran expuestas las colectividades, resulta propicio para acometer el análisis de la realidad en el actual contexto.

Desde allí surgen análisis en varios países latinoamericanos que señalan que el enfoque utilizado para hacer frente al Covid-19 ha estado centrado en lo curativo, una repuesta fundamentalmente hospitalo-céntrica y con énfasis en el manejo médico individual. En lo preventivo, se ha dado una estrategia de vigilancia epidemiológica dedicada en un primer momento a contar casos, defunciones y hacer proyecciones descontextualizadas para predecir y mitigar las demandas de atención hospitalaria de alto nivel de complejidad; y posteriormente, a la búsqueda activa de casos y trazabilidad de ellos, con problemas importantes debido a las descoordinaciones entre instituciones y la falta de recursos. Los programas focalizados de protección social han generado disconformidad e indignación, entre antiguos y nuevos desempleados, subempleados, trabajadores informales y por cuenta propia, por su valor escaso y por su reducida cobertura, lo cual ha incitado a familias y comunidades enteras a la protesta y a la aglomeración (Giovanella et al., 2021). La prevención y control de una pandemia, además de la asistencia médica curativa exige un abordaje colectivo dirigido a proteger a las poblaciones del contagio, detectar precozmente a los/as infectados/as y aislarles, hacer seguimiento de contactos, tratar y rehabilitar a afectados/as, con prioridad en los grupos sociales en desventaja, vulnerables, marginados. Enfrentar esta pandemia requiere un enfoque promocional, territorial, comunitario y de vigilancia en salud que puede desarrollarse desde una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Integral e Integrada, o lo que algunos vienen llamando Cuidado Integral de la Salud (Feo, 2019).

Coincidente con lo planteado, en su análisis de la situación nacional, Carmen Muñoz (2021, p. 186) nos plantea que “la pandemia dejó en evidencia que las medidas de reacción no solo fueron insuficientes para el control de la transmisión del virus en el país, sino que la

conveniente ceguera estatal traspasaba el valor de la vida y de la salud en defensa del mercado. El aumento de la capacidad de camas críticas para la hospitalización de las personas afectadas respondió a una estrategia de alta inversión económica y técnica que desplazó varios meses el rol de la prevención y control temprano de los contagios a cargo de una subvalorada y abandonada Atención Primaria en Salud”. Creemos que esta realidad debe ser aún más conocida y analizada.

Este ensayo tiene como propósito realizar un análisis crítico de la respuesta social a la pandemia de Covid-19 en Chile, con énfasis en la segunda ola. Buscamos identificar y discutir los factores que explican la relación entre el neoliberalismo y la respuesta a la pandemia desde el marco de análisis de la Salud Colectiva/Medicina Social. La base de este esfuerzo analítico sostiene que una explicación integral del escenario epidemiológico actual pierde capacidad explicativa si no se consideran los efectos del neoliberalismo en la sociedad chilena y la forma en la que estos efectos han incidido, y en gran parte determinado, la crítica situación actual.

MARCO TEÓRICO

Se entiende la salud y la enfermedad como un proceso esencialmente colectivo y sociohistórico, comprendido en los procesos de determinación social que configuran estructuras de explotación, dominación y exclusión que producen discriminación, desigualdades e inequidades sociales y sanitarias (López, 2021). La medicina social plantea un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de la producción de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual, a pesar de que la medicina clínica no ofrece una solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad (Laurell, 1981). Lo anterior lleva a la visión de salud como mercancía, que prevalece en muchos países y organismos internacionales, provocando que los sistemas de salud sean pensados para la enfermedad individual y el negocio, y que no estén capacitados para hacer frente a problemas colectivos que reclaman actuar en función del bien común y no desde el interés privado/privatizado.

La Salud Colectiva retoma los elementos estructurales del análisis social y la apropiación diferencial de bienes y servicios que trae el capitalismo para explicar que el proceso de enfermar y morir también se distribuye de manera diferenciada entre los colectivos, las comunidades y sociedades, según la desigual distribución del poder económico, político y simbólico, y reconoce su triple dimensión: ideología, conocimiento y praxis. Así, la salud colectiva señala desde sus inicios, que plantearse el estudio del proceso salud-enfermedad-atención como un proceso social no se refiere solamente a una exploración de

su carácter concreto, sino que implica también su articulación con los otros procesos sociales, lo que nos constata su determinación social (1981).

Se ha evidenciado que “la Política Pública en Salud para enfrentar la pandemia dan cuenta de un cuerpo de significaciones y relaciones de poder que determinan el posicionamiento ético-político frente al rol de los gobiernos, los sistemas de salud y la Atención Primaria, para el ejercicio del derecho a la salud en Latinoamérica” (Giovannella et al., 2021).

Desde la Salud Colectiva se señala que es necesaria la transformación de los valores impuestos por una sociedad neoliberal, hacia valores que permitan el Buen Vivir, un modelo alternativo proveniente desde la sabiduría de los pueblos indígenas del Abya Yala (*Kume Mognen*, en mapudungun), de cada una de las personas que conforman la sociedad: respeto por la naturaleza, cooperación, solidaridad, confianza, comunidad, compromiso colectivo con la madre tierra y el respeto inclusivo de todas y todos por el desarrollo armónico con la naturaleza y el mundo espiritual en el que Vivir Bien –quizás el concepto más holístico de salud– sea el objetivo final de toda política y toda economía (Breilh, 2011, 2020; Farah y Vasapollo, 2011; Bautista, 2011).

EL CONTEXTO NEOLIBERAL

El primer factor considerado en el análisis se refiere a los efectos del neoliberalismo en la sociedad chilena. En Chile ha estado muy presente la premisa neoliberal “de que el mundo estaba transitando pacíficamente en un viaje global hacia la tierra prometida de la civilización y los derechos humanos, liderado por el libre mercado y la privatización”. En un contexto en donde “conceptos como democracia, unidad, libertad, derechos humanos, justicia y dignidad han sido moldeados para servir como herramientas de dominación, como etiquetas sin sentido que pueden usarse para justificar cualquier acción”; un panorama en donde los capitalistas ultra neoliberales se plantean su sobrevivencia a través del dominio de todo lo que les rodea y obligando a la servidumbre del resto. “El mayor éxito de la ideología neoliberal puede haber sido convertir al Estado en una caricatura del pensamiento neoliberal... somete literalmente la vida en la Tierra a los imperativos económicos depredadores de una devastadora globalización de la naturaleza y la sociedad” (Dentico, 2021).

Así, nos encontramos atestiguando el transformismo del estado de derecho y del gobierno social y democrático por un sistema denominado eufemísticamente “gobernanza económica global”, basado en principios como individualismo, competencia, libertad de elección, agresividad, caridad, hedonismo no sublimador, inmediatez, entre

otros. Tenemos entonces una gobernanza basada en la mercantilización de todos los bienes esenciales e insustituibles para la vida; en la marginación de los derechos humanos y sociales; y en la privatización del poder político, como lo demuestra el poder imperial de los principales grupos económicos privados del mundo, como el grupo GAFAM y el grupo Big Food/Big Pharma (2021).

La mercantilización y despojo de derechos sociales a partir de la consolidación del Estado subsidiario es un fenómeno típico de la experiencia chilena y de otros casos de la región, a partir de los cuales es evidente la pauperización de las condiciones de salud de la población y los dispositivos públicos de atención sanitaria como resultado de la creación de nichos de rentabilidad que han sido cristalizados en un mercado para ricos diferenciado del resto de la población empobrecida que queda excluida, con complejas relaciones de interdependencia entre ambos polos (Tetelboin, 2003; Laurell, 1995; Luzuriaga, 2019). Otros derechos, como educación, vivienda, entre otros, también se han subordinado a las dinámicas de acumulación del capital en un contexto mundial de globalización financiera avanzada, con un Estado incapaz de responder a las demandas sociales mínimas con un paradigma diferente a la solución de mercado (Atria, 2014; Erazo, Aleuy y Ganuza, 2013).

Sin embargo, desde hace una década se han generado debates y evidencias respecto de la incapacidad del modelo económico neoliberal reinante para, por sí solo, generar condiciones socioeconómicas favorables para una parte amplia de la población. Esta observación ha sido documentada por Mayol y Ahumada (2015) al analizar la falsedad de la “hipótesis modernizadora” del desarrollo económico chileno, defendida por la élite política desde la centroizquierda hasta la extrema derecha. Ella suponía que el modelo neoliberal impuesto por la dictadura había logrado consolidar un modelo de crecimiento económico capaz de generar desarrollo y en consecuencia la conflictividad social sería un síntoma de la falta de extensión del modelo para ampliar el desarrollo a los sectores postergados, que estarían ávidos por subirse al carro del “boom neoliberal”. La extensión de las últimas movilizaciones sociales cuestiona la validez de este planteamiento. Los autores contrastan la falsedad de la “hipótesis modernizadora” neoliberal al describir un régimen de acumulación rentista-financiero originado en dictadura, generador de un crecimiento empobrecedor dependiente, cuya única fuente de rentabilidad ha sido la deuda de la mayor parte de la población, la expropiación de los trabajadores y, más recientemente, la explotación de los recursos minerales sin valor agregado. Este crecimiento económico se muestra incapaz, en el mediano plazo, de generar bienestar social.

El trabajo de Vera y Budowski (2017) muestra que los rasgos fundamentales de los estratos medios en Chile son la diversidad, vulnerabilidad y fragilidad, pues la capacidad de manejo de los riesgos por parte de los hogares depende fuertemente de su capacidad de pago, siendo propensos a perder bienestar ante un evento como enfermedad, desempleo o discapacidad de algún integrante. En tal sentido, el caso chileno muestra una cuestionada reducción de la pobreza, respaldada por un discurso oficial potente, pero que ha traído consigo el aumento acelerado de los estratos medios en condiciones de precariedad socioeconómica, con alto riesgo de caer en pobreza dada la expansión de la mercantilización de la vida social y su correspondiente pérdida de derechos sociales. De igual modo, lo observado por Espinoza y Barozet (2008) da cuenta de que la distancia entre los estratos medios y los sectores altos es considerablemente mayor en comparación a la proximidad que existe con las capas populares, siendo la primera la real barrera infranqueable de la estructura social chilena.

Las cifras sobre desigualdad de ingresos económicos, medidas a través del Coeficiente de Gini, colocan a Chile en una situación intermedia en relación con América Latina. En la última medición (2015) calcularon este indicador en 0,48 (MDS, 2012, 2016). El promedio calculado por la CEPAL (2016) para la región es de 0,49, siendo los países más desiguales Guatemala (0,58), Honduras (0,56) y Brasil (0,56).

Sin embargo, el país se caracteriza como profundamente desigual en otras dimensiones, como el acceso a los bienes y servicios de primera necesidad o el trato discriminatorio que otorgan las instituciones públicas en virtud de la pertenencia a un grupo social según género, clase social, o etnia. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2015, 2016) coloca a Chile como el primer país latinoamericano en el ranking mundial, pero cae 12 categorías al ajustar la estimación por la desigualdad. Una evidencia que muestra este tipo de desigualdad es la percepción de que las clases altas conservan espacios amplios de poder, pese al esfuerzo individual de los sectores populares (2017).

En Chile, el impacto de la pandemia coincidió con un escenario de alta intensidad de la movilización social a raíz del estallido social/“rebelión de la determinación social”,¹ producido en octubre de 2019. Múltiples han sido las explicaciones formuladas en torno a las causas del estallido en un país como Chile, presentado internacionalmente como “la” vía latinoamericana al desarrollo, versión sustentada débilmente en las cifras de crecimiento del PIB y en la reducción de la pobreza oficial en los últimos 30 años. Estas explicaciones concuerdan,

1. Término acuñado por Parada-Lezcano (2021).

en mayor o menor medida, en que la matriz neoliberal chilena produjo un nivel de precarización de las condiciones de vida y una desigualdad social de tal magnitud que se tornaron masivamente intolerables. Además, el estallido responde a las demandas por un espacio público en el cual la ciudadanía discuta, delibere y demande la solución a los problemas colectivos, subordinando los intereses privados al bienestar colectivo y no permitir los abusos de poder de los grupos sociales privilegiados (Mayol, 2019; Ruiz, 2020). Esto presenta un punto de inflexión respecto de la aceptación y/o tolerancia tácitos que se estaban dando a los valores propiciados por la sociedad neoliberal. Valores como el éxito individual, la competitividad, el egoísmo y la libertad económica, estarían cediendo paso a la revalorización de la vida colectiva, la solidaridad, la cooperación, la compasión y el compromiso social.

Recordemos aquí que la “rebelión de la determinación social” tiene como antecedente todas las movilizaciones sociales en el Chile de la posdictadura que aunque esporádicas, han tenido un ritmo de aceleración evidente y potente:

- Así, en 2006, durante el primer gobierno de Bachelet, se produce la llamada “revolución pingüina”,² que se inició por demandas puntuales que pedían la extensión de la tarifa rebajada en el transporte público para estudiantes secundarios y concluyó cuestionando la organización del sistema educativo y su lógica subsidiaria que beneficiaba a actores privados dueños de colegios y escuelas con fines de lucro empleando recursos traspasados por parte del Estado.
- En 2011, la conflictividad continuó en el sistema educativo desigual, privatizado y meritocrático, extendiéndose a la educación superior, colocando en cuestión el lucro por parte de las instituciones universitarias privadas, que en la práctica representaba fuente de rentabilidad para amplios círculos del empresariado nacional e internacional.³
- Además de estas fuentes de conflictividad expresadas en la movilización social de carácter masivo, especialmente desde la década de los años 2000, el conflicto ambiental y la

2. Denominada así porque los/as estudiantes de educación primaria y secundaria usan uniformes mayoritariamente de colores que asemejan al plumaje de los pingüinos.

3. El lucro de las universidades está prohibido por ley; no obstante, los dueños de las instituciones usaron mecanismos para burlar la ley (*holdings* que incluían empresas inmobiliarias) y pudieron lucrar de todas formas.

existencia de las “zonas de sacrificio”⁴ ha puesto en la agenda pública la distribución desigual de las externalidades negativas de las industrias fuertemente contaminantes y/o depredadoras de la naturaleza.

- Paralelamente, el movimiento por las reivindicaciones históricas del pueblo mapuche también ha sido protagonista constante de las movilizaciones sociales que, además de exigir la recuperación de las tierras ancestrales usurpadas por el Estado chileno y otorgadas a privados para convertirlas en fuentes de “producción”, han revalorizado la cosmovisión de las etnias originarias como una alternativa no capitalista de desarrollo social y humano.
- El movimiento feminista ha experimentado un auge potente, de la mano de una organización amplia, heterogénea y horizontal, agrupado en coordinadoras territoriales. Han denunciado la dominación patriarcal sobre las mujeres en ámbitos no visualizados hasta entonces, como el acoso sexual naturalizado en el ambiente universitario, que culminó con una gran movilización masiva el 8 de marzo de 2018 y que confluyó potentemente en la generación de las fuerzas de la rebelión de octubre de 2019.
- El movimiento “No+AFP”, que lucha por la desaparición del sistema de capitalización individual que ha provocado un deterioro grave de las pensiones de chilenos/as, también ha jugado un papel importante, quizá más matizado en relación con los anteriores por su capacidad limitada para proponer un sistema alternativo, en la denuncia de las pensiones indignas entregadas por un sistema de ahorro individual obligado por la ley de seguridad social.

La rebelión de la determinación social, visible internacionalmente por la intensidad de la protesta social y por las violaciones a los derechos humanos perpetradas por las fuerzas policiales de la cual fueron víctimas los sectores movilizadas, además generó un efecto totalmente imprevisto para la élite, el inicio de un proceso constituyente.⁵ Un ele-

4. Este término grafica de fondo la ideología capitalista neoliberal que incluye la posibilidad, si no la conveniencia, de sacrificar personas, poblaciones comunidades y/o territorios para poder emprender la actividad económica, principalmente extractivista, que contamina y mata. Es una expresión clara del extractivismo depredador de la naturaleza que incluye la humanidad.

5. Las explicaciones de la rebelión, como siempre, es una cuestión sujeta al debate. Sin embargo, creemos que aunque sea ninguneado o descalificado, el pueblo

mento transversal en el análisis de esta crisis socioeconómica-cultural es su relación con el agotamiento del ciclo político actual, originado desde el experimento neoliberal de la dictadura, iniciando un anhelado proceso constituyente, con la aprobación mayoritaria de un plebiscito realizado en octubre de 2020, en plena pandemia.⁶ En definitiva, tal como señala Carmen Muñoz (2021), creemos que se cristalizó una identidad común en torno a la desigualdad, que se politiza efectivamente en demandas concretas, cruzadas por la exigencia de “dignidad” y en la percepción de logros de la acción colectiva detrás de la masificación de la protesta (cambio de la constitución).

Junto con Ruiz (2020), creemos que estamos en una reconfiguración de un tejido social posneoliberal, que debido a la pandemia se ve aún más impelido a desarrollarse y reforzarse, en nuevas formas de sociabilidad. Sin embargo, debemos recordar que Ruiz nos advierte que hay “un pesado desajuste con las condiciones culturales imperantes, tanto en unas nuevas y heterogéneas franjas medias como en sectores de trabajadores. En tal sentido, el desafío apunta a la capacidad de las nuevas condiciones. Es el curso en el que se debaten hoy las nuevas formas de acción y sus sujetos portadores. Es la riqueza del proceso actual, esa condición partera, que a ratos golpea por extraña, como natural reacción a lo original, a lo inédito, donde puja por abrirse paso a un nuevo tiempo” (p. 81).

Una de las grandes preguntas que está presente en el ideario político y de las organizaciones sociales movilizadas es si estamos alcanzando el desgaste final de la época neoliberal. Mayol (2012) señala que, efectivamente, el ciclo neoliberal se está acabando, aún antes del estallido social, enfatizando que la legitimidad social del poder había sido horadada en un contexto de escándalos por la colusión de grupos económicos asociados a la industria del retail, haciendo patente

está fortaleciendo la legitimidad de la vida social, usando otros legitimadores, muy diferentes, a los que la élite tenía acostumbrado para mantener los privilegios de unos pocos: la supuesta meritocracia, la supuesta igualdad de oportunidades, la aspiracional libertad de elección, etc. El pueblo salió a la calle por y para obtener un cambio en las condiciones materiales de la existencia a través de una rebelión cultural, de la determinación social.

6. Frente a la pregunta ¿quiere usted una nueva constitución? Un 78,27% votó APRUEBO (5.885.384 votos) y el 21,73% marcó RECHAZO (1.633.868 votos). A la pregunta ¿qué órgano debería redactar la nueva constitución?, el 78,99% marcó la alternativa Convención Constitucional (100% electa popularmente) y un 21,01% marcó Convención Mixta Constitucional (50% compuesta por parlamentarios en ejercicio). De acuerdo al último balance de SERVEL votaron 7.562.173 personas, lo que representa un 50,9% del padrón total de 14.855.000; es decir, la elección con mayor votación desde la instauración del voto voluntario en el año 2012.

el abuso y que el endeudamiento de los sectores populares era en sí misma una de las principales formas de expoliación.⁷

Entonces, se ha dado una revitalización/politización del tejido social de los sectores populares y disidencias “del siglo XXI”, eclosionadas en el marco del estallido social, que están cuestionando de manera profunda, con ruido y con valentía, la herencia neoliberal.

SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN EN CHILE

La construcción del derecho a la salud y del sistema de atención ha sido inmune a los escasos proyectos de transformación social formulados por una “tecno-burocracia” alternativa a la visión hegemónica, manteniendo la estructura básica del sistema formulada durante la dictadura cívico-militar y sustentada en la Constitución de 1980 (Parada y Moraga, 2019). En ella se establece una versión mínima del derecho al acceso a la protección de la salud, la que se explicita en la afirmación de que “Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias” (Gobierno de Chile, 1983). Esta versión liberal del derecho ha permitido que se consolide un sistema fragmentado/dual de salud, de matriz clasista, con un sector público (FONASA) desfinanciado que otorga atención a cerca del 80% de la población de menores ingresos, que requiere mayor utilización de los servicios; y también, un conjunto de seguros privados que lucran con la cotización obligatoria de la seguridad social – 7% del salario (ISAPRE) que cubren a la población más sana y privilegiada socioeconómicamente, estableciendo planes de salud cuyos precios aún son variables según el nivel de riesgo del asegurado y su familia, estableciéndose discriminación por edad, estado de salud e ingresos económicos (Comisión Escuela de Salud Pública y Colegio Médico, 2018).

El contexto es de un sistema de salud en “crisis de inequidad”, reflejada en la segmentación de la población para el acceso a salud, consagrando una salud para pobres y enfermos y otra para ricos y sanos. Con un sector público crónicamente desfinanciado, que va perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación y arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. El sistema, además, presenta

7. La empresa del retail “La Polar” en 2011 realizaba balances falsificados, con un millón de clientes con Deudas renegociadas, sin ellos ser parte de la medida, a la tasa máxima posible. Lo que creó utilidades ficticias, y un patrimonio que no era ni de lejos el número real. <https://www.latercera.com/opinion/noticia/la-polar-ochos-anos-despues/766483>

a un elevado gasto de bolsillo, que corresponde a un 32% del gasto total en salud (Benítez, Hernando y Velasco, 2018).

Recordemos que como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementó el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), con un listado actual de 85 enfermedades priorizadas que tienen acceso a intervenciones sanitarias específicas. Sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia, generación de discriminación y desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado.

Como consecuencia de esta fallida reforma a la salud, además, se evitó situar a la APS como el eje central del sistema. En el país existe un importante déficit de recursos en toda la red pública de salud, evidencia de esta precariedad es la falta de horas médicas en APS (con una brecha de más de un 25,0% para contar con 1 médico/a APS cada 2.000 personas), lo que provoca una insuficiente respuesta a las necesidades de la población. Manteniéndose bajos niveles de control de enfermedades agudas y crónicas, así como de satisfacción usuaria (Bass, 2018; Parada y Moraga, 2019).

Por lo tanto, existen importantes desigualdades en acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales, en el caso de la APS se produce además, una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos económicos en desmedro de la mayoría. Estas desigualdades se han exacerbado, evidenciando la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto privado familiar para pagar prestaciones y medicamentos (gasto de bolsillo), entre otros aspectos no cubiertos por el sistema de salud.

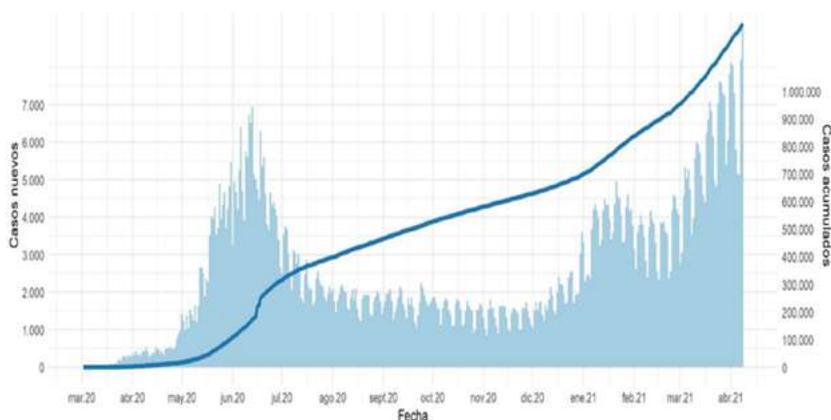
LA SEGUNDA OLA DE LA PANDEMIA EN CHILE

Las cifras de incidencia de nuevos casos y de defunciones por el Covid-19, controladas por tamaño poblacional, presentan niveles altos y preocupantes al compararlos con el resto de los países de Latinoamérica, e incluso a nivel mundial. Si bien la pandemia nunca ha estado controlada, en las últimas semanas de abril de 2021 se registraban las peores cifras de contagio desde el registro de las primeras notificaciones en marzo de 2020.⁸ Además se observa desigualdad en la mortali-

8. El último informe dispuesto por el Ministerio de Salud cifra en 1.185.269 el número total de contagios y una tasa de 6.091,3 por 100 mil habitantes (MINSAL, 2021a), al tiempo que las defunciones por Covid-19 corresponden a 31.303 (MINSAL, 2021b). El día 8 de abril de 2021 se registraron 9.171 nuevos casos, la mayor cifra desde el inicio de la pandemia, sumando un total de 1.246.637 casos totales, con una tasa de incidencia acumulada de 6.406,7 por 100 mil habitantes. Las mayores tasas de incidencia acumulada por 100 mil habitantes, según casos confirmados por laboratorio se encuentran en la Región de Magallanes (14.477,3), Región

dad ajustada, con una diferencia de más de 5 veces entre las comunas de menores y mayores ingresos del Gran Santiago (Canales, 2021).

Figura: Número de casos nuevos confirmados (incluye probables) y acumulados de Covid-19 según fecha de confirmación por laboratorio. Chile (8 de abril de 2021)



Fuente: MINSAL (2021c).

EL ENFRENTAMIENTO ECONÓMICO-SOCIAL DE LA PANDEMIA

El Estado chileno ha tomado una serie de decisiones respecto al enfrentamiento de la pandemia que evidencian la matriz sociopolítica neoliberal que domina el sistema. Desde el primer momento se llama al confinamiento social, que nunca se ha cumplido de la manera esperada. Se han dictado cuarentenas obligatorias locales/parciales denominadas eufemísticamente como “dinámicas” por períodos de 7 hasta 120 días, sin tener en claro los criterios utilizados para esta decisión. El 22 de marzo de 2020 se decretó toque de queda en todo el territorio

de Tarapacá (9.633,1) y Región de Los Lagos (8.264,9). De los casos notificados en el sistema EPIVIGILA, la mediana de edad es de 38 años, donde el 7,24% correspondieron a menores de 15 años, el 25,50% a personas de 15-29 años, el 28,98% a personas de 30-44 años, el 28,06% a personas de 45-64 años, mientras que el 10,22% restante a adultos de 65 y más años (MINSAL, 2021c). En cuanto a las defunciones, hasta el 10 de abril de 2021 han fallecido 32.469 personas, lo que corresponde a una tasa de mortalidad acumulada de 166,9 por 100 mil habitantes (MINSAL, 2021d). Dentro de las defunciones acumuladas ocurridas entre marzo 2020 y enero 2021, representan el 19,99% del total de defunciones del país (MINSAL, 2021e).

desde las 10 de la noche a las 5 de la mañana, que continua hasta la fecha.⁹

El carácter de los aportes provenientes desde el Estado se han caracterizado por la focalización extrema, incluso criticado desde los partidos que apoyan al gobierno.¹⁰

En cuanto a las transferencias directas, se implementaron:¹¹

- “Bono Covid-19”, que benefició al 60% de los hogares más vulnerables del Registro Social de Hogares, con un pago único en abril 2020 de \$50 mil CPL (US\$ 66).
- “Ingreso Familiar de Emergencia”, que cubre al mismo segmento y consta de \$65 mil CPL (US\$ 85) por integrante del hogar en el primer mes y \$100 mil CPL (US\$ 130) en el segundo y tercer mes.
- “Bono clase media”, destinado a trabajadores independientes, consistente en un subsidio de \$100 mil CPL (US\$ 130) con ingresos promedio mensuales menores a \$500 mil CPL (US\$ 660); y de forma complementaria, un crédito de hasta \$650 mil CPL (US\$ 850) para trabajadores que hayan disminuido sus ingresos en al menos un 30%.
- “Ingreso Mínimo Garantizado”, que otorga una transferencia a los trabajadores dependientes con rentas menores a \$380 mil CPL (US\$ 500) para alcanzar este monto.

Desde las primeras medidas económicas anunciadas, se privilegió evitar el endeudamiento público, debido a que estas se caracterizaron por:

1. Reasignar fondos al sector salud (desde otros rubros del gasto público).
2. Emplear fondos individuales del seguro de cesantía y la entrega de un bono de \$50 mil CPL (US\$ 66), más similar monto por cada carga familiar.

9. Ha habido cambios en los horarios pero la restricción de circulación total se ha mantenido hasta la fecha.

10. <https://www.elmostrador.cl/destacado/2021/03/30/critica-a-las-medidas-economicas-y-sociales-anunciadas-por-el-presidente-pinera/>

11. Otras ayudas son: canastas individuales de alimentos entregadas por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), caja de alimentos destinada a las familias vulnerables.

3. Medidas tributarias para las empresas, como postergación de obligaciones financieras.

En el caso de las cuentas individuales del seguro de desempleo de cada trabajador o trabajadora (para quienes no podían realizar teletrabajo), accedieron a parte o la totalidad de su seguro de cesantía, mediante acuerdo mutuo con el empleador y mandato de la autoridad sanitaria. Por lo tanto, trabajadores dependientes vieron sus contratos suspendidos en el marco de la pandemia, otorgándoles a cambio un porcentaje máximo calculado a partir de sus últimos salarios, disminuyendo progresivamente desde el primer mes hasta un máximo de seis meses. Asociado a un fondo para trabajadores y trabajadoras dependientes con montos insuficientes para alcanzar los valores establecidos, el cual el gobierno subsidia con fondos públicos.

El paquete de medidas que el gobierno definía como “inédito”, en la práctica no entregaba protección suficiente a trabajadores/as y sus familias.

Frente a la insuficiencia de las medidas anteriores, a un mes del confinamiento, el gobierno entrega una segunda propuesta de ayuda económica, con lo que se crea un fondo adicional por US\$ 2 mil millones orientado a los 2.6 millones de trabajadores informales sin contrato de trabajo, y que no contaban con seguro de desempleo. Además de otras medidas para facilitar el crédito con garantías estatales a las empresas. Con lo que se persiste en el intento de moderar los efectos recesivos de la crisis sin incurrir en un gasto público necesario para mantener a las familias en situación de confinamiento (Heiss, 2020).

Por tanto, evidenciamos que las políticas de protección social en el marco de la pandemia por Covid-19 se han caracterizado fundamentalmente por ser financiadas por ahorro individual dentro de la seguridad social privatizada y el endeudamiento de las personas.

El Foro para un Desarrollo Justo y Sostenible realizó un balance sobre las medidas económico-sociales del gobierno, a un año del inicio de la pandemia:¹²

- Las últimas medidas intentan avanzar en la corrección de una ausencia de políticas de apoyo a las familias; sin embargo, lo hacen de un modo tardío, insuficiente, persistiendo en trámites burocráticos y falta de claridad.

12. Crítica a las medidas económicas y sociales del presidente Piñera. *El Mostrador* (30 marzo, 2021). <https://www.elmostrador.cl/destacado/2021/03/30/critica-a-las-medidas-economicas-y-sociales-anunciadas-por-el-presidente-pinera/>

- El Gobierno ha faltado a su compromiso de transparencia, incumpliendo la responsabilidad de dar cuenta de cómo se financiaba y cómo se iba utilizando el fondo Covid de correspondiente a US\$ 12 mil millones.
- Esta situación se da, a pesar de que el Estado cuenta con fondos soberanos por US\$ 20 mil millones y además dispone de capacidad de endeudamiento para enfrentar de mejor forma una pandemia. Dichos recursos no se han utilizado de manera suficiente y han forzado a la ciudadanía a utilizar US\$ 35 mil millones de sus fondos previsionales y US\$ 1 mil millones de sus fondos de cesantía.

Como se menciona en el punto anterior, y a pesar de la férrea resistencia del Ejecutivo, la manera de poder obtener alivio frente al hambre y precariedades de segmentos mayoritarios de la ciudadanía fue posible debido al retiro de los fondos previsionales. Recordemos que en dictadura, el sistema de seguridad social referido a las pensiones fue privatizado a través de la creación del sistema AFP de capitalización individual.¹³ Hasta el momento el Congreso Nacional ha aprobado en 3 ocasiones el retiro de los montos destinados a la jubilación hasta un 10% en cada oportunidad. Posterior al segundo de estos, hacia fines de marzo del 2021, casi 11 millones de personas habían solicitado sus retiros al sistema AFP.¹⁴

Esta situación es, desde nuestro punto de vista, una evidencia concreta de la gran crisis social profundizada por la pandemia, ya que, por una parte, el gobierno neoliberal solo implementó medidas de apoyo de manera focalizada y subsidiaria, resistiéndose tenazmente a las medidas de carácter universal. Por otra parte, protegiendo porfiadamente a los fondos de las AFP, símbolo de la depredación de la seguridad social solidaria y pilar de la economía financiarizada,¹⁵ augurando una gran crisis financiera y profundización de la depresión económica. Sin embargo, todo el dinero retirado por los/as trabajadores/as, junto con dar la posibilidad de mejorar los niveles de

13. Cada trabajador/a cotiza obligatoriamente a una AFP un 10% de su salario, el cual es administrado por estas empresas con fines de lucro, dándoles rentabilidad a través del sistema de especulación financiero. Existen 5 tipos de fondos según el tipo de riesgo de los instrumentos financieros en que la AFP invierte, generando mayor rentabilidad de largo plazo las inversiones más riesgosas.

14. Declaración Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo (CEN-DA). Agosto 2020, actualizada abril 2021.

15. Para impedir la aprobación de los retiros el gobierno recurrió al Tribunal Constitucional, el cual le dio la razón en una oportunidad y en la siguiente aprobó el retiro, en una muestra de transformismo político sin precedentes.

subsistencia en la población más pobre y precarizada,¹⁶ implicó una inyección de dinero a la economía que incluso llevó a cifras elevadas del crecimiento económico.

Una evidencia más acerca de la precaria situación que ha debido enfrentar la gran mayoría de la población se muestra en los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (MDS, 2020), donde además del aumento de la pobreza y la pobreza extrema a cifras de hace por lo menos 5 años,¹⁷ se constata que los ingresos provenientes del trabajo del 10% más pobre fueron 417 veces menores que los del 10% más rico. En el caso de los ingresos autónomos (montos provenientes trabajo, jubilaciones, pensiones, rentas, entre otros), los recursos del 10% más rico fueron 251 veces mayores que los del 10% más pobre. Con un promedio de ingresos autónomos por persona del 10% más pobre de \$4.136 (US\$ 5) al mes en 2020, frente a \$1.617.206 (US\$ 2.130) del decil con más ingresos (desde hace más de 15 años, el promedio por persona de ingresos autónomos del 10% más pobre nunca había bajado de \$12 mil (US\$ 15) al mes.¹⁸ Por último, si

16. El costo de la crisis ha recaído básicamente en las mayorías vulneradas del país, en un contexto de pérdida de más de un millón de empleos y un aumento en la pobreza absoluta cercana a un 4%. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2021), la tasa de desocupación el 2020 alcanzó un promedio de un 10,7% (incremento atenuado por la gran cantidad de personas que salieron de la fuerza de trabajo). Estas cifras implican un alza de 3,5 puntos porcentuales en la tasa y un aumento de 34,5% en la cantidad de desocupados en comparación con 2019 (Menz, 2021).

17. La disminución de la pobreza es un indicador usado por la élite política como una forma de legitimar, internacionalmente inclusive, la supuesta eficiencia del capitalismo para producir bienestar social. Las cifras oficiales de pobreza evidencian una disminución importante desde el término de la dictadura, pasando de 68,5% a 8,7%, entre 1990 y 2017, respectivamente (MDS, 2018), sin embargo esta medición recoge la proporción de la población con ingresos por debajo del valor de una canasta mínima de bienes y servicios, por lo cual describe únicamente la dimensión económica de la pobreza. Ya en la década de los noventa, al inicio de la naciente neodemocracia, el sociólogo chileno Tomás Moulian (1997) advertía la expansión de una imagen global acerca del “mito” chileno, que habría sido capaz de consolidar el modelo neoliberal impuesto por la fuerza con un régimen democrático formal, virtudes que servirían para legitimar las condiciones ventajosas de Chile para convertirse en un país estable para la inversión del capital financiero internacional.

18. Esfuerzos recientes para medir de forma más amplia la pobreza, de manera multidimensional, la han cuantificado en 20,7% de la población al considerar las carencias en las siguientes dimensiones: salud, educación, trabajo, vivienda y entorno, redes y cohesión social (MDS, 2018). Sin embargo, un desglose mayor de los datos da cuenta de la fragilidad y vulnerabilidad que es invisibilizada por los registros oficiales de pobreza. De hecho, simulaciones para el año 2015 basadas en las mismas mediciones oficiales muestran que el porcentaje de pobres pasa de un 8,6% a un 29,4% al considerar solo los ingresos del trabajo y las pensiones contributivas, es decir, excluyendo los subsidios y transferencias otorgadas por el Estado.

bien las ayudas estatales intentan mitigar en parte esta dramática situación, entre los más pobres el costo más alto lo pagaron los sectores más postergados, como mujeres e inmigrantes.¹⁹

Dado lo limitado del apoyo gubernamental, al poco tiempo de decretado el estado de excepción, emergieron las protestas y el malestar social debido a las dificultades para poder cumplir con el confinamiento, particularmente en las zonas con la peor determinación social de Santiago. Las repercusiones sociales y económicas, que trae consigo la pandemia, muestran con mayor fuerza los bordes de la desigualdad en el país, lo que ha obligado al Gobierno a tomar medidas que permitan subsanarlos, que sin duda no ha reparado la necesidad más cruda de las comunidades “vivir una cuarentena sin hambre”, puesto que dichas medidas se han generado de manera tardía o con una mirada miope de la realidad social.

EL ENFRENTAMIENTO SANITARIO DE LA PANDEMIA

Entre los múltiples problemas que se pueden relatar en la estrategia de mitigación llevada adelante por el gobierno de Sebastián Piñera, resaltamos dos importantes debilidades. La primera es el tipo de liderazgo que ejercen quienes están a cargo de conducir la respuesta ante la amenaza y, de paso, guiarnos por el camino que han resuelto seguir. Un liderazgo efectivo es una acción que requiere que alguien tenga y ejerza la autoridad pero también de que los que se encuentran bajo ella la reconozcan. Hasta hoy, en Chile, el liderazgo ha sido más bien débil, porque el Gobierno y el Ministerio de Salud, que son las entidades que concentran la autoridad en este caso, gozan de una baja legitimidad social. Y no solo entre los ciudadanos comunes, sino también entre quienes integran las organizaciones civiles identificadas como “especialistas” en esta materia, entre las cuales figuran el Colegio Médico y diferentes sociedades científicas. Este hecho generó de facto, una falta de conducción que inoculó una dosis de riesgo aún mayor a la situación que enfrentamos, porque más allá del conocimiento experto, lo que en verdad se requiere para hacer frente a una pandemia es una buena conducción de parte de quienes ejercen la autoridad.²⁰

Más aún, si se calculan líneas de pobreza más exigentes, las personas en situación de pobreza pueden llegar al 42,8% de la población (Durán y Kremerman, 2018).

19. Andrés Scherman. Casen 2020: pandemia provoca casi dos décadas de retroceso en la lucha contra la desigualdad, 7 de junio de 2021. <https://www.ciperchile.cl/2021/07/07/casen-2020-pandemia-provoca-casi-dos-decadas-de-retroceso-en-la-lucha-contr-la-desigualdad/>

20. A este déficit también contribuye la “hoguera de vanidades” que ha sido encendida durante la pandemia, y que involucra por igual a actores pertenecientes a los

La segunda debilidad es el elevado nivel de desinformación que ha existido. Sabemos que este fenómeno no solo implica ausencia de información oportuna y veraz, sino además, la presencia o entrega en exceso de información confusa, contradictoria, incorrecta e incluso, muchas veces, intencionadamente falsa. En general, la principal deficiencia en la respuesta del gobierno a la crisis ha sido su estrategia de comunicación, percibida como oscura y confrontacional por muchos actores clave en el esfuerzo de contención de la epidemia, como los profesionales de la salud, la comunidad académica y los alcaldes. Parece ser que uno de los elementos que ha facilitado esta desinformación es el estilo autocrático de la autoridad sanitaria que ha llevado a que exista una participación vacía de los/as expertos en instancias gubernamentales, además, y lo más preocupante, falta de participación de personas, investigadores y especialistas, provenientes de las ciencias sociales, las humanidades y las artes, así como de organizaciones de la comunidad y la sociedad civil, que ayuden a la comprensión y al manejo de las poblaciones y/o grupos sociales con dificultades para seguir las orientaciones y medidas para suprimir la pandemia.²¹

Hay mucha irresponsabilidad en los medios de comunicación masiva, que han “farandulizado” las discusiones y en quienes los utilizan, pero también en el medio científico, al no generar consensos antes de enviar cierta información.

Las repercusiones sociales y económicas, que trae consigo la pandemia, muestran con mayor fuerza los bordes de la desigualdad en el país, lo que ha obligado al gobierno a tomar medidas que permitan subsanarlos, lo que sin duda no ha reparado la necesidad más cruda de las comunidades “vivir una cuarentena sin hambre”, puesto que dichas medidas se han generado de manera tardía o con escasa mirada de la realidad social.

Si bien se ha realizado una gran cantidad de exámenes de PCR, existe retraso en la entrega de resultados y alta inequidad en su disponibilidad entre comunas, retrasando la aplicación de acciones sanitarias inmediatas (aislamiento, seguimiento y estudio de contactos). Existe retraso en las medidas de aislamiento frente a la sospecha clínico-epidemiológica.

ámbitos político y científico, los que si bien buscan reaccionar frente a líderes que se ven ajenos o desconectados de la realidad, con su actitud de no estar dispuestos a alinearse bajo una misma voz, tampoco ayudan a alcanzar el objetivo señalado.

21. Esta realidad es fomentada por las mal llamadas redes sociales. A través de ellas algunos usuarios atiborran a otros de datos y premisas de dudoso origen, lo que junto con generar efectos negativos en la población, también desorienta a los especialistas que seguimos los avances del proceso y buscamos aportar con respuestas concretas y correctas.

A lo anterior se suma una tardía y deficiente incorporación de la estrategia de abordaje comunitario para la contención de la pandemia, a pesar de la evidencia demostrada en países que priorizaron el trabajo en el nivel primario de atención, al menos en los primeros 4 meses del desarrollo de la pandemia en Chile, menos de 3% de los recursos para su enfrentamiento fueron destinados a la APS (Goyenechea, 2020; Parada-Lezcano, 2021). A pesar de la necesidad de una exitosa puesta en marcha de la estrategia de trazabilidad, hasta hoy su implementación ha detentado importantes dificultades. Además, los problemas de implementación de la trazabilidad se expresan desigualmente en comunas con menos recursos, aumentando el riesgo de rebrote.

La separación de funciones en dos subsecretarías (Salud Pública y Redes Asistenciales) generó que la vigilancia epidemiológica, desde la notificación de los casos positivos y negativos, seguimiento, trazabilidad, estudio de contacto, fuera iniciada y abordada por Salud Pública.²² Este escenario cambió un poco cuando se incorporó a la APS en estas tareas que le son propias; sin embargo, ha existido duplicación de acciones (visitas domiciliarias, entrevistas epidemiológicas, llamadas de seguimiento, etc.) y déficit en la coordinación entre ambos actores, lo que ha generado ineficiencia en el uso de recursos y malestar en la población que es testigo de que los equipos de APS y SEREMI no conversan entre sí (hacen los mismos requerimientos y dejan con las mismas dudas, entre otros elementos problemáticos). Algo que debería haber sido virtuoso y efectivo, tener dos equipos técnicos a disposición del manejo epidemiológico en las comunidades (realizando incluso visitas domiciliarias), resultó confuso, lento e ineficiente.

En otra dimensión, la revitalización del tejido social previo a la pandemia, que ha sido una gran plataforma para dar respuesta allí donde el Estado está ausente (referencia de consulta ciudadana), no ha sido considerada o ha sido nuevamente invisibilizada como un recurso útil por las políticas públicas sanitarias implementadas para enfrentar la pandemia, desaprovechando así el potencial que posee la APS para acompañar a las organizaciones comunitarias de base en la implementación de medidas locales pertinentes al territorio (Parada-Lezcano, 2021).

La pandemia de Covid-19 ha conseguido visibilizar descarnadamente el Chile actual, en un contexto histórico de más de 45 años en que la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo y, también, ha potenciado la movilización social reactivada a

22. Sin contacto con las realidades de cada comuna y menos aún de los equipos locales (dependientes de Redes Asistenciales) y sin dimensionar el aumento exponencial que ya estaba en evidencia por parte los países europeos.

partir del estallido social o la rebelión de la determinación social, en el sentido de fortalecer la rearticulación de las clases subalternas, la generación de alianzas que el mundo del trabajo organizado establece con otros movimientos sociales con diferentes problemáticas, para que se lleven a cabo las transformaciones que se requieren. Uno de los resultados de esta confluencia de eventos sociosanitarios fundamentales es el proceso constituyente que nos debería llevar a sentar las bases para una comprensión del derecho a la salud amplio, integral y complejo, en donde los valores de dignidad, universalidad, igualdad, solidaridad, equidad, integralidad, participación deliberante, gratuidad y ausencia de lucro en su concretización. Situación que debiera extenderse hacia todos los ámbitos de los derechos sociales universales, cuestionando desde el fondo el modelo de desarrollo capitalista, pavimentando un camino que logre terminar con la inaceptable desigualdad en el nivel y calidad de vida, así como con la exclusión social, que golpea a la mayoría de la población. Un camino que nos lleve a un nuevo mundo, donde primen los valores del Buen Vivir: cooperación, solidaridad, confianza, comunidad, respeto, compromiso, legitimidad del otro/a, compasión.

CONCLUSIONES

En Chile, el escenario de la pandemia por Covid-19 es alarmante e indignante. Se configura una trágica realidad sociosanitaria que se ha discutido desde diferentes disciplinas y saberes, que han puesto el foco en la ineffectividad de las medidas sanitarias no farmacológicas (cuarentenas, bonos, cordones sanitarios, etc.), la que ha sido asociada al entramado burocrático gubernamental junto con la desconfianza hacia la autoridad y una casi total falta de consideración de la determinación social de la salud.

Esta situación se puede explicar debido a una política reduccionista y centrada en la macroeconomía, en el nivel hospitalario, en un contexto de condiciones de pobreza en aumento, hacinamiento, precariedad laboral, entre otras consecuencias del modelo de desarrollo neoliberal existente.

La crisis sociosanitaria ha dejado al descubierto la fragilidad de un determinante social fundamental a la hora de tratar una enfermedad como son los sistemas de salud. Las deficiencias dejan a la vista la necesidad de reestructuración, fortalecidos o repensados en sus valores y principios, para hacer frente a los desafíos de enfermedades como esta, de rápida diseminación, elevada contagiosidad, alta letalidad y sin tratamiento o vacuna efectiva.

Sostenemos que el neoliberalismo chileno parece estar en su fase de agotamiento final y que la pandemia de Covid-19 ha evidenciado

que sus consecuencias perversas deben corregirse y orientarse hacia otro paradigma. Un modelo posneoliberal en donde “la” política sea reconocida verdaderamente como el ejercicio democrático de discusión y deliberación respecto a los temas colectivos que afectan a la polis; en donde confluyen los intereses particulares válidos de cada grupo/actor, pero que, sometidos a la discusión ciudadana, estos son sometidos al interés general, al bien público. El neoliberalismo no es solamente un modelo económico, es la extensión de las decisiones económicas a la vida pública y por tanto el imperio de la técnica por sobre la política. Es por ello que la democratización de la sociedad, la radicalización de la democracia como dice Boaventura de Sousa, es un atributo irrenunciable del modelo futuro en construcción.

Esperamos que el paradigma alternativo que construyamos colectivamente considere “el buen vivir” de las comunidades; resguardando el derecho a la salud de la población y no el nicho de acumulación del capital; colocando el esfuerzo prioritario en promocionar la salud y no apenas por combatir la enfermedad; implementando acciones para corregir las determinaciones sociales que generan las enfermedades y no solo acciones centradas en sus síntomas; con una participación efectiva y vinculante de las comunidades, no la habitual participación utilitaria y paternalista; una toma de decisiones conjunta, que limite la incidencia del “conocimiento experto”; y atendiendo a la diversidad y particularidad de las comunidades y territorios, en respeto irrestricto a las diferencias de género, raza, clase social, ocupación, entre otras.

Por último, proponemos que estos principios se concreten mediante un Sistema Plurinacional de Salud financiado por impuestos generales progresivos, que otorgue sus servicios según las necesidades de salud-enfermedad-atención-cuidados, con una red única de servicios basada en la estrategia de APS, con autonomía y control efectivo de las comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Atria, Fernando. (2014). *Derechos sociales y educación: un nuevo paradigma de lo público*. Santiago: LOM.
- Bass, Camilo. (2018). Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. *Cuad Méd Soc. Chile*, 58(3), 137-141 (número especial). <https://cms.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/11/Atenci%C3%B3n-Primaria-Fuerte-historia-diagn%C3%B3stico-actual-y-propuestas-para-Chile.pdf>
- Benítez, Alejandra, Hernando, Andrés y Velasco, Carolina. (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. *Puntos de Referencia MR*,

491. Centro de Estudios Públicos. https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491_abenitez.pdf
- Bautista, Rafael. (2011). ¿Qué significa el vivir bien? *Archipiélago UNAM*, 19(72).
- Breilh, Jaime. (2020). Prólogo. Buen vivir: la fuerza de un pensamiento emancipador propio sobre el modo de vivir. En Guillermo Churuchumbi, *Usos cotidianos del término Sumak Kawsay en el territorio Kayambi. Una filosofía para la vida*. Ai Aconda Comunicación SIM CÍA. LTDA. (2020).
- Breilh, Jaime. (2011). La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría. *Salud Colectiva*, 7(3), 389-397, septiembre-diciembre.
- Canales, Alejandro. (2021). Impactos del Covid-19 en los niveles y patrones de la mortalidad en Chile. https://www.researchgate.net/profile/Alejandro_Canales/publications
- CEPAL. (2016). Panorama Social de América Latina 2015. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/220321_ps_2015_ppt.pdf
- Comisión Escuela de Salud Pública, Colegio Médico de Chile. (2018). Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Colegio Médico de Chile. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/05/Propuesta-Reforma-de-Financiamiento-Integral-a-la-Salud.pdf>
- Dentico, Nicoletta. (2021). The myths about what the promised free-markets-universal-civilization will bring are a human rights boondoggle. *Human Rights Reader*, 575.
- Durán, Gonzalo y Kremerman, Marco. (2018). La pobreza del “modelo” chileno, la insuficiencia de los ingresos del trabajo y pensiones. https://fundacionsol.cl/cl_luzit_herramientas/static/wp-content/uploads/2018/11/IBV13-2.pdf
- Erazo, Ximena, Aleuy, Mahmud y Ganuza, Enrique (eds.). (2013). *Exigibilidad y realización de derechos sociales, impacto de la política pública*. Santiago: LOM.
- Espinoza, Vicente y Barozet, Emmanuelle. (2008). ¿De qué hablamos cuando decimos “clase media”? Perspectivas sobre el caso chileno. *Technical Report, January*. https://www.researchgate.net/publication/238746073_De_que_hablamos_cuando_decimos_clase_media_Perspectivas_sobre_el_caso_chileno

- Farah, Ivonne y Vasapollo, L. (coords.) (2011). *Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista?* CIDES-UMSA.
- Feo, Oscar. (2019). ¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? de la APS al Cuidado Integral de la Salud. Reflexiones para pensar en la gestión, la Participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva. Caracas. <https://www.iae.edu.ve>
- Giovanella, Ligia et al. (2021). ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00310142. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310.
- Gobierno de Chile. (1983). Constitución Política de la República 1980. Editorial Jurídica de Chile. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>
- Heiss, Claudia. (2020). Chile: entre el estallido social y la pandemia. *Análisis Carolina*. <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/04/AC-18.2020.pdf>
- Goyenechea, Matías. (2020). Minuta de actualización de la ejecución presupuestaria de salud en el contexto del Covid-19. file:///C:/Users/HP/Downloads/MayoMinutadeactualizaciondelaejecucionpresupuestariadesaludenelcontextodelCOVID.pdf
- INE. (2021). Boletín estadístico: Empleo trimestral. Instituto Nacional de Estadísticas. <https://www.ine.cl/docs/default-source/ocupacion-y-desocupacion/boletines/2020/pa%C3%ADs/bolet%C3%ADn-empleo-nacional-trimestre-m%C3%B3vil-agosto-septiembre-octubre-2020.pdf>
- Laurell, Asa Cristina. (1981) La Salud Enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Laurell, Cristina. (1995) La lógica de la privatización en salud. En C. Eibenschutz, *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- López, Oliva. (2021). Prefacio. En Camila Pereira et al. (coords.), *La pandemia social de Covid-19 en América Latina. Reflexiones desde la Salud Colectiva*. Buenos Aires: Teseo.
- Luzuriaga, María José. (2019). *Privados de la salud. Las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Colombia, Chile*. Argentina: EDUNLA.
- Mayol, Alberto. (2012). *El derrumbe del modelo: la crisis de la economía de mercado en el Chile contemporáneo*. Santiago de Chile: Catalonia.

- Mayol, Alberto. (2019). *Big Bang, estallido social 2019. Modelo derrumbado, sociedad rota, política inútil*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Mayol, Alberto y Ahumada, José. (2015). *Economía política del fracaso. La falsa modernización del modelo neoliberal*. Santiago: Ediciones El Desconcierto.
- MDS. Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Informe de Política Social. Gobierno de Chile.
- MDS. Ministerio de Desarrollo Social. (2016). Informe de Política Social. Gobierno de Chile.
- MDS. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2018). Informe de Política Social. Gobierno de Chile.
- MDS. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2020). CASEN 2020 en pandemia. Gobierno de Chile. http://observatorio.ministerio-desarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2020/Resultados_Ingresos_casen2020_en_pandemia.pdf
- Menz, Eduardo. (2021). Impactos Económicos y Sociales a un año de la pandemia por Covid-19 en América Latina y el Caribe. *Serie Documentos Electrónicos, Programa Economía y Políticas Públicas en América Latina y el Caribe FLACSO*. https://flacsochile.org/doc/2021/Doc_Electronico_Impactos_Economicos_Sociales_a_un_a%C3%B1o_de_la_pandemia_covid_19_ALC.pdf
- MINSAL. (2021a). 108° Informe epidemiológico de enfermedad por Covid-19. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-epidemiologico-covid-19/>
- MINSAL. (2021b). Anexo informe semanal defunciones por Covid-19. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-epidemiologico-covid-19/>
- MINSAL. (2021c). 110° Informe epidemiológico de enfermedad por Covid-19. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-110.pdf>
- MINSAL. (2021d). 111° Informe epidemiológico de enfermedad por Covid-19. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-111-tabla-3.pdf>
- MINSAL. (2021e). Anexo informe semanal defunciones por Covid-19. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Informe-Semanal-Defunciones-DEIS-08-04-21.pdf>

- Muñoz, Carmen. (2021). Pandemia y estallido social en Chile: la acción social vinculada a las demandas de salud. En José León Uzcátegui et al., *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Moulian, Tomás. (1997). *Chile actual: anatomía de un mito*. Santiago: LOM.
- Parada, Mario y Moraga, Fabián. (2019). Crise do seguro saúde no Chile: doença crónica socialmente transmissível. *Revista Tempus, actas de saúde coletiva*, 13(2), 177-203.
- Parada-Lezcano, Mario. (2021). Pandemia y APS en Chile. Crónica de una ausencia anunciada. En José León Uzcátegui et al., *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- PNUD. (2015). Informe de Desarrollo Humano en Chile 2014. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Sistema Naciones Unidas.
- PNUD. (2016). Informe de Desarrollo Humano en Chile 2015. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Sistema Naciones Unidas.
- PNUD. (2017). Informe de Desarrollo Humano en Chile 2016. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Sistema Naciones Unidas.
- República de Chile. (1980). Constitución Política de la República. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile.
- Ruiz, Carlos. (2020). *Octubre chileno, la irrupción de un nuevo pueblo*. Santiago de Chile: Editorial Taurus.
- Tetelboin, Carolina. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990. Reformas de primera generación*. Santiago de Chile: UAM-X
- Vera-Rojas, William y Budowski, Mónica. (2017). Cómo se enfrentan los problemas de salud en Chile y Costa Rica: un estudio comparativo y cualitativo. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, lxi(231), 107-136.

TENSIONES Y DESAFÍOS DE UNA ATENCIÓN CON PERTINENCIA CULTURAL HACIA PUEBLOS INDÍGENAS EN CONTEXTO DE PANDEMIAS EN CHILE

**Afzungun ka ngüneltuleal tiañ küme lawentuwleal
kom pu che tüfachi antü mew**

Daisy Iturrieta Henríquez, Pamela Canabes Herrera
y Cristian Torres Robles

Hemos tenido una activa participación y función como dirigente y Werken (autoridad ancestral mapuche) apoyándonos en el feyentun (obedecer) o espiritualidad ancestral mapuche haciendo un llamado a las comunidades y autoridades ancestrales para levantar el llellipun, nguillatu (oración) y koyitu (ofrenda) a los dueños de la naturaleza, a los antepasados que ya pasaron por pandemia, y a las fuerzas del cosmos para pedir fuerza espiritual y así estar bien físicamente y emocionalmente de forma individual y pidiendo por la protección de nuestros seres queridos, comunidad y familia y que esta pandemia se retire lo antes posible de nuestras vidas para recuperar la vida mapuche y volver a nuestras costumbres, tradiciones, rogativas y vida en comunidad.

38 Budi Saavedra

INTRODUCCIÓN

A nivel histórico, se puede señalar que en el año 1996, la Organización Panamericana de la Salud, consolidó un acuerdo con el Parlamento Indígena de las Américas, en el que se comprometió a la integración de una agenda legislativa que protegiera a las tradiciones indígenas en los contextos de atención de los servicios sanitarios, bajo el reconocimiento de las inequidades en los estados de salud y el acceso a los servicios sanitarios, visualizando los determinantes sociales tanto de carácter económico, geográficos, educacionales y culturales, como condicionantes de una prestación equitativa e integral.

La pandemia por Covid-19, y las pandemias que la anteceden, dejan al descubierto las condiciones de desigualdad que desfavorecen particularmente a las poblaciones indígenas en su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y que en el marco de la contingencia, les suma una capa más de vulnerabilidad.

Desde este marco contextual, el escrito tiene como objetivo, colocar a disposición de los lectores una mirada crítica respecto de las tensiones y desafíos históricos de una atención con pertinencia cultural hacia los pueblos indígenas y en particular en el contexto de pandemias en Chile.

Para su desarrollo se ha integrado el análisis de documentos públicos como primera fuente de información, y la experiencia y vivencia de las autoras y del autor, colocando en valor la vinculación territorial, académica y profesional que desarrollan en sus campos de acción.

La presente contribución posiciona un recorrido histórico, con énfasis en el análisis de la política pública vinculante al tema en cuestión y los desafíos presentes, aportando desde el enfoque de derechos como un marco teórico-metodológico conducente a una atención oportuna, integral y en donde la salud intercultural se consolide como un pilar en los distintos modelos de atención.

RESPUESTA SOCIOHISTÓRICA EN CHILE A LA DEMANDA DE UNA ATENCIÓN CON PERTINENCIA CULTURAL DESDE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD

En Chile, el primer acercamiento dialogante entre las comunidades indígenas y el sector sanitario se produjo mediante el “Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas” realizado en Puerto Saavedra el año 1996. Desde iniciativas locales de carácter intercultural, se abrió una línea específica de trabajo entre equipos de servicios de salud puntuales del sur del país, para la implementación de experiencias de atención de salud con pertinencia cultural (Alarcón et al., 2004). Años más tarde se generó un documento con 16 estrategias de acción llamada “Carta de los pueblos Indígenas de Chile”, el cual generó, entre otros, el programa Orígenes. Este intervino en comunidades aymara, atacameña y mapuche, financiando proyectos de medicina indígena durante los años 2002-2003. Un año más tarde ya se contaba con 57 centros de salud en el país con facilitadores interculturales que promovieron el enfoque intercultural (Gobierno de Chile, 2004).

Dicha experiencia, abrió paso a importantes cambios a nivel nacional dando la pauta para generar la Política de Salud y Pueblos Indígenas, la Norma General Administrativa N° 16 sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud en el año 2006, y a la fecha, pese a la escasez de recursos, los 29 servicios de salud del país cuentan con

la implementación, en distintos grados de desarrollo del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI). Este programa tiene como propósito “contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas, a través del desarrollo progresivo de la pertinencia cultural en los programas de salud del sistema público”, y a través de los ejes: equidad en salud, participación social indígena e interculturalidad, se efectúan planes de trabajo anuales para implementar acciones territoriales, levantadas en conjunto con las comunidades, asociaciones y organizaciones que trabajan en salud. Este no solo tiene el propósito de mejorar la situación de salud de los pueblos, además incorpora elementos en pro del respeto, reconocimiento y protección de los propios sistemas de salud o cosmovisión de los pueblos indígenas (Gobierno de Chile, 2011).

Esta dinámica de trabajo y su validación por parte de la población indígena que se vincula al sector, cuya condición ineludible es su participación, permitió que entre los años 2014-2017 se desarrollara el proceso de Participación y Consulta sobre la propuesta reglamentaria del artículo 7 de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, cuyo documento de propuesta se encuentra aún en revisión entre la Contraloría General de la República, el Ministerio de Salud y la Presidencia.

Por último, cabe señalar que en el contexto sociopolítico en vías de la redacción de una Nueva Constitución para Chile, se generó como hito histórico la consideración de la participación de los pueblos originarios en la Convención Constituyente, consolidando la representación política de 17 constituyentes de pueblos indígenas, lo que permitirá colocar en valor público las demandas y necesidades históricas en salud y otras áreas que han sido invisibilizadas a lo largo de la historia.

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA VIDA COTIDIANA DE LOS PUEBLOS Y EN EL PROGRAMA ESPECIAL DE PUEBLOS INDÍGENAS DISPUESTO EN CHILE

Debido a la rápida propagación de un virus originario en la ciudad de Wuhan, China, el 11 de marzo del 2020 la OMS declaró una pandemia por emergencia sanitaria internacional por Covid-19 y alertó del gran impacto que esta podía tener sobre los países menos desarrollados que disponen de sistemas de salud precarios. Para esa fecha, países como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Paraguay y Perú ya habían notificado los primeros casos de Covid-19.

A medida en que avanzó la pandemia, América Latina se transformó en el epicentro. Chile ha estado entre los 20 países que a nivel global, registraron el mayor número de contagiados y fallecidos por Covid-19 y con mayor número de casos por millón de habitantes (CEPAL, 2020). Sumando esto a la crisis sociosanitaria, se exacerbaron las de por sí amplias desigualdades sociales y económicas, recrudeciendo la inestabilidad política y social que ya asolaba al país previo de la llegada de la pandemia, con la revuelta que se genera a partir del estallido social del 18 de octubre del 2019. En lo que respecta a los territorios indígenas, principalmente en las comunidades mapuche en la zona de la Araucanía, al sur de Chile, continúan problemas endémicos como la violencia político-estructural ejercida por funcionarios estatales (carabineros, PDI, agentes de las fuerzas armadas, políticos y empleados fiscales), grupos paramilitares y el sitio del “Comando Jungla” en territorios del Wallmapu, perpetuando las tensiones y conflictos por situaciones de violencia física, psicológica y social contra el pueblo mapuche (Neira, 2020). La pandemia tampoco pudo frenar al sector privado con sus procesos extractivos como la minería y la deforestación en zonas indígenas.

En algunas regiones del mundo se ha evidenciado que las situaciones más críticas se experimentan en zonas rurales y en los territorios habitados históricamente por pueblos originarios. La pobreza y las brechas de inequidad interétnica son el elemento común observable entre los pueblos indígenas y donde se identifica un incremento de las desigualdades, pues son estos pueblos quienes continúan marginados y se enfrentan a altas tasas de pobreza, menor acceso a la salud y la educación, menor capital humano e ingresos más bajos (De Ferranti et al., 2004; Gandelman et al., 2011; Hall y Patrinos, 2006; Ñopo, 2012).

Lo anterior se refuerza con los hallazgos de un estudio realizado entre mayo y agosto del 2020, por el Centro de Estudios Interculturales e Indígenas (CIIR) titulado “Los efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia Covid 19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en Chile” (CEII, 2020), cuyo primer informe da cuenta del impacto en la vida cotidiana visualizado: 1) la disminución de los reencuentros familiares y la suspensión de las festividades tradicionales, las que desde su cosmovisión tienen un gran valor en el desarrollo de los ciclos de la vida; 2) dificultades para cumplir con el distanciamiento social y las restricciones en la movilidad territorial entre las zonas rurales y urbanas, lo que trajo consecuencias en sus actividades productivas habituales, como por ejemplo la participación en ferias, generando dificultades en la comercialización de sus productos y por ende impactando

negativamente en las condiciones laborales y fuentes de trabajo; 3) desde un enfoque de género, se relata la mayor carga vivenciada por las mujeres en las labores domésticas, quienes han asumido con mayor recarga de tiempo el cuidado y apoyo educacional en sus hijos; 4) finalmente, se coloca en tensión la brecha de acceso a Internet, producto de la suspensión de clases presenciales y transición a una educación a distancia en formato *online*, que ha precarizado aún más el acceso a la educación, dejando de manifiesto la situación de privilegio sujeta a la condición socioeconómica de cada familia.

En sintonía con lo anterior, en mayo del 2020, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, hizo un llamado de atención a los Estados sobre las condiciones de vulnerabilidad con las que los pueblos indígenas estaban enfrentando la pandemia y les sugería tomar medidas respetando sus territorios y cosmovisión (OEA, CIDH, 2020), además de:

1. Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia del Covid-19, desde los enfoques de interculturalidad, género y solidaridad intergeneracional; tomando en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, con especial atención a la situación de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad en relación con la pandemia, especialmente personas mayores y/o con condiciones preexistentes, en áreas distantes a centros de salud;
2. Asegurar la participación de los pueblos indígenas, mediante la inclusión de sus entidades representativas, líderes/as y autoridades tradicionales, en la formulación e implementación de políticas públicas orientadas a la prevención y atención médica de esta población;
3. Adoptar medidas, incluyendo políticas sociales, orientadas a mitigar los efectos socioeconómicos que las acciones sanitarias que se implementen para la prevención y atención de la salud en el marco de la pandemia de Covid-19, puedan causar en las formas de vida y el sustento económico de los pueblos indígenas, respetando el principio de igualdad y no discriminación;
4. Abstenerse, en el marco de la pandemia del Covid-19, de promover iniciativas legislativas y/o autorizar proyectos extractivos, de explotación o desarrollo en o alrededor de los territorios de los pueblos indígenas, en virtud de la imposibilidad de llevar adelante los procesos de consulta previa, libre e

informada (debido a la recomendación de la OMS de adoptar medidas de distanciamiento social) de conformidad con los estándares internacionales aplicables;

5. Extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial en el marco de la pandemia del Covid-19, procurando especialmente resguardar su salud y sus formas de vida, de acuerdo a su autodeterminación y a los principios que rigen la actuación estatal en relación con estos grupos.

Para el sector salud, la llegada de la pandemia por Covid-19 y su consecuente abordaje desde distintos ámbitos por parte de los equipos de salud, implicó la modificación y/o ajustes de las actividades habituales, reconvirtiendo los tiempos de recurso humano y espacios de atención, para instalar los planes de contingencia para enfrentarla, lo que sin duda ha puesto en tensión las acciones promocionales-preventivas de los distintos programas y de manera particular el PESPI.

En este sentido, uno de los primeros ámbitos que se suspendieron fueron las acciones comunitarias y territoriales, las que se han ido recuperando a partir de la evolución de las etapas del “Plan Paso a Paso, Nos Cuidamos”, estrategia creada por el Gobierno de Chile y puesta en marcha en julio del 2020. El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeta a indicadores epidemiológicos, red asistencial y trazabilidad¹ (Gobierno de Chile, 2021).

En el sector sanitario, el subregistro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas que pertenece al conjunto mínimo de datos básicos de identificación de la persona en los registros de salud, dejó en una posición desmejorada la información que corresponde a este segmento de la población en lo concerniente a conocer el volumen de personas contagiadas, con seguimiento en casos positivos y últimamente la cobertura de vacunación. Esa situación se traduce en información insuficiente para la toma de decisiones epidemiológicas, que en lo que va de la pandemia han sido dinámicas, y puso de relieve el lento desarrollo del enfoque intercultural en los distintos programas sectoriales pese a los años de implementación de acciones en dicho sentido. No contar con el enfoque instalado, significa que los esfuerzos por abordar la pandemia se encuentren con al menos dos obstáculos: 1) intervenciones extemporáneas con mensajes no aplicables o disonantes a

1. El “Plan Paso a Paso, Nos Cuidamos”, se comprende como una estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona en particular. Se trata de 4 escenarios o pasos graduales, que van desde la cuarentena hasta la apertura inicial, con restricciones y obligaciones específicas.

la realidad local de cada territorio; y, 2) evidenció la escasez de recursos formados en interculturalidad que pudieran contribuir a realizar los ajustes requeridos en esta contingencia.

Vinculado a lo anterior, se debe colocar en valor público la acción de los dirigentes y autoridades tradicionales de los distintos pueblos, quienes han cumplido un rol trascendental en la vinculación con las autoridades de los gobiernos locales e implementación de acciones dirigidas a mitigar las necesidades territoriales, la generación de recomendaciones para la instalación de barreras sanitarias y/o cordones sanitarios autoconvocados, la gestión de wifi para el acceso a la educación a distancia y teletrabajo, la promoción de medidas para el control de la enfermedad y por sobre todo la gestión de catastros que han facilitado el proceso de testeo, trazabilidad y aislamiento en bidireccionalidad a los esfuerzos de los equipos de Salud.

En el caso particular del PESPI, significó por una parte, dejar de realizar un número significativo de actividades propias e inherentes a la naturaleza comunitaria del mismo, y por otro, la suspensión de las atenciones de agentes de medicina tradicional indígena, dependiendo de la realidad de cada servicio de salud. Sin embargo, también se generaron coordinaciones desde la referencia nacional, para ajustar actividades ya definidas en el programa anual. Ello implicó: 1) crear y adaptar documentos de educación y difusión de la prevención del contagio, incorporando la pertinencia cultural en los contenidos; 2) realizar actividades remotas de coordinación entre el equipo y las comunidades indígenas; y 3) realización de conversatorios ampliados aprovechando la opción de conexión remota, lo que permitió conocer el abordaje de este proceso desde la perspectiva de distintas culturas que se ubican a lo largo del territorio nacional.

Finalmente, se puede dar cuenta del desarrollo por parte del Ministerio de Salud de un documento que establece recomendaciones y orientaciones para abordar las acciones en el contexto de la pandemia considerando la pertinencia cultural a nivel local (Gobierno de Chile, 2020).

En lo que va transcurrido de la pandemia, determinar en términos de carga de enfermedad si el Covid-19 afecta de forma específica a la población indígena es un trabajo aún en desarrollo y con menos información que para la población general. Sin embargo, según antecedentes de la CEPAL (2020), se puede asumir que la población indígena, "una vez expuestos al SARS-CoV-2, son quienes se verán más afectados en el ámbito sanitario por no contar con las condiciones materiales imprescindibles para prevenir los contagios, sino que también sufrirán peores consecuencias socioeconómicas por las restricciones de las medidas extraordinarias impuestas por los gobiernos

para contener el virus, así como por las precarias condiciones laborales, muchas veces informales, en que estos pueblos indígenas realizan sus trabajos”, planteamiento que pone nuevamente en la discusión si los esfuerzos por instalar acciones con pertinencia cultural han sido lo suficientemente significativas o hay otras variables no sanitarias en juego para que ello no ocurra.

¿CÓMO AVANZAR DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS, HACIA UNA ATENCIÓN CON PERTINENCIA CULTURAL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIAS?

Se tiene claro que la pandemia ha tenido un mayor impacto en los sectores sociales que, históricamente, han quedado excluidos del poder político y económico. En el caso particular de los pueblos originarios se han visto sistemáticamente vulnerados sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, colocándolos entre los segmentos de la población más empobrecidos y con menor acceso a servicios básicos y una alta vulnerabilidad en el mercado laboral (OIT, 2020, 2019). Teniendo en cuenta el contexto general de exclusión y marginación social que han vivenciado históricamente los pueblos indígenas, era de esperar que estos fueran de los grupos vulnerables afectados de manera desproporcionada por dichas inequidades y la pandemia, tanto en términos sanitarios como socioeconómicos.

Al respecto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) en conjunto con diversas entidades y agencias internacionales y regionales, sistematizaron una serie de orientaciones y recomendaciones para los Estados, orientándoles para que den respuesta al contexto de pandemia que experimentan los pueblos originarios, e incentivando a los gobiernos a visibilizar y responder a los distintos efectos de la crisis sociosanitaria y a prestar atención a las repercusiones de las medidas de prevención, contención y mitigación en sus derechos individuales y colectivos, incluidos el derecho a la salud y a la vida, pero de las cuales han tenido poca acogida en América Latina (pp. 11-12). Dichas propuestas han tenido su fundamento en instrumentos como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT; la resolución N° 1/2020 de la CIDH, entre otros (MEDPI, 2020; ACNUDH, 2020; CIDH, 2020, p. 18).

En Chile, los primeros acercamientos de trabajo entre las comunidades indígenas y el sector sanitario, se enmarcaron en reconocer la diversidad cultural y en este sentido, la última reforma de salud recoge estos planteamientos y enfatiza la interculturalidad como una de las tareas a desarrollar en el sector, realizando modificaciones normativas

en ley de autoridad sanitaria, reglamento orgánico del Ministerio de Salud y sus respectivos servicios.

Pese al mandato jurídico existente, este camino se va llenando de obstáculos, si no se avanza en la comprensión y conocimiento respecto a que ningún sistema médico por sí solo logra satisfacer las demandas y necesidades de la totalidad de la población; y, también, asimilar el otorgamiento de prestaciones de salud como transferencia de derechos, parece ser el trabajo que requiere mayor profundización y desarrollo de estrategias en distintos niveles.

No obstante, a nivel gubernamental se han hecho esfuerzos dirigidos a la población indígena en algunas regiones, por ejemplo, generando material audiovisual (Ministerio de Salud de Chile, 2020a, 2020b y 2020c), destinando recursos financieros para prestar ayuda social a través de kits de alimentos y de higiene (CONADI, 2020a), creando material educativo para la primera infancia sobre el Covid-19 en las lenguas indígenas mapuche, aymara y rapa nui (CONADI, 2020b) y algunos protocolos de prevención y promoción de la salud para la población indígena en el contexto de pandemia por Covid-19 (Gobierno de Chile, 2020).

Por su parte, dadas las limitadas y en ocasiones, poco pertinentes acciones de protección social de los gobiernos latinoamericanos para resistir a la pandemia debido a la diversidad cultural en sus territorios, los pueblos indígenas en el ejercicio de su derecho a la autodeterminación, han desarrollado sus propios mecanismos de protección social para hacer frente a las vulnerabilidades económicas y sociales a través de algunos ejemplos de resistencia colectiva (CEPAL, 2020). Algunas de las acciones implementadas por organizaciones y comunidades indígenas en Chile fueron las barreras sanitarias para evitar el ingreso de turistas y foráneos a sus comunidades (Vargas, 2020; Amigos Penquistas, 2020); otras adoptaron medidas desde la medicina tradicional como la implementación de invernaderos comunitarios para abastecer de hierbas medicinales a la población (Aconcagua Digital, 2021), entrega de elementos de protección personal junto a preparados medicinales locales (Programa PESPI Aconcagua 2020); y otras más han recurrido a instancias judiciales para exigir al Gobierno que aplique políticas especiales para afrontar adecuadamente la crisis sanitaria (El Desconcierto, 2020; El Mostrador, 2020).

La academia también ha impulsado iniciativas para visibilizar a los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia. Ejemplo de ello son las acciones impulsadas por algunas universidades, entre ellas, la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso que generó espacios de encuentro y análisis de experiencias entre especialistas nacionales e internacionales y organizaciones de pueblos originarios

en Chile (Universidad de Valparaíso, 2021) y la continuidad del Internado Electivo Rural con enfoque intercultural; la Universidad de la Frontera por su parte levantó un observatorio de noticias sobre Covid-19 y pueblos indígenas (IEII, 2020a) y elabora informes epidemiológicos sobre la pandemia en los territorios del pueblo mapuche (IEII, 2020b) al igual que el Centro de Estudios Interculturales e Indígenas quienes también generaron una serie de informes sobre los efectos del Covid-19 en las comunidades indígenas (CEII, 2020).

Es precisamente en este primer informe, con los resultados del estudio “Los efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia Covid 19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en Chile” (2020), los agentes de los pueblos entrevistados dejan de manifiesto una serie de recomendaciones, entre las cuales destacan:

- 1) La implementación de metodologías de información y educación sobre medidas de prevención y cuidado, pertinentes a cada territorio y desagregadas por cada pueblo.
- 2) Habilitar espacios de atención, hospitalización y residencias sanitarias dentro de los territorios, colocando en el centro de la toma de decisiones el arraigo cultural y las posibilidades de acompañamiento familiar y comunitario en el cuidado, principalmente de quienes tienen precarias condiciones de habitabilidad, viven solos y/o adultos mayores que requieren mayor atención y monitoreo.
- 3) Vinculado a lo económico y condiciones de sobrevivencia, se sugiere mayor activación de los municipios rurales y la creación de apoyos estatales para los trabajadores independientes, agricultores, ganaderos, artesanos y pequeños empresarios de los servicios turísticos, quienes han visto mayormente afectados sus ingresos.
- 4) Desde las problemáticas de salud mental que se han ido presentando, se propone integrar el apoyo permanente de profesionales psicólogos para el acompañamiento emocional de los temores, inseguridades y angustias para enfrentar el contexto de pandemia.
- 5) El desarrollo de una cultura alimentaria que propenda a un trabajo colectivo y colaborativo, dando lugar a huertos comunitarios en los centros de cuidado de personas de la tercera edad, escuelas, sedes comunitarias y/u otros espacios, con el fin de mitigar la hambruna en los territorios más alejados.

- 6) Finalmente, se sugiere potenciar la enseñanza de la medicina tradicional, considerando las potencialidades de las hierbas medicinales, la elaboración de jarabes, cremas y/u otras formas terapéuticas las que a lo largo de la historia han favorecido el cuidado colectivo y sanación de enfermedades.

A partir de lo mencionado, se considera que cualesquiera que sea la puesta en marcha de un programa, acción o actividad para los pueblos originarios en un Estado multicultural, debiera plantearse desde un enfoque intercultural, el cual implica una forma de relación entre el Estado-Sociedad, (y para quienes él trabajan) y las personas pertenecientes a pueblos indígenas en condiciones de horizontalidad, que reconozca, asimismo, la diversidad cultural de quienes interactúan en el diálogo de búsqueda de mejor salud y acceso a las prestaciones. En este sentido, el aprendizaje ancestral respecto a la vivencia de pandemias y la validación de esa experiencia, surge como un necesario aprendizaje para los equipos de salud en el actual escenario.

CONCLUSIONES

Durante estos complejos meses de crisis sanitaria se han observado las enormes dificultades que hoy existen para el sistema de salud. Los equipos de salud desplegados en el territorio han tenido que enfrentar una gran batalla contra la actual pandemia, generando desgaste, fatiga y frustración. Los pueblos originarios también han sido foco de atención en estos meses, tanto por la misma pandemia y sus efectos sociales, como por los desafíos de encuentros interculturales en contextos de tensión social como se dan en una emergencia sanitaria.

En los territorios indígenas de conflicto por las reiteradas violaciones a los derechos humanos se debieran reforzar mecanismos para prevenir, investigar, esclarecer y sancionar todo acto de violencia perpetrado por agentes estatales y grupos de choque. Asimismo, abstenerse de aprobar proyectos extractivos, de expansión agrícola o forestal en sus territorios.

La consideración de la salud, como derecho humano fundamental, es el elemento central para el abordaje de situaciones complejas como el enfrentamiento de una pandemia y en condiciones de desigualdad preexistentes como las que afectan a pueblos indígenas; ello permitiría entenderla como política pública transversal y no solo como ámbito de competencia del sector sanitario. La actual situación de Chile, adolece de esa caracterización, y ello ha implicado que los equipos de salud locales deban enfrentar una emergencia sanitaria de esta magnitud, sin las herramientas de contexto, con recursos escasos de toda

índole, y sometidos a la toma de decisiones centralizada, con todos los costos que ello ha significado.

Las consecuencias económicas y sociales que trajo la pandemia han demostrado de manera explícita las vulneraciones a que se ven expuestas en el país las personas pertenecientes a pueblos indígenas, y con pesar cabe preguntarse si el subregistro de variable de pertenencia a pueblos indígenas en salud, se vuelve una vulneración adicional.

Si bien, desde el nivel gubernamental se han hecho esfuerzos para mitigar el impacto de la pandemia en los pueblos originarios, aún existen comunidades en donde los apoyos han sido escasos o muy limitados, por tanto la implementación de cualquier acción debiera ser planificada a partir de fomentar el registro de la variante de pertenencia a pueblos originarios y que toda acción se lleve a cabo bajo el principio de participación social de los pueblos y bajo el enfoque de pertinencia cultural para así llegar a aquellas comunidades que aún están quedando fuera.

En el caso de Chile, la pandemia vino a mostrar de manera incuestionable la determinación social que está a la base de nuestra sociedad, y como esta categoría debe ser considerada en la discusión a la hora de la toma de decisiones sanitarias. Para que ello sea posible, debe entenderse el valor que reviste la formación intercultural y en ello resulta urgente que la academia incorpore esta formación de manera estable en todas las carreras de salud.

Además, le cabe al sector salud, profundizar y persistir en sistemas de capacitación continua de sus equipos en enfoque de derechos, determinantes sociales de la salud y trabajo comunitario, no como dominios deseables en el equipo, sino como formación obligatoria para todos/as/es.

La abogacía en salud de los pueblos indígenas requiere el conocimiento de los roles de los distintos actores, que permita identificar la inequidades presentes, los recursos disponibles y sobre todo la construcción de estrategias colectivas que den lugar al cumplimiento efectivo de las normativas ya existentes y avanzar hacia mejores instrumentos de trabajo. Para ello pareciera ser que es requisito ineludible dotar a los establecimientos de salud de equipos interculturales. Desde la interacción de cosmovisiones diversas es posible avanzar hacia los derechos plenos, tanto individuales como colectivos en salud. Esta pandemia, sin duda, nos ofrece la oportunidad de tensionar las bases conceptuales y ejercicio práctico del actual modelo de salud, con el fin de avanzar, posicionar y ponderar la necesidad sentida de los pueblos sobre la garantía y protección de sus derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos). (2020, mayo). Covid-19 está devastando a las comunidades indígenas del mundo y no sólo se trata de la salud”–advierte experto de la ONU. <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25893&LangID=S>
- Aconcagua Digital. (2021, 28 de mayo). Inauguran invernadero y compostaje para la Asociación Indígena Paillacar en Putaendo, Putaendo. <https://www.aconcaguadigital.cl/inauguran-invernadero-y-compostaje-para-la-asociacion-indigena-paillacar-en-putaendo/>
- Alarcón, Ana María et al. (2004). Política de Salud Intercultural Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*, 132, 1109-1114.
- Amigos Penquistas. (2020, 4 de abril). Organizaciones sociales deciden cerrar Tirúa para evitar avance del Covid-19. <https://amigospenquistas.cl/2020/04/04/organizaciones-socialesdeciden-cerrar-tirua-para-evitar-avance-del-covid-19/>
- CEII (Centro de Estudios Interculturales e Indígenas). (2020). Los efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia Covid-19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas y Afrodescendiente en Chile. Primer Informe Parcial. <http://www.ciir.cl/ciir.cl/wp-content/uploads/2020/07/policy-paper-UPP-n%C2%BA-9-2020.pdf>
- CEII (Centro de Estudios Interculturales e Indígenas). (2020, 24 de julio). Covid-19 y sus efectos en los pueblos originarios”. <http://www.ciir.cl/ciir.cl/covid-19-y-sus-efectos-en-lospueblos-originarios>
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2020). El impacto del Covid-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva. Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/171). Santiago de Chile: CEPAL.
- CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos). (2020a). Pandemia y Derechos Humanos en las Américas: Resolución 1/2020, Washington, D.C.
- CONADI (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena). (2020a, 19 de abril). CONADI entregará ayuda a comunidades indígenas del país por Coronavirus”. <http://www.conadi.gob.cl/noticias/>

- conadi-entregara-ayuda-a-comunidadesindigenas-del-pais-por-coronavirus.
- CONADI (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena). (2020b, 17 de septiembre). UNICEF, JUNJI y CONADI lanzan libros infantiles sobre la pandemia traducidos al aymara, mapudungun y rapa nui. <http://www.conadi.gob.cl/noticias/unicef-junji-y-conadi-lanzan-libros-infantiles-sobre-la-pandemia-traducidos-al-aymara-mapuzugun-y-ra>
- Convenio OIT 169 (1989). Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes.
- De Ferranti, David et al. (2005 [2004]). *Desigualdad en América Latina: ¿romper con la historia?* Bogotá: Banco Mundial/ Alfaomega.
- El Desconcierto. (2020, 6 de julio). Organizaciones de pueblos originarios solicitan políticas focalizadas para enfrentar el Covid-19. <https://www.eldesconcierto.cl/nacional/2020/07/06/organizaciones-de-pueblos-originarios-solicitan-politicas-focalizadas-para-enfrentar-el-covid-19.html>
- El Mostrador (2020, 31 de julio). Organizaciones indígenas denuncian que el MINSAL ‘no ha levantado datos estadísticos sobre el contagio, decesos y trazabilidad de Covid-19 en pueblos originarios’. <https://www.elmostrador.cl/noticias/2020/07/31/organizaciones-indigenasdenuncian-a-contraloria-que-el-minsal-no-ha-levantado-datos-estadisticos-sobre-el-contagio-decesos-y-trazabilidad-de-covid-19-en-pueblos-originarios/>
- Gandelman, Néstor, Ñopo, Hugo y Ripani, Laura. (2011). Traditional excluding forces: a review of the quantitative literature on the economic situation of indigenous peoples, afro-descendants, and people living with disability. *Latin American Politics and Society*, 53(4).
- Gobierno de Chile. (2004). *Política de Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas: Derechos Indígenas, Desarrollo con Identidad y Diversidad Cultural*. Santiago de Chile. <http://www.mapuche.info/mapuint/newtreat040400.pdf>
- Gobierno de Chile. (2011). Programa de Pueblos Indígenas. Santiago de Chile.
- Gobierno de Chile. (2021). <https://www.gob.cl/coronavirus/>
- Gobierno de Chile. (2020). Respuesta del Estado de Chile al cuestionario conjunto de los titulares de mandatos de los

procedimientos especiales. <https://ohchr.org/Documents/HRBodies/SP/Covid/States/Chile.docx>.

Hall, Gillette y Patrinos, Harry. (2006). *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina 1994-2004*. Bogotá: Banco Mundial/Mayo, 1 Ediciones.

IEII (Instituto de Estudios Indígenas e Interculturales). (2020a). Noticias Covid-19 y pueblos indígenas. <http://estudiosindigenas.ufro.cl/index.php/noticias/78-link2>

IEII (Instituto de Estudios Indígenas e Interculturales). (2020b). Reportes Covid-19 territorios mapuche. <http://estudiosindigenas.ufro.cl/index.php/reportes-covid-19-comunas-mapuche>

MEDPI (Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas). (2020). Covid-19 un desafío más para los pueblos indígenas. https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/wp-content/uploads/sites/34/2020/05/COVIDStatementEMRIP_SP.pdf.

Ministerio de Salud de Chile. (2020a). K'umarañataki para estar sanos. <https://seremi15.redsalud.gob.cl/kumaranataki-para-estar-sanos/>

Ministerio de Salud de Chile. (2020b). Covid-19. https://www.youtube.com/watch?v=i-4ndxRT_zo

Ministerio de Salud de Chile. (2020c). Recomendaciones Covid-19 otras lenguas. <https://saludresponde.minsal.cl/recomendaciones-covid19-otras-lenguas/>

Neira, Roberto. (2020, 11 de junio). INDH presentó recurso a favor de comunidad del werkén asesinado en Collipulli. *Radio Cooperativa*. <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/region-de-la-araucania/indh-Presento-recurso-a-favor-de-comunidad-del-werken-asesinado-en/2020-06-11/172735.html>

Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los Servicios de Salud. Res. Exenta 216 de 2006. Ministerio de Salud.

Ñopo, Hugo. (2012). *New Century, Old Disparities: Gender and Ethnic Earnings Gaps in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Banco Mundial/Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

OEA, CIDH. (2020, 6 de mayo). Comunicado de Prensa. <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/103.asp>

OIT (Organización Internacional del Trabajo). (2019). Aplicación del Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, N° 169 de la OIT: hacia un futuro inclusivo, sostenible y justo, Ginebra.

- OIT (Organización Internacional del Trabajo). (2020, mayo). La Covid-19 y el mundo del trabajo: un enfoque en los pueblos indígenas y tribales. Nota Informativa de la OIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_746902.pdf
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2005, 30 de enero). Acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergencycommittee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergencycommittee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2020). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de emergencias del Reglamento Sanitario Internacional.
- Política de Salud y Pueblos Indígenas. Res. Exenta N° 91 de 2006. Ministerio de Salud.
- Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Res. Exenta N° 160 de 2021. Ministerio de Salud.
- Salud, Cultura y Territorio. (1988). Bases para una Epidemiología Intercultural. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Araucanía Sur.
- Salud y Derechos de los Pueblos Indígenas en Chile. (2009). Ministerio de Salud.
- Universidad de Valparaíso. (2021). Medicina UV incorpora enfoque de derechos en la malla curricular. *Revista Escuela de Medicina, UV*, 26, 66-67. https://issuu.com/medicinauv/docs/revista_escuela_de_medicina_uv_n_26_2 21
- Vargas, José Luis. (2020). El control territorial de las comunidades mapuche del Lago Maihue para defenderse del Covid-19. *Revista Territorio Sur*. <https://revistaterritoriosur.wordpress.com/2020/05/05/el-control-territorial-de-las-comunidades-mapuche-del-lago-maihue-para-defenderse-delcovid-19/>

GÉNERO Y MUNDO DEL TRABAJO DESDE LA DETERMINACIÓN SOCIAL

Realidades y desafíos en las prácticas odontológicas. El caso de Bogotá

María Carolina Morales Borrero

INTRODUCCIÓN

Este texto revisa las profundas transformaciones del mundo del trabajo y sus expresiones en políticas neoliberales en el sector salud; señala los impactos y daños sobre los modos de vida de los trabajadores de la odontología, situados en algunos territorios urbanos de ciudades que sufren el mayor avance neoliberal, como es el caso de Bogotá. Se toma el contexto sindémico¹ ocasionado por la infección de la Covid-19, aproximándonos a las desproporcionadas desigualdades de género, de clase social y de edad existentes y fuertemente agravadas por esta, para evidenciar los procesos que han determinado la inequidad en que se subsumen los trabajadores de las prácticas odontológicas y las comunidades sujetas de la atención del trabajador de la salud. Convocamos a pensamientos, sentimientos y acciones críticas con fundamento en la salud colectiva latinoamericana (Breilh, 2021; Solíz Torres, 2020; Morales-Borrero, 2021) y en propuestas feministas (Arruzza, Bhattacharya y Fraser, 2019), con aportes a la comprensión y a la explicación

1. Se entiende por sindemia, como la define Merrill Singer, una sinergia de los aspectos biológicos de la expansión de enfermedades y de las condiciones epidémicas, que se potencian fuertemente por todos los aspectos sociales, económicos y políticos que las determinan; estas afecciones se concentran especialmente en los pobladores que han vivido bajo patrones de desigualdad muy arraigados socialmente.

de los asuntos sociales y políticos de la salud bucal. Asimismo, aportamos a la construcción de evidencias acerca de los procesos críticos que persisten y que reproducen las desigualdades en salud e insistimos en la materialización de acciones colectivas que nos movilicen para superar paso a paso los procesos que determinan esta inequidad.

En la primera parte se esbozan los fundamentos teórico-metodológicos del texto, enseguida se destaca el funcionamiento del actual mundo del trabajo y de la crisis laboral sanitaria en contextos neoliberales, para continuar con los impactos de la pandemia por la Covid-19 en el trabajador de la salud y la salud bucal. Se describe la precarización laboral en los modos de vida de los trabajadores de las prácticas odontológicas en Bogotá desde la aproximación teórico-metodológica de la determinación social. A manera de conclusiones destacamos los principales cambios del mundo del trabajo en la odontología y en sus prácticas y recomendamos realizar investigación y contrasta la situación vital y laboral de los trabajadores no profesionales.

Una perspectiva de género en el mundo del trabajo nos aproxima al reconocimiento de las opresiones sobre los modos de vivir de los trabajadores y a sus expresiones en los deterioros de la salud y de la vida, así como del cuidado de la misma. Una perspectiva de género visibiliza las marcas de las desigualdades en los cuerpos de los trabajadores, en las familias y en las sociedades, ocasionadas por un régimen de género patriarcal que requiere, además de ser estudiado y comprendido en toda su complejidad, ser intervenido en sus raíces coloniales generando las transformaciones necesarias en muchos niveles y en distintas esferas de la organización social, política y económica de la vida humana.

El trabajo digno y decente, derecho humano fundamental, que provee el sustento social y ético político de la mayoría de los pobladores, ha sido continua y largamente vulnerado y además destituido como derecho social y universal, como resultado de las reformas globalizantes que han sido implantadas al mundo del trabajo. Estas reformas, al situar a los empleados en estatus migratorios indefinidos con marcas de desigualdades por clase social, edad, género, capacidades y etnia, se van acumulando sobre los cuerpos feminizados, constituyendo opresiones que deben enfrentar los trabajadores en la región de América Latina, con escasa o nula regulación estatal. Una evidencia de estas grandes injusticias sociolaborales, se configura al observar sistemáticamente las transformaciones del mundo del trabajo y las políticas neoliberales que se han colocado en el centro de la vida de las trabajadoras del sector salud. En este marco, la invasión del mercado laboral y de la prestación de servicios de atención odontológica, por parte de poderosas corporaciones que detentan la propiedad de

capitales foráneos, cumplen una función muy específica dentro de las políticas, en lo meso y en lo micro, y en las relaciones de poder globalizado del complejo médico-odontológico industrial y financiero (Fore-ro, 2018). Las corporaciones penetran los espacios y los tiempos de las prácticas en salud, generando formas de subsunción de les empleades, de algunos grupos empresariales y de las comunidades, con apoyo del gran capital, con extensión del uso de tecnologías duras² y con el desplazamiento de las tecnologías blandas, cuando no son reducidas a su mínima expresión.

En la odontología, profesión largamente feminizada, se viven los efectos de la precarización del trabajo, así como los daños de la privatización de los sistemas de salud sobre la vida de la mayoría de trabajadoras y sobre la vida de los trabajadores de la profesión en general. Es muy importante entender la acción patriarcal del estado, la acción del capital y de la cultura al oprimir y racializar al sector salud y el sector laboral, en un mismo cuerpo: el de las mujeres. Por ello interpelamos: la división sexual del trabajo que produce transformaciones situadas en territorios concretos, para hacer del cuidado una carga exclusiva e intensiva para las mujeres trabajadoras con y sin remuneración. Cuestionamos cómo se producen y se reproducen las desigualdades en los modos de vivir de los trabajadores más vulnerabilizados. Persistimos en la formulación y en la implementación de políticas públicas de salud bucal capaces de sostener y de sustentar procesos justos y realmente democráticos tanto en el proceso de trabajo, como en la organización de servicios y entidades que implementan decisiones laborales y en salud por y para la equidad de todes.

EL ACTUAL MUNDO DEL TRABAJO Y LA CRISIS LABORAL SANITARIA EN CONTEXTOS NEOLIBERALES

Las actuales condiciones laborales y de empleo que viven y enfrentan los trabajadores del sector salud se desprenden de las políticas formuladas por los estados y por los gobiernos en distintas escalas, con efectos en todas las relaciones de poder que existen entre los empresarios y la fuerza de trabajo de los empleados. En, por ejemplo, los contratos y los salarios, favoreciendo el funcionamiento de las empresas y la acumulación de capital de las clases capitalistas, descuidando la

2. Tecnologías duras están constituidas por los protocolos de atención, las directrices, los procesos y las técnicas sugeridas por las instituciones y empleadas en el acto clínico de la atención en salud por parte del trabajador o el operador. Las tecnologías blandas se definen por la forma como se cuida y se debe cuidar la salud y la vida al valorar las relaciones entre los seres humanos involucrados en el proceso de atención. En Túlio B. Franco y Emerson E. Merhy. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

protección social y la salud de los trabajadores. En las formas como se organiza el mundo del trabajo como resultado de la flexibilización y desregulación generalizada de las políticas laborales. En la inestabilidad laboral y la escasa protección y de seguridad social del trabajador, generando mayor informalidad laboral.

Sumado a lo anterior, al considerar que la participación sindical es una cuestión ético-política e ideológica, se ve una organización y una distribución asimétrica del poder social entre los empresarios y los empleados, en un contexto de acumulación de capital; esto produce más desigualdades entre los trabajadores y sus modos de vivir con desenlaces y daños en la salud/enfermedad del trabajador.

Una crisis laboral en salud que ocurre como se mencionó, en contextos neoliberales y se sitúa específicamente en algunos territorios urbanos, señala la articulación y sinergia de distintas fuentes de cambio en el mundo del trabajo. De un lado, el ajuste estructural posterior al Consenso de Washington con la continua vulneración de derechos fundamentales, el despojo de recursos y la precarización de condiciones laborales en materia de salarios y de contratos (Benach et al., 2014). De otro lado, el crecimiento del subempleo y el aumento del empleo informal en las clases sociales más vulnerables, con flexibilización laboral especialmente sobre los trabajadores independientes o por cuenta propia (Alves, 2005).

Algunos de estos cambios del mundo del trabajo no son recientes, porque han impactado los modos de vivir y las condiciones generales de la vida de los trabajadores, desde finales del siglo XVIII³ con el surgimiento del capitalismo industrial. El capitalismo contemporáneo genera brechas entre los trabajadores que marcan especialmente a las mujeres trabajadoras y a sus familias, debido a la suma de las desigualdades y los daños provocados por los roles impuestos al hombre y a la mujer en las sociedades que ofrece trabajos siguiendo la división sexual del trabajo. División que inicia tempranamente, con la explotación de las niñas y niños, y sigue hasta la vejez (OIT, 2002), y se refuerza culturalmente con patrones sexistas y de género conservadores que se relacionan con la esclavitud del cuerpo de las mujeres (OMS, 2006), en formas de explotación laboral basadas en alta intensidad de los trabajos y largas jornadas y/o formas de segregación laboral.

Las marcas de las desigualdades de género, étnicas, de edad y de clase social sobre el cuerpo de las mujeres confluyen en una segregación laboral feminizada, que evidencia la mayor fragilidad social al que se exponen estos cuerpos en contextos de sobreoferta de trabajos

3. <http://web.archive.org/web/20200821021543/https://hekint.org/2017/01/29/rudolf-virchow-pathologist-anthropologist-and-social-thinker/>

precarios; en este régimen, todos los grupos sociales son vulnerabilizados (Morales-Borrero, 2021)

En el sector salud en Colombia, la implementación de la reforma a la salud impuesta por la Ley N° 100 de 1993 reorganizó el modelo administrativo y de prestación de servicios del sector salud favoreciendo la alianza entre actores públicos y privados para la prestación de servicios de salud, con el predominio de los actores y mercados privados, cuya libre competencia fortalece la financiarización organizativa y de la infraestructura sanitaria. Esto genera inestabilidad, precarización de las condiciones laborales y pérdida de estatus en los profesionales de la salud (Torres-Tovar, 2020).

El subsidio a la demanda de atención que impulsa la reforma de la salud del año 1993, más la precarización del talento humano en la odontología, contribuyen a una crisis laboral con sobreoferta de odontólogos en territorios urbanos, quienes se ven obligados a reaccionar a la ausencia de políticas que protejan realmente el trabajo, la salud y el ejercicio profesional, con más de un empleo, con trabajos independientes y emprendimientos. En este multiempleo, el odontólogo cambia de trabajador profesional a empleado, y es asumido como mano de obra barata y calificada, constituyendo reserva laboral para los contratos en condiciones laborales precarias e incluso explotación (Jaramillo-Delgado GH et al., 2021); esto afecta mucho más a las mujeres profesionales jóvenes, recién egresadas del pregrado, quienes se ven obligadas a aceptar ofertas laborales precarias para ganar experiencia, cumplir los requisitos del mercado laboral e iniciar su inserción en la vida laboral de las nuevas prácticas profesionales, todas de carácter neoliberal. Las opresiones sociolaborales, y la intersección entre ellas, junto con sus desenlaces implican descuido de la salud de los trabajadores de una profesión fuertemente feminizada.

IMPACTO DE LA SINDEMIA POR EL COVID-19 EN EL TRABAJADOR DE LA SALUD Y LA SALUD BUCAL

El Covid-19 trajo una pérdida masiva de empleos para todos los trabajadores en el mundo. En el mes de junio de 2020 se estima una pérdida de horas efectivas de empleo en el mundo, correspondiente a 400 millones de empleos de tiempo completo, de las cuales la mayor proporción de horas perdidas por regiones, ocurre en América Latina y el Caribe, con el 18,3% respecto del mismo mes del año anterior. Y dentro de la región, la mayor pérdida de horas de empleo se mantuvo en Sur América (20%). En Colombia, se observan consecuencias del Covid-19 similares a las de la Región de América Latina y el Caribe para todos los empleados: empobrecimiento en todos los tipos de trabajo, tanto formal como informal, debido al deterioro de las relaciones y de las

condiciones de empleo y a la subvaloración de la fuerza de trabajo. El contraste entre los trabajadores en territorios específicos deja ver a las mujeres más empobrecidas, pierden más protección social dentro del grupo de los trabajadores informales.^{4 5} Asimismo, se observa que las brechas de género son mayores entre los asalariados.⁶

En los dos últimos años se afectan mucho más varios derechos fundamentales conexos con las condiciones y calidad de vida del trabajador. El derecho al territorio y, por lo tanto, el derecho a disfrutar de tiempos y de espacios sin trabajo, libres y con derecho al descanso y a la recreación, al invadir tanto el espacio como el tiempo de la casa por el trabajo. Se alargan las jornadas laborales, combinándolas obligatoriamente con el trabajo doméstico y con el trabajo no remunerado; de allí que se afecten mucho más las mujeres, en las condiciones laborales y en la garantía de todos sus derechos. La producción de la vida social, personal, de familia y de vida comunitaria de las mujeres se limita aún más y se deteriora por el aumento en los conflictos en casa y por las violencias basadas en género dentro y fuera de casa (García y Morán, 2018).

Las medidas de confinamiento y aislamiento físico obligatorio, implantadas para mitigar la sindemia del Covid-19, sin protección social y sin respaldo socioeconómico sobre los trabajadores y sus familias, especialmente sobre aquellas dependientes del trabajo informal, aumenta su exposición a múltiples riesgos sociales y a daños a la salud de los trabajadores, arrojándoles a una mayor precarización sociolaboral (Torres-Tovar, 2021). La desprotección social crece de forma generalizada, como consecuencia de la sindemia y, las marcas de género se potencian con las marcas de clase y de edad, en trabajadores del sector salud donde hay un 80% de predominio femenino como fuerza de trabajo, tanto en ocupaciones de primera línea como en trabajos de apoyo asistencial clínico o administrativo; por esto, estos empleos se feminizan y sufren más inestabilidad debido a los altos riesgos de perderlos y a la mayor exposición a un mayor número de riesgos, según los registros de la OIT para junio de 2020.⁷

El peligro para los trabajadores que están ocupados en este tipo de trabajos aumenta: por los daños en la salud mental individual y

4. <https://ilostat.ilo.org/es/topics/covid-19/>

5. https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS_743623/lang--en/index.htm

6. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_650553/lang--en/index.htm

7. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_749399.pdf

comunitaria, que suele ser olvidada dentro de la protección social del trabajador. Las condiciones laborales de las y los odontólogos jóvenes fueron, junto con las mujeres adultas, las más afectadas por la situación de la pandemia; entre los profesionales jóvenes que egresaron durante el período de la pandemia por el Covid-19 en Antioquia, se afectaron en su mayoría por el desempleo, pues se duplicó de 9 a 20%; entre sus causas se menciona el cierre de sitios de trabajo especialmente de las instituciones de prestación de servicios (Jaramillo-Delgado GH, 2021). La protección social del trabajador, que en Colombia funciona mediante esquemas de aseguramiento tanto para la salud como para la pensión, disminuyó junto con el salario. Entre los profesionales hay dificultades para tener una inserción laboral estable, por el tiempo que toma insertarse al primer empleo, el cual tiende a alargarse a 7 meses o más; y por la inestabilidad laboral, dada la escasa oferta de empleo con contratos laborales y la competencia desleal entre colegas que se estimula con la oferta de empleo por mercados laborales privatizados.

Esta es una situación generalizada para todos los trabajadores de la región, donde se registró la mayor pérdida de ingresos laborales debido a la precarización del salario y del contrato, por desocupación debida al cierre de las ofertas de trabajo y a desempleo, según la OIT.⁸ Todas estas situaciones han sido peores para los trabajadores no profesionales vinculados directa o indirectamente a la profesión odontológica.

LA EXPRESIÓN DE LA PRECARIZACIÓN LABORAL EN LOS MODOS DE VIDA DE LOS TRABAJADORES DE LAS PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS EN BOGOTÁ: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA DETERMINACIÓN SOCIAL

Los odontólogos se han visto empobrecidos a lo largo del devenir de la profesión en distintos niveles y dentro de la estructura de clases sociales que existe en la sociedad colombiana (Otálvaro-Castro y Zuluaga-Salazar, 2014). La configuración política y socioeconómica del país sitúa a los odontólogos en una o en más de las cuatro prácticas odontológicas existentes, de acuerdo con las tendencias en los modos de producción de servicios de salud, al momento de graduarse como profesional e insertarse laboralmente. Así, los profesionales que inician su inserción laboral en los años setenta y ochenta trabajaron dentro de un modelo de producción de servicios de carácter liberal, al cual se insertan dos tipos de práctica: la liberal individual y la liberal

8. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_767028.pdf

institucionalizada, que introduce al profesional en la seguridad social convencional como trabajador; mientras que los odontólogos vinculados laboralmente desde los años noventa han ejercido su profesión dentro de otros dos tipos de práctica, con un modo de producción más flexibilizado, dentro del modelo económico neoliberal. Las prácticas que se desarrollan desde los años noventa son corporativas y con fuerte influencia de las tecnologías duras.

En cada nueva práctica odontológica se introducen mecanismos 'innovadores' de extracción de renta del trabajo odontológico, cada vez más agresivos; cuentan con respaldo financiero del capital transnacional, mediante corporaciones y franquicias que invierten en infraestructura e innovaciones tecnológicas, acoplando de manera acelerada, el modo de producción y la acumulación de capital a los esquemas vigentes de flexibilización laboral. De esta manera, mientras un profesional ocupa un lugar dentro del proceso productivo como cuentapropista o independiente para competir dentro de los mercados de servicios, se enfrenta a toda la asimetría de la organización social empleando únicamente sus medios de producción; las empresas imponen su capital para competir con autonomía relativa y con protección estatal, favoreciendo los cambios en los modos de producción de servicios de salud bucal. Se hacen más eficientes al basarse en el productivismo.

Todas las prácticas odontológicas existentes hoy en Colombia se han mercantilizado a partir del modelo de subsidio a la demanda y de aseguramiento de la seguridad social impuesto por la Ley N° 100 de 1993. Las prácticas odontológicas neoliberales han generado nuevos esquemas de flexibilización laboral, acelerando la privatización de los mercados de salud que se promueven también por el Estado colombiano y por los distintos gobiernos de Bogotá desde mediados de los años noventa. Por tanto, el profesional empresario de la odontología, así como el empleado y el trabajador independiente, experimentan niveles distintos de desprotección social y laboral. Las prácticas odontológicas más recientemente impuestas por los mercados de servicios de salud, y en donde han sido vinculados los profesionales más jóvenes, recién egresados, traen nuevas transformaciones al mundo del trabajo: flexibilizan el tiempo y también el espacio de trabajo (Alves, 2005), con exigencias mayores al profesional respecto de su disponibilidad total en tiempo (24/7), sin considerar los tiempos y espacios de los desplazamientos al trabajo, ni sus tiempos o espacios de descanso, alimentación y recreación, con tipos de contrato y/o remuneración caracterizados por ser cada vez más precarios.

Se observa, dentro de las nuevas prácticas odontológicas, transformaciones en el trabajo consistentes en jornadas variables e intensas

con remuneraciones que se incorporan a sistemas de incentivos orientados a mejorar la productividad de la empresa y el desarrollo de emprendimientos (Brito Quintana, 2000), las cuales, en su mayoría empeoran las condiciones de empleo. Las prácticas odontológicas neoliberales estandarizan las competencias y las capacidades empresariales dentro de los modos de producción de servicios de salud, impulsando a los trabajadores a una informalidad creciente, que no puede ser resuelta de forma sencilla, con los cursos de educación continua que ofrecen las instituciones, en busca de una mejora en la competitividad. Lo que se evidencia es, más allá de generar nuevo conocimiento sobre la condición de salud bucal de la población o de activar estrategias para estimular la empleabilidad, una tendencia generalizada y sostenida hacia el deterioro de la calidad del servicio, mayor desempleo y deterioro de la oferta de empleo.

La predilección en la localización y en la concentración de los servicios odontológicos en los circuitos comerciales de las zonas urbanas de Bogotá, sigue los patrones de la división social del territorio y de la división sexual del trabajo, reproduciendo las desigualdades mencionadas entre los profesionales, por tipos de práctica odontológica, por clase social y por sexo, en el territorio. La mayoría de servicios odontológicos privados y especializados se localizan en las zonas de *odontomarketing* al norte de Bogotá, y pese a ser una profesión fuertemente feminizada, no cuenta con un número representativo de mujeres empresarias o de profesionales ubicadas en cargos de poder dentro de las diversas prácticas y en las áreas clínicas y las no clínicas del ejercicio de la profesión.

Evidencias sobre las diferencias de servicios de salud bucal entre los territorios urbanos y rurales, del norte y del sur de la ciudad, se observan en los siguientes videos que recogen información cualitativa y cuantitativa en el trabajo de campo realizado para contrastar la situación de la salud bucal en los territorios de Bogotá (Morales-Borrero, 2021):

En la Zona norte de Bogotá:

<https://www.youtube.com/watch?v=8RfgirVEaDo>

En la Zona sur Occidente de Bogotá:

<https://www.youtube.com/watch?v=htLhSaO5Yqc>

El incremento de las desigualdades de clase y de género entre los profesionales de la odontología se visibiliza en los videos con énfasis en los análisis de las opresiones sociales que viven los trabajadores a partir de su inserción y trayectoria sociolaboral. Estos análisis señalan, igualmente, que existen distintas expresiones y desenlaces en

el cuerpo del trabajador, que subrayan el aumento de un tipo de enfermedades laborales y una clase de accidentes de trabajo, con alta prevalencia de enfermedades crónicas, todas vinculadas a los modos de vida que genera la mercantilización de los servicios con fragmentación del trabajo del profesional, y la venta de actividades de atención muy puntuales, divididas por su carácter e índole técnico-instrumental (Morales-Borrero, 2021).

CONCLUSIONES

Se constata el papel de los determinantes sociales e históricos en el territorio, tanto en los procesos de la organización de una estructura neoliberal de los mercados de servicios odontológicos en Bogotá, como en la oferta y en la precarización del empleo en toda la ciudad.

En los territorios urbanos de la ciudad de Bogotá intervienen distintas fuerzas de naturaleza pública, privada y/o mixta que producen distintos tipos de consumo y venta de servicios odontológicos, los cuales son territorializados por los mercados de la odontología en zonas que hemos denominado “de *odontomarketing*”. En estas zonas, el territorio adquiere nuevos valores y nuevos significados que son resultado de las disputas en las esferas globalizadas de producción de los servicios de salud bucal, mediante las estructuras mercantiles y oligopólicas de las corporaciones que han invadido los mercados y que se encadenan estrechamente al Complejo Médico Odontológico Industrial. En estas empresas se suele incrementar el valor de venta de las acciones de la odontología dirigidas a producir o cambiar la estética bucal.

Los nichos de mercado y las formas de segregación territorial son incompatibles con la salud y con el cuidado de la vida del trabajador. Esto debido a que los procesos territoriales favorecen expresiones concretas de la reproducción de las desigualdades de género, clase social y de edad entre los trabajadores, por la división social del territorio, donde hay una mayor subsunción al capital en el norte de la ciudad que en el sur o en el sur occidente, los servicios privados y de odontología especializada son más abundantes y de mayor costo al norte, mientras que los servicios de odontología general suelen tener mejor distribución al sur, aunque siguen siendo muy escasos para lograr una cobertura adecuada y una respuesta social completa a las necesidades en salud bucal de las comunidades. Asimismo, la acumulación de las desigualdades entre los trabajadores del norte y del sur se expresan con diferencias en los modos de vivir por zona y por género. Para las mujeres hay espacios de la ciudad donde es imposible trabajar, por constituir largos desplazamientos entre los lugares de vivienda y de trabajo, por los altos riesgos en las situaciones de inseguridad y

por una menor tasa de inserción laboral en algunas áreas clínicas de la odontología; todo lo anterior constituye un largo proceso de inequidad en el mundo del trabajo odontológico de Bogotá.

De la comprensión de los procesos de segregación territorial y de la comprensión de los procesos de opresión de género, de clase y edad en la ciudad, dependen: la acción colectiva suficiente y efectiva para superar los despojos sistemáticos sobre los derechos a la ciudad en conexión con el derecho al trabajo y a la salud bucal en Bogotá (Sánchez y Zamora, 2020).

Atacar las desigualdades en los trabajadores de la odontología conlleva soluciones que no provendrán del ámbito institucional, por lo cual se requiere movilizar las oportunidades de transformar la profesión desde perspectivas de género y de feminismos que orienten el desarrollo de las diversas prácticas odontológicas hacia modos de vida y de trabajo digno para todes.

En los países de la Región de América Latina, los gobiernos se han quedado subsumidos en políticas de desregulación que determinan las desigualdades en los modos de vida de los trabajadores, sin protección social y, por ende, sin protección de la vida y la salud del trabajador. Es por ello inminente apoyar la organización social y política de los trabajadores del sector salud que enfrentan el persistente despojo de sus derechos, por las nuevas maneras de subvalorar la fuerza de trabajo, por los excesos de tiempo y de espacios ocupados y/o sub-empleados.

Como recomendaciones producto de este trabajo, se requiere investigar y aportar evidencias acerca de la situación sociolaboral de los distintos trabajadores de la salud bucal, más allá de los trabajadores profesionales, para estimular con ello, la organización social y política del trabajador de la salud para la exigencia y defensa de la garantía de sus derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alves, Giovanni. (2005). Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. *Trabalho, Educação e Saúde*, 3(2), 409-428.
- Antunes, Ricardo y Alves, Giovanni. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, 25(87), 335-351. <https://www.scielo.br/j/es/a/FSqZN7YDckXnYwfqSWqgGPp/?format=pdf&lang=pt>
- Arruzza, Cinzia, Bhattacharya, Tithi y Fraser, Nancy. (2019). *Manifiesto de un feminismo para el 99%*. Titivillus [Traducción: Antoni Martínez- Riu].

- Benach, Joan et al. (2014). Types of employment and health in the European Union: Changes from 1995 to 2000. *European Journal of Public Health*, 14(3), 314-321. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.314>
- Breilh, Jaime. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press. London.
- Couto, Marcia Thereza et al. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
- Crenshaw, Kimberlé. (2012). Interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. *Ação Educativa*, 7-16.
- De la Garza, Enrique. (2005). Introducción "Del concepto ampliado de trabajo al de sujeto laboral ampliado. En de la Garza Toledo (comp.), *Sindicatos y nuevos movimientos sociales en América Latina*, Colección Grupos de Trabajo, CLACSO. bibliotecavirtual.clacso.org.ar
- Forero, María Alejandra. (2018). Complejo médico industrial en odontología: el caso de la implantología dental. En M. C. Morales y L. Maldonado, *Investigación en salud colectiva. Entre ciencias sociales y ciencias de la salud* (pp. 93-104). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <https://medicina.bogota.unal.edu.co/facultad/consejo-de-facultad/comunicados/category/46-adelantos-editoriales?download=869:investigacion-en-salud-colectiva-entre-ciencias-sociales-y-ciencias-de-la-salud>
- García, A. y Morán, A. (2018). Nueva estructura de la fuerza de trabajo desde un enfoque de género: aplicación a las estadísticas de trabajo de Colombia. *Investigas: estudios innovadores sobre economía, género e indicadores*. Bogotá.
- ILO Monitor. (2020). Covid-19 and the world of work. Fifth edition Updated estimates and analysis.
- ILO Monitor. (2021). Covid-19 and the world of work. Seventh edition Updated estimates and analysis.
- Jaramillo, Gonzalo et al. (2014). La odontología: profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25 (suplemento), primer semestre. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5593/1/JaramilloGonzalo_2014_OdontologiaProfesionLiberal.pdf

- Jaramillo-Delgado Gonzalo et al. (2021). Situación laboral de odontólogos egresados de la Universidad de Antioquia antes y durante la pandemia por la Covid-19, período 2015(1)-2019(2). *Acta Odontológica Colombiana*, 11(2), 86-101. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/94781> / <https://doi.org/10.15446/aoc.v11n2.94781>
- Min Salud. (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB. Situación de salud bucal. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.
- Morales-Borrero, María Carolina. (2021). Transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá (1985-2015): proceso de inequidad acumulada [Investigación posdoctoral] Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/8083> / <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8083>
- Otálvaro-Castro Gabriel y Zuluaga-Salazar, Sandra Milena. (2014). Transformaciones de la práctica odontológica en contexto de la reforma estructural del Estado de finales del siglo XX: Confluencias hacia la proletarización de la odontología en Colombia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25 (Suplemento), 27-38. <http://hdl.handle.net/10495/5596> <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/5596>
- Quijano, Anibal. (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal os Word- Systems Research*, XI(2), summer/fall. Santa Cruz: University of California.
- Sánchez, Patricia y Zamora, Giannina. (2020). Guayaquil: la ficción de un éxito. El impacto de la pandemia Covid 19 en ciudades de desarrollo geográfico desigual. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud. <https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2020/12/LA-FICCION-DE-UN-ÉXITO.pdf>
- Solíz Torres, Fernanda. (2020). La determinación social de la salud: La comprensión de la complejidad de la vida. *Revista Ciencias de la Salud*, 18, 1-3. <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56263341001/index.html>
- Torres-Tovar, Mauricio. (2020). Luchas obreras por la salud en Colombia: el caso de las asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo [Tesis doctoral]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77727>

Torres-Tovar, Mauricio. (2021). Covid-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. En: C. Tetelboin-Henrion, D. Iturrieta- Henríquez y C. Schor-Landman (coords.), *América Latina, Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias*. Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.

SOBRE LOS AUTORES

Sobre los autores

BASS DEL CAMPO, CAMILO

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Universidad de Concepción). Magíster en Salud Pública y en Administración de Salud. Con trabajo en atención clínica en el Centro de Salud Familiar Las Mercedes (Servicio de Salud Metropolitano Central) y desempeño académico en el Programa de Salud Colectiva y Medicina Social de la Escuela de Salud Pública “Salvador Allende G.”, Universidad de Chile.

BERNAL OLAYA, SANDRA

Licenciada en Educación comunitaria, con énfasis en Derechos Humanos. Integrante del grupo de investigación “Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social” de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

CANABES HERRERA, PAMELA

Licenciada en Servicio Social de Universidad de Valparaíso. Diplomada en Antropología Médica en Universidad de Chile y en Gestión Pública Participativa en Salud en Universidad de Los Lagos, Chile. Referente técnico de Servicio Salud Aconcagua de la Quinta Región de Chile, en programas de Gestión en Atención Primaria como el Modelo Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, Programa de

Equidad en Salud Rural, Centros Comunitarios de Salud Familiar y Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.

CASTRO, LEONARDO

Bacharel em Psicologia. Doutor em Antropologia. Analista da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil. Coordenador executivo da iniciativa de prospecção estratégica Brasil Saúde Amanhã da FIOCRUZ.

ESLAVA CASTAÑEDA, JUAN CARLOS

Médico y magíster en Sociología. Profesor asociado, Departamento de Salud Pública, Centro de Historia de la Medicina y coordinador de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Integrante del grupo de investigación “Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social” de la misma Facultad, y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en Colombia (ALAMES).

HENAO KAFFURE, LILIANA

Odontóloga, magíster y doctora en Salud Pública, con estudios posdoctorales. Profesora de cátedra 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 en Colombia (ALAMES).

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARIO

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. Líder del grupo de investigación “Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social”, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Integrante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en Colombia (ALAMES). Miembro del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud” de CLACSO.

HERNÁNDEZ RIQUELME, MACARENA

Profesional del Departamento de Diseño Metodológico del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Académica Universidad de Santiago de Chile. Psicóloga y magíster en Psicología Clínica Universidad Nacional Andrés Bello. Doctoranda en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

ITURRIETA HENRÍQUEZ, DAISY DEL ROSARIO

Socióloga, magíster en Salud Pública con mención en Atención Primaria. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Académica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso y directora de Investigación del Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial del Valle de Aconcagua (CIISTe Aconcagua), Chile. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO.

MORAGA CORTÉS, FABIÁN

Graduado en Sociología por la Universidad de Valparaíso (UV), Chile. Magíster en Salud Colectiva por la Universidad Estatal de Feira de Santana (UEFS), Brasil. Estudia el Magíster en Políticas Públicas, Universidad de Chile. Forma parte del Núcleo de Salud Colectiva (NUSC/UEFS), en políticas, planificación y gestión en salud. Beneficiario del Programa Alianzas para la Capacitación y la Educación (PAEC) de la Organización de Estados Americanos (OEA). Obtuvo la Beca para Funcionarios Públicos de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID). Ha trabajado en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile como profesional de apoyo en la gestión de la red pública y privada de salud en la región de Valparaíso.

MORALES BORRERO, MARÍA CAROLINA

Doctora en Salud Pública y en Salud Colectiva. Profesora invitada en México y España. Profesora Universidad Nacional de Colombia. Miembra de ALAMES y del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud”, CLACSO. Cofundadora de Red Latinoamericana por la Salud Bucal Colectiva.

NORONHA, JOSÉ CARVALHO DE

Médico, doutor em Saúde Coletiva. Coordinador adjunto da iniciativa de prospecção estratégica do sistema do saúde Brasil Saúde Amanhã, da Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil. Conselheiro do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, CEBES. Ex-secretário de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, Brasil. Ex-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO. Coordinador del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud”, CLACSO.

NORONHA, GUSTAVO SOUTO DE

Economista do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, INCRA, Brasil. Professor da Universidade Estácio de Sá, Brasil.

Conselheiro-membro do Conselho Regional de Economia do Rio de Janeiro.

PARADA LEZCANO, MARIO

Médico especialista en Salud Pública. Doctor en Sociología. Profesor Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile. Miembro de Grupo de Trabajo “Estudios Sociales en Salud” (CLACSO), Asociación Latino Americana de Medicina Social (ALAMES-Chile), Asociación Latina para el Análisis de Sistemas de Salud (ALASS).

ROCHA, MARCO ANTONIO

Economista, doutor em Teoria Econômica. Pesquisador do Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia e professor do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

RODRÍGUEZ DÍAZ, CLAUDIO

Trabajador Social, Universidad Católica de Chile. Magíster en Estudios Latinoamericanos, Universidad de Chile. Docente de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Miembro del Grupo de “Estudios Sociales para la Salud” (CLACSO) y del Núcleo Relaciones Socioeconómicas y Luchas Sociales de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Chile. Secretario ejecutivo del Instituto de Ciencias Alejandro Lipschutz. Director de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Independencia, Chile.

ROJAS RAJS, SOLEDAD

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Comunicadora social. Catedrática CONACYT. Profesora-investigadora en la Maestría en Medicina Social y el doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Integrante del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud” (CLACSO), de ALAMES México y de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Comunicación (AMIC).

SERAYA BORDE, ELIS MINA

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 socio-históricos de la salud y la protección social”, Facultad de Medicina,

Universidad Nacional de Colombia, y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en Colombia (ALAMES).

TAMEZ GONZÁLEZ, SILVIA

Médica cirujana, Universidad Nacional Autónoma de México. Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana. Profesora-investigadora, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Integrante de la Red de Salud y Trabajo (ALAMES) y del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud” (CLACSO).

TETELBOIN HENRION, CAROLINA

Doctora en Ciencias Sociales, Universidad Iberoamericana de México. Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Matrona, Universidad de Chile. Profesora investigadora de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y de la International Association of Health Policy. Coordinadora del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud” (CLACSO), de la Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud (ALASS) y de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS).

TORRES ROBLES, CRISTIAN ARMANDO

Antropólogo social. Maestría en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana. Académico de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso en Chile. Miembro del Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial del Valle de Aconcagua (CIISTe Aconcagua) y de la Red Chilena de Investigadores en Salud y Migración (RECHISAM).

TORRES-TOVAR, MAURICIO

Médico. PD en Salud Pública. Profesor asociado, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Miembro de la Red de Salud y Trabajo (ALAMES) y del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud” (CLACSO).

Este libro está dedicado a pensar, desde distintas miradas, en los desafíos que ha planteado la pandemia de coronavirus por Sar-CoV-2 en nuestros países en este segundo año de su presencia. Cargados de desigualdades estructurales, luchas y contradicciones de todo tipo, especialmente de clase, género, étnicas entre otras, la pandemia y pospandemia, que se insinúa después de casi dos años, muestran que se ha profundizado la pobreza sistémica como modo de vida para amplios sectores de nuestras poblaciones, generado rebeliones políticas y revueltas como expresiones del agotamiento del capitalismo y especialmente del modelo económico y político que lleva 40 años de aplicación de políticas neoliberales, y ha puesto en evidencia el estado de debilidad de los sistemas de salud y la dependencia científico- tecnológica para enfrentar la pandemia que los ha abrumado, con efectos graves para la población especialmente pobre, y para los trabajadores de la salud. Además, cabe resaltar la profundización de la desigualdad que se expresa en una mayor concentración del ingreso, producto del desarrollo profuso de la industria privada de insumos, medicamentos y vacunas que ha generado un nuevo polo de acumulación.

Del Prólogo

Patrocinado por



Agencia Sueca
de Desarrollo Internacional



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais